



Mélanie BARDIERE

Promotion 2017-2020

Mémoire de fin d'études

UE 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

L'enfant symptôme de ses parents

Directeur de mémoire : Monsieur Bernard COLLET

Mai 2020

Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé lors de ma formation, et spécifiquement celles et ceux qui m'ont soutenue et conseillée lors de l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Mes remerciements s'adressent bien sûr aussi à mon directeur de mémoire Monsieur Bernard Collet.

Merci aussi aux professionnels de santé que j'ai rencontré durant mes stages pendant ces 3 années.

Merci à mes collègues de promotion qui m'ont encouragée et qui se reconnaîtront.

Merci à mon compagnon pour sa patience et son soutien.

Et enfin, merci à Monsieur Christian Perrier pour son écoute, sa disponibilité, ses encouragements qui m'ont permis de concrétiser mon projet professionnel.

« On est toujours le thérapeute de ses parents »

Philippe Grimbert

Un secret

Table des matières

1. Introduction
2. Situation d'appel
3. Questionnement
 - 3.1 Question de départ
4. Cadre conceptuel
 - 4.1 Le développement de l'enfant
 - 4.2 Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) en pédopsychiatrie
 - 4.2.1 La sectorisation
 - 4.2.2 Le CATTP
 - 4.3 L'informel dans la relation soignant-soigné
 - 4.4 La relation soignant-soigné
 - 4.5 Le transfert dans la relation soignant-soigné
 - 4.6 Le travail thérapeutique avec la famille
 - 4.7 La place de l'enfant dans la famille
 - 4.8 Les thérapies systémiques familiales
5. Problématisation
6. Phase exploratoire
 - 6.1 Traitement des données recueillies
 - 6.2 Analyse des données
 - 6.2.1 Le projet thérapeutique et la participation aux entretiens
 - 6.2.2 La posture infirmière en pédopsychiatrie

6.2.3 La formation des infirmiers en pédopsychiatrie

7. Conclusion

Bibliographie

Annexes

1 Introduction

Dans le cadre de notre formation à l'institut de formation en soins infirmiers, nous avons effectué un stage dans un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) en service de pédopsychiatrie.

Nous avons travaillé en tant qu'aide-soignante dans une Maison d'Accueil Spécialisée au sein du Centre hospitalier de Montfavet. Le milieu du soin en pédopsychiatrie a été une découverte pour nous.

Le choix de ce mémoire est en lien direct avec notre projet professionnel.

Nous nous sommes rapidement intéressés à la relation parents/enfants lors des entretiens informels qui étaient pratiqués par les infirmiers.

Dans un premier temps, nous exposerons la situation que nous avons vécue en stage qui aboutira à notre question de départ. Nous nous sommes rendu compte, que lors des entretiens informels pratiqués par les infirmiers, les parents des enfants pris en charge exposaient des problèmes liés à leur dynamique familiale et la place que leur enfant avait dans cette dynamique familiale.

Nous nous sommes alors interrogés sur la place de cet enfant dans le couple parental et sur le rôle que les parents pouvaient lui faire « jouer ».

Dans un second temps, nous nous servirons des concepts théoriques pour éclairer cette situation dans le contexte particulier de la prise en charge de l'enfant en CATTP.

Dans un troisième temps, devant la situation sanitaire exceptionnelle liée au Covid-19 et notre incapacité à réaliser des entretiens semi-directifs, en service de pédopsychiatrie auprès d'infirmiers. Nous effectuerons une revue de littérature pour chercher des témoignages d'infirmiers exerçant en service de pédopsychiatrie.

Enfin, nous concluons ce travail de fin d'études.

2. Situation d'appel

La situation que je vais décrire se déroule dans un service de pédopsychiatrie plus précisément dans un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) lors du stage que j'ai effectué pendant 8 semaines du 13 mai au 5 juillet 2019.

Cette situation concerne un enfant, que j'appellerai E.B, âgé 8 ans, hospitalisé au CATTP depuis le 12 septembre 2018, au PIJ (Pôle Psychiatrique Infanto-Juvénile).

E. participe la sortie thérapeutique le mardi ; le mercredi et vendredi matin, pour les ateliers « Réflexologie », « Théâtre », « Relaxation », et « Psychothérapie ». Il participe donc à trois repas thérapeutiques.

Cette situation se déroule le mercredi 5 Juin, lors de l'atelier théâtre, de 10h à 11h, encadré par un infirmier et une psychomotricienne qui se nomme P., tous deux référents.

Ce jour-là, un enfant et l'infirmier qui encadre cet atelier sont absents. Le soin est tout de même maintenu, et se déroule en présence de la psychomotricienne, de moi-même, étudiante en soins infirmiers, et de deux enfants : E. et N ayant le même âge.

Nous sommes en période de fin d'année, les objectifs de l'atelier ont été atteints.

Afin, de donner un nouvel élan à cet atelier théâtre, il se déroule différemment des fois précédentes.

En amont, la psychomotricienne et moi avons réfléchi à l'utilisation d'un nouveau jeu « Story Cube » qui servirait de médiateur. Ce jeu a été simplifié et adapté au préalable au niveau de compréhension des deux participants. Il compte un total de neuf dés, avec un dessin différent sur chaque face. Ceux-ci sont jetés, par un enfant, à tour de rôle.

Ces dés racontent une histoire que l'enfant imagine grâce aux inscriptions gravées, en s'inspirant de ceux-ci pour choisir le personnage (le héros), le lieu et les péripéties.

Cette histoire est retranscrite sur papier puis sera mise en scène le mercredi suivant.

Nous nous dirigeons vers la salle « Ateliers », enlevons tous nos chaussures, dans le couloir, pour nous installer. Nous les accueillons par un « *Bonjour* », nous nous asseyons en rond sur une couverture au sol, et expliquons le déroulement de la séance, avec le nouveau médiateur de soin, en précisant le motif des deux absents.

E. est de suite réticent :

- « *C'est nul, je n'ai pas envie faire ça* » dit-il en soufflant.

Je lui dis d'essayer d'écouter, car il parle en même temps que P. Il nous tourne le dos. Je lui répète les consignes, en lui disant que ce n'est pas poli d'être dans cette position. Opposant, dès qu'on lève la voix, il obéit :

- « *C'est dommage d'hausser la voix pour se faire entendre* » dit P. sur un ton ferme.

P. reprend son discours interrompu. N. semble très intéressé par ce jeu. P. le sollicite pour participer, N., volontaire, jette les dés. E. le regarde du coin de l'œil.

Je demande à E. s'il veut jeter les dés suivants pour choisir un lieu.

Ce dernier continu de se plaindre, en insistant, et commence à s'agiter. Il se lève, déplace le mobilier, se couche sous le bureau. Je tente de le rassurer, en lui rappelant qu'il n'est pas obligé de le faire, que c'est seulement une proposition.

A partir de ce moment, je me demande s'il est nécessaire de poursuivre la séance. Je ne trouve pas le sens de cet atelier prescrit pour E. :

- A quoi sert-il ?
- Est-il adapté et bénéfique pour lui ?
- Ne sera-t-il pas davantage en difficulté ?
- Pourquoi E. a-t-il besoin de participer à ce soin ?

E. fait du bruit avec le matériel autour de lui, le jette au sol et l'abîme. P. et moi tentons, tant bien que mal, de le recadrer. Il est constamment dans la provocation, nous contredit, cherche les limites de l'acceptable, me semble incapable de respecter les règles. P. prend la décision de l'isoler.

Je le dirige vers le couloir, le silence s'installe. E. se lève de la chaise, regarde par la fenêtre. Je lui demande de s'asseoir : aucune réponse, ni de regard de sa part. Je lui répète une seconde fois, en m'assurant qu'il ait bien compris les consignes de P.

Mais, ne tenant pas compte de mes injonctions, il s'assoie sur le radiateur, cherche mes limites. Je lui fais comprendre que s'il ne m'écoute pas, je serai obligée d'appeler K. : il s'assoie.

Durant ce temps, P. veille à dispenser le soin à N. Dans l'attente, des questions traversent mes pensées, car ce comportement s'est déjà produit à plusieurs reprises avant mon entrée en stage :

- Pourquoi réagit-il comme cela ?
- Que veut-il exprimer à travers cette attitude ?
- Comment peut-on traduire ces agissements ?
- Est-ce lié à l'absence de l'infirmier et d'un enfant et donc au changement de ses repères et/ou de ses habitudes ?
- Qu'est-ce qu'il se joue lors de ce changement de comportement ?
- La nouveauté est-elle un facteur de stress ou d'angoisse qui accentue ses tocs ?

- Le regard de son ami le déstabilise-t-il ?
- Ressent-il un complexe d'infériorité vis-à-vis de N. ?
- Se sent-il en rivalité ou en concurrence avec N. ?

Cela me ramène à la question suivante : une prise en charge individuelle serait-elle plus adaptée ?

P. revient vers moi, constate qu'E. est calme, et juge que nous pouvons réintégrer la salle. Elle procède au rituel de fin, demande aux enfants d'exprimer leurs ressentis, leurs difficultés, ce qu'ils ont apprécié ou pas pendant cette séquence et pourquoi.

N. confie que le nouveau jeu l'intéresse, par conséquent, il n'a pas profité pleinement de sa séance. Il aurait aimé partager ce soin avec E.

E. hausse les épaules, des tics apparaissent sur son visage, toujours dans la contradiction.

Nous sortons, remettons nos chaussures, les enfants s'échappent pour aller jouer dans le jardin. L'équipe du jour se compose d'un infirmier P-J, et de l'infirmière K. Celle-ci est considérée par E. comme l'infirmière la plus « sévère », semble-t-il- il par rapport à l'autorité et aux règles qu'elle instaure dans le service.

Après le repas thérapeutique, à 13h00, les taxis récupèrent les enfants au CATTP pour les conduire à leurs domiciles. Concernant E., sa mère l'emmène au lieu de soin, tandis que son père le récupère.

K. référente d'E., préserve une bonne relation avec les parents de ce dernier, Mr et Mme B. L'infirmière échange très souvent quelques mots avec ses parents, lorsque qu'E. intègre ou quitte le CATTP, toujours en présence de ce dernier. Elle se montre disponible auprès d'eux à chaque entrevue. Ils semblent apprécier ces moments de partages de courtes durées et non « cadrés ». J'assiste à des entretiens appelés informels.

La sonnette retentit. K. et moi, accueillons Mr B., et lui faisons un compte rendu sur l'atelier « Théâtre ». E. entend entièrement la conversation. Nous nous situons à l'extérieur, à côté de la porte d'entrée du pavillon, à l'abri des regards. Le lieu me semble adapté. E. se languit de partir, essaie donc de presser son père, agacé par nos propos concernant ses actes. Mr B. semble complètement désespéré par les événements. K. questionne Mr B. sur la conduite d'E. à la maison, s'il fait ses devoirs ? S'il écoute « papa et maman »?...

Mr B. répond que cela dépend des fois. Souvent E. fait comme bon lui semble. Il joue beaucoup aux jeux vidéo qui ne sont pas de son âge, regarde des programmes télévisés déconseillés aux enfants de moins de douze ans.

K. rebondit sur ces dires, en prenant des exemples concrets de sa vie personnelle, en parlant de son fils et des règles qu'elle lui applique au quotidien. Ceci, lui permet d'introduire des conseils éducatifs auprès du père d'E. sur le temps et les horaires d'utilisation des écrans, dans une situation similaire. K. semble parler en tant que « mère » et se sert de sa propre expérience pour faire passer le « message ».

Mr. B. écoute attentivement ses conseils mais annonce que c'est Mme B. qui s'occupe de cela, comme s'il n'était pas concerné et s'écarte de toutes responsabilités.

K. l'encourage par ses suggestions, semble vouloir donner quelques « clés » à cet homme dénué de toute autorité, afin qu'il puisse se faire respecter par son enfant unique.

Le rôle éducatif de l'infirmière m'interpelle :

- Le bien-être d'E. dépend-t-il des règles éducatives quasi inexistantes du père ?
- Les conseils éducatifs de K. vis à vis de Mr B. sont-ils thérapeutiques pour E.?
- La position « maternante » de K. est-elle adaptée ?
- Ce temps informel est-il nécessaire et participe-t-il aux soins d'E. ?
- La présence d'E est-elle nécessaire dans cet entretien entre adultes ?

Mercredi 19 Juin, deux semaines s'écoulent. La mère d'E. l'accompagne au CATTP à 9h00. K. et moi l'accueillons avec son fils. Mme B, nous informe qu'E. ne voulait pas descendre de la voiture car il voulait continuer à jouer sur son téléphone.

K annonce qu'elle a quelques mots à lui dire, concernant les informations qu'ils lui ont été transmises sur son comportement. J'informe Mme B, que la veille, lors de la sortie thérapeutique, E. se chamaillait à maintes reprises avec un de ses camarades, L., 6 ans. En revenant, de cette sortie, avant que les chauffeurs de taxis n'arrivent, les enfants jouaient dans le jardin. L. se met à crier et pleurer, en montrant E. du doigt disant qu'il l'a tapé. Je m'avance vers E. en lui expliquant que ce comportement est interdit, et l'incite à s'excuser auprès de L. : la limite a été dépassée. E. refuse catégoriquement. J'insiste et lui rappelle qu'il ne pourra pas rentrer à son domicile tant qu'il ne s'est pas excusé. Son père, lui demande pourquoi il réagit comme cela, lui demande de s'excuser, mais aucune réponse de sa part. Le taxi de L. arrive, il s'en va, sans aucun « pardon ».

K. le « reprend » sur un ton très ferme, et lui suggère de s'excuser dès qu'il le reverra.

Mme B signale qu'elle ignore cet incident.

E. se tait, baisse la tête. Des tics apparaissent alors sur son visage. Il répond « oui », d'une voix à peine audible.

Nous nous positionnons sur le hall d'entrée, et continuons à discuter avec Mme B., toujours en présence de son enfant :

Mme B : « Vous savez c'est difficile pour E. Je ne comprends pas pourquoi fait-il ce genre de chose ? A l'école c'est pareil, il s'est fait reprendre par la maitresse pour une altercation avec un autre enfant pendant la récréation ».

IDE K : « Vous savez, en vivant ce qu'il vit à la maison, il est compliqué de demander à E. d'avoir une attitude autre que celle qu'il adopte depuis tout ce temps : être un enfant calme, heureux, qui travaille bien à l'école ».

Mme B : « Je suis tout à fait d'accord avec vous. Il entend des choses qu'il ne devrait pas entendre, c'est certain ».

IDE K : « Un enfant de 8 ans ne devrait pas s'inquiéter pour ses parents ; cela doit être lourd pour lui. Il faut bien qu'il puisse exprimer toute sa colère, ses angoisses, sa tristesse, et tout se libère de cette manière ».

Mme B : « Je radote encore, je pense me séparer de mon mari mais j'ai du mal à faire le pas, ça me fait peur, c'est un changement radical avec des répercussions sur notre vie, mais bon, on en a déjà discuté... ».

