



HAL
open science

L'évaluation à l'épreuve de la subjectivation : la perception des prises en charge par les parents

Marie Constantin-Kuntz, Annick-Camille Dumaret

► **To cite this version:**

Marie Constantin-Kuntz, Annick-Camille Dumaret. L'évaluation à l'épreuve de la subjectivation : la perception des prises en charge par les parents. *Pratiques Psychologiques*, 2008, 14, pp.265-283. inserm-00353775

HAL Id: inserm-00353775

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00353775>

Submitted on 16 Jan 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Paru dans Pratiques Psychologiques, 2008 ; 14:265-283.

**L'évaluation à l'épreuve de la subjectivation :
la perception des prises en charge par les parents**

Assessment under subjectivationproof : parental perception of care.

Marie Constantin-Kuntz^{1*} (Psychologue, Centre Médico-Psychologique de Courbevoie, 1, avenue Jeanne, 92600 Asnières)

Annick-Camille Dumaret (Ingénieur de recherche, CERMES, Inserm U750, 7, rue Guy Môquet, 94801 Villejuif-Cedex)

Résumé :

Des recherches évaluatives, menées en collaboration avec des institutions oeuvrant auprès de familles présentant des troubles de la parentalité, ont utilisé une méthodologie accordant une place importante aux bénéficiaires des prises en charge. Cet article s'intéresse à la perception des soins chez les parents, d'après l'analyse des entretiens semi-directifs.

Les résultats montrent l'importance d'adapter l'offre de soins aux spécificités de la population accueillie, au niveau du cadre comme des modalités d'intervention, notamment par le recours à la médiation thérapeutique. Parmi les effets décrits, la (re)découverte du plaisir, personnel et relationnel, ainsi que l'acquisition de la capacité à demander de l'aide sont primordiaux. Au final, le cadre apparaît perçu comme un espace transitionnel, qui permet la séparation parent-enfant et le déploiement d'un processus d'individuation intergénérationnel.

Mots-clés : parentalité ; maltraitance ; évaluation ; interventions précoces.

Summary :

Research on the outcome of vulnerable families was conducted with the collaboration of services providing parents' guideline. Assessment used a methodology in which semi-structures interviews were used to know families' own experience of services clinical settings.

Results show that through an adapted framework and therapeutic mediation parents access to a new way in social relationships. Among intervention's effects, parents mention they (re)discover relational and personal pleasure, and that now they feel able to ask for help.

At least, the therapeutic framework appears as a transitional space, that leads parents and children to separation and individuation.

Key words : parent's guideline; child neglect and abuse; early intervention; evaluation.

¹ marie.ckuntz@yahoo.fr, 06.03.49.35.85.

Dans le champ des prises en charges « psy », l'évaluation des pratiques soignantes entraîne d'importantes questions, qui ont donné lieu à de vives controverses, comme en témoigne la polémique soulevée par le rapport de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies. Lors des débats qui ont entouré sa parution, est revenue à de nombreuses reprises la question de la place laissée aux sujets bénéficiaires des prises en charges dans les choix méthodologiques des recherches évaluatives. Ces dernières, principalement anglo-saxonnes, privilégient en effet l'approche de l'Evidence Based Medicine (EBM) .

Or, en France, peu d'évaluations systématiques ont actuellement été menées, ce qui devrait évoluer avec les lois de janvier 2002 et août 2004 ayant rendu obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles. Cependant, avant même 2002, plusieurs institutions travaillant dans le domaine de la prévention et des soins ont désiré évaluer leurs actions, afin d'adapter au mieux leurs interventions. Il s'agissait de structures accompagnant des personnes en difficulté dans leur fonction parentale, avec le but de traiter les troubles de la parentalité et de favoriser le développement des potentialités de l'enfant. L'importance d'avoir un regard extérieur pour mener au mieux leur travail de réflexion sur leurs pratiques a conduit ces institutions à s'adresser au CERMES (Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société). C'est ainsi que plusieurs recherches successives ont été menées sur le devenir des populations traitées, qu'il s'agisse des parents et/ou des enfants. Leur originalité réside dans une méthodologie alliant approches quantitative et qualitative, qui aboutit à un recueil de données assurant une pluralité de points de vue, avec, parallèlement à une analyse plus

« objective » des données institutionnelles, une place primordiale accordée à la parole de personnes ayant été aidées. Cette méthodologie a été présentée dans de précédentes publications (Dumaret, 2004a ; Dumaret et Constantin-Kuntz, 2005 ; Dumaret et Picchi, 2005). Le présent article constitue quant à lui une synthèse des résultats de trois de ces études pour ce qui concerne le vécu et les effets perçus des soins et accompagnements, tels qu'ils apparaissent dans le discours d'anciens bénéficiaires des prises en charge. Il s'agit ici de dépasser les différences d'approches entre les trois structures, choisies pour la similarité de leurs objectifs, afin d'identifier les points communs considérés aidants ou non aidants par les parents.

1. Contexte théorique

Les principaux travaux concernant les prises en charges précoces des familles mettent en avant le concept d' « *alliance thérapeutique* », définie comme « *la relation de confiance et de collaboration qui se met en place entre le thérapeute et le patient* » (Hervé, Paradis, Legras et Visier, 2006). Ils soulignent l'importance d'instaurer une alliance thérapeutique de qualité, aussi bien avec l'enfant qu'avec ses parents, alliance thérapeutique qui est fortement corrélée à l'évolution favorable de celui-ci (Kabuth, 2005 ; Horvath, 1991 ; Luborsky, 1994 ; Martin, 2000), en particulier, l'alliance thérapeutique précoce (mesurée lors des trois à cinq premières séances) (Kabuth, 2005 ; Bordin, 1994 ; Horvath, 1991 ; Martin, 2000). Didier Houzel de son côté, reprenant le concept « *d'attention*

inconsciente » de Bion, propose une classification des psychothérapies du premier âge qui distingue « *les psychothérapies qui recourent presque exclusivement à la fonction d'attention du thérapeute, telles : les traitements à domicile (...) comme une application de la méthode d'observation des nourrissons d'Esther Bick ; certaines psychothérapies mère/bébé ou parents/enfants* » et « *les psychothérapies qui, outre la fonction d'attention, recourent à l'interprétation des mécanismes de défense et des fantasmes inconscients* » (Houzel, 1998, p.34).

Les travaux cliniques insistent eux sur la fréquence chez les parents de traumatismes non élaborés et de difficultés importantes dans leur enfance avec leurs propres parents, qui se répercutent sur la relation parent-enfant et le processus de développement de l'enfant. Au final, la clarification des liens intergénérationnels et l'élaboration des vécus traumatiques deviennent des facteurs primordiaux de prévention des troubles et de la pathologie mentale chez l'enfant (Main et Goldwyn, 1984 ; Rouyer et Drouet, 1986 ; Fonagy, Steele et Steele, 1991 ; Golse, 1997 ; Fraiberg, 1999).

L'adaptation des interventions aux populations suivies est un postulat théorique commun à l'ensemble des prises en charge médico-psycho-sociales. Son application pratique auprès de personnes présentant des difficultés à verbaliser et fonctionnant dans le passage à l'acte, a amené le développement de techniques de médiation thérapeutique de la parole (Chouvier et al., 2002 ; Ruel, Valentine, Carraro et Trémine, 1998), dont le but est de faciliter la verbalisation et/ou d'amener un travail d'élaboration psychique : « *les médiations thérapeutiques entrent en jeu là où le travail thérapeutique ne peut s'exprimer par la parole*

seule, parce que cette dernière est difficile ou impossible » (Aymon-Gerbier, De Mijolla-Mellor, Steinberger et Lecoq, 2000).

Ce souci d'être au plus près des besoins des populations visées a par ailleurs conduit de nombreux pays à mettre en place des programmes centrés sur les visites à domicile par des infirmières spécialisées et/ou des bénévoles. Leurs évaluations ont montré des effets stables à plus ou moins long terme, avec une efficacité d'autant plus grande qu'ils avaient été mis en place de façon précoce et qu'ils proposaient des services concrets aux familles (Dumaret, 2003 ; Suchocka et Kovess-Masféty, 2006).

Les effets décrits aux prises en charge soulignent, au delà des modifications comportementales, les réaménagements intra-psychiques et relationnels amenés: les interventions *« peuvent également donner quelque chose d'autre, de plus intangible, (...) un sentiment de soutien et de sécurité aux participants. Et en faisant cela, elles peuvent influencer favorablement les voies du développement (...) de la famille toute entière. Si une intervention prend sens, elle engagera émotionnellement le parent ou l'enfant, et les aidera à considérer leurs relations et leur monde d'une manière différente* » (Korfmacher, 2002, p. 373). Parmi les autres effets positifs repérés, notamment auprès de familles très carencées et/ou maltraitantes, on note la réinscription dans les circuits de soins dont elles s'étaient exclues du fait d'expériences négatives antérieures, et plus largement, l'acquisition d'une capacité à aller chercher de l'aide et à prendre appui sur un réseau relationnel (Lyons, 2005).

