



HAL
open science

DISPOSITIF PLURI-PROFESSIONNEL DE LA CO-INCIDENCE DEDIE A LA FAMILLE

Marie-Christine Fouquay-Picard, David Fauvel, Saïfoulaye Barry, Odile
Maillet, Pierre-Charles Paris, Anne Héron

► **To cite this version:**

Marie-Christine Fouquay-Picard, David Fauvel, Saïfoulaye Barry, Odile Maillet, Pierre-Charles Paris, et al.. DISPOSITIF PLURI-PROFESSIONNEL DE LA CO-INCIDENCE DEDIE A LA FAMILLE . L'Information Psychiatrique, 2017, 10.1684/ipe.2017.1656 . hal-01587562

HAL Id: hal-01587562

<https://hal.science/hal-01587562v1>

Submitted on 19 Sep 2017

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.

DISPOSITIF PLURI-PROFESSIONNEL DE LA CO-INCIDENCE

DEDIE A LA FAMILLE

Adage africain : « *Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin* »

FOUQUAY-PICARD Marie-Christine, Pédopsychiatre¹ - FAUVEL David, Psychologue clinicien¹
BARRY Saïfoulaye, Psychiatre¹ - MAILLET Odile Assistante de Recherche Clinique²
PARIS Pierre-Charles, Chef de pôle^{1,2} - HERON Anne, Coordinatrice de la recherche^{2,3}

¹*Pôle Santé Mentale, Centre Hospitalier Victor Jousselin, 44 avenue Kennedy, 28100 Dreux.*

²*Unité de Recherche Clinique et d'Evaluation Scientifique URC28, Centre Hospitalier de Dreux*

³*Université Paris Descartes, 4 avenue de l'Observatoire 75006 Paris.*

Résumé :

La souffrance psychique d'un des parents peut entraver la construction de l'enfant. A l'inverse, quand le développement de l'enfant est perturbé, les aptitudes parentales peuvent être bouleversées. La santé de chaque membre de la famille peut aussi impacter le fonctionnement intrinsèque de la famille elle-même. Comment élaborer alors une clinique de la complexité impliquant un travail conjoint entre différents professionnels ?

Par une approche pluri-professionnelle associant des professionnels de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie et de la recherche, un dispositif innovant intégrant une évaluation clinique expérimentale a été construit afin de proposer une stratégie thérapeutique personnalisée aux familles en souffrance.

Nous présentons ici ce nouveau dispositif à visée préventive, évaluative et thérapeutique qui intègre le nouveau concept de *co-incidence* en psychiatrie.

Mots clefs : *Famille, santé globale, pathologies psychiatriques, psychologie, pratique du soin*

Notre pratique clinique nous conduit toujours à nous interroger sur la globalité et la complexité des familles. Quelles incidences ont les manifestations de la maladie psychique de l'adulte (conjoint, famille élargie) sur l'environnement de l'enfant, sur la qualité des relations qui s'instaurent entre le parent malade et son enfant ? Quelles incidences ont les troubles de la conjugalité sur le développement de l'enfant ? Réciproquement, quelle incidence peut avoir un déficit, un handicap, une maladie somatique ou psychique de l'enfant sur le parent, les parents, le couple parental, leur conjugalité, l'ambiance émotionnelle familiale ? Les difficultés des enfants peuvent induire ou aggraver des troubles psychiatriques chez leurs parents. Un trouble du développement ou un retard de développement peut aussi être révélateur d'un environnement en souffrance qui ne peut répondre aux besoins de l'enfant.

Se centrer sur les symptômes ne suffit pas. Il est important conjointement d'appréhender ce qui est de l'enfant et ce qui revient à son environnement ou mieux : ce qui se joue entre lui et son milieu de vie. S'occuper de l'enfant seul en étant sourd et aveugle à ce qui se passe autour de lui peut lui être dommageable et renforcer l'inconfort pour lui et les siens. Ces interrogations nous ont amenés à (re)penser les *co-incidences* [1] entre psychiatrie pour adultes et psychiatrie pour enfants.