IDE K : « Vous savez sur le moment, on ne se rend sûrement pas compte. Parfois, il vaut mieux qu'E. voit ses parents une semaine sur deux, mais qu'il soit heureux, que de les voir ensemble et qu'il soit malheureux. Ce sera certainement une période difficile, mais avec le recul, en se remémorant la situation, vous vous direz, que vous auriez dû le faire avant ! ».

Mme B : « Ah oui, on m'a déjà tenu ce discours ».

IDE K : « Et peut être qu'aujourd'hui, c'est difficile de l'imaginer, mais vous êtes jeune et peut être que, plus tard, vous pourrez rencontrer une personne qui vous correspondra mieux. Vous pourrez reprendre une vie de couple, qui sait ?

E. comprend ce qu'il se passe à la maison, il n'est pas dupe. Souvent, les enfants le savent avant la prise de décision ».

Mme B : « Je suis tout à fait d'accord avec vous, E. n'a pas à subir cela ».

IDE K : « On a pu en discuter un peu, la semaine dernière, lors du séjour thérapeutique. Vous vous rendez compte, E. est spectateur d'une situation où ses deux parents se déchirent, les deux personnes qu'il aime le plus ».

Mme B : « J'ai tendance à repousser ma décision de séparation pour protéger E. ».

IDE K : « Permettez-moi, souvent on pense que c'est pour l'enfant, mais souvent c'est un prétexte pour éviter la situation, et ainsi repousser l'échéance de la séparation ».

E. ne peut pas continuer comme ça. Il n'est pas « disponible » pour son entourage, ses soins au CATTP, son école. C'est sûrement le cas pour vous également ? »

Mme B : « Ah oui, tout à fait ! Au travail, je suis complètement ailleurs. Je ne le montre pas mais je ne suis pas bien, j'y vais à reculons. Il y a aussi des répercussions sur ma vie professionnelle. Je pense que vous avez raison, il faut voir la réalité en face. Mais vous savez, pour moi c'est un échec ».

E. assiste à tout ce qui se passe et semble triste, impuissant.

IDE K : « Je comprends, on reprendra un moment pour en parler. On se dit à tout à l'heure, à 11h30, pour l'entretien de fin d'année avec le médecin, pour planifier les futurs soins d'E en septembre 2019 ».

EIDE : « Avec votre accord, si vous me le permettez, je serai présente ».

Mme B : « Bien sûr, il n'y a pas de soucis, vous faites partie de l'équipe ».

EIDE : « Je suis, bien entendu, tenue au secret professionnel ».

K. semble prendre très à cœur son rôle d'accompagnement auprès de cette famille. Mais un sentiment d'ordre personnel me semble surgir lors de cet entretien :

- Les conseils de K., sont-ils adaptés aux soins d'E.?
- Quelles sont les limites d'un entretien informel ?
- Y'a-t-il une projection de la part du soignant ?
- La relation privilégiée n'entraîne-t'elle pas une difficulté à garder une certaine distance, vis-à-vis de la vie privée de ce couple ?
- Cet entretien aura-il une influence indirecte sur l'enfant ?
- La présence de l'enfant, au cours de cet entretien informel, est-elle judicieuse ?

Après avoir pris connaissance du dossier médical de l'enfant, le contexte familial d'E. m'interpelle.

Ses parents sont mariés, mais entretiennent une relation conflictuelle.

Une psychologue et une conseillère conjugale ont été sollicitées pour apaiser les tensions dans leur couple. Aujourd'hui, une séparation est envisagée.

Mme B, a été suivie au CMPA (Centre Médico-Psychologique pour Adulte) pendant plus d'un an, pour une dépression post-partum, après la naissance d'E. Ce dernier est un enfant souhaité. En parallèle, E. a été suivi en UPB (Unité Parent Bébé) jusqu'à ses 18 mois.

La mère d'E. se rendait régulièrement à des consultations dans un CMPI (Centre Médico-Psychologique Infantile) pour des difficultés relationnelles entre elle et son fils, âgé seulement

de 4 ans. Elle crie sur son enfant, le frappe impulsivement, le pince. E. réagit par de la provocation ainsi que par des troubles du comportement, lorsqu'il est à la maternelle et dans son foyer familial.

Sa mère peine à se faire obéir, et à obtenir le respect de son enfant.

Celle-ci est consciente de ses gestes, les critique, et ressent de la culpabilité : « *C'est à cause de moi si mon fils est comme ça, je ne suis pas une bonne mère* ».

Mr B., est en désaccord avec l'attitude « maltraitante » de sa femme. Il soutient E., et entretient une bonne relation avec lui, selon ses dires malgré qu'il doit hausser la voix pour se faire entendre.

En revanche, Mr B. a une problématique reconnue, d'addiction aux boissons alcoolisées, depuis plusieurs années.

Suite à la rédaction d'une lettre des parents, stipulant la mauvaise atmosphère familiale, E. est décrit par ces derniers, comme étant en souffrance, ayant une santé et une sécurité menacées ; une éducation, un développement affectif, intellectuel et social en péril.

Ils demandent donc des mesures éducatives au Tribunal de Grande Instance.

E. est adressé dans des structures de soins par la PMI (Protection Maternelle Infantile) qui suit cette famille, pour cause de maltraitance maternelle.

Aujourd'hui, E. vit dans une ambiance familiale pesante, entend les disputes de ses parents et a une peur constante, qu'ils se séparent.

A l'âge de 7 ans, E. a été spectateur d'un malaise de son père après que celui-ci ait ingurgité plusieurs verres d'alcool. E. très inquiet, a cru que son père allait mourir.

Il dort toujours avec ses parents. Il a peur des fantômes, joue beaucoup à la console de jeux ; parfois interdit au moins de 16 ans et regarde souvent des programmes télévisés interdits aux moins de 12 ans, et ce, sous le regard et l'accord des parents.

Les troubles du comportement d'E. perdurent en classe et à la cantine. Scolarisé en classe de CE1, il est suivi par un AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap), depuis novembre 2018 pour ses difficultés d'apprentissages liées à ses troubles de l'attention, de concentration, de mémorisation et relationnel. Pour E., le respect des règles de vie reste compliqué.

Il présente des difficultés pour lire, écrire, organiser son travail, suivre les consignes.

Il est vite découragé si la tâche lui paraît difficile. Il a une préférence pour les mathématiques. Ce dispositif a pour but d'accompagner E. pour combler ses lacunes, le canaliser en classe, maintenir son attention, développer les relations avec ses camarades, gérer ses angoisses, l'aider à respecter les consignes et les règles de sécurité. Il doit être remobilisé en permanence.

Quelques jours avant la fin de mon stage, j'apprends qu'E. accède au CE2, à la rentrée scolaire prochaine, malgré les acquisitions non obtenues, selon les enseignants de son école.

Ce stage en unité de soin en pédopsychiatrie m'a permis de mieux appréhender la rencontre avec les enfants, dans un premier temps, grâce aux ateliers proposés.

Mon observation s'est affinée et orientée sur les différents comportements pathologiques.

Le comportement non adapté de E. aux ateliers est-il lié à sa situation familiale problématique ?

Ses symptômes me semblent être le reflet de son « mal-être » ressenti dans sa sphère familiale. Dans un deuxième temps, cette expérience m'a permis de participer à de nombreux entretiens. Ceux-ci me semblent essentiels pour la prise en charge de cet enfant. Des éléments importants semblent ressortir lors de ces moments de partage, qui ne transparaîtraient peut-être pas dans un entretien dit « formel » avec un cadre précis, une temporalité, et un thème de rencontre défini par avance. Ceci laisse la « porte ouverte » à tous les thèmes de discussion possibles. Ces échanges réussissent souvent à maintenir le lien et permettent ainsi, de mieux dissocier ce qui se vit à la maison, de ce qui se joue à l'intérieur de la structure.

Les relations parents-enfants, parfois « tendues » m'ont régulièrement permis de m'interroger sur la place et le rôle de l'enfant au sein de sa famille et ce qu'il représente pour eux :

- La place d'E. se rejoue-t-elle dans l'institution ?
- Sa santé psychique dépend-t-elle de l'évolution de la situation familiale ?
- La prise en charge de l'addiction du père aura-t-elle une incidence sur la santé psychique de son enfant ?
- Qui, de la famille ou de l'enfant, a besoin de soins dans cette situation ?
- Un placement provisoire dans une famille d'accueil thérapeutique ou relais, serait-il bénéfique pour lui ?

L'ambivalence familiale (amour/rejet de ses parents) semble déstabiliser E.

Ce système familial s'avère défaillant et induit un environnement défavorable pour son développement.

Cette relation soignant/soigné apparaît sous plusieurs aspects : parents/enfant, soignants/parents, enfant/soignants.

Ces relations m'ont permis de mieux concevoir ma pratique et mon positionnement vis-à-vis de l'enfant dans sa globalité. Poser un cadre, des limites afin que l'enfant puisse se sentir en sécurité, contenu par la présence rassurante de l'adulte.

Les institutions, me semble-t-il, ont tout intérêt à favoriser les échanges avec les familles, à maintenir et à encourager ces échanges avec celles-ci afin qu'elles puissent rester des partenaires privilégiés dans la prise en charge de leur(s) enfant(s).

Ce lien unique et privilégié permet de mieux cibler les attentes et les besoins de chaque enfant présent dans ces institutions.

Toutes ces règles institutionnelles qui peuvent apparaître comme évidentes m'ont parût indispensables et structurantes pour tous les enfants.

3. Questionnement

J'ai décidé de choisir cette situation clinique car à travers les entretiens informels effectués par les infirmiers dans le CATTP de nombreuses autres questions apparaissaient au sujet de la prise en charge de l'enfant.

Dans la situation que je présente, la relation soignant-soigné prend alors un caractère particulier. « L'objet » de la prise en charge est l'enfant mais à travers les entretiens informels les parents se livrent à des confidences sur leur propre mal être.

Une des difficultés pour le soignant étant à ces moments-là, de garder une certaine distance thérapeutique.

Je me suis intéressée alors à la place qu'a le symptôme de l'enfant dans la relation parentale.

Je me suis également demandée : comment les soignants pouvaient appréhender la pathologie et la symptomatologie de l'enfant sans le détacher de son histoire familiale. Tout en sachant que cette histoire familiale était problématique.

L'enfant est nommé comme l'élément défaillant du système, alors que tout le système familial dysfonctionne.

3.1 Question de départ

Au terme de mon questionnement, je poserai la question de départ suivante :

Le travail thérapeutique avec les parents, lors d'un entretien informel en CATTP, a-t-il une influence sur la prise en charge de l'enfant ?

4. Cadre conceptuel

4.1 Le développement de l'enfant

Pour commencer ce travail, il nous semble important de rappeler quelques notions essentielles sur le développement de l'enfant. En effet, dans le cadre de cette prise en charge en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, E.B est âgé de 8 ans.

En faisant référence au psychologue suisse Jean Piaget, le développement cognitif se fait par différentes étapes. Piaget fait apparaître à travers ses travaux que l'intelligence de l'enfant se fait petit à petit. Il définit quatre stades de ce développement.

Le 1^{er} stade est le stade sensori-moteur (naissance à 2 ans). Ce stade correspond à la découverte du monde en utilisant ses sens. L'enfant va apprendre à se déplacer.

Le 2^{ème} stade est le stade pré-opératoire (2 ans-7 ans). Dans ce stade, l'enfant commence à rentrer en relation avec les enfants de son âge. La scolarisation est un événement important.

Le 3^{ème} stade est le stade des opérations concrètes (7 ans- 12 ans).

E.B est au « *stade des opérations concrètes* » (Piaget, 1966, p.73). Il est à un stade où sa pensée se socialise. Il prend en compte l'avis des autres. Il raisonne de manière concrète.

L'intéressant, de cette période de développement, est aussi lié au fait que, l'enfant acquiert un raisonnement qui lui permet de comprendre que ses actions ont des conséquences. L'enfant perçoit les règles à travers la punition et la récompense.

Le 4^{ème} stade est le stade formel (12 ans- 16 ans). L'enfant continue à acquérir des connaissances. Il commence à raisonner avec l'abstrait.

4.2 Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) en service de pédopsychiatrie

4.2.1 La sectorisation en psychiatrie infanto juvénile

La sectorisation en psychiatrie infanto juvénile, définie initialement par la circulaire du 16 mars 1972, est l'élément organisateur principal d'une politique nationale de santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Le secteur de pédopsychiatrie est un dispositif de service public, chargé d'organiser la prévention et les soins, répondant aux besoins de la population dans une aire géographique donnée.

4.2.2 Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

L'hospitalisation de jour est une alternative à l'hospitalisation complète et se caractérise, à cet égard, par des soins polyvalents et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant mis en œuvre à temps partiel, par exemple sur une partie de la journée ou par séquences quelques jours par semaine.

Les CATTP rentrent dans ce cadre.

Ils se distinguent de l'hôpital de jour quant à la nature de la prise en charge, à sa durée et à son intensité. La prise en charge délivrée en CATTP est généralement moins régulière, plus ponctuelle, que dans un hôpital de jour.

Ces structures accueillent, sur prescription médicale, des enfants souffrant de troubles de la socialisation, des troubles envahissants du développement, des psychoses infantiles.

Dans un CATTP, une équipe pluridisciplinaire propose sur des demi-journées des activités thérapeutiques et d'éveil.

Les activités peuvent être très diverses : sport, atelier vidéo, musique, etc. Il s'agit d'une structure souple, la fréquence et la régularité des activités sont variables selon chaque enfant. *« L'accueil de l'enfant nécessite des modalités particulières du fait de la dépendance tant physique que psychique qui le lie à sa famille. Le soin représente parfois le premier lieu de séparation ; en particulier pour les enfants perturbés »* (Perrot-Mouniq, 2008, p.87)

Le CATTP à travers ses diverses activités doit offrir un cadre structurant, apaisant, et surtout contenant, à l'enfant pris en charge.

C'est dans ce cadre thérapeutique que des entretiens informels se mettent en place entre les familles des enfants et l'équipe soignante.

4.3 L'informel dans la relation soignant-soigné

L'informel a sa place dans la prise en charge de l'enfant, ainsi que dans la relation de l'équipe à ses parents.

Nous devons, en tant que soignant, en être conscients. Ce qui se passe dans l'informel va influencer la prise en charge.

Dans le cas d'E.B, c'est lors de ses entretiens informels avec l'équipe soignante que ses parents donnent des informations indispensables à sa prise en charge.

Ces situations informelles sont de vraies rencontres. Pour cela, il faut que les soignants les rendent possibles. Parfois, il peut s'agir d'une simple présence de notre part.

L'informel est fait de hasard même si, nous soignant, nous ne sommes pas là par hasard.

Comme l'écrit Jacques Ardoino : « *La communication informelle est une des formes du non-dit dans l'organisation. Elle peut prendre la forme d'apartés, de relations particulières, de bruit de couloirs, de rumeurs. Il s'agit là d'un second réseau de communications, toujours présent, même invisible, non formalisable, difficile à détecter.* » (Ardoino, 1993, p.13)

Cela demande également de la disponibilité de notre part. Par disponibilité, nous entendons l'ensemble des mesures que prend le soignant pour se rendre disponible.