Interrogées sur les caractéristiques des intervenants, en particulier des psychothérapeutes, des familles mentionnent comme aidants les capacités d'écoute et d'échange, l'absence de jugement, l'intérêt pour les problèmes qu'elles rencontrent, un travail d'équipe satisfaisant et l'instauration d'une atmosphère calme et tranquille (Stanbridge, Burbach, Lucas, et Carter, 2003).

La satisfaction des parents, et plus largement des bénéficiaires, à l'égard de la prise en charge se révèle quant à elle peu corrélée avec l'efficacité constatée de cette dernière sur l'enfant (Garland, Haine et Lewczyk Boxmeyer, 2007).

Pour ce qui concerne la méthodologie de l'évaluation des pratiques, les travaux récents concluent aux limites de l'application au champ des prises en charges psychothérapeutiques de la méthodologie de l'EBM reprise à la médecine somatique (Thurin, 2006 ; Williams et Garnier, 2002) et conseillent l'utilisation de méthodologies qualitatives (Korfmacher, 2002 ; Thurin, 2004). Ceci souligne l'importance de la pluralité des sources et des modalités dans le recueil des données. Ainsi, pour G. Fischman, une évaluation appropriée ne doit pas se fonder uniquement sur des études basées sur les principes de l'EBM mais, selon ses termes, intégrer la réalité complexe des données subjectives : « *la réelle défense psychiatrique de la qualité des soins psychothérapeutiques passera par une démarche véritablement scientifique, où la parole des patients et l'expérience objectivable des cliniciens seront reconnues comme le fondement rationnel de la clinique* » (Fischman, 2005, p.769). Il recommande ainsi « *le recours incontournable à l'analyse sémantique des récits, car (...) le changement opéré n'est ni nécessairement exprimé par le sujet ni factuellement observé par le*

clinicien » (p.775). En 1994 déjà, Hougaard avait insisté sur l'importance d'intensifier les études qualitatives intégrant des interviews avec les patients. Depuis, les études sur l'évaluation des services médico-socio-éducatifs accordent une importance croissante au point de vue des usagers (Alpert, 2005 ; Mackiewicks, 1998 ; Rocheleau et Dessureault, 2003) pour le recueil duquel la pertinence de l'utilisation d'entretiens semi-directifs a été démontrée en sciences sociales (Blanchet,1982 ; Michelat, 1975).

De nombreux auteurs soulignent que si l'efficacité globale des approches psychothérapeutiques est historiquement démontrée, il s'agit aujourd'hui d'explorer les processus à l'œuvre : *« il reste encore aujourd'hui à développer un modèle théorique du changement thérapeutique susceptible d'expliquer la relation entre l'alliance patient/thérapeute, son évolution au cours de la thérapie et son interaction avec les autres facteurs intervenant dans le processus thérapeutique »* (Villamaux, 2000). Ces recommandations peuvent être étendues à l'évaluation des effets thérapeutiques des accompagnements et interventions psychosociales. Ainsi, J. Korfmacher estime que comprendre en quoi une intervention peut être une expérience transformante impose *« de s'intéresser au sens de l'intervention pour l'individu. »* Voir *« comment cette participation peut motiver une famille pour faire bien, est le véritable cœur de ce que nous essayons d'étudier »* (p. 374).

2. Présentation des structures de soins ayant participé à l'évaluation

Les trois institutions avec lesquelles nous avons travaillé ont pour but commun de prévenir la maltraitance et les placements au sein de familles qui, dans leur très grande majorité et malgré leur besoin d'aide, se tiennent à l'écart des circuits habituels de prise en charge. Toutefois, ils présentent de nombreuses différences, aussi bien par les populations accueillies, que par le référentiel théorique utilisé ou les modalités d'intervention. Ainsi, le premier lieu investigé (lieu A), situé à Paris, utilise le référentiel psychanalytique et met une équipe pluridisciplinaire au service des parents en difficulté. Le dispositif thérapeutique est individualisé, élaboré après rencontre des équipes sociales et/ou soignantes ayant repéré les difficultés de la famille et adhésion de la famille à la demande portée par ces intervenants. Les modalités d'intervention allient des approches habituelles (psychothérapies individuelles pour l'enfant, pour la mère ; accompagnements thérapeutiques ; rééducations en orthophonie...) et des stratégies de soins plus spécifiques, comme l'observation du bébé selon la méthode d'E. Bick (Delion et coll., 2006), les groupes à visée thérapeutique (groupes de parents, groupes d'enfants et groupes parent(s)-enfant(s)), les consultations familiales, et le travail d'accompagnement à domicile. Le travail sur la prise en compte des aspects transféro-contre-transférentiels est important, grâce notamment à la coordination du dispositif thérapeutique par un consultant, ainsi qu'à des temps de supervision et de synthèse (Blondel et Jardin, 1997 ; Lamour et Barraco, 1998).

Le second lieu (lieu B), est un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) situé dans le Nord de la France. L'approche est ici celle de la santé communautaire et de la pédiatrie sociale. L'implantation du CAMSP définit sa

spécificité, par la population accueillie, de milieu social très défavorisé, caractérisée par la violence et un alcoolisme transgénérationnel, porteuse de vulnérabilités multiples. La prise en compte des difficultés propres à ces familles a amené le médecin responsable du CAMSP et l'assistante sociale à mettre en place il y a vingt ans, un « groupe du mardi », qui s'adresse aux familles, parents et enfants (Titran, 1993 ; Titran, 2004). Il s'agit d'un temps informel, régulier, encadré par des professionnels (pédiatre, assistante sociale, psychomotricienne...) et des bénévoles (issus de l'Education Nationale, éducateurs, infirmiers en retraite...), au cours duquel les parents se retrouvent autour d'un café et d'une activité manuelle qui va médiatiser les échanges. Au même moment, les enfants peuvent bénéficier de prises en charges individuelles (rééducations, orthophonie, psychomotricité...) ou d'activités de groupe encadrées par des éducatrices de jeunes enfants. Le but est d'aider ces familles à reprendre confiance dans les professionnels médico-sociaux et à réinvestir progressivement un lien social, afin qu'elles puissent se réinscrire de façon régulière dans les circuits de soins : mettre un terme aux conduites alcooliques des mères, accepter les suivis nécessaires pour leurs enfants.

Enfin, le troisième lieu (lieu C), qui dépend du Centre Français de Protection de l'Enfance (CFPE), est une structure qui propose à des familles un espace de liberté et de créativité qui permet à la parole d'advenir (Oxley, 1993 ; Lefebvre, 2007). Le but premier des professionnelles est la création d'une relation de confiance qui va servir de point d'ancrage à la restauration narcissique et au travail de (re)construction de l'image parentale dans ces familles issues de milieux

sociaux variés (comme celles suivies dans le lieu A). Cette alliance permet au parent d'évoquer son vécu actuel et de reconnaître sa propre souffrance, étape incontournable à la reconnaissance de l'altérité de son enfant et de la souffrance de ce dernier. Le référentiel théorique est psychanalytique, les intervenants sont des psychologues et des bénévoles. L'originalité du service réside dans une forme de soins à partir d'interventions spécifiques : accueil téléphonique avec « double écoute » des psychologues dans les premières années de fonctionnement, rencontres parents-psychologues et accompagnement des familles par des bénévoles, parfois à domicile. L'accueil téléphonique mode d'intervention original, offre au parent la possibilité d'appeler anonymement pour trouver une écoute, avec le double objectif d'éviter un passage à l'acte sur l'enfant par l'effet cathartique d'une mise en mots immédiate, et de permettre l'amorce d'une véritable prise en charge. Une psychologue répond au parent et une seconde occupe une fonction d'auditrice tierce, avec l'accord du parent, pour permettre ensuite une reprise élaborative de l'appel. L'introduction de bénévoles dans la prise en charge se fonde sur le constat d'une plus grande facilité pour ces familles à entrer en contact avec des non-professionnels et sur l'hypothèse théorique que l'intervention d'un bénévole dans le concret de leur vie quotidienne va rompre leur isolement et par là le fonctionnement symbiotique de la relation parent-enfant.

Les trois structures, très engagées dans la prévention de la maltraitance, travaillent en partenariat avec les autres intervenants soignants et sociaux (PMI, ASE, école, Justice...).

3. Méthodologie et populations étudiées

Les trois études avaient pour objectif premier d'évaluer le devenir des parents et le développement intellectuel et psycho-affectif des enfants. La méthodologie commune choisie, celle d'une « étude prospective dans le passé » a été prônée par Ainsworth (1962) dans les études sur les effets de la carence maternelle. Elle permet de mettre en relation antécédents et devenir : il s'agit d'évaluer aujourd'hui la situation d'une population ayant bénéficié d'un suivi, population sélectionnée selon certains critères et à partir des archives institutionnelles. Certains critères d'inclusion sont communs aux trois lieux : 1) une prise en charge précoce, 2) une durée de prise en charge d'un an minimum, pour tenter d'en mesurer l'impact 3) un délai d'au moins cinq ans entre la fin de la prise en charge et l'étude, afin de repérer si les effets déjà observés se sont maintenus en dehors de l'institution.