Le pédopsychiatre observe que les enfants amènent en soin leurs parents voire leur famille élargie ainsi que ce qui se joue entre eux. Contrairement aux idées reçues, les professionnels de l'enfance ne voient pas que des enfants ! Dans ce qui se joue entre eux se situent les processus d'attachement et par là même le support des processus développementaux. « *Un enfant tout seul, ça n'existe pas* » disait Donald Winnicott [2]. Le « *ce qui se joue entre eux* » peut être bouleversé de multiples façons dans une *co-incidence* clinique souvent troublante, ce qui affecte l'un affecte l'autre et *vice versa*, réciproquement et simultanément.

Ainsi l'approche globale et précoce entend intervenir le plus tôt possible en appréhendant sous différents regards les relations parents/enfants : l'enfant, ses parents et son

environnement, l'enfant et son milieu de vie. C'est à partir de ce milieu qu'il va naître à la conscience de soi et qu'il va accéder au sentiment continu d'être, d'exister.

Pour mieux prendre en compte les familles en souffrance, dont la situation et/ou la prise en charge peuvent se révéler complexes, nous avons élaboré une approche pluri-professionnelle intégrée associant des professionnels de psychiatrie pour adultes, de psychiatrie pour enfants et de la recherche. Un protocole expérimental d'évaluation multidimensionnelle construit à partir de questionnaires validés vient étayer une consultation conjointe avec la famille.

Présentation du dispositif

Une étude pilote est actuellement réalisée afin de valider le dispositif. Nous présenterons plus loin le cas d'une famille connue de nos services, famille informée, consentante, volontaire, ravie de partager ce projet et de nous permettre d'initier ce travail transversal.

Le dispositif est présenté **Figure 1**.

Nous avons défini une demi-journée dédiée à l'accueil des familles en souffrance psychique. La famille est accueillie dans la salle d'attente dédiée, par les professionnels de la recherche. Les parents sont invités à compléter les auto-questionnaires. Leur sont ainsi remis des questionnaires visant à évaluer les comportements et difficultés de l'enfant (questionnaire de Conners [3]), la santé globale des parents (GHQ 28, General Health Questionnaire [4]), le co-parentage [5] et le fonctionnement familial (FAD, Family Assessment Device [6, 7]). Pendant que les parents complètent les questionnaires, les enfants sont invités à dessiner.

Puis les professionnels de santé reçoivent ensemble la famille dans une salle où les chaises sont disposées en cercle avec une petite table, chaises, papier, feutres et quelques jouets à disposition. Nous laissons place à l'imprévu, à ce qui émerge dans la rencontre dans un respect du rythme de chacun. Pendant l'entretien, sont également complétés les documents

qui seront nécessaires à l'évaluation ultérieure du dispositif : le pédopsychiatre et le psychologue clinicien appréhendent les fonctionnements psychiques en jeu tant chez les enfants que dans ce qui les relie à leurs parents, prenant en compte les éventuels troubles du comportement, les symptômes relationnels et les manifestations somatiques. Un des psychiatres pour adulte évalue la santé psychique des parents (échelle de dépression HDRS [8, 9], échelle abrégée d'appréciation psychiatrique des parents BPRS [10]). Une assistante sociale recense les besoins éventuels de la famille en matière d'aides sociales.

Pendant cet échange entre les professionnels de santé et la famille, l'Unité de Recherche Clinique et d'Evaluation Scientifique calcule les scores des indicateurs de santé globale et de fonctionnement familial.

Après ce temps de rencontre d'une durée de 1h à 2h, la famille peut aller se détendre. L'ensemble des professionnels se retrouvent ensuite entre eux dans une autre salle pour échanger. L'équipe prend alors une heure de concertation pluridisciplinaire, les savoirs cliniques, les résultats des indicateurs et les ressentis de chacun sont confrontés. Une action thérapeutique est élaborée sur la base de l'ensemble des éléments retenus. Il est convenu d'une proposition d'accompagnement, d'innovation dans le soin, ou de poursuite de ce qui est engagé.

A l'issue de la demi-journée, famille et professionnels de santé se rencontrent à nouveau. La proposition d'accompagnement est restituée à la famille. Nous débattons ensemble des vécus et propositions de chacun dans une concertation tranquille. Nous convenons de nous revoir au cours d'une seconde consultation 9 mois plus tard.