Selon Jacky Merkling : « la disponibilité est immanente aux soins ; elle fonde la relation soignante » (Merkling, 2007, p. 122)

Notre disponibilité, comme évoquée plus haut, entraîne une moindre implication dans une démarche de soin car cela passe pour une simple discussion pour la famille d'E.B.

Nous permettons aux familles des enfants pris en charge l'occasion d'une rencontre.

Dans cette rencontre se jouent des choses même s'il n'y a pas de cadre préétabli, prédéfini.

On pourrait résumer l'informel à un effet de surprise !

Pour Gilbert Renaud, travailleur social Québécois : « *Le formel et l'informel sont indissociables tout comme le sont l'ordre ou le désordre, le fonctionnement et le dysfonctionnement, ils constituent un couple où l'un ne se conjugue pas sans l'autre* » (Renaud, 1995, p.129)

Dans l'organisation des soins, la dimension informelle de la communication ne doit pas être négligée. Même si la plupart du temps, les sujets qui y sont abordés ne sont pas de portée professionnelle.

Nous pourrions dire que c'est une communication de l'instant.

En CATTP, comme dans les autres formes de prise en charge, l'informel est la partie de notre pratique qui ne se formalise pas.

C'est une communication qui est plus naturelle et, de ce fait, elle entraîne plus rapidement la mise en place d'une relation soignant-soigné.

4.4 La relation soignant-soigné

Étymologiquement, la relation provient du latin « relatio » qui désigne le récit, la narration, et implique donc un échange de données, de faits.

Alexandre Manoukian l'explique également : « *une relation, c'est une rencontre entre deux personnes aux moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières, et deux histoires* » (Manoukian, 2001, p.9).

Alexandre Manoukian rajoute que : « *la relation n'est pas fixe, c'est-à-dire que celle-ci peut varier selon différents éléments que nous ne pouvons contrôler* » (Ibid, p.25).

Comme nous le citons auparavant, c'est avec nos propres traits de personnalité que nous établissons une relation.

Nous devons, en tant que soignant, être au clair avec cela car inconsciemment, il est possible que nous ayons des « préférences » pour tel ou tel enfant ou telle ou telle famille.

Il y a et il y aura toujours un enfant ou une famille qui nous rappellera un proche ou quelqu'un que l'on connaît.

C'est ce qui fait la complexité de la relation soignant-soigné.

Nous serons tous les jours en recherche de la juste distance à respecter. Garder cette distance dans la relation soignant-soigné n'est pas quelque chose de facile à réaliser.

Tout soignant doit être conscient de ces éléments pour pouvoir accompagner au mieux les enfants et leurs familles.

Ceci nécessite d'avoir une posture professionnelle adaptée aux situations rencontrées dans notre quotidien comme le fait apparaître Antoine Bioy : « *trouver la juste distance ne s'improvise pas* » (Bioy, 2009, p.55).

Une relation thérapeutique est de fait différente d'une relation sociale ordinaire entre deux personnes.

Nous devons faire preuve de bienveillance, tout en restant le plus objectif possible.

Il est important également, dans une relation soignant-soigné, de ne pas être dans la sympathie mais plutôt dans l'empathie.

En effet, si nous sommes dans la sympathie, nous allons manquer obligatoirement de subjectivité. Le dictionnaire Larousse définissant la sympathie comme le : « *penchant naturel, spontané et chaleureux de quelqu'un vers une autre personne* » à la différence de l'empathie

que Carl Rogers définit ainsi : « ... *être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent... C'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui...* » (Rogers, 1962, p. 197).

Nous pensons que la relation soignant-soigné débute dès l'accueil de l'enfant et de sa famille. C'est la plupart du temps dans ce moment que les familles se confient aux soignants.

L'accueil doit être un moment privilégié de la prise en charge.

Dominique Friard écrit à ce propos : « *L'accueil est le premier de ces petits soins du quotidien, ces soins de rien qui ne payent pas de mine, mais sans lesquels aucune démarche de soin ne peut tenir* » (Friard, 2011)

4.5 Le transfert dans la relation soignant-soigné

Nous souhaitons aborder les notions de transfert et de contre transfert car elles sont présentes dans toute relation soignant-soigné.

La thérapeute et conférencière Marie-jeanne Trouchaud définit le contre transfert comme : « *l'émotion que le thérapeute éprouve en réponse au transfert de l'aidé* » (Trouchaud, 2009, p. 184). Nous pouvons élargir le mot « thérapeute » aux soignants qui interviennent auprès de l'enfant et de sa famille.

Le contre transfert serait, dans notre situation, la réaction de l'infirmière qui est provoquée par la réaction des parents d'E.B.

Le transfert étant les émotions, les désirs du soigné qui sont projetées sur le soignant et qui perturbent son fonctionnement psychique. C'est à travers ce transfert que le soigné pose ses problèmes et ses troubles psychiques.

Il peut s'agir d'un transfert positif avec des sentiments amicaux et tendres. Avec comme exemple, le patient qui offre des cadeaux ou son amitié, voire plus.

Il peut s'agir également de transfert négatif avec de l'agressivité, de la méfiance ou de l'hostilité. Dans cette situation de transfert négatif, le patient montre des expressions de colère ainsi que des critiques non justifiées envers le soignant.

Ce qui est difficile pour le soignant, c'est de réajuster son attitude devant ces situations.

Le soignant doit être en capacité d'analyser son propre contre transfert, il en va de la qualité de la relation soignant-soigné.

Malheureusement, parfois le soignant est dans l'incapacité à faire la différence entre les sentiments personnels, la relation thérapeutique et ce que le patient attend de lui.

Nous nous attachons au patient et si le patient ne progresse pas, un sentiment d'incapacité professionnelle nous envahit.

C'est aussi le cas quand nous favorisons tel ou tel patient dans notre prise en charge.

Nous devons avoir conscience de ce qui se passe en nous, vis-à-vis du patient et de ses émotions, pour être plus efficace dans notre relation.

4.6 Le travail thérapeutique avec la famille

La famille d'E.B est un partenaire indispensable à sa prise en charge.

Une alliance thérapeutique est nécessaire, ce qui renvoie à la relation de confiance.

En tant que soignant en service de pédopsychiatrie, nous sommes quotidiennement confrontés à la souffrance de l'enfant, mais également à celle de ses parents.

L'histoire de chacun des membres de la famille, leur fonctionnement et leur rôle, ont un impact sur le développement de l'enfant.

Notre travail au quotidien devra s'appuyer sur la compréhension de cette dynamique familiale et dans cette situation, sur la place qu'a E.B dans sa famille.

Nous ne pouvons pas soigner un enfant sans l'apport de sa famille, même si parfois cette implication est difficile.

« *La famille est une ressource majeure en santé mentale avec son pouvoir thérapeutique et sa résilience* » (Villeneuve, 2006, p.58).

Nous devons permettre aux familles d'être actrices dans la prise en charge de leur enfant. L'évolution de l'enfant ne pourra se faire sans l'adhésion de sa famille au projet thérapeutique, proposé par l'équipe soignante.

C'est à nous de les solliciter et de les réaffirmer dans leur fonction parentale. N'oublions pas que chaque famille observe son enfant au quotidien, nous avons besoin de leur parole.

Cela passe par un travail de valorisation de leurs compétences.

Nous devons également sans cesse nous réajuster en fonction du contexte et du fonctionnement familial.

C'est dans ces moments que nos capacités d'écoute et d'analyse sont nécessaires pour une meilleure compréhension de la situation.

Pour Guy Baillon : « *le travail avec la famille est indispensable de bout en bout ; la famille est constamment l'interlocuteur privilégié* » (Baillon, 2001)

Nous tissons des liens de confiance avec les familles des enfants. Il est indispensable que les familles nous fassent confiance.

Parfois, nous devenons des interlocuteurs privilégiés ou particuliers des familles. Nous retrouvons cela dans la relation qui s'est instaurée entre l'infirmière et la famille d'E.B.

Ces instants deviennent des moments de « confidences » et cela reste à l'appréciation du soignant de savoir jusqu'où nous pouvons aller dans tout ce que nous déverse la famille à ce moment-là !

Doit-on sélectionner les informations ou peut-on se permettre de tout entendre de la part de la famille ?

Dans le cas d'E.B, sa famille nous faisait part de leur histoire familiale, de leur relation de couple, de leur volonté de divorcer et au fur et à mesure de la discussion de la place qu'avait E.B dans leur relation.

Ne prenions nous pas un risque à trop nous centrer sur leur relation de couple et essayer de trouver une logique dans tout ce que cette famille nous disait.

Joseph Mornet ne nous dit-il pas : « *qu'on ne peut soigner sans risque* » (Mornet, 2007, p. 156)

4.7 La place de l'enfant dans la famille

Il nous semble intéressant, dans un premier temps, de définir ce qu'est une famille avec la définition de l'anthropologue Claude Levi-Strauss. Selon cet auteur la famille est : « *à la fois une institution sociale, juridique et économique, qui existe dans toutes les sociétés humaines. Ses membres unis par des liens légaux, économiques et religieux, respectent tout un ensemble d'interdictions et de privilèges sexuels et se trouvent liés par des sentiments psychologiques tels que l'amour, l'affection et le respect* » (Levi-Strauss, 1983, p. 83). Il rajoute également que : « *ce qui différencie l'homme de l'animal, c'est que dans l'humanité, une famille ne saurait exister s'il n'y avait pas d'abord une société* » (Ibid, p. 83).

Il est impossible de dissocier l'enfant de son histoire familiale dans le cas d'E.B, ce sont ses troubles qui ont entraînés la prise en charge en CATTP.

Nous devons nous interroger sur la place qu'a E.B dans cette histoire familiale..

Autre question que nous devons nous poser : E.B est-il le symptôme de ce dysfonctionnement familial ?

Catherine Mathelin-Vanier citant Françoise Dolto : « *les enfants sont le symptôme des parents* » (Mathelin-Vanier, 2007, p. 50).

C'est le symptôme de l'enfant qui est à l'origine de la demande de la prise en charge mais en réalité la problématique est plus vaste.

L'enfant a une place importante pour ses parents mais a-t'il la même place pour chacun d'entre eux en fonction de leur histoire personnelle ?

Les troubles d'E.B ne sont-ils pas des prétextes à ses parents pour pouvoir parler de leur mal être lors des entretiens informels ?

Ses parents ne voulant pas consulter eux-mêmes le font donc à travers les troubles d'E.B.

Le rôle de parents est quelque chose de délicat. Ils doivent, entre autres, lui permettre d'acquérir sa propre autonomie, sa propre personnalité tout ceci en toute sécurité.

Une famille doit être une structure contenant même si elle évolue avec le temps, avec les changements qui peuvent la caractériser (séparation, divorce, famille recomposée, famille mono parentale...).

Les différents éléments de ce système sont en interaction, ce qui fait la particularité de chaque famille. La famille est le premier groupe d'appartenance pour chacun d'entre nous et nous sommes tous et toutes imprégnés de notre famille.

Freud, lui a rangé la tâche d'être parent parmi les métiers impossibles : « *faites comme vous voulez de toute façon ce sera mal* » (Chiland, 2003, p.121).

Les parents, que nous recevons, doivent être accompagnés pour qu'ils puissent essayer de faire au mieux avec les troubles de leur enfant. Nous avons besoin de la parole des parents pour comprendre le fonctionnement familial et bien sûr de celle de l'enfant.

Dans ces moments, nous sentons la détresse des parents mais également celle de l'enfant.

Pour citer le psychologue et psychanalyste Jean-Pierre Falaise : « *l'enfant est un sujet, un être doté de conscience et d'une volonté propre, porteur d'un projet de vie unique* » (Falaise, 2007, p. 114) mais cet enfant n'est pas un adulte et il a besoin de repères parentaux et il est tributaire des règles d'apprentissage que sa famille va mettre en place. Il n'est pas en capacité d'assumer ses actes et il est dans une relation de dépendance envers ses parents.

Jean-Pierre Falaise rajoute que l'enfant a autant : « *une place objective (celle qu'il occupe), que subjective (celle qu'il se donne) ou interactive (celle qu'on lui donne)* » (Ibid, p. 114).

E.B va mal or, il ne fait que révéler un dysfonctionnement au sein de sa famille. Ses troubles du comportement, ses colères à répétition, son incapacité à être concentré longtemps ne sont-ils pas des moyens inconscients de pousser ses parents vers la psychiatrie ?

Selon Janine Rénier et Hannelore Schrod : « *le symptôme de l'enfant révèle une souffrance familiale non « digérée », non élaborée chez la mère ou le père* » (Rénier, Schrod, 2008, p.105).

L'enfant, symptôme de sa famille, protège ses parents, c'est une sorte de diversion. En ayant lui-même des symptômes visibles, comme par exemple la provocation pour E.B, il fait diversion des problèmes des parents.

Il est celui qui va permettre l'équilibre psychique des parents. Pour Maurice Berger : « *les troubles de certains enfants ont pour fonction de maintenir un équilibre dans la famille et d'éviter ainsi l'apparition d'une crise, comme si les liens entre les membres du groupe familial ne pouvaient se maintenir qu'à ce prix-là.* » (Berger, 2012, p. 100)

E.B ne se sacrifie-t-il pas pour monopoliser l'attention et détourner ses parents de leurs problèmes ?

Catherine Mathelin-Vanier pose la question suivante : « *qui demande quoi ?* » (Mathelin-Vanier, 2008, p. 49). Cette dernière cite Winnicott qui évoquait que le symptôme de l'enfant est : « *une organisation extrêmement complexe* » (Ibid, p. 50). Elle rajoute que : « *le symptôme est un SOS qui nécessite toute une exploration du développement affectif de l'enfant. Il ne s'agit pas pour le psychiatre de se considérer comme un guérisseur du symptôme mais de débarrasser l'enfant de l'obligation d'appeler au secours* » (Ibid, p. 50).

Dans le cas d'E.B les troubles ont commencé très tôt dans son développement affectif, les consultations débutent après la dépression du post-partum de sa mère.

Pour Maurice Berger : « *l'enfant à la différence de l'adulte ne demande rien la plupart du temps* » (Berger, 2012, p. 21 ». Il est vrai que la plupart du temps les parents consultent pour leur enfant et non pour eux-mêmes. Maurice Berger rajoute que : « *l'enfant est le désarroi de sa famille* » (Ibid, p. 23) et il insiste en disant que : « *l'enfant est le noyau problématique de la famille.* » (Ibid, p.100).

La difficulté que nous pouvons rencontrer va être de différencier l'enfant qui exprime un mal être de celui qui porte la problématique d'un parent ou de sa famille.

4.8 Les thérapies systémiques familiales

Cette approche systémique née aux Etats-Unis au siècle dernier avec l'école de Palo Alto a comme postulat de départ le fait : « *qu'une grande partie des difficultés ou des troubles d'une personne s'origine dans un dysfonctionnement de l'ensemble des relations et des processus de communication qui la concernent* » (Rouff, 2007. p. 8).