Les familles ainsi sélectionnées représentent environ la moitié des populations suivies sur chaque lieu. Le tableau 1 détaille les critères d'inclusion et la population pour chaque étude.

Tableau 1

Différentes méthodes de recueil de données ont été utilisées. Parmi elles, dans chacun des lieux, des entretiens semi-directifs auprès des parents ont été menés

par le même chercheur, psychologue de formation, et ont pour la plupart nécessité deux rencontres, le plus souvent au domicile des interviewés. Une grille d'entretien permettait d'aborder différentes thématiques, dont le vécu des soins. Au final, la quasi totalité des familles initialement sélectionnées a effectivement été étudiée. L'ensemble du protocole de recherche avait reçu l'approbation de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) et garantissait aux familles la confidentialité des données recueillies.

Les résultats présentés ici se basent sur les analyses des données issues du discours des parents, centrées sur la thématique du vécu des prises en charge. Ces analyses ont été réalisées selon la méthodologie habituelle d'analyse thématique de contenu (Bardin, 2001 ; Blanchet, 2007). S'il s'agit d'une approche fondamentalement qualitative, une pondération est néanmoins présente, puisque ne sont rapportées ici que les thématiques les plus citées par les parents, restituées par ordre décroissant d'occurrence. Les termes « d'abord », « en premier lieu », « après », « ensuite »... renvoient ainsi à un ordre quantitatif et non chronologique. Les citations retranscrites ont été choisies pour leur représentativité du sous-thème évoqué.

4. Résultats : la perception des soins dans le discours des parents bénéficiaires

4.1. Le contexte d'arrivée sur la structure : de l'ambivalence à la demande

Avant d'aborder les soins proprement dits, il semble essentiel de resituer le contexte et l'état d'esprit dans lesquels les parents prennent contact avec les structures. Beaucoup évoquent la grande méfiance qui était la leur à l'encontre des lieux de soins en raison d'expériences précédentes négatives. Pour les familles les plus carencées par exemple, cette méfiance provient de la stigmatisation ressentie par rapport à leur milieu social, et à des expériences de placements antérieurs dont l'impact traumatique se trouve ravivé : *« j'avais toujours peur, je parlais trop de mon enfance, j'avais toujours peur qu'on me prenne mes enfants... moi j'ai été tellement à la DDASS... tout ça, ça revenait chaque fois (émue, voix tremblante). J'avais peur qu'on me prenne mes enfants parce que j'avais pas de travail. »* Cette crainte du placement de leurs enfants avait conduit certains parents, eux-mêmes anciens placés, à éviter les lieux de prise en charge médico-sociale susceptibles d'émettre un signalement.

Certaines paroles de professionnels ont également pu être mal reçues. Ainsi, des parents évoquent l'annonce du handicap de leur enfant, qu'ils ont vécue comme ne respectant pas la progressivité et les étapes nécessaires à son acceptation : *« 'Votre fille est condamnée, n'investissez pas, faites-en un autre', ces paroles, je les ai gravées dans ma mémoire, impossible de les oublier ».*

D'autres ne se sont pas sentis entendus dans leur demande *« on ne vous écoute pas, à E., il y avait une cellule de psychiatres. Je voulais un suivi psy, ils m'ont tous déçu, ils donnaient l'impression de ne pouvoir apporter aucune aide sur un plan léger, à part des médicaments. Un psychiatre m'a dit de ne pas me sentir*

aussi responsable et plutôt de retrouver le sommeil ! » (conflit parental au sujet du droit de garde de l'enfant).

Dans ce contexte, formuler explicitement une demande et entreprendre une démarche de soins s'avèrent particulièrement difficiles. Ce qui a permis à certains parents de surmonter leurs réticences est la prise de conscience de la répétition, potentielle ou actualisée, d'une violence qu'eux-mêmes avaient subie. La volonté de ne pas s'inscrire malgré eux dans cette répétition transgénérationnelle a ainsi été motrice dans leur demande de suivi : *« j'ai eu une enfance très, très difficile, je me suis dit jamais, jamais mon fils, je ne veux pas qu'il souffre, je veux pas qu'on le maltraite », « parce que, malgré tout, je faisais ça [(violence contre ses enfants)], mais c'était contre ma volonté. », « j'ai toujours dit, il faudrait pas que mes enfants passent par où je suis passée et qu'ils iront jamais à la Grande Maison [(le Foyer de l'Enfance)]. Et bien, mes deux grands ont été placés, j'en ai mal, j'en souffre » (mère qui a demandé de l'aide pour ses derniers).*

4.2. La prise en charge perçue par les parents

Une fois prise la décision de se rendre sur telle ou telle structure, les parents évoquent la prise de contact, leurs premières impressions, puis le déroulement de la prise en charge, dans ses modalités pratiques et dans leur ressenti, et la fin de celle-ci. Leur discours permet ainsi de distinguer des éléments se rapportant d'une part à leur perception du contenu de la prise en charge, et d'autre part aux effets attribués à celle-ci.

4.2.1. L'importance de l'accueil et du cadre

Pour ce qui est du contenu de la prise en charge, ce sont d'abord des aspects liés à l'accueil et au cadre, y compris d'un point de vue matériel, qui sont évoqués.

4.2.1.1. Le poids des premières impressions et de la dimension sensorielle

Les premières impressions sont décrites comme déterminantes pour la poursuite de la relation thérapeutique. Dans celles-ci, la dimension sensorielle est très présente, le qualificatif « *chaleureux* » revient fréquemment :

- chaleur de l'accueil, locaux agréables et chaleureux... « *Ce que je garde [du lieu C], de façon intuitive, c'est vraiment la chaleur d'un accueil (...) Pour moi ça reste un souvenir assez imprécis. C'est un peu comme une bulle, mais la sensation qui me reste elle est très chaleureuse, très, très aidante* » ; « *je revois des sensations, j'ai ressenti des choses et après j'ai mis des mots* ».

- mais également, dans un registre moins concret, accueil chaleureux des soignants : « *Un accueil, basé vraiment sur de l'humain pour l'humain, tel qu'il est, avec beaucoup d'empathie, pas de jugement* ». Les parents disent avoir particulièrement apprécié le regard bienveillant de ces derniers, le fait de se sentir d'emblée « *accueillis comme des personnes et non comme des parents défailants* ».

4.2.1.2. Un aménagement des lieux médiatisant la séparation parent-enfant

Après ces premières impressions, les parents mentionnent l'importance d'un aménagement des lieux permettant, dans la suite de la prise en charge, qu'une séparation s'instaure avec leur l'enfant. Celui-ci était libre de se déplacer, de jouer, voire de participer à un groupe avec d'autres enfants, mais il restait à portée de vue et/ou de voix du parent et pouvait revenir vers lui s'il le souhaitait : *« c'était une chose qui me plaisait parce que, déjà, les enfants pouvaient venir. Alors eux, ils jouaient. Et puis nous, on était avec les mamans en train de faire des activités. »* Les parents décrivent ce dispositif comme les ayant aidés à apprivoiser l'angoisse de séparation, car il instaurait un espace intermédiaire, *« entre-deux »* : entre la fusion et la séparation totale. Cette notion d' *« entre-deux »* se retrouve de façon plus générale dans la perception du cadre par les parents, présenté comme un *« entre-deux »* assurant des fonctions d'étayage et de remise en liens : lien parent - enfant, lien parent - monde social extérieur, et relation du sujet à lui-même.

4.2.1.3. L'adaptation du cadre à la population accueillie

Des spécificités se dégagent par ailleurs pour les lieux B et C, qui apparaissent liées à la population accueillie. Les parents mentionnent ainsi avoir apprécié la grande liberté qui leur était laissée dans l'accès à l'aide proposée. Sur la structure C, l'offre de soins s'adapte à l'instabilité de la population destinataire: grande tolérance, gratuité, disponibilité des professionnels et ajustement à la demande,

« aucune obligation. Et c'est certainement d'ailleurs pour ça que, en ce qui me concerne, à ma personnalité, il y a eu un attachement [au lieu C]. Parce qu'il n'y avait pas de caractère obligatoire ». Les personnes du lieu B interviewées insistent sur le respect de la confidentialité entre participants au groupe du mardi et sur l'importance de prendre le temps pour se sentir en confiance, éléments faisant écho à leur insécurité relationnelle, majorée au contact des professionnels de santé : « au début, je crois qu'on parlait pas beaucoup parce qu'on écoute, un peu à la fois, on entend les mamans qui disent les problèmes qu'ils ont, donc entre nous on commence un peu à parler et puis après on se met dans le bain ».