Après la consultation, l'ensemble des professionnels évaluent subjectivement l'accordage qu'ils ont pu ressentir entre eux au cours de la demi-journée (14 items cotés de 0 à 10 selon la grille d'évaluation validés par le groupe).

Premiers résultats : l'exemple d'une famille ayant accepté de participer au nouveau dispositif

Nous présentons ici en exemple le cas d'une famille ayant accepté de participer au dispositif dans sa phase expérimentale.

Dans le cas de cette famille, le deuxième enfant de la fratrie (Enfant 2) présentait des difficultés autour des apprentissages avec troubles de l'attention et du comportement, qui ont amené les parents à venir consulter au CMP pour enfants. C'est l'école qui l'a adressé. Après plusieurs rencontres de l'enfant avec ses parents et sa soeur ainée au CMP, force a été de constater que la problématique était plus complexe que prévu. Cela a conduit le pédopsychiatre à proposer un accueil en consultation pluri-professionnelle au sein du dispositif. La soeur ainée (Enfant 1) qui allait bien, aux dires des parents, était aussi l'objet d'une vigilance permanente de sa mère.

Lors de la consultation pluri-professionnelle, l'analyse des scores des différents questionnaires complétés par les parents, associée au diagnostic clinique, a révélé, en sus des difficultés de l'enfant 1, des troubles de la santé globale des parents pouvant directement impacter la santé psychique des deux enfants.

Ainsi les scores de Connors établis pour chacun des enfants ont confirmé que les parents appréhendaient bien les difficultés d'apprentissage de leur fils ainsi que l'impulsivité et l'hyperactivité importantes manifestées par l'enfant (Cf. **Figure 2A**, score supérieur à 50% du score maximal). Les troubles du comportement connus remontaient en fait à l'année précédente. Au cours de la consultation pluri-professionnelle, le psychologue de l'équipe a noté que l'enfant se présentait comme un garçon posé, tranquille relativement a-conflictuel, s'affirmant (face à sa mère) d'une façon assez adoucie, attentionnée. Pendant la consultation, sa sœur s'appliquait à dessiner soigneusement, et à fabriquer un objet en papier très coloré avec des gommettes, sans paraître vraiment écouter ce qui se disait. « Le temps m'a paru long », a-t-elle dit en fin d'entretien, « je n'ai pas vraiment entendu ce qui se disait ». Elle ne paraissait pas impliquée par ce qui se jouait pour ses parents et son petit frère, elle était comme à distance, "éteinte", déconnectée de la famille comme si, à sa façon, tout cela ne lui

faisait rien. Le score de Connors de la sœur aînée ne révèle aucun élément significatif, à l'image du comportement de cette enfant au cours de l'entretien... (Enfant 1, **Figure 2A**).

A ce niveau on pourrait déjà penser que la qualité de l'environnement global des enfants, de leur "monde", va dépendre la qualité de la réponse à leurs besoins fondamentaux, de sécurité, de prévisibilité et de fiabilité pour que les enfants puissent se développer harmonieusement. [11]...Lorsque ce n'est pas le cas, les enfants peuvent, pour faire face à l'imprévisible et à l'insécurité, ou bien sidérer leur développement ou se dissocier de ce qu'ils ressentent pour ne plus sentir ne plus être débordé d'émotions ; c'est vraisemblablement le cas de la sœur aînée de la famille étudiée. Les enfants peuvent aussi être dans la toute incapacité à gérer leurs émotions débordantes... probablement le cas du petit frère.

Concernant la santé globale des parents, l'auto-questionnaire GHQ28 met en évidence certains troubles ressentis par les parents eux-mêmes (**Figure 2B**). Ainsi, une symptomatologie de type anxiété-insomnie, dépression sévère et somatisations est clairement identifiée par la mère. En miroir, on observe que, chez le père, ces dimensions symptomatologiques ne reflètent aucun trouble notable, mais, le dysfonctionnement social paraît nettement ressenti par le sujet (score=13/22), (cette dimension n'est pas significativement présente chez la mère).