Pour un thérapeute systémicien, un individu seul ne peut se concevoir. Ce dernier est toujours en interrelation avec les autres membres du groupe et dans un environnement précis.

La particularité de la systémie est qu'elle ne va pas seulement se concentrer sur le symptôme tel qu'il apparaît mais sur le contexte dans lequel il s'inscrit.

Le symptôme est souvent le point de départ de cette forme de prise en charge.

L'intérêt de ce type de thérapie est qu'il cherche ce que la souffrance de l'enfant veut dire.

Nous avons vu que la famille est constituée de divers éléments en relation, les uns avec les autres, mais il est rare que tous les membres d'une même famille expriment le besoin d'être aidés.

Lors de la première rencontre avec un thérapeute, généralement, un seul membre de la famille est perçu comme celui qui a « des problèmes ».

C'est son symptôme qui est mis en avant et qui est le départ de la thérapie.

Le but du thérapeute sera de comprendre à quoi ce symptôme sert dans le fonctionnement familial.

Selon le psychanalyste Jean-Michel Thurin : « *La famille est le système privilégié d'études systémiques. Tout y est porteur de sens. Toutes les actions, tous les comportements sont considérés comme des entrées apportant une modification à l'ensemble des relations du groupe familial* » (Thurin, 2010, p.69).

Pour le psychiatre Jean-Michel Havet : « *On a pu dire que le symptôme est communication, qu'il a une signification pour les membres du système familial, dont il favorise l'homéostasie tout en en critiquant le fonctionnement* » (Havet, 2010, p.214).

Le travail du thérapeute sera de redonner un sens au symptôme et d'accompagner le patient à agir sur sa symptomatologie.

Ce travail consistera également à travailler sur l'ensemble des éléments du système familial qui maintiennent le symptôme visible. Toujours selon Jean-Michel Havet : « *le patient n'est pas le seul propriétaire des symptômes* » (Ibid, p.215).

Lors des thérapies familiales systémiques, certains auteurs comme le neuro psychiatre Mony Elkaim font apparaître que : « *Quand, parmi les membres d'une famille, celui qui était désigné comme le porteur du problème allait mieux, c'était quelqu'un d'autre qui allait moins bien* » (Elkaim, 1995).

L'auteur rajoute que : « *La crise est une opportunité de changement, elle ouvre tout un champ de possibles. En systémie, le symptôme est présenté comme volontaire, utile et cohérent, même s'il pose de nombreux problèmes périphériques et de grandes souffrances* » (Elkaim, 1989).

Mony Elkaim insiste dans ses écrits sur le fait que l'intervention du thérapeute ne s'effectue pas dans la recherche d'une « vérité » du système ou de ses membres, mais dans un élargissement de l'univers qui les entoure.

Le travail du thérapeute devra permettre à tous les membres de la famille d'évoluer ensemble au fur et à mesure de l'avancement de la thérapie. Même si la plupart du temps et cela est paradoxal, il y a une demande d'aide au sujet du patient désigné mais ceci sans qu'il y ait un bouleversement du milieu familial.

5 Problématisation

Nous avons pu constater qu'à travers des temps informels, les parents des enfants pris en charge en CATTP venaient déposer leur mal être auprès des soignants qui les accueillaient.

L'enfant alors « disparaissait » du discours au profit des difficultés que les parents faisaient apparaître de leur fonctionnement familial.

Nous nous rendions compte aussi que l'enfant était désigné comme le symptôme et qu'il avait un rôle dans le maintien de l'équilibre familial.

Tous ces constats nous amènent à nous demander :

Comment redonner une place centrale à l'enfant pris en charge en CATTP ?

6 Phase exploratoire

Nous avions prévu de rencontrer 3 infirmiers exerçant dans le CATTP pour qu'ils nous parlent de leurs expériences dans la prise en charge des enfants et comment ils travaillaient également avec les familles de ces enfants.

Nous avons choisi la méthode clinique dans ce travail de recherche avec comme outils des entretiens. Ces entretiens devaient être réalisés au sein du CATTP.

Cette méthode nous aurait permise d'essayer de comprendre et d'analyser la réalité du travail auprès des enfants en service de pédopsychiatrie et aussi d'interroger les pratiques soignantes.

Les professionnels interrogés nous auraient aider à enrichir notre questionnement.

La situation sanitaire exceptionnelle liée à la pandémie de Covid-19 nous a empêché de réaliser ces entretiens.

Nous n'avons pas eu également l'autorisation nécessaire de notre direction des soins pour effectuer ces entretiens.

Devant ce constat et en accord avec notre directeur de mémoire, nous sommes allés chercher dans la littérature des articles relatant le travail des soignants auprès des enfants en service de pédopsychiatrie.

Nous effectuerons dans un premier temps une synthèse de ses articles en lien avec notre mémoire de fin d'études d'infirmière et dans un deuxième temps nous analyserons ces données.

6.1 Traitement des données recueillies

La journaliste Emily Lay dans la revue « Actu Soins » précise que la particularité du travail infirmier en pédopsychiatrie se situe entre soins et éducation.

Quand elle interroge des infirmiers d'un CMP Parisien, ces derniers font apparaître que : « *tout évolue chez un enfant et c'est cela qui est formidable* ».

En deçà des entretiens et des co-consultations avec un pédopsychiatre les infirmiers ont un rôle de co-animation d'atelier avec des éducateurs.

La communication avec un enfant est difficile alors, il faut trouver un médiateur de communication. C'est le principe des ateliers thérapeutiques, ceux qui est confirmé par les infirmiers interrogés : « *Il est difficile de mener des entretiens avec l'enfant, qui n'a pas la capacité à nommer. Par cette expérience, nous percevons des choses, des émotions. Nous abordons des thèmes difficiles, comme le deuil ou l'abandon, de manière non frontale* »,

Les ateliers thérapeutiques font parti du projet de soins individualisé de l'enfant pris en charge. Ce sont au départ de petits objectifs à atteindre rajoute une infirmière travaillant dans en service d'hospitalisation pour adolescents de la Fondation Vallée, à Gentilly (94) comme par exemple : « *se relaxer dans l'eau, travailler sur l'hygiène, réussir à se comporter à l'extérieur* »

La réussite de la prise en charge passe aussi par la mise en place d'un cadre précis.

3 axes principaux se dégagent de la particularité du rôle infirmier en pédopsychiatrie :

- 1) Favoriser le développement de l'enfant
- 2) Les parents, l'école : des partenaires
- 3) Garder du recul

Premièrement, favoriser le développement de l'enfant, nous sommes là dans la dimension éducative du soin.

Les infirmiers interrogés font apparaître que : « *Il faut de l'ouverture d'esprit. Et n'être choqué ni ne s'étonner de rien* », « *Les parents, usés, ne suivent pas. Tout ce qu'on avait travaillé, il faut le refaire au retour* ». Une présence sécurisante est nécessaire auprès de l'enfant.

Deuxièmement, nous avons vu que ce sont les parents qui dans un premier temps amènent l'enfant en consultation. Une infirmière insiste sur le fait que ce sont des partenaires privilégiés et que : « *Ils observent leur enfant au quotidien. Nous avons besoin de leur parole, également pour comprendre le fonctionnement familial* »

Cette infirmière rajoute que : « *Les confidences de l'enfant leur sont transmises sous réserve de son accord. Mais nous avons l'obligation de les avertir si nous entendons quelque chose de grave. Dans tous les cas, on prévient d'abord le patient* »

Pour cette soignante, le travail en partenariat avec l'école est aussi une nécessité. Elle parle de l'école comme d'un « *allié* » indispensable à la qualité de la prise en charge de l'enfant.

Cela nécessite un projet d'accueil individualisé.

Troisièmement, être en capacité de prendre du recul.

« *Il n'y a jamais de routine* » déclare une infirmière. Il y a une nécessité d'échanges autour des prises en charge ou de façon informelles ou à l'aide de groupes d'analyse de pratiques professionnelles.

Tous les soignants interrogés font apparaître la nécessité d'avoir des compétences particulières pour travailler en pédopsychiatrie. La formation initiale en IFSI étant insuffisante, la formation continue pourra pallier à ce déficit, se former est une nécessité.

Une formation aux diplômes d'université (DU) de périnatalité ou de psychopathologie petite enfance, enfance et adolescent est évoquée.

Dans un TFE (Travail de Fin d'Etudes) réalisé à L'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmier), l'auteur a interrogé 4 infirmiers de différents secteurs de pédopsychiatrie ainsi qu'un cadre de santé travaillant en pédopsychiatrie.

Dans le premier lieu de soins un CMPI, 2 infirmiers ont été interrogés.

Les premiers éléments d'analyse font apparaître que les infirmiers ne travaillent pas avec les parents des enfants, que ce sont que les médecins qui rencontrent les parents. Mais que ils ont des conversations informelles avec les parents quand ils viennent parfois chercher les enfants.

En dehors de ces temps informels, les seuls contacts sont téléphoniques. Les infirmiers ne participent pas non plus aux entretiens avec le médecin et les parents. Les infirmiers se plaignent de ne pas avoir plus de place dans ces entretiens. « *Et notre formation nous permettrait de le faire* ». Les infirmiers font remarquer également que le médecin ne se met pas à la hauteur des parents, qu'il impressionne les parents.

Il y a d'énormes difficultés à intégrer les parents au projet thérapeutique : « *Beaucoup de parents ne viennent pas d'eux-mêmes, il faut les solliciter* ». Les parents ne voient pas l'intérêt d'avoir des entretiens avec les infirmiers vu qu'ils en ont déjà avec le médecin.

Les infirmiers souhaiteraient mettre en place des réunions de parents. Cela consisterait à les réunir et à les informer sur les questions qu'ils se posent et de partir de thèmes donnés.

Ils aimeraient aussi participer aux entretiens de préadmission, Ce serait un point de départ pour évoluer vers une prise en charge infirmière des parents. Nous espérons alors travailler avec les parents et avancer dans notre champ de compétences.

Les entretiens sont informels et donc moins intéressants car pas dans le cadre de l'institution. Pour pouvoir réellement travailler, il faudrait des rencontres cadrées, officielles, qui s'inscrivent dans une durée, un projet. Il n'y a pas de projet dynamique, il manque un moteur. Il y a également un manque de confiance par rapport aux infirmiers dans ce qu'ils peuvent transmettre comme information au médecin et dans ce que le médecin peut leur demander. Il n'y a pas de vision d'équipe, les évolutions constatées par les infirmiers qui voient l'enfant tous les jours ne sont pas prises en compte par notre médecin. Les médecins ont beaucoup de mal à progresser dans la prise en charge des familles. L'analyse systémique est récente, il y a encore peu de personnes formées.

Pour les infirmiers, rien n'oblige les parents à accepter les soins, ils sont la clé car les hospitalisations d'enfants sont des hospitalisations libres la majorité du temps. S'ils ne veulent

pas coopérer, on ne pourra pas travailler avec l'enfant. Cependant, le fait que l'hospitalisation soit une prescription médicale fait que les parents sont plus passifs, se sentent moins impliqués.

Pour les infirmiers, un contrat écrit serait plus facilitateur pour la prise en charge de l'enfant, contrat identique à ce qui se fait en milieu scolaire. Ces contrats nécessitent la présence donc des enseignants mais aussi des parents. Il y a un contrat écrit dans lequel les parents sont partie prenante, ont une place. On sent qu'ils s'y sentent reconnus et investissent ces projets. Cette démarche est différente de celle d'envoyer son enfant au centre de jour parce qu'un médecin a dit qu'il faut le faire. La notion de contrat et non d'ordonnance semble jouer dans cette approche. Il serait intéressant de pouvoir envisager les choses comme cela pour nous aussi avec les parents.

Ces infirmiers concluent en disant que les parents sont suivis par la pédopsychiatrie quand ils ont des difficultés. Oui, c'est dommage. Il faudrait presque une structure d'aide familiale car les parents se « rabattent » sur la structure d'accueil de l'enfant ou une prise en charge parallèle. Cela pose d'ailleurs des questions d'aider les parents et les enfants, car on peut se demander si l'on reste neutre par rapport aux parents quand on a l'enfant en charge et inversement. On est nécessairement influencé par ce que l'on sait. Il y a sans doute des progrès à faire dans ce domaine.

Ils rajoutent qu'il faut du temps pour pouvoir suivre tout le monde correctement. Et notre travail c'est la pédopsychiatrie, pas la thérapie familiale ni la psychiatrie adulte. Nous pouvons donc un peu accompagner les parents pour qu'ils s'occupent mieux de leur enfant mais pas soigner leurs difficultés personnelles.

Le cadre de santé de pédopsychiatrie interrogé fait apparaître que les parents ont une place importante, puisque d'une part ils amènent leur enfant en consultation, ce qui constitue une première démarche, et d'autre part parce qu'aucun soin ne peut être commencé sans leur accord. Même si cela prend du temps pour obtenir leur adhésion au projet. Il est alors nécessaire de tout expliquer et de désacraliser la prise en charge psychiatrique avec toutes les peurs que cela engendre.

Les parents sont de précieux indicateurs sur le comportement de l'enfant et nous aident à mieux le comprendre et donc à mieux le prendre en charge. Il y a des rencontres régulières avec les parents, plus ou moins espacées en fonction des difficultés.

En effet, l'enfant est au cœur de la prise en charge et l'on essaye au maximum que ce soit le même soignant qui suive un enfant donné ou une famille donnée. La notion de soignant référent est très importante. Pour chaque enfant il y a un médecin et un infirmier référent constants.

Dans ce service, les infirmiers peuvent recevoir les parents seuls. *« C'est d'autant plus fréquents que nous développons des relations d'aide envers les parents et que les infirmiers savent le faire ».*

Des réunions avec les parents, les infirmiers référents et les médecins ont lieu une fois par trimestre mais le taux de présence est faible voir nul de la part des parents.

Le cadre de santé précise aussi que la prise en charge d'un enfant n'est pas arrêtée avant d'avoir vraiment essayé de raccrocher les parents, de les avoir recontactés plusieurs fois, etc...

De toutes façons, si les parents ne sont pas partie prenante du soin, la prise en charge de l'enfant ne sera pas efficace.

Les infirmiers de son service sont formés pour la relation d'aide, par rapport à l'approche systémique, et à la thérapie familiale.

Ce cadre de santé insiste sur le fait que la notion d'évolution lente est souvent abordée, les parents savent que les progrès ne seront pas forcément très rapides. Il y a aussi beaucoup de questionnement par rapport à l'avenir car il y a un gros manque de structures d'accueil. La régression des enfants provoquent un découragement important des parents qu'il faut alors particulièrement soutenir. Ils rencontrent de même des difficultés face à la violence et aux automutilations.

Les parents sont généralement très curieux de tout ce qui touche la maladie de leur enfant. Une formation leur est dispensée. De plus, les parents reçoivent une formation par rapport à la pathologie de leur enfant.