4.2.1.4. L'institution comme tiers structurant

Par ailleurs, pour ces deux structures (B et C), les parents citent également l'institution comme un repère structurant ayant occupé une fonction de tiers : *« aussi bien cette maman que cet enfant, et c'est ça notre histoire, à un moment donné ont eu besoin de l'aide d'un tiers pour démêler leur histoire », « j'avais l'impression des fois d'être pas normale (...) Mme Y [(professionnelle)] était une des seules personnes à cette époque que j'ai rencontrée et qui me montrait que j'étais pas folle (...) je crois que des gens comme Mme Y, comme [le lieu C] ont été des tiers qui à un moment ont été des repères. (...) J'étais dans une situation, de problèmes, complètement engloutie et il y avaient ces repères qui me permettaient par moments de reprendre contact avec la réalité » .*

4.2.2. La relation aux cliniciens

4.2.2.1. Une relation « entre-deux », à mi-chemin entre professionnel et personnel

Après le rôle du cadre et l'importance de l'accueil, les parents évoquent leur relation avec les cliniciens. Pour les trois lieux, ils accordent une place primordiale aux qualités personnelles des professionnels : « *moi j'étais très en demande de gens bien sur leurs pieds, bien dans leur tête* », « *ils sont très honnêtes, très gentils* », « *elles sont bien élevées (...) Et ça compte, l'éducation. Et elles ont une sensibilité de coeur (...) des gens droits et honnêtes, ça ne se rencontre pas tous les jours* ». Ces qualités ne pouvant être que supposées, les parents ne connaissant pas personnellement les professionnels, elle nous semblent manifester toute la dimension transférentielle à l'œuvre dans une relation thérapeutique, aussi bien par les résistances soulevées que par la dimension projective et les mécanismes d'identification nécessaires à son instauration.

Dans le même ordre d'idées, les bénéficiaires de soins des lieux B et C insistent sur un type de relation particulier avec l'équipe : à mi-chemin entre une relation professionnelle et une relation personnelle : « *ce que j'ai aimé c'est le côté un peu famille, tout en étant psychologue* », « *on avait tellement l'habitude avec eux qu'on les prenait même plus pour un toubib et même pas pour une assistante sociale. C'était plutôt, allez, des discussions entre amis* », « *moi mon seul but c'était d'aller au CAMSP, c'était mamie [(bénévole)]. Elle était tout pour moi, je la considérais comme ma grand-mère, comme ma maman parce qu'y a des trucs avec ma maman je peux pas en discuter* », « *pour moi, c'était pas le style*

éducatrice, pour moi, c'était une petite sœur, une copine ». Cette perception de la relation est peut-être attribuable à un cadre volontairement aménagé par les équipes de façon différente des lieux de soins habituels, dans le but de ne pas confronter les familles à leur représentation négative des structures médico-sociales. À l'inverse, sur le lieu A, on trouve une perception d'un cadre plus explicitement « professionnalisé ». Par exemple, une mère dit avoir été rassurée à l'idée que les difficultés de son enfant allaient être comprises par les thérapeutes, ces derniers étant ainsi mis en position de « sujets supposés savoir » selon la formule connue de Lacan (1968) : *« j'étais extrêmement rassurée qu'elle soit prise en main car je ne me sentais pas la capacité »* .

4.2.2.2. L'importance du travail d'équipe

La perception d'un travail d'équipe coordonné et efficient sur le lieu C rassurait les parents : circulation des informations entre professionnelles, professionnelles clairement individualisées et respect mutuel... *« une espèce d'harmonie, que je sentais, que je voyais, qui était très rassurante », « c'était Y qui me suivait, mais elle n'était pas toujours disponible. Mais quand je venais au rendez-vous (...) tout le monde était au courant. C'était aussi très rassurant ça. Le fait qu'une équipe soit au courant (...). J'avais l'impression qu'on n'allait pas me faire répéter mon histoire (...) Peut-être aussi la sensation que c'était pas une grosse machine. (...) alors que je sentais qu'il y avait plein d'attaches », « elles avaient des personnalités différentes et elles travaillaient vraiment en équipe. C'est à dire*

qu'elles avaient entre elles des relations professionnelles et de l'estime l'une pour l'autre ».

4.2.3. Les modalités d'interventions communes perçues par les parents

Les parents fournissent une description souvent détaillées des modes d'interventions des professionnels et bénévoles tels qu'ils les ont perçus et vécus. Les modalités communes aux trois lieux peuvent se regrouper en trois grandes thématiques : verbaliser les difficultés et les ressentis ; dédramatiser la situation ; passer non seulement par le verbal mais aussi par le « concret », c'est à dire s'appuyer sur les actes parentaux et l'observation de l'enfant comme supports à la verbalisation.

4.2.3.1. Verbaliser les difficultés et les ressentis

Pour beaucoup de parents, très isolés, les rencontres sur la structure sont les seuls temps d'échange. Ces derniers occupent alors la triple fonction de reprise de liens interpersonnels, d'expression cathartique et d'élaboration verbale : *« ça m'a apporté une aide, déjà une aide le fait qu'il y avait quelqu'un qui venait, de pouvoir en discuter quand même un petit peu », « j'avais une fenêtre sur l'extérieur sinon je vivais un truc carcéral chez moi. Au début, c'était pour elle ([enfant]) et après on a continué pour moi, cela m'a apporté un confort mental absolu », « j'ai été convaincu, étonné de l'efficacité de la parole, cette efficacité pour identifier les choses en invoquant... Le problème, on le dit, c'est résolu.*

Quelque chose de magique... », « pour nous les parents ça a été très positif parce que d'abord on a pu parler de toutes ces choses quand même douloureuses, ça a été très aidant » (mère d'une enfant handicapée).

4.2.3.2. Dédramatiser

Du fait de l'isolement social, la moindre difficulté rencontrée avec l'enfant peut prendre des proportions démesurées : manque d'expérience des primipares, inquiétude des mères face à l'éventuel retard de leur enfant... Elle vient de plus, dans la plupart des cas, réactiver un passé traumatique inélaboré de la relation à leurs propres parents. Dans ce contexte, la dédramatisation permet une « première » diminution de l'angoisse et retire le caractère unique, exceptionnel et donc « anormal » de la situation, y compris en cas de handicap de l'enfant, ce qui rompt l'isolement du parent et le resitue dans le lien social. Ainsi, la situation perd en impact traumatique, et amène une déculpabilisation du parent : « *ça m'a apporté une déculpabilisation, on m'a fait relativiser les choses* ».

La dédramatisation contient de plus en elle une possibilité d'évolution, une anticipation positive de la relation peut s'amorcer :

« Quelqu'un a été capable de dire : 'ben c'est pas facile tous les jours et on fait pas toujours des trucs bien. Et du coup, l'enfant peut faire des trucs pas bien non plus mais c'est pas dramatique et ça peut évoluer, ça peut changer'. Parce que moi, quand je suis arrivée [sur le lieu C] (...), j'ai cru que la situation était dramatique, perdue (...) Et donc, le vrai boulot des interlocutrices [du lieu C], (...) c'est de savoir avoir une parole déculpabilisante : 'OK, nul n'est parfait. Aucune

mère n'est parfaite, aucun parent non plus. Même si on se rêve comme ça. Et il y a des trucs qui ne vont pas très bien mais qui ne sont pas si graves que ça', pour commencer. Et ensuite 'qui peuvent vouloir dire des choses intéressantes'.»

4.2.3.3. L'appui sur le concret et l'observation

Le passage par le concret permet quant à lui de mettre en lumière les ressources dont disposent les parents. Les professionnels sont ainsi décrits comme se basant sur les gestes posés par les parents pour leur montrer qu'ils savent s'occuper de leur enfant. C'est ce qu'une mère appelle la « *confirmation des actes* » : « *là où [le lieu C] était très fort, je trouvais pour moi, c'était dans la confirmation de mes actes. Très rassurant. (...) Et c'était pas un conseil, c'était bien un fait* », « *j'avais un énorme doute sur ma capacité à gérer [mon enfant], à le rendre heureux. (...) Et [l'équipe du lieu C], lors d'une intervention à la maison a essayé de me montrer que bon, le biberon je savais le donner, que (...) tout se passait bien, il marchait normalement, il allait faire ci. Enfin, disons des actes de la vie courante qui essayaient de me montrer que je m'en occupais bien* ». Alors qu'un conseil serait venu entamer davantage encore le narcissisme défaillant de ces parents, le recours à la « *confirmation des actes* » a agi dans le sens d'une restauration narcissique.