En parallèle, le psychiatre pour adulte de l'équipe a noté une dépression maternelle caractérisée avec un score HDRS global de 24 très significatif (supérieur à 15) (le score HDRS global du père était de 14). Les scores BPRS globaux respectivement maternels (48/126) et paternels (54/126) étaient proches, comparables et modérés traduisant pour chacun des parents des troubles du spectre anxio-dépressif sans signe psychotique, avec une surestimation majeure de soi-même marquée chez le père (résultats non illustrés ici, à mettre en lien avec le dysfonctionnement social révélé par le questionnaire GHQ28 mentionné plus haut).

Or nous savons que la maladie mentale d'un parent de façon chronique ou non influe sur la qualité de la fonction parentale, sur la capacité d'ajustement aux besoins de l'enfant notamment en termes de prévisibilité et de fiabilité [12]. Les qualités d'être d'un parent déprimé ou avec des troubles des conduites, irritable, venant de vivre un traumatisme, vont se sentir inévitablement dans la manière d'être avec son enfant. Qu'est-ce que cela fait aux enfants d'être confrontés à un parent qui ne répond plus quand on l'appelle alors qu'il est physiquement présent ? À un parent qui s'agace, se met en colère « pour rien » ? À un parent qui ne tolère plus rien ? L'imprévisibilité du comportement du parent ou des parents génère un stress qui, lorsqu'il se répète, peut entraîner des troubles chez leurs enfants.

Concernant l'échelle de coparentage évaluant le niveau de conflit ou d'harmonie auquel sont exposés les enfants, les réponses des parents sont cohérentes et vont dans le même sens. Nul doute que la coopération et la solidarité s'expriment entre eux par des échanges émotionnels positifs, empathiques et convergents. Les scores d'autoévaluation révèlent clairement l'absence de dénigrement entre eux, une bonne intégrité familiale et la présence d'amour (**Figure 3A**). Ceci a un impact majeur dans la perception positive de chacun des parents par les enfants. La mère paraît s'inscrire dans une dynamique légèrement plus conflictuelle en comparaison du père, mécanisme de défense à mettre vraisemblablement en lien avec le dysfonctionnement social et le trait mégalomane de ce dernier. En revanche, la distance affective entre les deux parents peut être vue comme trop ténue. Ainsi, l'apport intrinsèque de chacun pourrait être considéré comme faible et peu propice au développement équilibré des enfants.

L'analyse du fonctionnement familial a été réalisée par le psychiatre-psychothérapeute familial de l'équipe sur la base des déclarations de chaque parent (FAD, **Figure 3B**, scores exprimés en % du score maximal : plus le score est élevé, plus la famille présente des difficultés dans la dimension considérée). Cette autoévaluation porte sur la capacité de résolution des problèmes, de communication au sein de la famille, la distribution des rôles de

chacun, la capacité d'expression des émotions, de l'amour et de l'affection, la qualité de l'engagement relationnel entre les membres de la famille (investissement affectif) et le contrôle des comportements. Le score de fonctionnement global calculé pour cette famille a révélé un fonctionnement général non significativement dysfonctionnel bien qu'à la limite de la significativité (score global de 20.5/48, <50% du score maximal). Si l'on regarde en détail le FAD, les réponses du père et de la mère sont comparables et confirment le caractère fusionnel de la relation conjugale mise en lumière précédemment par l'échelle de coparentage.

En résumé, le trouble anxieux et dépressif de la mère semble toucher les enfants et pourrait s'expliquer au regard de l'histoire de celle-ci et de la relation de couple. L'approche de la dynamique du couple parental met en effet en lumière une problématique du couple conjugal. La symptomatologie d'hyperactivité de l'enfant 2 et les signes d'inconfort plus sourds observés chez sa soeur aînée pourraient être considérés comme des révélateurs des troubles de la conjugalité parentale. Les indicateurs comportementaux observés chez les enfants invitent à envisager une restructuration de la personnalité maternelle vers l'affirmation de soi en parallèle d'une redirection des énergies psychiques paternelles vers l'extérieur du foyer, sous la forme d'une activité physique ou professionnelle.

Lors de la restitution, en dernière phase de la consultation pluri-professionnelle, il a donc été proposé à la mère une consultation au CMP adulte qu'elle a accepté volontiers, et une thérapie de couple a été évoquée.