Pour cet autre infirmier travaillant en internat de pédopsychiatrie, il y a une nécessité absolue de travailler avec l'enfant pour avancer dans le soin. La famille doit adhérer au projet, on ne peut pas exclure l'enfant de son milieu. La dynamique de l'enfant est liée à celle de la famille. Les relations sont instaurées par le biais d'entretiens avec un médecin.

Il y a aussi la relation infirmier-parents qui sont programmées dans le cas des visites à domicile régulières avec un but précis. Il s'agit d'un soutien lors d'une sortie. On peut aussi parler des

relations informelles quand les parents viennent chercher leur enfant. Il y a également les appels téléphoniques ou anodin par rapport aux inquiétudes, pour des demandes particulières. Le but est d'utiliser cette relation pour une meilleure réinsertion de l'enfant, de dédramatiser par rapport au vécu.

L'infirmier participe également aux entretiens parents-médecin. L'infirmier y assiste parfois en complémentarité pour la reprise d'un vécu, la mise en évidence d'un vécu. Les infirmier interviennent de façon plus spontanée sur des choses observées ou vécues que le médecin. De plus, la présence de l'infirmier permet une représentation symbolique de l'équipe lorsque l'on expose une prise de décision. Nous pouvons ajouter que les familles ne s'adressent pas de la même façon aux médecins et aux infirmiers. Les infirmiers sont plus simples, plus naturels, il y a une spontanéité dans le contact. L'enfant demande des choses plus facilement à l'infirmier et cela se reflète dans la relation parents-infirmier. Il faut cependant faire très attention à ne pas devenir copains, à rester soignants.

Pour cet infirmier, tout acte de relation est pensé et réfléchi en fonction d'un besoin. Il y aura sûrement à l'avenir un développement des entretiens familiaux car l'internat évolue dans sa prise en charge. Il rajoute que le fait que les entretiens soient non formalisés cela permet une richesse, un dialogue qu'il n'y aurait pas en entretien officiel.

Ne pas tricher avec la famille lui permet de s'exprimer, de ne pas la rabaisser. Le médecin lui a une aura, un grand savoir qui peuvent impressionner.

Il y a toujours le risque que l'infirmier rentre sous le charme de la famille ou au contraire soit rejetant. Il faut donc doser, savoir jusqu'où l'on intervient. Des réunions ont lieu entre les infirmiers par rapport aux projections, à la position du référent, sur ce qui est dit. On parle beaucoup entre nous de ce que l'on ressent du vécu que l'on a avec une famille.

Le travail avec les parents se fait sur le long terme. On évalue le rôle de la famille au niveau des échanges affectifs, la position parentale. On veut surtout responsabiliser les parents, leur redonner leur place. Pour cela un travail peut être mis en place, il demande une cohésion d'équipe. Le premier réflexe est la peur quand les parents arrivent à l'hôpital. La qualité relationnelle de l'accueil, de l'écoute permet de dire les choses.

Lorsque la famille est pathogène ce ne sont pas les mêmes soignants qui la rencontre. Il faut tout clarifier au départ et savoir orienter la famille vers une autre structure si besoin. On est parfois pris dans un engrenage comme si l'on avait un devoir d'accompagnement des familles.

Parler est porteur, cela permet des dénouement. Les infirmiers peuvent faire des choses très simples qui font évoluer les choses.

Il conclut en disant qu'il n'y a pas de réponse pour tout. Il y a différentes nuances, différentes relations qui ont chacune leur rôle. C'est un système de confiance, un travail d'équipe. Il y a une logique de soins même s'il y a des contradictions apparentes, il y a des manières d'aborder différentes mais un axe commun.

Nous terminerons ces retranscriptions d'entretiens avec un infirmier travaillant dans un centre d'observation de pédopsychiatrie.

Pour cet infirmier, il y a des difficultés à garder une position non-jugeante par rapport aux relations intrafamiliales, aux parents. Les soignants ont tendance à cliver : l'institution est objet de soins, elle est donc bonne pour l'enfant, plus efficace. Il y a un gros danger à vouloir « réparer » les parents, à vouloir les rendre « mieux » qu'ils ne sont.

L'institution n'est pas meilleure que les parents, il ne faut pas vouloir s'y substituer. Il ne faut pas penser que si l'enfant va mieux depuis qu'il est hospitalisé, c'est grâce aux talents des soignants, cela vient surtout de la séparation. Il faut rassurer les parents sur ce point, qu'ils ne se sentent pas mauvais. Il faut leur dire que les choses évoluent avec le temps, suite au soufflement apporté par la séparation. Les soignants doivent se donner un temps de réflexion pour exposer la situation aux parents.

La position de l'infirmier est d'entendre l'enfant. Il est aussi de rester en contact avec les parents qui posent des questions au téléphone. Ils cherchent beaucoup à savoir comment l'enfant se situe par rapport aux soignants alors qu'avec eux cela se passait mal. Ils s'interrogent par rapport à leurs propres capacités à être parents, à élever leur enfant. Il faut savoir leur répondre pour qu'ils ne se sentent pas incapables, dévalorisés. Il ne faut pas les conforter dans l'image négatives qu'ils ont d'eux-mêmes.

L'enfant comble un manque, la mère espère être une bonne mère et doit lâcher progressivement cette position, donner une place à l'enfant en dehors de ce manque à combler. La plupart du temps cela se passe bien et parfois c'est problématique. L'hospitalisation d'un enfant vient réveiller cela.

Pour aider, les parents, il y a des entretiens parents-médecin. Sinon l'enfant voit son infirmier référent. Il y a une remise de sens, de liens entre l'enfant et les parents. Il faut rétablir les parents

dans leur fonction, l'infirmier doit donc s'effacer pour laisser la place aux parents, ne pas être indispensable, seulement provisoire. Prendre une place qui n'est pas pour réparer l'autre. Cela peut être difficile à accepter pour l'infirmier.

Il y a trois éléments clé dans le travail avec les parents :

- 1) Le plus difficile : que les parents acceptent qu'un tiers puissent les aider, qu'ils ne soient pas omnipotents ou omniscients. Cela se travaille dans les cas non-urgents en consultation médicale.
- 2) Voir comment ils vivent la séparation : expression de leurs difficultés au téléphone, conversation téléphoniques avec l'infirmier. Tenir une position ferme par rapport à l'isolement de l'enfant : savoir dire non aux parents.
- 3) Travailler à la réinstauration de la fonction parentale, grâce à une articulation infirmier-médecin-psychologue.

6.2 Analyse des données

6.2.1 Le projet thérapeutique et la participation aux entretiens

Sur le sujet du projet thérapeutique et de la participation aux entretiens avec les parents des enfants pris en charge, les réponses sont divisées.

Dans un CMPI, seulement le médecin reçoit les parents et lui seul mène les entretiens dans le cadre du projet thérapeutique. Les seules rencontres avec les parents s'effectuent au téléphone ou sont faites de façon informelle quand les parents attendent en salle de consultations ou viennent chercher leur enfant au CMPI. Ces infirmiers parlent de frustration de ne pas être présent à ces entretiens car c'est eux qui sont au quotidien avec les enfants. Ils veulent faire valoir leurs compétences et la reconnaissance du métier infirmier.

Dans tous les autres lieux de soins sollicités, les infirmiers sont partie prenante du projet thérapeutique. Certains sont référents des enfants pris en charge et de leur famille et dès la première rencontre, ils sont présents auprès des familles et des enfants.

Ils participent aux entretiens en binôme avec le médecin et parlent de complémentarité.

Chaque enfant pris en charge a un infirmier et un médecin référent fixe établis au début du projet thérapeutique. Parfois, l'infirmier reçoit seul l'enfant ou sa famille.

Ces infirmiers insistent sur la relation de confiance et lors des entretiens avec les parents.

Ils font apparaître 3 éléments clés dans le travail avec les parents:

- La nécessité pour les parents d'avoir un tiers aidant
- Permettre aux parents d'exprimer leur mal être
- Travailler à la restauration parentale en collaboration avec les psychologues et médecin

L'infirmier participe aux activités thérapeutiques et en particulier aux ateliers thérapeutiques avec les enfants pris en charge. Les supports sont variés et ils doivent favoriser le développement de l'enfant. A cet instant, nous sommes dans la dimension éducative du soin.

Ces ateliers font parti du projet de soins individualisé de l'enfant. Une cohésion d'équipe est une nécessité.

6.2.2 La posture infirmière en pédopsychiatrie

La particularité du travail infirmier en pédopsychiatrie se situe entre soins et éducation.

Les infirmiers interrogés parlent de compétences particulières pour travailler dans ces lieux de soins.

En effet, l'infirmier anime des ateliers thérapeutiques et doit être partie prenante du projet de soins.

Au sujet des ateliers se pose la question de la présence ou pas des parents et des informations qui leurs sont données sur le comportement de l'enfant. Les avis sont partagés certains souhaiteraient inclure les parents, d'autres infirmiers interrogés répondent que non en évoquant les notions de secret médical.

L'infirmier doit être aussi capable d'entendre l'enfant et sa famille. Il doit instaurer une relation de confiance.

Des infirmiers parlent de rapport simplifiés avec la famille, à la différence de ce qui se fait avec les médecins ou le discours est autre et parfois plus complexe à déchiffrer.

Ils parlent également de spontanéité dans le contact avec les familles.

Une des difficultés pour l'infirmier est de garder une position non-jugeante par rapport aux relations intrafamiliales, aux parents.

Alors que la tendance peut être au clivage entre le soignant bon objet de la relation et la famille le mauvais objet.

Le maintien d'une distance thérapeutique est une nécessité dans le travail en pédopsychiatrie.

L'infirmier doit être capable de gérer ses affects et son propre système transférentiel.

Des groupes d'analyses de pratiques professionnelles sont une nécessité pour permettre une continuité dans la cohésion du travail auprès des enfants et des familles.

En résumé, il y aurait 3 axes principaux qui se dégageraient de la particularité du rôle infirmier en pédopsychiatrie :

- 1) Favoriser le développement de l'enfant
- 2) Travailler en partenariat avec les parents, l'école
- 3) Garder du recul avec la mise en place de groupe de parole, d'analyse de pratiques

6.2.3 La formation des infirmiers en pédopsychiatrie

La particularité de la profession infirmière en service de pédopsychiatrie doit être reconnue.

Pour l'ensemble des soignants des compétences particulières sont nécessaires et la formation initiale en IFSI est insuffisante.

Certains infirmiers sont formés à la relation d'aide, à l'approche systémique et aux thérapies familiales.

Dans un CMPI, les infirmiers évoquent une formation aux diplômes d'université (DU) de périnatalité ou de psychopathologie petite enfance, enfance et adolescent.

Malheureusement, la formation professionnelle n'est pas un objectif dans toutes les structures de pédopsychiatrie pour certains infirmiers qui ont été interrogés.

La formation professionnelle continue doit être une priorité et sera complémentaire à la formation initiale. Ce sera un élément essentiel de reconnaissance de la particularité de la profession infirmière en service de pédopsychiatrie.

7 Conclusion

Ce mémoire est la conclusion de nos trois années d'études, tout au long de son écriture notre cheminement a évolué.

Nous nous étions focalisé au départ de ce travail sur la place de l'informel avec ses incertitudes dans la prise en charge de l'enfant en CATTP

Mais au fur et à mesure de nos lectures, notre recherche s'est axée sur la place que cet enfant avait dans sa famille et sur le rôle que ses parents pouvaient lui donner.

Ce travail nous aura permis aussi de mettre en évidence la complexité de la relation parents-enfants surtout quand cet enfant est désigné comme le symptôme de la famille.

La prise en charge d'un enfant et de sa famille ne sont pas des choses aisées.

L'infirmier doit avoir une posture adaptée et c'est à cet instant que la relation soignant-soigné prend tout son sens.

Nous éprouvons un sentiment de frustration avec ce travail de fin d'étude.

Cette frustration est liée au fait de n'avoir pas pu réaliser nos entretiens avec les professionnels travaillant en CATTP. Ces entretiens nous auraient permis de façonner ce mémoire de façon plus professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

ARDOINO, J. (1993). *La circulation des information et les stratégies de la communication dans les organisation*. In Dictionnaire de la communication. Paris : PUF. 288 p.

BIOY, A. BOURGEOIS, F. (2009). *L'écoute informelle, facteur de socialisation. L'entretien informel. Accueillir l'informe*. Revue Santé mentale, n°136, p. 55.

BERGET, M. FRISCH-DESMAREZ, C. DURIEUX MP. (2012). *Le travail thérapeutique avec la famille*. Paris : Editions Dunod. 320 p.

BETTELHEIM, B. (2007). *Pour être des parents acceptables*. Paris : Editions Pocket. 599 p.

DUBUIS, J. FOURNIER, D. KASONGO, I. (1989). *Travail avec les familles et réhabilitation du sujet*, Revue pratique n°1.

ELKAIM, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aimes pas*. Approche systémique et psychothérapie. Paris : Editions du Seuil. 224 p.

FALAISE, JP. (2007). *Le travail avec les parents dans les thérapies d'enfants et d'adolescents*. Revue Gestalt, p. 113-128.

FISCHER, GN. (1999). *Le concept de relation en psychologie sociale*. Revue Recherche en soins infirmiers, n°56, p. 4-11.

FRIARD, D. (2009). *Un entretien qui ne ressemble pas à un entretien*. Revue Santé mentale, n°136, p. 22-27.

HAVET, JM. (2010). *Les symptôme en thérapie familiale systémique*. Revue La lettre du psychiatre, Vol 6, n°6, p.214-216.

LANQUETIN, JP. (2015). *L'informel en psychiatrie, approche du travail invisible de l'activité infirmière*. Revue soin, p. 1-5.

LANQUETIN JP. TCHUKRIEL S. (2012). *Rapport de Recherche. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. GRSI (425).

LEVI-STRAUSS, C. (1983). *Le regard éloigné*. Paris : Editions Plon, 398 p.

MANOUKIAN, A. MASSEBEUF, A. (2001). *La relation soignant-soigné*. Paris : Editions Lamarre, 173 p.

MATHELIN-VANIER, C. (2007). *Le symptôme de l'enfant*. ERES, Journal français de psychiatrie, p. 49-52.

MENJON, S. (2001). *Le travail avec les parents en pédopsychiatrie*. Mémoire de fin d'études, IFSI de Saumur.

MERKLING, J. (2007). *Le métier d'infirmier en santé mentale*. Collection savoirs et pratiques, Editions Seli Arslan, 318 p.

MORNET, J. (2007). *Psychothérapie institutionnelle, histoire et actualité*. Editions du champ social. Nîmes, 156 p.

PERROT-MOUNIQ, C. (2008). *Le cattp pour petits, une histoire d'espaces et de temps*. Revue AMPAN, p. 87-96.

PIAGET, J. INHELDER, B. (2012). *La psychologie de l'enfant*. Quadrige. Paris : PUF. 156 p.

RANDIN, JM. (2019). *Soignant-soigné, un équilibre si délicat*. Revue Santé mentale, p. 30-33.

RENAUD, G. (1995). *le formel et l'informel : une tension créatrice continue* in Théologiques. Vol 3, n°1, p 129-152.