Sur les structures A et C, où les cliniciens sont des psychothérapeutes, les parents évoquent également la place importante de l'observation de l'enfant, qui leur a permis de constater son évolution positive. Ils ont ainsi « *appris* » à porter un regard positif sur lui : « *elles ont essayé de me montrer, de regarder Antoine (...)*

Il y a eu à la fois la fusion et en même temps une séparation totale. C'est à dire que c'était peut-être le premier trajet [(après un entretien sur le lieu C)] où je voyais qu'Antoine justement était une personne », « ce qui m'a le plus frappée, c'est que d'une fois sur l'autre, on venait, Mathilde était sur le tapis là, et puis Mme L. disait : 'bon, alors, qu'est-ce qui s'est passé depuis la dernière fois ?', et en fait c'est elle qui nous a appris à voir, c'était marrant parce qu'elle était encore petite et elle était quand même en retard... Elle disait : 'Mais regardez, elle est en train de le faire'. En fait on racontait des trucs et Mathilde était en train de montrer ce qu'on était en train de dire... Donc ça je pense que si on nous l'avait pas montré on l'aurait pas vu, tout au moins pas comme ça. Donc elle nous a appris à voir » (mère d'une enfant handicapée). Le regard bienveillant des professionnels sur l'enfant leur permettait d'acquérir, par identification, un regard de parent bienveillant : « j'avais très peur de ne pas être capable d'être une mère... Alors que quelqu'un soit présent, quelqu'un de rassurant, de chaleureux, de qualité puisse être là pour porter un regard bienveillant le temps que j'essaie d'avancer, c'était très important ». Ils insistent également sur l'effet rassurant pour eux d'entendre les professionnelles donner un sens au comportement de l'enfant : « Ca voulait dire que (...) ça pouvait aussi être un acte communicant. Et à partir de là, même si c'est pas le meilleur des actes communicants, il y a peut-être une façon d'appréhender les choses sans poser un regard critique et très dérangeant », « elles m'ont dit d'abord : 'il mord, c'est pour dire quelque chose, donc ça n'est pas vraiment un monstre'. Alors là, ça m'a fait du bien».

4.2.4. Les modalités d'intervention spécifiques perçues par les parents

4.2.4.1. L'appui sur la dynamique de groupe

Pour les parents ayant bénéficié d'une prise en charge de groupe (A, B), voir son enfant évoluer parmi d'autres a eu un effet rassurant. L'appui sur la dynamique de groupe, en particulier les phénomènes d'identification aux autres parents sont également cités (A,B) : « *les mamans, elles sont différentes, elles ont une souffrance à l'intérieur qu'elles ne veulent pas dire à un médecin ou bien à un psy, elles ont besoin d'aller vers une autre femme : 'si elle s'en est sortie, pourquoi pas moi !'* » Ces mécanismes d'identification ont pu amener des évolutions importantes, en particulier certaines mères ont entrepris un démarche de soins par rapport à leur dépendance alcoolique : « *il y avait une maman qui venait, y a des moments, elle était un peu éméchée. Donc je me suis dit : 'pour une femme, c'est dégoûtant de boire comme ça. Si elle, elle est comme ça, moi aussi, je suis comme ça quand je bois'. Donc je me suis dit : 'il vaut mieux arrêter, c'est pas beau, une femme qui boit !' (rit)* »

4.2.4.2. Les pratiques médiatrices de la parole

Sur le lieu B, de façon spécifique, le passage par le concret, avec une dimension motrice et sensorielle (travaux manuels, café...) agréable, est décrit comme le préalable nécessaire à l'accès à la verbalisation : « *on avait la pause café, puis on rigolait puis on échangeait toutes sortes de conversations* », « *moi, ça m'a plu,*

parce qu'on faisait des activités. Et puis de rencontrer des autres mamans, de leur parler, de discuter », « j'étais contente de venir. Parce qu'on faisait des activités. Et puis, on rigolait avec les autres gens. Parce que moi, j'étais très réservée hein. Et puis, toujours rester à la maison... Mais, bon, c'est vrai qu'on faisait du bricolage et tout... », « là au moins j'étais pas toute seule chez moi à broyer du noir, on discutait, on faisait des peluches ».

4.2.4.3. Le langage comme tiers et le processus transférentiel

Sur le lieu C, les parents insistent sur la fonction de tiers du langage, qui permet d'éviter le passage à l'acte sur l'enfant. Ceci semble également attribuable au type de population accueillie, de meilleur niveau socioculturel que sur le lieu B. On relève par ailleurs d'importantes différences d'un parent à l'autre dans la description des modalités d'intervention des psychologues : conseils/absence de conseils, élaboration de l'histoire personnelle/travail sur l'ici et maintenant... Ces contrastes semblent manifester à la fois le caractère personnalisé des interventions des psychologues et le processus transférentiel.

4.2.5. Les critiques formulées

Les parents ont également émis des critiques sur certains aspects de la prise en charge. Quelques unes concernent des points concrets, comme les horaires des rendez-vous pendant les heures de classe des enfants, ou des problématiques

précises : signalement mal vécu d'une situation de maltraitance par le clinicien, difficultés lors des rencontres avec l'éducatrice familiale...

D'autres critiques se rapportent plus précisément au dispositif de soins et aux modalités d'intervention. Par exemple, une mère réproouve la trop grande liberté des enfants lors des jeux communs, ce qui se retrouve habituellement chez les mères issues de milieux plus défavorisés, qui accordent davantage d'importance à l'autorité et à des valeurs éducatives rigides.

Certains parents rapportent avoir mal vécu l'agressivité d'autres participants dans les groupes, d'autres ont reçu les remarques du médecin comme des critiques blessantes. On repère ainsi une faible tolérance aux situations potentiellement conflictuelles, liée à une importante vulnérabilité narcissique. Dans ce contexte, la moindre remarque peut être entendue comme une remise en cause voire une attaque narcissique.

La plupart des mauvais souvenirs relatés par les parents concernent cependant l'arrêt de la prise en charge : fin des groupes, arrêt des rencontres avec la bénévoles... Ces temps de fin de suivi réactivent chez eux une forte angoisse de séparation.

4.3. Les effets attribués aux prises en charge par les parents

Dans les effets que les parents attribuent à la prise en charge, deux notions sont récurrentes : le plaisir retrouvé et l'acquisition de la capacité à aller demander de l'aide.

4.3.1. La (re)découverte du plaisir

La (re)découverte du plaisir est fréquemment mentionnée. Il s'agit d'une part du plaisir de prendre du temps pour soi, qui permet de se réinvestir narcissiquement, autrement que comme parent défaillant. Ce plaisir a permis aux parents de sortir de leur vécu dépressif et de retrouver goût à la vie : « *C'est un côté très vivant. Alors qu'on arrive à moitié mort dans les bureaux, en disant 'purée, ça va pas du tout'* », « *ça m'a remonté également parce qu'à l'époque j'étais vraiment... (...)* maintenant c'est pour ça que j'en suis là quoi, j'ai bien remonté la pente », « *ça me rechargeait mes accus* ». Par exemple, sur le lieu C, l'intervention de la bénévoles qui a gardé l'enfant a permis à cette mère de s'octroyer un temps pour elle, où elle pouvait se ressourcer : « *elle est venue une fois ou deux, pour que je puisse un peu aller me balader, enfin sortir un peu de la maison* ».

Il s'agit d'autre part de la redécouverte du plaisir dans la relation. Avec les professionnels ou les autres parents pour les prises en charge de groupe (A, B) : « *on rigolait bien là-bas* », « *un bon souvenir d'ambiance, ça faisait du bien de venir* », et dans la relation à leurs enfants, en apprenant à porter un regard positif et gratifiant sur eux : « *je me souviens de moments où en sortant [du lieu C], avec L. [enfant] on pouvait s'éclater. (...) Oui c'était la chose qui m'apportait le plus de plaisir, avec le moins de culpabilité* », « *la possibilité de cette salle de jeux avec mon fils. Avec des petits mots : 'qu'est-ce qu'il est gai, vous le voyez, gai, là', 'ben oui, il est gai', 'il est tonique, il est plein de trucs'. Voilà, ça venait. Elles*

s'appuyaient aussi pas que sur mes mots », « quand Mme I (professionnelle) me disait 'mais regardez-le. Taisez-vous et regardez', c'était simplement le plaisir, le plaisir de voir un enfant ému ». Ainsi, l'intervention des professionnels a permis non seulement aux parents de percevoir l'altérité de leur enfant, mais d'associer un ressenti de plaisir à cette perception. C'est l'association de ces deux éléments qui leur a donné le désir de réinvestir leur fonction parentale (A, C).

4.3.2. L'acquisition de la capacité à aller demander de l'aide

Les parents disent également avoir repris confiance dans les services de soins et les services sociaux au sens large, pour eux-mêmes et leur(s) enfant(s). Quelques uns ont ainsi entrepris une psychothérapie individuelle, tous ont acquis la capacité d'aller demander de l'aide sur le plan médical, mais aussi social, éducatif, scolaire... *« quand on a une difficulté, à la place de la garder pour soi, on peut aller voir, essayer de les arranger dans les différents organismes ». Ceci est un effet essentiel de ces interventions, si l'on se rappelle le degré de méfiance de ces parents à l'encontre des lieux de prise en charge.*

Pour leur enfant, cette capacité à aller demander de l'aide est décrite comme l'effet à long terme le plus prégnant. Les parents sont ainsi devenus vigilants aux besoins propres de leurs enfants, suite au processus de différenciation qui leur a permis de se décentrer. Ils ont de ce fait pu, ultérieurement, faire appel à des intervenants extérieurs de façon efficace et adaptée : *« mon fils, il avait un mal être... il a pété les plombs, mais je lui ai dit : 'tu aurais pu en parler directement.*

Les discussions, ça fait beaucoup de bien'. Je lui ai dit : 'si tu as envie d'aller voir un psychologue, on va ensemble. Après je te fais voir la route et tu y vas seul'. Ben, quand il a fait sa tentative, il a été entendu par un pédopsychiatre et il a su dire... Et nous, en tant que maman, il me lance des appels que sans doute je n'entends ou je ne vois pas. Donc, maintenant, on est à trois avec mon fils et le pédopsy », « au tribunal, j'ai demandé de mettre une aide, une éducatrice, parce que je sais très bien que quand on subit des attouchements comme ça, les enfants vont pas bien, et je savais que de toute façon ils m'en parlaient pas comme ils devaient m'en parler... C'était pour un peu ouvrir, même s'ils n'en parlaient pas à moi, au moins qu'ils puissent en parler à quelqu'un d'autre, et puis ça leur faisait du bien ».