Discussion

Les enfants, de par leurs souffrances, ont amené leurs parents à parler de leur propre souffrance, nous amenant, nous professionnels, à une concertation et une approche plus

globale selon une clinique de la "co-incidence" [1]. L'approche globale que nous expérimentons entend appréhender à travers nos différents regards conjugués les enfants, leurs parents et les relations qu'ils ont entre eux.

Ce dispositif pluri-professionnel offre une réflexion transversale au service de ce qui nous fait humain, une réflexion qui prend en compte les sentis-ressentis, le "qu'est-ce que cela fait ?" ... tout en tentant d'évaluer objectivement à l'aide d'outils psychométriques validés les différentes dimensions de la santé humaine. L'interprétation des scores d'autoévaluation sont subjectifs, étant le fruit de la déclaration des parents. Même s'ils doivent être considérés avec prudence, ces scores sont indicatifs et ont l'avantage d'offrir aux parents un moyen alternatif d'expression de leurs préoccupations parentales, conjugales et familiales. Les questionnaires placent aussi les parents face à eux-mêmes, à l'image du rôle joué par les cliniciens dans leur pratique individuelle. Ils sont des miroirs réfléchissants qui mettent en lumière les zones d'inconfort et de perturbations de l'être.

L'exploration des différents paramètres, intégrée au dispositif, a fourni de précieux éléments de compréhension du mal-être familial lors de cette première rencontre. *Il s'agit d'une approche éthique* dont l'objectif est de colliger de façon conjuguée des éléments pertinents pour estimer les ressources tant du côté de la famille que des professionnels [13]. Les graphiques issus de l'analyse scientifique permettent d'objectiver visuellement les points les plus marquants venant prendre part à la discussion clinique d'où peut émerger un projet thérapeutique revisité, adapté et cohérent. Les familles sont elles-mêmes demandeuses des résultats de l'analyse et il est actuellement question au sein de l'équipe qu'ils soient le point de départ des interactions entre la famille et les professionnels au cours de la deuxième consultation pluri-professionnelle qui doit avoir lieu à distance de la première, une fois la première phase du plan thérapeutique engagée.

Ce travail transversal autour du déploiement des capacités d'attention est aussi un projet commun et fédérateur. Il permet une réflexion autour de la requalification des parents, de la

famille, des professionnels... pour soigner à partir de ceux qu'ils soignent...[14]. Les êtres ne sauraient se réduire à leurs troubles, leurs seuls symptômes, fussent-ils bruyants. Notre préoccupation de la qualité du développement global de l'enfant (futur adulte) va de pair avec la préoccupation de la santé globale des parents qui inclut la parentalité. Ce qui se joue entre eux, au service de l'humanisation, a aussi à voir avec ce qui se joue entre nous, professionnels. Il convient donc d'accorder nos violons. Le terme l'accordage est là emprunté au monde musical (accorder une guitare) et à Daniel Stern [15]. Nous accorder c'est nous écouter, nous prendre en compte mutuellement avec nos compétences (compétences des professionnels et compétences des parents). C'est offrir une attention conjointe qui supporte la réciprocité et qui nous transforme par *co-incidence*. C'est conjuguer nos approches pour potentialiser les ressources de chacun et tendre vers cette musicalité inter humaine et interpersonnelle nécessaire à l'humanisation. Il s'agit de prendre soin de la dynamique émotionnelle familiale, se mettre à l'écoute, au diapason des accords/désaccords, et de la propre musique inter-relationnelle de la famille. L'enfance est le temps de la construction de l'être, l'accès au sentiment continu d'exister et la mise en place de la manière d'être au monde, d'être en relation. Les soins mis en place se doivent d'être pensés avec les parents et l'ensemble des professionnels impliqués pour offrir une attention conjointe et harmonieuse. Nous avons à jouer la même partition et à nous accorder, autrement dit : pour soigner, prendre soin, porter attention à la souffrance de "l'entre", nous avons également besoin de porter attention, « soigner » peut-être ce qui se joue entre nous... professionnels de la santé.