RENIER, J. SCHROD, H. (2008). *L'enfant-roi et sa famille, l'enfant-tyran et sa famille, leurs environnements*. Revue Thérapie familiale, vol 29, p. 103-108.

ROGERS, C. (1962). *Psychothérapie et relations humaines*, Louvain, Études Universitaires, tome 1.

ROUFF, K. (2007). *La systémie, une approche efficace*. Revue Liens social, n°142.

MANJON, S. (2001). *Le travail avec les parents en pédopsychiatrie*. Travail de fin d'études. IFSI Saumur. France.

TROUCHAUD, MJ. (2009). *Et l'émotion se fait chair, comprendre la face cachée de nos actes*. Paris : Editions du cygne. 238 p.

THURIN, JM. THURIN, M. (2010). *Psychanalyse et thérapies systémiques : écarts et complémentarité*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n°45, p.67-89.

VILLENEUVE, C. BOIVIN, J. (2009). *La pédopsychiatrie contemporaine et la famille*. Thérapie familiale. Vol 30, p. 57-69.

SITOGRAPHIE

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/enfant/therapie/piaget.htm>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sympathie/76073>

FRIARD, D. *Les attitudes des soignants au cours de l'accueil*. www.serpsypaca.e-monsite.com

BAILLON G. Appel de Bondy –un an après-, Centre psychiatrique de Bondy, mars 2000-mars 2001 – site internet : appelbondy2000@aol.com

CHILAND, C. (2003) *L'enfant, ses parents et le thérapeute*. *Enfances & Psy* 2003/1 (n°21), pages 121 à 129

<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2003-1-page-121.htm>

« Les temps informels de la relation d'aide en pédopsychiatrie » Mémoire de fin d'études en vue de la validation des U.E. 3.4, 5.6 et 6.2

<https://www.cefiec.fr/images/pdf/Troph%C3%A9esCEFIEC/MFE%20-%20Les%20temps%20informels%20de%20la%20relation%20d%27aide%20en%20p%C3%A9dopsychiatrie%20-%20Florian%20G%C3%A9ly.pdf>

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : Sigles et acronymes

ANNEXE II : Autorisation de diffusion de mémoire

ANNEXE III : Entretiens extraits du mémoire « le travail avec les parents en pédopsychiatrie »

ANNEXE I : sigles et acronymes

AESH : Accompagnant Elève en Situation de Handicap

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMPA : Centre Médico Psychologique pour Adulte

CMPI : Centre Médico Psychologique Infantile

DU : Diplôme Universitaire

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

PMI : Protection Maternelle Infantile

TFE : Travail de Fin d'Etudes

UPB : Unité Parents Bébé

ANNEXE II : Autorisation de diffusion de mémoire

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'ERFPP de son travail de fin d'études en version papier (5 à 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée : Mélanie Bardiére

Promotion : 2017-2020

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI-ERFPP du GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiante en soins infirmiers :

L'enfant symptôme de ses parents

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 soussignée, déclare avoir été informée des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'ERFPP du GIPES 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

Signature :

ANNEXE III : Entretiens extraits du mémoire

Entretien n°1

Entretien avec deux infirmières d'un secteur de pédopsychiatrie : Sylvie et Geneviève, du 30 mai 2000. Ces deux femmes exercent avec les petits enfants de 3 à 12 ans. Le but de l'entretien est de connaître tout ce qui est fait en lien avec les parents au secteur de pédopsychiatrie de ces deux infirmières, tant au niveau de l'aide des parents que de la prise en charge des enfants notamment au niveau infirmier. C'est un secteur où je suis allée en stage, elles n'ont donc pas besoin de me le présenter. On peut préciser qu'il y a une répartition en fonction des âges (petits, adolescents) mais pas en fonction des pathologies. Les petits sont répartis en trois unités de 8 enfants environ avec 2 infirmiers chacune.

Tout d'abord, est-ce que vous travaillez avec les parents ?

Très peu, ce sont les médecins qui rencontrent les parents, les infirmiers ont seulement des contacts téléphoniques. Il n'y a pas de travail auprès des parents, ou disons qu'il est informel, par rapport au quotidien. Lors des entretiens avec le médecin, les parents expriment leurs difficultés. Elle ne reçoit pas les parents avec les enfants ce que nous trouvons dommage. Ces pratiques dépendent du médecin, il y en a qui renvoient les parents vers les unités. Les parents viennent aux ateliers ? Non, nous pensons que cela gênerait le soin. Ce qui se passe dans les ateliers reste entre l'enfant et les soignants.

De qui émanent les proposition d'entretien ?

A moitié des infirmiers, à moitié des parents. Les parents téléphonent quand ils sont en grande difficulté. Donc en fait le premier travail est d'accompagner les parents par rapport à la maladie de leur enfant, pas de les intégrer à un projet thérapeutique.

Beaucoup de parents ne viennent pas d'eux-mêmes, il faut les solliciter. Nous avons peu de réponses pour les entretiens avec les infirmiers : les parents ne voient pas l'intérêt puisqu'il y a déjà un entretien avec le médecin. Il n'y a pas de réelle politique de travail avec les parents. Notre médecin-chef n'est pas dans l'analyse systémique mais dans la psychanalyse.

Vous rencontrez les frères et sœurs ?

Cela dépend du médecin, mais lorsque les frère et sœur viennent, c'est le médecin qui les voit. Ils vous arrive d'assister aux entretiens avec le médecin ? Non, c'est assez rare, sauf quand ça l'arrange pour surveiller un enfant particulièrement agité... Nous regrettons de ne pas avoir plus de place dans ces entretiens. Il nous semble qu'un entretien mené à 2 permet d'observer ses interlocuteurs, leurs réactions, pendant que l'autre parle. De plus les regards sont différents et donc complémentaires. Et notre formation nous permettrait de le faire. Et le médecin peut être impressionnant pour les parents...

Et le médecin peut être impressionnant pour les parents... C'est vrai que les médecins ne se mettent pas toujours à la hauteur des parents et qu'ils ne posent pas de question, surtout que beaucoup d'entre viennent de milieu défavorisé.

Les infirmiers ont des initiatives possibles ?

Il y a un projet à notre niveau, c'est de créer des réunions de parents. Cela consisterait à les réunir et à les informer sur les questions qu'ils se posent et de partir de thèmes donnés par exemple. Nous aimerions aussi participer aux entretiens de préadmission. Ce serait un point de départ pour évoluer vers une prise en charge infirmière des parents. Tout ceci peut évoluer, mais il faut être patient car cela prend du temps. Notre médecin a tendance à vouloir tout gérer seule, mais il faudra qu'un jour elle se décharge d'une partie de son travail sur nous. Nous espérons alors travailler avec les parents et avancer dans notre champ de compétences. Au CMP de Laval les parents attendent dans la salle d'attente et peuvent discuter entre eux de plein de choses. Les infirmiers sont là mais discrètement, ça leur permet de voir les personnes dans un autre cadre et donc sous un autre angle. Les parents y expriment beaucoup mieux leurs difficultés, c'est plus décontracté, et les infirmiers ont un véritable rôle à jouer. D'ailleurs, là-bas, les infirmiers font les entretiens d'accueil des parents et les suivent. Nous, nos entretiens sont informels et donc moins intéressants car pas dans le cadre de l'institution : le médecin-chef ne veut pas comme nous le disions. Pour pouvoir réellement travailler, il faudrait des rencontres cadrées, officielles, qui s'inscrivent dans une durée, un projet. Ce qui est dommage c'est qu'il n'y a pas de projet dynamique, il manque un moteur. Les volontés des infirmiers sont bloquées par le médecin. Il y a également un manque de confiance par rapport aux infirmiers dans ce qu'ils peuvent transmettre comme information au médecin et dans ce que le médecin peut leur demander. Il n'y a pas de vision d'équipe, les évolutions constatées par les infirmiers qui voient l'enfant tous les jours ne sont pas prises en compte par notre chef qui ne le voit que de temps en temps... Les médecins ont beaucoup de mal à progresser dans la prise en charge des familles. L'analyse systémique est récente, il y a encore peu de personnes formées.

Pour en revenir aux parents, qu'y a-t-il d'autre à dire ?

On peut préciser notamment que rien n'oblige les parents à accepter les soins, ils sont la clé car les hospitalisations d'enfants sont des hospitalisations libres la majorité du temps. S'ils ne veulent pas coopérer, on ne pourra pas travailler avec l'enfant. Cependant, le fait que l'hospitalisation soit une prescription médicale fait que les parents sont plus passifs, se sentent moins impliqués. On sent la différence avec les projets qui sont mis en place au niveau scolaire. Il y a des contrats d'intégration qui sont passés entre les instituteurs de St Gemmes et l'instituteur de la classe où l'enfant est inscrit dans le but de le maintenir le plus possible dans le circuit scolaire. Ces contrats nécessitent la présence donc des enseignants mais aussi des parents. Il y a un contrat écrit dans lequel les parents sont partie prenante, ont une place. On sent qu'ils s'y sentent reconnus et investissent ces projets. Cette démarche est différente de celle d'envoyer son enfant au centre de jour parce qu'un médecin a dit qu'il faut le faire. La notion de contrat et non d'ordonnance semble jouer dans cette approche. Il serait intéressant de pouvoir envisager les choses comme cela pour nous aussi avec les parents.

Et en ce qui concerne les ateliers, les parents sont-ils informés ?

Les ateliers sont un soin pour l'enfant, les parents n'ont pas à être précisément informés de ce qui s'y passe. Ils peuvent avoir quelques informations, mais constater l'évolution de l'enfant suffit. En parlant trop aux parents, il y a un grand risque de trahir la confiance de l'enfant. Donc quand les soins s'arrêtent, pas besoin d'expliquer pourquoi en détail. Il se pose là la question à notre avis du secret professionnel. C'est toute la différence avec une prise en charge familiale où l'on reçoit parents et enfants pour une prise en charge globale.

Finalement, les parents sont suivis par la pédopsychiatrie quand ils ont des difficultés. Oui, c'est dommage. Il faudrait presque une structure d'aide familiale car les parents se « rabattent » sur la structure d'accueil de l'enfant ou une prise en charge parallèle. Mais cela existe peu. Cela pose d'ailleurs des questions d'aider les parents et les enfants, car on peut se demander si l'on reste neutre par rapport aux parents quand on a l'enfant en charge et inversement. On est nécessairement influencé par ce que l'on sait. Il y a sans doute des progrès à faire dans ce domaine. De plus, il faut du temps pour pouvoir suivre tout le monde correctement. Et notre travail c'est la pédopsychiatrie, pas la thérapie familiale ni la psychiatrie adulte. Nous pouvons donc un peu accompagner les parents pour qu'ils s'occupent mieux de leur enfant mais pas soigner leurs difficultés personnelles.

Entretien n°2

Entretien d' 1h30 avec Mme B., cadre infirmier en pédopsychiatrie, du 23 juin 2000. Le but de l'entretien est de connaître tout ce qui est fait en lien avec les parents dans le secteur de pédopsychiatrie de Mme B., que je ne connais pas, tant au niveau de l'aide des parents que de la prise en charge des enfants, notamment au niveau infirmier.

Mme B. me présente la structure où elle travaille : Le secteur ouest de pédopsychiatrie a été ouvert en 1992 pour répondre à un accroissement des besoins. De nouveaux soignants ont été embauchés pour former une équipe avec des soignants de l'unique structure initiale. Cela a permis d'accueillir 35 enfants supplémentaires à temps plein à cette époque. Néanmoins ce type de prise en charge ne convenait pas aux soignants qui ne pouvaient se concentrer sur la thérapie et devaient aussi par exemple être éducateurs. De plus il semblait fondamental que les enfants puissent continuer à évoluer dans leurs sphères familiales. L'objectif étant donc de se centrer sur la thérapie, le secteur a eu recours au partenariat, notamment avec les familles qui ont un rôle à jouer. Par conséquent, actuellement seuls 5 enfants sont en hospitalisation complète. L'accueil des patients n'est pas homogène, il existe un mélange des âges et des pathologies. L'accent est mis sur les projets thérapeutiques individualisés. Par ailleurs, le secteur met l'accent sur la prévention, qui se développe, en collaboration avec le CHU, la PMI, les médecins, les instituteurs... Cette intervention précoce permet d'éviter un enkystement de la maladie. L'enfant rencontre lors d'une première consultation un médecin ou un psychologue qui décide si une prise en charge est mise en place immédiatement ou si des temps d'observation sont mis en place.

Les parents ont ici une place importante, puisque d'une part ils amènent leur enfant en consultation, ce qui constitue une première démarche, et d'autre part parce qu'aucun soin ne peut être commencé sans leur accord. Il faut ceci dit parfois plusieurs rencontres avec les parents pour les aider à comprendre les enjeux de la prise en charge et obtenir leur adhésion. Il est alors nécessaire de tout expliquer et de désacraliser la prise en charge psychiatrique avec toutes les peurs que cela engendre. Une première approche est pour cela proposée avec une psychomotricienne ou une orthophoniste, ces professions n'ayant pas les mêmes connotations qu'infirmier psychiatrique par exemple. Ces entrées en matière inquiètent moins les parents et permettent de se donner du temps pour avancer.

Que faites - vous concrètement avec les parents sur le terrain ?

Le travail avec les parents est maintenu au maximum. Les enfants retournent pour la majorité à la maison d'où un travail en lien sur le vécu de l'enfant à la maison et à l'institution. Les parents sont de précieux indicateurs sur le comportement de l'enfant et nous aident à mieux le comprendre et donc à mieux le prendre en charge. Il y a des rencontres régulières avec les parents, plus ou moins espacées en fonction des difficultés. Cela va d'une fois par semaine à une fois par mois. Cela dépend aussi de la disponibilité professionnelle des parents. Lorsqu'un enfant doit être hospitalisé, ses parents viennent plus souvent car ils ont besoin d'être accompagnés durant la transition maison - hôpital ; cette organisation demande du temps et de la disponibilité aux patients. En effet, l'enfant est au cœur de celle-ci et l'on essaye au maximum que ce soit le même soignant qui suive un enfant donné ou une famille donnée. La notion de soignant référent est très importante. Pour chaque enfant il y a un médecin et un infirmier référent constants. De plus, les projets d'orientation de l'enfant sont discutés avec les parents quand il faut constituer des dossiers pour la CDES.

Est-ce que les infirmiers rencontrent seuls les parents ?

Les infirmiers ne voient pas les parents seul pour des raisons historiques, car ils n'en avaient pas l'habitude quand ils travaillaient dans le secteur unique de pédopsychiatrie. Cependant, avec l'arrivée de soignants extérieurs qui avaient eux l'habitude de recevoir parfois seuls les parents, cela commence à se faire ici aussi. Ce n'est donc pas une opposition de la part du chef de service ? Non, d'ailleurs, quand les médecins ou psychologues sont absents, les infirmiers reçoivent les parents seuls. C'est d'autant plus fréquents que nous développons des relations d'aide envers les parents et que les infirmiers savent le faire.

Est-ce que les parents participent à des ateliers ?