Certains parents (A et B) décrivent des répercussions sur les enfants nés après la fin de la prise en charge, qui vont mieux ou avec lesquels ils n'ont pas rencontré les mêmes difficultés.

4.3.3. Autres effets mentionnés

Les autres effets décrits peuvent être départagés d'abord selon le bénéficiaire (le parent lui-même ou la relation parent-enfant), puis selon le délai d'occurrence (effets immédiats et à court terme ou différés et long terme).

Pour eux-mêmes, les parents insistent, quelle que soit la structure, sur un premier effet de rupture d'isolement : « *je sortais pas beaucoup de la maison, je venais là pour sortir un peu* », « *on commence à apprendre à parler aux gens plus ou*

moins, on se sent moins seul », « on quittait l'appartement, c'était une sortie, un peu une animation », « puis je restais pas toute seule chez moi. Parce que j'étais enfermée avant », ainsi que sur l'effet cathartique de la verbalisation qui leur permettait de prendre de la distance par rapport à leur vécu immédiat : « je parlais de mes angoisses, de mes soucis, que j'arrivais pas à faire face quoi (...) Et puis ils m'écoutaient beaucoup et ça me détendait, déjà. ». Ils se sont également sentis rassurés de confier les difficultés de leur enfant à une équipe capable de les comprendre : « si j'appelais pour rencontrer ou pour un souci, parce que j'étais angoissée aussi dans l'évolution de Guillaume. (...) il y avait forcément quelqu'un au bout du téléphone qui disait 'ah oui oui', quelque chose déjà très liant ».

A plus long terme, ce mouvement de remise en lien initié par la venue sur la structure de soin s'est élargi, et les parents décrivent une reprise de confiance en la société et une ouverture progressive vers le monde extérieur : « sinon [si je n'étais pas allé sur le lieu B] je crois que je serai toujours resté traîner dans le quartier. Maintenant j'essaie de voir à l'extérieur dès qu'on a un week-end », « ça n'a pas changé le regard, mais ça laisse un regard sur la société, l'existence d'une structure de cette sorte, positive. (...) C'est ce qu'une société transporte comme envie (...), une société qui n'isole pas ».

Les prises en charge ont également amené un processus de perlaboration des traumatismes antérieurs. Ces traumatismes se rapportent le plus souvent à de la maltraitance subie par les parents dans leur propre enfance, ou à une relation avec leurs propres parents qui fait trauma : « en allant là-bas, ce qui est ressorti tout de suite, c'était que les difficultés que j'avais avec mon fils, ça ressortait surtout

d'une ambiance épouvantable que j'avais avec ma famille surtout avec ma mère.(...) Et donc, j'en ai beaucoup parlé à l'époque avec cette dame, et c'est elle qui petit à petit m'a aidée à dépasser un petit peu tout ce que je subissais », « on discutait. Dans mon enfance aussi, j'ai pas eu une enfance heureuse aussi. C'était très, très dur (...) Mais je voulais pas que la vie des mes enfants ressemble à ça. Je voulais pas donner cette éducation là à mes enfants ». Les parents qui n'en avaient pas initialement conscience perçoivent alors le risque de répétition : « parce que justement, y'a un rapprochement entre mon enfance et puis le fait que moi, je ne veux pas reproduire les mêmes erreurs que ma mère ». Ce travail sur le passé a permis que s'initie un processus d'individuation décrit comme intergénérationnel : la différenciation du parent par rapport à ses propres géniteurs a permis l'avènement d'une perception différenciée de lui-même et de son enfant. « Petit à petit, j'ai compris que j'existais. Et puis après, moi, dans ma tête s'est mis en place que j'ai un enfant », « ce que je retiens [du lieu C] c'est le début d'une perception, c'était la perception de mon individualité ».

Pour la relation parent-enfant, le seul effet à court terme mentionné est l'évitement de la maltraitance grâce au langage servant de tiers dans la relation (C). Sur le long terme, et pour les trois lieux, les parents décrivent un accès à une perception différenciée de leur enfant, l'acquisition de capacités d'écoute à son égard et une réappropriation de leur fonction parentale : « ça m'a appris à écouter plus les enfants, qu'avant je ne faisais pas, et ça m'a permis d'autres relations avec eux par la suite. »

Un aspect particulier concerne, pour les lieux A et B, la fonction parentale dans les situations de placement de l'enfant. Les professionnels de ces deux structures sont en effet également intervenus dans des cas de relations pathogènes parents-enfants nécessitant une séparation, afin que celle-ci soit comprise comme une mesure de protection et non comme une sanction. Pour les parents concernés, l'avènement de compétences parentales correspond à l'acceptation de leurs difficultés éducatives et de leurs limites. Etre de « bons parents » devient savoir protéger leur enfant en le plaçant : *« je l'ai pas abandonné, j'ai été obligée de le placer, c'est pas pareil... Oui, ça a été douloureux... et difficile... Mais dans un sens c'était pour son bien »*. Les cliniciens ont accompagné les parents pendant la durée du placement afin que le lien soit maintenu avec l'enfant dans les meilleures conditions possibles. Dans certaines situations, l'intervention du lieu A a amené la reconnaissance et la prise en compte de l'existence des parents biologiques par l'assistante maternelle.

5. Discussion

Ces résultats soulignent la complexité du vécu et de la perception des soins par les parents bénéficiaires. L'entretien semi-directif se révèle une méthode adaptée pour explorer cette complexité et en restituer toute la richesse. En effet, des éléments essentiels échapperaient inévitablement à des approches plus

quantitatives, telles que le questionnaire, tandis que les questions ouvertes laissent la place pour des thèmes non anticipés par la subjectivité du chercheur.

Par ailleurs, le recueil de discours majoritairement positifs sur les prises en charge amène à s'interroger sur les biais possibles. On sait depuis longtemps que les non participants aux recherches présentent souvent des profils moins bons que les répondants et que les personnes acceptant directement de participer à des évaluations de soins sont globalement satisfaites de la prise en charge et moins critiques (Stallard, 1995). Le peu d'écart entre la population initialement sélectionnée et la population effectivement étudiée nous semble ici limiter ce biais, néanmoins présent. Par contre, le critère d'inclusion de sujets ayant bénéficié d'une prise en charge pendant un an et plus nous apparaît plus significatif : il est probable que seules les personnes les plus compliantes et les plus satisfaites aient poursuivi leur prise en charge aussi longtemps. Il serait intéressant de tester cette hypothèse auprès des personnes ayant rapidement mis un terme aux accompagnements et d'explorer leurs motivations et leur vécu.

Les résultats présentés permettent d'identifier, au-delà de la satisfaction et de l'efficacité estimée, les processus à l'œuvre dans les prises en charges décrites. Ils montrent que les parents perçoivent de façon assez juste, bien que partielle, les spécificités de chacune des structures de soins. Par contre, la plupart ne saisissent pas le travail psychothérapique sous-jacent aux modalités de prise en charge de leurs enfants : jeux, activités thérapeutiques médiatisées...

Malgré leurs différences, le même défi initial s'est posé aux trois équipes : comment instaurer une relation thérapeutique consistante avec des parents non

directement demandeurs, voire qui, après un vécu difficile d'expériences de soins antérieures, se trouvaient en rupture avec les circuits de prise en charge habituels ? L'alliance thérapeutique a pu se mettre en place grâce à l'adaptation des professionnels à la population visée : grande souplesse du cadre, gratuité, passage par le concret, médiation de la parole... Il s'est agi de faire preuve de créativité pour les soignants, sollicités dans leur « *fonction d'attention* » (Houzel, 1998, p.34), et de passer par le niveau concret, dans lequel fonctionnaient les parents, pour aborder le niveau symbolique. Le concept de pratiques médiatrices de la parole est ici pertinent. En effet, le passage par le concret et la dimension sensorielle apparaissent d'autant plus adaptés que les personnes concernées fonctionnent peu dans l'introspection et la verbalisation, ce que nous avons déjà noté auprès de mères présentant d'importantes difficultés d'expression verbale (Dumaret et Constantin-Kuntz, 2005). Plusieurs hypothèses peuvent ici être formulées. Tout d'abord, le recours à une activité manuelle amène une décharge motrice qui permet d'abaisser le niveau d'angoisse généré par la situation relationnelle. Rappelons qu'il s'agit d'une activité manuelle familière (couture, tricot...) qui ne nécessite pas d'apprentissage, mais induit une revalorisation narcissique importante. Par ailleurs, cette activité étant partagée, elle facilite l'instauration d'un lien entre participants, d'autant qu'elle est effectuée dans un but commun, la vente des objets réalisés. Enfin, il est intéressant de s'interroger sur la valeur symbolique de l'activité en elle-même : couture et tricot sont, au sens propre, des activités de tissage de lien. Le présent travail ne permet pas d'explorer plus finement la pertinence de l'indication de telle ou telle pratique médiatrice de

la parole, mais peut-être d'autres recherches pourront-elles approfondir utilement cette question.