Cela arrive. Nous avons eu par exemple le cas d'une petite enfant sourd, la mère venait aux ateliers car elle seule comprenait sa fille. La présence de la mère a favorisé la communication au début de la prise en charge. Il y a aussi les cas où la séparation parent - enfant est trop difficile, nous acceptons alors le parent au début, à condition qu'il ne gêne pas le soin. Il y a des parents très perturbateurs que nous ne pouvons pas accepter si nous voulons travailler efficacement. Dans tous les cas, les décisions se prennent en équipe.

Rencontrez-vous les parents dans d'autres cadres ?

Nous organisons une fois par trimestre des réunions de parents qui sont un espace de parole. Elles sont animées par un médecin ou un psychologue et les infirmiers référents de chaque

famille sont présents. Pour cela, les familles sont informées par courrier et elles nous retournent un coupon-réponse. On sait ainsi quelles familles seront là et par conséquent quels infirmiers mobiliser et quels thèmes choisir. Les thèmes traités sont par exemple l'alimentation, le sommeil ou les enfants sans langage. Mais ces derniers temps, il y a moins de parents. On se pose la question de l'intérêt de ces réunions.

Pourquoi ne viennent-ils plus selon vous ?

Ils ont probablement suffisamment d'informations par ailleurs et sont peut être gênés par leur travail, ils ne peuvent pas toujours se libérer dans la journée. Nous organisons également des réunions de fratrie sur indication des référents. Qui repèrent parfois des difficultés dans une famille. Les frères et sœurs sont conviés à participer à des sortes d'ateliers qui ont pour médiation le dessin ou la peinture. Les enfants s'expriment par ces biais, et une reprise est faite ou chaque enfant parle de sa production et exprime ses difficultés. Un goûter est également proposé ce qui donne une atmosphère conviviale et détendue

N'est-ce pas ennuyeux que ce soit la même structure qui aide les parents et les enfants ? Le soin peut-il être aussi efficace ?

Pendant les entretiens, on voit certains parents qui ont besoin de soins, on les engage alors à aller consulter un médecin indépendant de notre structure. De plus, ce ne sont pas les mêmes infirmiers référents qui accompagnent les parents et les enfants. On essaye de leur donner des indications, de les orienter et de se limiter uniquement à l'enfant. Sinon il y a des familles d'accueil pour les enfants qui n'ont plus de parent ou pour soulager certains parents tout en évitant une hospitalisation à temps plein. Les enfants vont dans ces familles 3 soirs par semaine et 1 week-end par mois. Elles sont payées par l'hôpital et ont un référent (psychologue ou infirmier) différent des parents. Il y a une rencontre une fois par an entre les parents et la famille d'accueil.

Y a-t-il un travail avec les instituteurs des écoles en association avec les parents ?

En effet, les instituteurs du Césame travaillent avec les instituteurs des écoles où vont les enfants que nous suivons lorsqu'ils restent dans le circuit classique, ce que nous tenons à maintenir au maximum, les parents ayant leur mot à dire. De plus, pour les enfants qui vont à l'école à la Roche Morna, les parents peuvent rencontrer l'instituteur et visiter la classe. De qui vient la demande de rencontre soignant - parents ? Cela dépend des cas. Il y a des rendez-vous régulièrement proposés pour tous les parents. Quand ils en ratent un on attend un peu pour voir

s'ils se manifestent pour prendre un autre rendez-vous, puis on les resollicite. Certains parents délaissent leur enfant quand il est pris en charge en pédopsychiatrie, on n'en entend plus parler. S'ils sont trop absents, on stoppe la prise en charge de l'enfant.

Cela ne risque-t-il pas de nuire à l'enfant ?

Et ces parents n'ont-ils pas besoin d'être particulièrement aidés ? Nous n'arrêtons pas la prise en charge avant d'avoir vraiment essayé de raccrocher les parents, de les avoir recontactés plusieurs fois, etc... De toutes façons, si les parents ne sont pas partie prenante du soin, la prise en charge de l'enfant ne sera pas efficace. Pour aider les parents, nous les mettons en contact avec des aides à domicile. Il y a une assistante sociale qui travaille beaucoup par rapport à cela et pour les prises en charge financières. Un stagiaire psychologue va au domicile des parents apporter son soutien quelques heures par semaine si cela peut aider la famille. On recherche également des lieux de vacances spécialisés où l'encadrement est rapproché. Les parents peuvent ainsi souffler un peu le temps du séjour de l'enfant. Il est souvent nécessaire pour les soignants d'emmener l'enfant jusqu'au centre (par exemple, nous avons accompagné l'été dernier un groupe dans les Pyrénées), cela permet une bonne transmission d'information aux personnes de là-bas. Si les parents sont disponibles, ils participent au voyage.

Les infirmiers reçoivent-ils une formation spécifique pour aider avec les parents ?

Ils sont formés pour la relation d'aide, par rapport à l'approche systémique, et à la thérapie familiale. Ils ont aussi été initiés à l'observation à domicile selon la méthode d'Esther Bick : on observe notamment les 57 comportements des nourrissons car il y a des similitudes avec le comportement des psychotiques au niveau de la communication infraverbale.

Rencontrez-vous des difficultés ?

Les parents divorcés sont moins faciles à rencontrer car cela nécessite une multiplication des entretiens auxquels il faut souvent d'abord travailler sur les difficultés personnelles des enfants avant de pouvoir se centrer sur l'enfant lui-même. Les parents doivent évoluer par rapport à la séparation et définir pour les enjeux qu'il y avait pour eux autour de la naissance. Il y a aussi les nouveaux conjoints à prendre en compte puisqu'ils s'occupent également des enfants. Pour finir, cela pose la question des référents, savoir si l'on donne les mêmes référents aux 2 parents divorcés ou non. Ce sont des décisions qui se prennent en équipe.

Est-ce que d'intégrer les parents aux décisions de prise en charge de l'enfant ne risque pas d'engendrer une confusion des rôles ?

Et ne risquent-ils pas de culpabiliser si l'enfant n'évolue pas comme ils l'auraient souhaité ? La notion d'évolution lente est souvent abordée, les parents savent que les progrès ne seront pas forcément très rapides. Il y a aussi beaucoup de questionnement par rapport à l'avenir car il y a un gros manque de structures d'accueil. La régression des enfants provoquent un découragement important des parents qu'il faut alors particulièrement soutenir. Ils rencontrent de même des difficultés face à la violence et aux automutilations. En cas de régression, les parents font-ils des reproches aux soignants ? Non, il n'y a jamais de reproches.

Les parents s'informent-ils beaucoup sur la maladie de leur enfant ? Comment ? Ils participent à des congrès, viennent aux journées ponctuelles de formation des soignants au Césame. Ils lisent des livres... Ils sont généralement très curieux de tout ce qui touche la maladie de leur enfant. Ils se renseignent aussi auprès des médecins, des psychologues pour avoir des références de livre. De plus, les parents reçoivent une formation que nous leur dispensons par rapport à la pathologie qui les concerne. 58 Existe-t-il des activités indépendantes des ateliers thérapeutiques où le parent et l'enfant peuvent faire des choses ensemble, mais dans le cadre de l'hôpital et avec des infirmiers, ce qui pourrait apporter une aide aux parents ? Non, il n'y a pas ce genre de structure. Les parents s'informent-ils beaucoup sur la maladie de leur enfant ? Comment ? Ils participent à des congrès, viennent aux journées ponctuelles de formation des soignants au Césame. Ils lisent des livres... Ils sont généralement très curieux de tout ce qui touche la maladie de leur enfant. Ils se renseignent aussi auprès des médecins, des psychologues pour avoir des références de livre. De plus, les parents reçoivent une formation que nous leur dispensons par rapport à la pathologie qui les concerne. 58 Existe-t-il des activités indépendantes des ateliers thérapeutiques où le parent et l'enfant peuvent faire des choses ensemble, mais dans le cadre de l'hôpital et avec des infirmiers, ce qui pourrait apporter une aide aux parents ? Non, il n'y a pas ce genre de structure.

Qu'est-ce qui fait qu'un jour les parents arrivent chez vous au Césame?

Le premier rendez-vous pour une consultation est souvent prise par un médecin généraliste, la PMI, le CHU ou le CAMPS. Nous avons 4 inter secteurs dans le département auxquels les généralistes savent qu'ils peuvent faire appel. Lors de la première consultation, on prend le temps d'annoncer les difficultés de l'enfant et d'accompagner les parents si besoin. Cela peut se faire en plusieurs fois si l'on sent que les parents ne sont pas prêts à tout entendre de suite, mais les parents finissent par savoir ce qu'a leur enfant, on ne leur cache rien. Quand ils arrivent pour la première fois, les parents ne savent donc pas toujours exactement pourquoi ils viennent ? Cela dépend du contexte et de la raison qui les amène à ce premier rendez-vous. Les parents

vont parfois aussi consulter dans les CMP. Ils acceptent plus ou moins ces consultations. Nous avons parfois des demande de relais de la part de pédopsychiatres libéraux. Qu'est-ce qui joue dans le choix des parents entre une structure ou une autre ? Il y a des raisons géographiques, mais aussi l'aspect financier. Au Césame nous recevons des familles de milieu défavorisé car nos soins ne leur coûtent pas d'argent et nous avons une assistante sociale pour les aider. Les gens qui ont plus d'argent préfèrent aller voir un médecin libéral. Le choix de structure me fait penser aux difficultés qui se posent quand les enfants ont entre 16 et 18 ans. Il n'y a pas de structure adaptée pour ces enfants d'âge intermédiaire qui n'ont pas la maturité pour aller en psychiatrie adulte et ne sont plus acceptés légalement à partir de 16 ans en pédopsychiatrie. Il y a hélas trop de demandes (6 mois d'attente avant de prendre l'enfant en charge) pour pouvoir les garder en pédopsychiatrie. Cela conduit les parents à garder leur enfant à la maison durant cette période. De plus, il n'y a pas d'aide financière attribuée, il faut attendre 18 ans pour toucher l'AAH. 59 Les associations de famille peuvent peut-être les aider ? Travaillez-vous avec elles ? Il y a 2 associations : Autisme Anjou et une autre dont j'ai oublié le nom qui existent. Nous ne travaillons pas directement avec elles. Les parents s'y rencontrent, se soutiennent, échangent et travaillent pour une évolution des structures. Chaque association a ses idées et revendiquent des moyens auprès du ministère de la santé. Lors d'une réforme il y a quelques temps des choses avaient été promises mais rien n'a changé, notamment au niveau de la construction de structures d'accueil. Les associations vous font-elles des demandes particulières ? Non. Ce que je peux aussi ajouter dans l'intégration des parents, c'est qu'on leur demande leur autorisation pour pouvoir les prendre en photo, les filmer, ... On leur donne aussi des explications, ainsi qu'à l'enfant bien sûr, si l'on emploie des techniques particulières comme le packing. Ils savent le déroulement et le but de ces soins. Les parents savent-ils précisément ce qui se dit ou se passe dans les ateliers pour leur enfant ? Oui, ils ont des informations sur l'évolution générale. Ils sont aussi conviés à venir voir des photos par exemple prises à l'atelier poney où des commentaires des enfants étaient annotés à côté. Nous rencontrons également les parents après les séjours pour parler de ce qui s'y est passé. D'ailleurs, l'instituteur accompagne parfois les enfants quand il passe une journée, ce qui lui permet de connaître le déroulement de la journée, cela lui donne une base de travail concrète ce qui permet un meilleur apprentissage pour les enfants. Pour finir, ce que l'on peut dire c'est que si l'on veut assurer un réel suivi d'un enfant avec du temps consacré aux ateliers, aux synthèses entre les différents référents, accompagner les parents, etc... on ne peut hélas pas prendre tous les enfants qui en auraient besoin en charge...

Entretien n°3

Entretien du 19 septembre 2000 avec Philippe D. infirmier dans un centre d'observation de pédopsychiatrie, secteur que je ne connais pas.

Qu'est-ce que le centre d'observation ?

Il s'agit d'un lieu d'admission où il y a une coupure par rapport à la famille. C'est un séjour de ruptures pour les adolescents qui ont des problèmes divers que ce soit pour des tentatives de suicide, des psychoses ou des névroses ... C'est un lieu fermé où l'on s'approprie le gamin. La pathologie n'a aucun sens pour les parents qui amènent l'enfant. Le but est d'y voir plus clair pour aider l'enfant. Il faut donc tisser des liens avec le gamin, c'est le premier contact. Les parents amènent l'enfant après un travail avec le médecin qu'ils sont allés voir pour tel ou tel problème et qui a envisagé avec eux la possibilité d'une hospitalisation comme solution. Ils ont donc déjà cheminé et viennent avec l'enfant visiter le CO quand l'hospitalisation a été choisie. L'admission est ainsi préparée pour la moitié des cas (par exemple : phobie scolaire, anorexie). Il y a alors une analyse de la demande, un travail de réflexion déjà engagé, une préparation de la famille par le médecin. L'enfant sait à quoi s'attendre, prévoit la séparation et s'y prépare. Dans le deuxième cas, l'enfant vient dans une situation de crise, une admission d'urgence. Il faut alors donner du sens, expliquer ce qui se passe. Les réactions des parents dépendent de la place de l'enfant dans la famille, selon qu'il est surprotégé ou au contraire rejeté. Il faut chercher la place de l'enfant qu'elle soit fantasmatique ou réelle, par rapport à la mère, au père, à la fratrie. Il faut observer également comment l'enfant réagit à la séparation qui est parfois la première : soulagement, violence, angoisse, déprime... Parallèlement il faut voir ce que cela fait aux parents. Très tôt l'enfant doit trouver sa place dans la famille après la séparation d'avec la mère. Lacan parle des trois étapes de privation, frustration, castration, Freud a beaucoup parlé d'œdipe. Il faut savoir qui l'on est, se positionner en tant que tiers. L'institution peut être un tiers sur le modèle de la trilogie père-mère-enfant, elle apporte des éléments nouveaux dans une relation existante. Il n'y a plus la trilogie père-mère-enfant mais parents-enfant-institution. N'est-ce pas difficile pour l'institution de rester à part ?