Si la littérature scientifique a souligné l'efficacité des visites à domicile dans le cadre de la périnatalité, celles-ci se révèlent également pertinentes lorsqu'elles sont effectuées auprès de parents d'enfants plus âgés.

Quelle que soit la structure, les premières impressions parentales ont joué un rôle déterminant dans l'instauration et la pérennisation de l'alliance thérapeutique, comme d'autres l'ont indiqué (Kabuth, 2005 ; Bordin, 1994 ; Horvath, 1991 ; Martin, 2000).

La forte intolérance de certaines familles à toute interaction potentiellement conflictuelle incite à sensibiliser les professionnels à cette difficulté particulière, et un travail sur la reformulation des interventions verbales pourrait être entrepris et intégré dans leur formation, sinon initiale du moins continue. La préparation de la fin de la prise en charge demanderait elle aussi une attention particulière, même s'il ne faut pas occulter le poids des résistances dans les propos des parents à ce sujet.

La représentation que les parents se font des soins signale l'instauration d'une relation transférentielle, notamment dans ses aspects de projection et d'identification. On peut distinguer des éléments renvoyant à une fonction maternelle (contenance, chaleur de l'accueil, bienveillance, écoute, disponibilité, réassurance...), et d'autres se rapportant à une fonction paternelle (donner des repères, verbaliser, resituer dans le lien social...).

Leurs propos conduisent également à évoquer la notion de trauma. En effet, ainsi que nous l'avons vu, les difficultés rencontrées dans la relation à leur enfant ont une forte valence traumatique : réactualisation de souvenirs douloureux de la relation à leurs propres parents, contexte traumatogène de l'arrivée de l'enfant, violences conjugales subies après la naissance, maltraitances envers l'enfant... La moindre difficulté rencontrée avec l'enfant vient s'inscrire dans ce contexte traumatique, sans possibilité de prise de distance par la verbalisation et la pensée. Il n'est donc pas surprenant de constater que les parents insistent sur l'importance pour eux de s'être sentis « *rassurés* » rapidement, aussi bien par le cadre que par les interventions en elles-mêmes. Avant toute chose, il s'est agi de faire baisser le niveau d'angoisse lié au vécu traumatique, angoisse qui les maintenait dans une sidération paralysant toute possibilité d'élaboration et d'évolution. Le travail de retissage des liens a ensuite pu avoir lieu : liens intrapsychiques au niveau de la pensée, et liens intersubjectifs par la relation aux soignants, aux bénévoles, aux autres membres du groupe... On retrouve ici les éléments habituellement décrits par les cliniciens au sujet des prises en charges péri-traumatiques et de la perlaboration des traumas psychiques. La dimension contenante, avec ses aspects sensoriels, vient chercher les parents là où les a ramenés le trauma, à savoir, le « *néant de l'originnaire* » (Lebigot, 2004), c'est-à-dire à l'inorganisé archaïque des premiers éprouvés sensoriels. Le recours au langage, ne serait-ce que pour exprimer des affects, permet quant à lui d'en sortir et d'être réintroduit à la symbolisation et à la représentation et, par là, au lien social.

Ces éléments ont pu se déployer dans un cadre décrit, sur le plan matériel et symbolique, comme un « *entre-deux* », un espace intermédiaire, qui a permis l'aménagement progressif de la séparation parent-enfant, là où la relation fusionnelle amenait l'émergence de la violence. Le cadre a ainsi été vécu comme un « espace transitionnel » au sens de Winnicott, qui permet « *de faire coexister, sans crise ni conflit, le déjà-là et le non encore advenu* » (Kaës, 1997, p.7). L'« *entre-deux* » du cadre a permis que se réélabore la question des origines pour les parents, « *la question de la place du sujet entre deux termes, principalement entre mère et père, 'entre-eux-deux'* » (R. Kaës, in Chouvier et al., 2002, p. 13). Ainsi, étayé par le regard bienveillant du clinicien, un processus de différenciation a eu lieu, aboutissant à l'individuation de chacun. Ces éléments rappellent certaines des constantes de la médiation définies par R. Kaës pour qui « *dans l'ordre intersubjectif, la médiation est écart et passage de l'Un à l'Autre, à plus d'un autre. Dans ce passage, comme dans l'espace intrapsychique, surgit la question de l'origine du sujet et des liens qui le constituent, la représentation des limites (...) Toute médiation (...) génère un espace tiers (...) [dans lequel] s'inscrivent les enjeux des processus de transformation* » et « *permet au sujet d'explorer, sans s'y perdre, l'espace interne et l'espace externe, puis l'espace singulier et l'espace commun et partagé. Elle assure la capacité d'investir dans l'objet sans s'y dissoudre ou le détruire* » (Chouvier et al., 2002, p. 13).

Au final, l'ensemble de ces éléments a amené chez ces parents un réinvestissement libidinal d'eux-mêmes et de la relation à l'autre. La manière dont ils donnent un récit cohérent et élaboré de leur parcours durant les entretiens

signale l'acquisition ou le développement de capacités d'introspection et d'auto-critique. Cette possibilité de prendre du recul par rapport à leur histoire et à leurs actes par une pensée communiquée à un tiers manifeste à la fois le processus d'individuation et l'investissement de la relation à l'autre. À l'égard de leur enfant, la (re)découverte du plaisir, narcissique et relationnel, leur a donné le désir de réinvestir leur fonction parentale. En (re)trouvant appui sur la relation, ces familles se sont réinsérées dans les circuits de soins.

6. Conclusion

Les résultats présentés mettent en évidence l'intérêt d'intégrer le discours des usagers dans l'évaluation des pratiques professionnelles de prises en charge. La représentation des soins par leurs anciens bénéficiaires complète et affine les données issues des dossiers institutionnels, des questionnaires et des entretiens avec les soignants. Cette confrontation offre une représentation plus précise et nuancée des interventions et de leurs effets.

Certains biais doivent cependant être pris en compte : effets de désirabilité sociale, conflits de loyauté à l'égard des intervenants et institutions, mais également remaniements mnésiques. Le recul du temps présente cependant l'avantage de permettre aux parents de fournir une pensée plus élaborée et aboutie, à distance des bouleversements émotionnels de la fin du suivi. Les enjeux ne sont pas les mêmes pour les familles, plusieurs années après la fin des prises en

charge et dans un cadre de recherche assurant la confidentialité, ce qui permet une liberté de parole importante. Ainsi, certaines personnes ont pu évoquer des événements de vie qui n'apparaissaient pas avec les autres modes de recueils de données, du fait du climat de confiance instauré durant l'entretien avec un chercheur extérieur à l'institution.

Le recul du temps offre aussi la possibilité de constater, pour le parent et le chercheur, l'évolution de l'enfant, du parent et de la relation parent-enfant, ainsi que d'évaluer le devenir -la stabilité ou non- des changements notés à la fin de la prise en charge, mais également d'intégrer certains facteurs potentiellement déterminants intervenus depuis. C'est ici le cumul du recul du temps et la nécessité d'un regard extérieur qui apparaissent primordiaux.

Par ailleurs, l'entretien a permis aux personnes rencontrées de revisiter une période de leur histoire, de faire des liens avec leur passé, leur évolution... Pour beaucoup, notamment pour ceux fonctionnant peu dans l'introspection et la verbalisation, ce travail de reprise en présence d'un tiers n'avait pas été effectué auparavant. Certains ont signalé, à la fin de l'entretien, son importance pour eux. On peut s'interroger sur les éventuels effets thérapeutiques corollaires de tels entretiens de recherche lorsqu'ils sont menés selon une grille élaborée avec le souci des processus psychiques sollicités et par des chercheurs sensibilisés par leur formation aux aspects cliniques sous-jacents. Les entretiens de recherche pourraient également offrir l'occasion, pour les anciens bénéficiaires, de s'acquitter d'une part de la dette ressentie à l'égard des équipes, ce que peut

manifester leur participation importante à ces travaux. Toutes ces interrogations constituent d'intéressantes hypothèses pour des recherches ultérieures.

Références :

Ainsworth, M.D., 1962. Les Répercussions de la carence maternelle. Faits observés. Controverses dans le contexte de la stratégie des recherches. In : La carence de soins maternels, réévaluation de ses effets. Cahiers de l'OMS, Genève, n°14, pp. 95-158.

Alpert, L.T., 2005. Research review: parents' services experience : a missing element in research on foster care outcomes. Child and Family Social Work 10, 361-366.

Aymon-Gerbier, N., De Mijolla-Mellor, S., Steinberger, E., Lecoq, C., 2000. Médiations thérapeutiques. Le journal des psychologues 182, 21-54.

Bardin, L., 2001. L'analyse de contenu. PUF, Paris.

Blanchet, A., 1982. Epistémologie critique de l'entretien d'enquête de style non directif ; ses éventuelles distorsions dans le champ des sciences humaines. Bulletin de psychologie 358, 187-195.

Blanchet, A., Gotman, A., 2007. L'enquête et ses méthodes – l'entretien. Nathan, Paris.

Blondel, M.P., Jardin, F., 1997. Le suivi indirect dans le cadre d'une unité de soins pour jeunes enfants. In : Guedeney, A., Lebovici, S., (Ed.), Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants. Masson, Paris, pp. 15-16.

Bordin, E.S., 1994. Theory and research on the therapeutic working alliance : new directions. In: Horvath, A.O., Greenberg, L.S., (Ed.), The working alliance: theory, research and practice. Wiley & Sons, New York, pp. 13-37.

Chouvier, B., Brun, A., Duez, B., Gimenez, G., Jeammet, P., Kaës, R., Lecourt, E., Mellier, D., Milner, M., Roussillon, R., Talpin, J.-M., 2002. Les processus psychiques de la médiation. Dunod, Paris.

Delion, P. (Ed.), 2006. L'observation du bébé selon Esther Bick – son intérêt dans la pédopsychiatrie d'aujourd'hui. Erès, Ramonville Saint-Agne.

Dumaret, A.C., 2003. Soins médico-sociaux précoces et accompagnement psycho-éducatif. Revue de la littérature étrangère. Archives de Pédiatrie 10, 448-461.

Dumaret, A.C., 2004a. Evaluation de prises en charge précoces et d'interventions médico-sociales auprès de familles «à risque» : analyse d'une démarche exploratoire. In : Santé Mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir. Erès, Ramonville Saint Agne, pp. 121-131.

Dumaret, A.C., 2004b. Accompagnement des intervenants médico-psychosociaux et collaboration des parents et des familles d'accueil dans l'éducation des enfants. *Pratiques Psychologiques* 10, 1, 51-63.

Dumaret, A.C., Constantin-Kuntz, M., 2005. Support médico-social et éducatif : devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. *Pratiques Psychologiques* 11, 1, 85-100.

Dumaret, A.C., Picchi, V., 2005. Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement des enfants. *Annales Médico-Psychologiques* 163, 476-485.

Fischman, G., 2005. Evaluation des psychothérapies selon les principes de l'Evidence-based Medicine. Enjeux et scientificité du rapport de l'Inserm. *Annales Médico Psychologiques* 163, 769-779.

Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., 1991. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development* 62, 891-905.

Fraiberg, S., 1999. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. PUF, Paris.

Garland, A.F., Haine, R.A., Lewczyk Boxmeyer, C., 2007. Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning* 30, 45-54.

Golse, B., 1997. Penser la transmission transgénérationnelle. Monde représentationnel de l'adulte et monde représentationnel de l'enfant. In : Dugnat, M. (Ed.), *Le monde relationnel du bébé*. Erès, Toulouse, pp. 159-192.

Hervé, M.J., Paradis, M., Legras, S., Visier, J.P., 2006. A propos d'une recherche sur l'alliance thérapeutique dans les consultations précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 54, 38-44.

Horvath, A.O., Symond, B.D., 1991. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38, 139-49.

Hougaard, E., 1994. The therapeutic alliance ; a conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology* 35, 67-85.

Houzel, D., 1998. Le concept d'attention. In : Appell, G., Tardos, A. (Ed.), *Prendre soin du jeune enfant. De l'empathie aux soins thérapeutiques*. Erès, Ramonville Saint-Agne, pp. 23-35.

Kabuth, B., De Tychev, C., Vidailhet, C., 2005. Alliance thérapeutique avec les mères et évolution clinique des enfants d'un hôpital de jour. *Annales médico-psychologiques* 163, 6, pp. 486-492.

Kaës, R., 1997. *Crise, rupture et dépassement*. Dunod, Paris.

Korfmacher, J., 2002. Le sens caché des programmes d'interventions précoces. *Devenir* 14, 4, 363-375.

Lacan, J., 1968. La méprise du sujet supposé savoir. *Scilicet* 1, pp.31-41.

Lamour, M., Barraco, M., 1998. *Souffrances autour du berceau: des émotions au soin*. Gaëtan Morin Editeur, Europe.

Lebigot, F., 2004. Le traumatisme psychique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 4, 1, 5-11.

Lefebvre, D., 2007. Cap Alesia au service de la relation parents-enfants. In : *Interventions précoces, soutien des familles*. Actes du colloque organisé par la Direction générale de la Santé en lien avec la Direction générale de l'Action sociale, Paris, pp. 90-92.

Luborsky, L., 1994. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes : factors explaining the predictive success. In: Horvath, A.O., Grennberg, L.S., (Ed.), The working alliance: theory, research, and practise. Wiley and sons, New York, pp.38-50.

Lyons, S.J., Henly, J.R., Schuerman, J.R., 2005. Informal Support in maltreating families: its effect on parenting practices. Children and Youth Services Review 27, 21-38.

Mackiewicz, M.-P., 1998. Suppléance précoce et parentalité: une étude de la coopération entre parents et professionnels dans des pouponnières à caractère social. Thèse de doctorat Université de Paris-X.

Main, M., Goldwyn, R., 1984. Prediction rejection of her infant from mother's representation of her own experiences: implication of the abused-abusing intergenerational cycle. Child Abuse and Neglect 8, 203-217.

Martin, D.J., Garske, J.P., Davis, M.K., 2000. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology 68, 438-50.

Michelat, G., 1975. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. Revue française de sociologie XVI, 229-247.

Oxley, J., 1993. Professionnels et bénévoles, une coopération possible : Alésia 14. *Enfance majuscule* 12, 7-9.

Rocheleau, L., Dessureault, D., 2003. Sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers et de leurs parents à l'égard du service de réadaptation en internat des Centre Jeunesse. Rapport aux Centres Jeunesse et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Rouyer, M., Drouet, M., 1986. *L'enfant violenté*. Païdos, Paris.

Ruel, C., Valentine, A., Carraro, A., Trémine, T., 1998. L'atelier thérapeutique. *Santé Mentale* 26.

Stallard, P., 1995. Parental satisfaction with intervention : differences between respondents and non-respondents to a postal questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology* 34, 397-405.

Stanbridge, R.I., Burbach, F.R., Lucas, A.S., Carter, K., 2003. A study of families' satisfaction with a family interventions in psychosis service in Somerset. *Journal of Family Therapy* 25, 181-204.

Suchocka, A., Kovess-Masféty, V., 2006. Promotion et prévention en santé mentale chez les très jeunes enfants: revue de littérature. *Annales Médico-Psychologiques* 164, 183-194.

Thurin, J.-M., 2004. Recherche qualitative et EBM. *Pour la Recherche* 42, 18-22.

Thurin, J.-M., 2006. Limites de l'EBM et orientations actuelles: une nouvelle génération de recherches en psychothérapies. *Bulletin de Psychologie* 59, 575-584.

Titran, M., 1993. Témoignage : le groupe du mardi. *Archives of Public Health* 51, 135-139.

Titran, M., 2004. Bientraitance parentale et grande précarité. *Pratiques Psychologiques* 10, 65-77.

Villamaux, M., 2000. L'alliance thérapeutique. *Pour la recherche* 25, 18-21.

Villamaux, M., 2000. La recherche sur l'efficacité des psychothérapies au 20ème siècle? Une histoire mouvementée. *Pour la recherche* 25, 5-10.

Williams, D.R., Garnier, J., 2002. The case against 'the evidence': a different perspective on evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry* 180, 8-12.

Tableau 1 : Critères d'inclusion pour chaque étude

	Lieu A	Lieu B	Lieu C
Familles rencontrées / pop. étudiées	n = 31/38 fam.	n= 22/22 fam	n= 17/19 fam.
parents rencontrés	16 couples 13 mères	3 couples 19 mères 5 pères	1 couple 14 mères 2 pères
Age de l'enfant à la pec	< 18 mois	≤ 4 ans 1/2	< 6 ans
Durée de la prise en charge	≥ 1 an		
Délai : fin des pec - évaluation	≥ 5 ans		
Autres	enfants d'âge scolaire évalués		-

Note au tableau 1 : Couples : les pères et mères ont été rencontrés conjointement,

Pec : prise en charge