Il y a des difficultés pour nous à garder une position non-jugeante par rapport aux relations intrafamiliales, aux parents. Les soignants ont tendance à cliver : l'institution est objet de soins, elle est donc bonne pour l'enfant, plus efficace. Il y a un gros danger à vouloir « réparer » les parents, à vouloir les rendre « mieux » qu'ils ne sont. L'institution n'est pas meilleure que les

parents, il ne faut pas vouloir s'y substituer. Il ne faut pas penser que si l'enfant va mieux depuis qu'il est hospitalisé, c'est grâce aux talents des soignants, cela vient surtout de la séparation. Il faut rassurer les parents sur ce point, qu'ils ne se sentent pas mauvais. Il faut leur dire que les choses évoluent avec le temps, suite au soufflement apporté par la séparation. Les soignants doivent se donner un temps de réflexion pour exposer la situation aux parents. La séparation donne de l'air à tout le monde et permet à l'enfant de se situer. Le tiers est une façon humaine de fonctionner, de se construire, d'avoir un autre regard. Parfois cela se voit par la diminution des symptômes. Il faut bien avoir en tête que l'on a le rôle de tiers et l'intérêt que cela a. Concrètement cela se passe comment ? Au début il y a une semaine de coupure totale. Ensuite, il y a des entretiens avec le médecin (parents, enfant), chacun parle de ses problèmes spécifiques. Il y a un réaménagement progressif des sorties, des contacts, et une réévaluation au fur et à mesure. Tout ceci est établi au cas par cas. Cela va de la réussite totale à l'échec, en fonction des problématiques de chaque famille. Il faut voir aussi quel symptôme peut s'aménager autrement et rendre la vie plus facile à l'adolescent. L'institution propose et soutient, ensuite chacun y arrive ou pas, cheminement de chacun quand tout a été posé. Le cheminement pour se positionner est essentiel à l'adolescence dont le cœur de la problématique est la séparation.

Quel est le rôle infirmier ?

La position de l'infirmier est d'entendre l'enfant. Il est aussi de rester en contact avec les parents qui posent des questions au téléphone. Ils cherchent beaucoup à savoir comment l'enfant se situe par rapport aux soignants alors qu'avec eux cela se passait mal. Ils s'interrogent par rapport à leurs propres capacités à être parents, à élever leur enfant. Il faut savoir leur répondre pour qu'ils ne se sentent pas incapables, dévalorisés. Il ne faut pas les conforter dans l'image négatives qu'ils ont d'eux-mêmes. Par exemple, A. est arrivée il y a 15 jours suite à une fugue. Elle vivait chez son oncle et sa tante depuis 7 mois après être partie de chez ses parents à cause de conflits (violence, rejet). Elle a quitté ses parents sans en parler avec eux, l'oncle et la tante ne donnent pas de nouvelles et les parents n'en 62 prennent pas pendant 6 mois. A la rentrée scolaire A. n'allait pas bien, était dépressive et a fugué, elle est donc hospitalisée. Cela fait 2 semaines qu'elle est là, nous recevons 3 à 4 coups de fil par jour de toute la famille. Chacun pose des questions, donne son avis... La fille dit aux parents qu'ils sont mauvais, la tante pense être meilleurs que sa belle-sœur pour éduquer A.... L'institution est le lieu où elle peut se poser, où prendre de la distance. Elle cherche sa propre place. Le médecin voit les parents, l'oncle et la tante, A. . Beaucoup de choses n'avaient pas été dites de part et d'autre. Il a fallu réinstaurer

un dialogue sur le non-sens des 6 derniers mois. A. ne trouve pas sa place. La mère et la tante sont dominatrices, père et oncle n'ont pas leur place. L'institution est un apport extérieur. En ce moment, A. vide les choses progressivement, est plus soulagée, se livre : elle reconstruit quelque chose qui lui appartiendra. Lorsque l'on parle avec les parents au téléphone, on s'aperçoit qu'ils ne communiquent pas entre eux, ils appellent séparément... Quand on les voit, ils expriment leurs problèmes par rapport au vécu de leur enfant. Cela leur rappelle « je suis un mauvais père » « je suis une mauvaise mère ». C'est très difficile à vivre. L'enfant comble un manque, la mère espère être une bonne mère et doit lâcher progressivement cette position, donner une place à l'enfant en dehors de ce manque à combler. La plupart du temps cela se passe bien et parfois c'est problématique. L'hospitalisation d'un enfant vient réveiller cela. Comment aider les parents dans cette situation ?

Il y a des entretiens parents-médecin. Sinon l'enfant voit son infirmier référent. Il y a une remise de sens, de liens entre l'enfant et les parents. Il faut rétablir les parents dans leur fonction, l'infirmier doit donc s'effacer pour laisser la place aux parents, ne pas être indispensable, seulement provisoire. Prendre une place qui n'est pas pour réparer l'autre. Cela peut être difficile à accepter pour l'infirmier. Il y a trois éléments clé dans le travail avec les parents : - le plus difficile : que les parents acceptent qu'un tiers puissent les aider, qu'ils ne soient pas omnipotents ou omniscients. Cela se travaille dans les cas non-urgents en consultation médicale. - voir comment ils vivent la séparation : expression de leurs difficultés au téléphone, conversation téléphoniques avec l'infirmier. Tenir une position ferme par rapport à l'isolement de l'enfant : savoir dire non aux parents. - travailler à la réinstauration de la fonction parentale, grâce à une articulation infirmier-médecin-psychologue.

Entretien n°4

Entretien du 19 septembre 2000 avec Bernard B. infirmier en internat de pédopsychiatrie où sont hospitalisés surtout des adolescents, dans le même secteur que M. D.. Je fais mon mémoire sur le travail avec la famille en pédopsychiatrie et je voulais savoir comment cela se passe ici. Il y a une nécessité absolue de travailler avec l'enfant pour avancer dans le soin. La famille doit adhérer au projet, on ne peut pas exclure l'enfant de son milieu. La dynamique de l'enfant est liée à celle de la famille. On peut reprendre les différentes relations instituées : famille institution : cela se fait par le biais d'entretiens avec le médecin qui a une aura, ses paroles sont magiques pour certains parents et ont un impact, un rôle particulier. Ces entretiens ont lieu en présence ou non de l'enfant, parfois avec, parfois sans. Il y a aussi la relation infirmier-parents qui sont programmées dans le cas des visites à domicile régulières avec un but précis. Il s'agit d'un soutien lors d'une sortie. On peut aussi parler des relations informelles quand les parents viennent chercher leur enfant. Il y a également les appels téléphoniques ou anodin par rapport aux inquiétudes, pour des demandes particulières (weekend,...). Le but est d'utiliser cette relation pour une meilleure réinsertion de l'enfant, de dédramatiser par rapport au vécu. Participez-vous aux entretiens avec le médecin ?

Lors des entretiens parents-médecin, l'infirmier y assiste parfois en complémentarité pour la reprise d'un vécu, la mise en évidence d'un vécu. Les infirmiers interviennent de façon plus spontanée sur des choses observées ou vécues que le médecin. De plus, la présence de l'infirmier permet une représentation symbolique de l'équipe lorsque l'on expose une prise de décision. On peut ajouter que les familles ne s'adressent pas de la même façon aux médecins et aux infirmiers. Les infirmiers sont plus simples, plus naturels, il y a une spontanéité dans le contact. L'enfant demande des choses plus facilement à l'infirmier et cela se reflète dans la relation parents-infirmier. Il faut cependant faire très attention à ne pas devenir copains, à rester soignants. Le médecin touche aux plaies alors que l'infirmier laisse plus couler pour trier après. Les rendez-vous planifiés n'ont lieu qu'avec le médecin ?

Il n'y a pas d'entretiens infirmier planifiés ? Les rendez-vous programmés sont toujours au bureau du médecin, les autres rencontres sont informelles. Les seules rencontres programmées avec un infirmier sont dans le cadre des visites à domicile en postcure pour voir si tout va bien, pour continuer de travailler avec les familles chez elles. Il y a tout de même le cas assez rare d'entretiens dans le cadre de l'institution quand les familles n'ont pas le droit de voir l'enfant.

Tout acte de relation est pensé et réfléchi en fonction d'un besoin. Il y aura sûrement à l'avenir un développement des entretiens familiaux car l'internat évolue dans sa prise en charge. Tout de suite le problème est évalué et fait l'objet d'un projet. Ce que l'on vit avec certaines familles fait qu'il est tentant de nouer des liens forts, mais c'est dangereux. Les infirmiers y sont exposés puisqu'ils reprennent des choses au téléphone par rapport aux inquiétudes, aux questions des parents, il y a une dédramatisation de la part des infirmiers. L'infirmier parle alors en son nom mais tous les infirmiers sont en harmonie car ils travaillent dans la même direction et sont sincères, et cela les parents le sentent. C'est un système plus simple, moins officiel. Il faut répondre franchement aux questions posées. Il est donc important finalement que ces entretiens ne soient pas formels ? Oui, le fait que les entretiens soient non formalisés permettent une richesse, un dialogue qu'il n'y aurait pas en entretien officiel. Ne pas tricher avec la famille lui permet de s'exprimer, de ne pas la rabaisser. Le médecin lui a une aura, un grand savoir qui peuvent impressionner.

N'est-ce pas parfois utile d'officialiser les choses ?

Il y a toujours le risque que l'infirmier rentre sous le charme de la famille ou au contraire soit rejetant. Il faut donc doser, savoir jusqu'où l'on intervient. Des réunions ont lieu entre les infirmiers par rapport aux projections, à la position du référent, sur ce qui est dit. On parle beaucoup entre nous de ce que l'on ressent du vécu que l'on a avec une famille.

Mettez-vous en place des infirmiers référents ?

Il y a un infirmier qui est référent par enfant, et pour la famille, il est le garant du dossier. C'est un avantage qu'il y ait un interlocuteur privilégié mais il n'y a pas que lui qui a un rôle à jouer. Chaque infirmier peut apporter sa pierre à un moment donné, peut répondre à la famille à son niveau de connaissances de la situation. Il faut simplement être sincère.

Vous faites des réunions de synthèse ?

Il y a des réunions d'évaluation, d'échanges, pour parler du vécu entre les médecins, les infirmiers, les psychologues. Ici le travail se fait sur du long terme, on vit avec les enfants du lever au coucher alors qu'au centre d'observation il faut comprendre en urgence ce qui se passe puis soigner. C'est vrai notamment pour le travail sur les failles narcissiques (abandonnique, psychoses...).

Comment travailler avec les parents sur ce long terme ?

On évalue le rôle de la famille au niveau des échanges affectifs, la position parentale... On veut surtout responsabiliser les parents, leur redonner leur place. Pour cela un travail peut être mis en place, il demande une cohésion d'équipe. Le premier réflexe est la peur quand les parents arrivent à l'hôpital. La qualité relationnelle de l'accueil, de l'écoute permet de dire les choses. On peut dire aussi que les décors jouent beaucoup sur la première impression des parents quand ils arrivent. Ce sont plein de petites choses qui font que cela peut bien ou mal se passer. C'est donc important de travailler sur ce point. Je peux te donner l'exemple d'un garçon que nous suivons : il s'agit d'un enfant de 12 ans qui était exclu et plutôt dépressif. Il était caractériel et avait une mauvaise compréhension des situations. Ce garçon se mettait systématiquement en situation de rejet. Progressivement on a pu constater une amélioration car il a été reconsidéré par la famille, il a retrouvé une place, il a de nouveau été gratifié. Cela a pu se faire grâce au fait qu'il allait régulièrement chez lui et qu'on le suivait en même temps. Maintenant nous continuons à le voir en visites à domicile et le but est de continuer à lui restituer sa place en établissant un projet d'avenir à long terme avec notamment l'accès à un IMPro. Cela veut dire que lorsque l'on rend visite à cet enfant on consacre également un temps à la mère qui a besoin de parler. Au début la mère avait besoin de gratifications. Il y a toute une histoire d'accompagnement qui fait qui se fait sur le long terme, qui crée des liens, même s'il faut savoir garder sa place. Cela n'empêche pas la convivialité. Et il faut savoir écouter. Cette mère se confiait beaucoup et il faut savoir trier, cibler sur l'enfant. Quant à l'enfant il était content qu'on vienne. Au début il bougeait tout le temps, maintenant il s'est calmé, il reste assis 1 heure-1 heure 30. Il est partie prenante dans le moment d'échange. On est bien là dans le but qu'il retrouve une place, qu'il maîtrise ses réactions.

Comment cela se passe pour les enfants hospitalisés ?

On essaye d'éviter l'hospitalisation à tous prix, il ne faut pas marquer l'enfant du sceau de psychiatrie lourde. Mais parfois le long terme est inévitable, on travaille alors en partenariat avec d'autres établissements, avec 66 des écoles. Dans les troubles abandonniques, quand on revoit les parents il faut voir ce qui peut être dit, un peu réparer même si on ne peut pas tout effacer. Quand les parents viennent il faut offrir un petit café pour établir une relation, il faut une mise en situation pour que le parent vienne progressivement à accepter de coopérer. Une autre difficulté qui se présente c'est qu'à l'internat on a la casquette d'infirmier mais aussi d'éducateur, et d'animateur et il faut gérer ces différents rôles. Et les enfants qui ne sortent pas créent une relation avec l'infirmier. C'est là que l'infirmier doit se poser la question de savoir qui il est, comment il s'inscrit, quel est son rôle, et cela se fait à partir de l'analyse d'une

situation donnée. Pour en revenir à la famille, il ne faut pas la nier, il faut coopérer. Que se passe-t-il quand la famille est trop en difficulté voire trop pathogène ? Quand la famille est en difficultés ce ne sont pas les mêmes soignants qui les rencontrent. Il faut tout clarifier au départ et savoir orienter la famille vers une autre structure si besoin. On est parfois pris dans un engrenage comme si l'on avait un devoir d'accompagnement des familles. Parler est porteur, cela permet des dénouement. Les infirmiers peuvent faire des choses très simples qui font évoluer les choses. La vie est un voyage, chacun a son cheminement, il n'y a pas de réponse pour tout. Il y a différentes nuances, différentes relations qui ont chacune leur rôle. C'est un système de confiance, un travail d'équipe. Il y a une logique de soins même s'il y a des contradictions apparentes, il y a des manières d'aborder différentes mais un axe commun.

L'enfant symptôme de ses parents

Résumé : Ce travail de fin d'étude a traité de la prise en charge d'un enfant en CATTP.

Nous avons voulu faire apparaître qu'à travers des entretiens informels réalisés par les infirmiers, les parents de l'enfant pris en charge déposent leur propre mal être.

Nous sommes rendu compte que l'enfant avait une place particulière dans une famille dysfonctionnante et que l'équilibre familial allait dépendre de lui.

Il devient alors le symptôme de ses parents avec les difficultés que cela va entraîner dans sa prise en charge.

Devant la situation sanitaire liée à la pandémie du Covid-19, nous n'avons pas pu utiliser de méthode clinique avec la richesse qu'aurait pu nous amener des entretiens individuels avec les infirmiers du CATTP.

Nous avons du mettre en place une autre stratégie, nous sommes aller faire une recherche dans la littérature sur des pratiques infirmière en pédopsychiatrie.

Mots clés : entretien informel, famille, enfant symptôme, thérapie systémique, CATTP.

The symptomatic child of his parents

Abstract : This end of course assignment has dealt with the care of child in PTTC.

We wanted to make it appear only through informal interviews carried out by the nurses, the parents of the child supported file their own malaise.

We realized that the child had a special place in a dysfunctional family, family balance would depend on him.

It then becomes a symptom of his parents with the difficulties that this will imply in his care.

Given the health situation linked to the covid-19 pandemic, we could not use a clinical method with wealth that could have us individual interviews with the PTTC nurses.

We had to put in place another strategy, we are going to do a research in the literature on child psychiatry practice.

Keywords : informal interview, family, symptom child, systemic therapy, PTTC.