Pour cela, il est nécessaire de mettre bien au clair les indications de ce travail commun. Les champs d'exercice des uns et des autres restent distincts mais sont non-étanches du point de vue d'une réflexion clinique qui prend en compte ce qui se joue dans "l'entre", c'est-à-dire au niveau de ce qui "*co-incide*..." Et quand la réflexion commune potentialise le champ du soin, elle prend valeur de prévention sur le devenir humain...

Quand l'éclairage clinique de l'un à une incidence sur celui de l'autre et *vice versa* pour plus de créativité dans le soin, pour moins de surdité et d'aveuglement, pour plus de pensées que d'im-pensés, pour tenter de penser l'impensable toujours toxique au déploiement de l'être.

Les parents sont partenaires à part entière, riches de leurs expériences vécues. Les soutenir et les accompagner dans leur parentalité, et encore une fois : prendre en compte la famille élargie, la fratrie, les personnes qui s'occupent de l'enfant, c'est une façon de prendre soin du milieu familial. C'est aussi souligner l'importance de croiser nos regards quand plusieurs institutions sont sollicitées, l'importance d'un accordage entre les professionnels et avec les parents pour penser l'enfant de façon unifiée, rassemblée, pour construire ensemble les propositions de soins et une clinique de la réciprocité, de la concertation, de la *co-incidence*.

Conclusion : Lorsque les questionnements des professionnels au service de la souffrance psychique des enfants rencontrent l'intérêt des professionnels au service de la souffrance psychique des adultes, et que la volonté créatrice structurante des professionnels de la recherche s'en mêle, alors une aventure transversale au service de la famille commence ! Ainsi est né ce dispositif pluri-professionnel de la *co-incidence* dédié à la famille.

Ces situations complexes aux causes multifactorielles nous ont amenés à penser ce "travailler-ensemble" en souhaitant dépasser les clivages. Les parents sont, dans le dispositif, acteurs à part entière dans une co-créativité dynamisante pour les professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fauvel D. Éléments pour une clinique de la co-incidence. Propos sur la présence subjective de l'être. *Information psychiatrique (sous presse)*.
2. Winnicott DW. *L'enfant et le monde extérieur, le développement des relations. (1992), trad. Française. Paris : Payot, 2001.*

3. Conners CK. *Conners'Rating Scales-Revised*. Toronto : Multi-Health Systems, 1997
4. Pariente PD, Challita H, Mesbah M, Guelfi JD. The GHQ-28 questionnaire in French: A validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients. *Eur Psychiatry* 1992 ; 7(1) : 15-20.
5. Frascarolo F, Dimitrova N, Zimmermann G, Favez N, Kuersten-Hogan R, Baker J, McHale J. Présentation de l'adaptation française de « l'échelle de coparentage » de McHale pour familles avec jeunes enfants. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009 ; 57(3) : 221–226.
6. Ryan CE, Epstein NB, Keitner GI, Miller IW, Bishop DS. *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. New York : Routledge, 2005.
7. Favez N. *L'examen clinique de la famille, modèles et instruments d'évaluation*. Bruxelles : Mardaga, 2010.
8. Guelfi JD. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1. Psychopathologie générale, dépression, anxiété et anxiodépression*. Boulogne : Éditions Médicales Pierre Fabre, 1996.
9. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960 ; 23 : 56–62.
10. Pichot P, Overall JE, Samuel-Lajeunesse B, Dreyfus JF. Structure factorielle de l'échelle abrégée d'évaluation psychiatrique (BPRS). *Revue de Psychologie Appliquée* 1969 ; 19 : 217-232.
11. Salmona M. *Violences conjugales et famille*. Malakoff : Dunod, 2016
12. Huerre P, Leblanc A, Nardot-Henn F. (2007) L'enfant de parents en souffrance psychique. *Enfances & Psy* 2007 ; 37 : 1-158.
13. Pauzé R, Petitpas J. Evaluation du fonctionnement familial: état des connaissances. *Thérapie familiale*, 2013 ; 34 : 11-37.

14. Lemaire JM, Halleux L. Confiance, loyautés et « Cliniques de Concertation » au service du Travail Thérapeutique de Réseau, *Cahiers Critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2010 ; 44 :137-152.
<http://concertation.net/site/>
15. Stern DN. *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : Puf, 1989.

Figure 1

LE DISPOSITIF

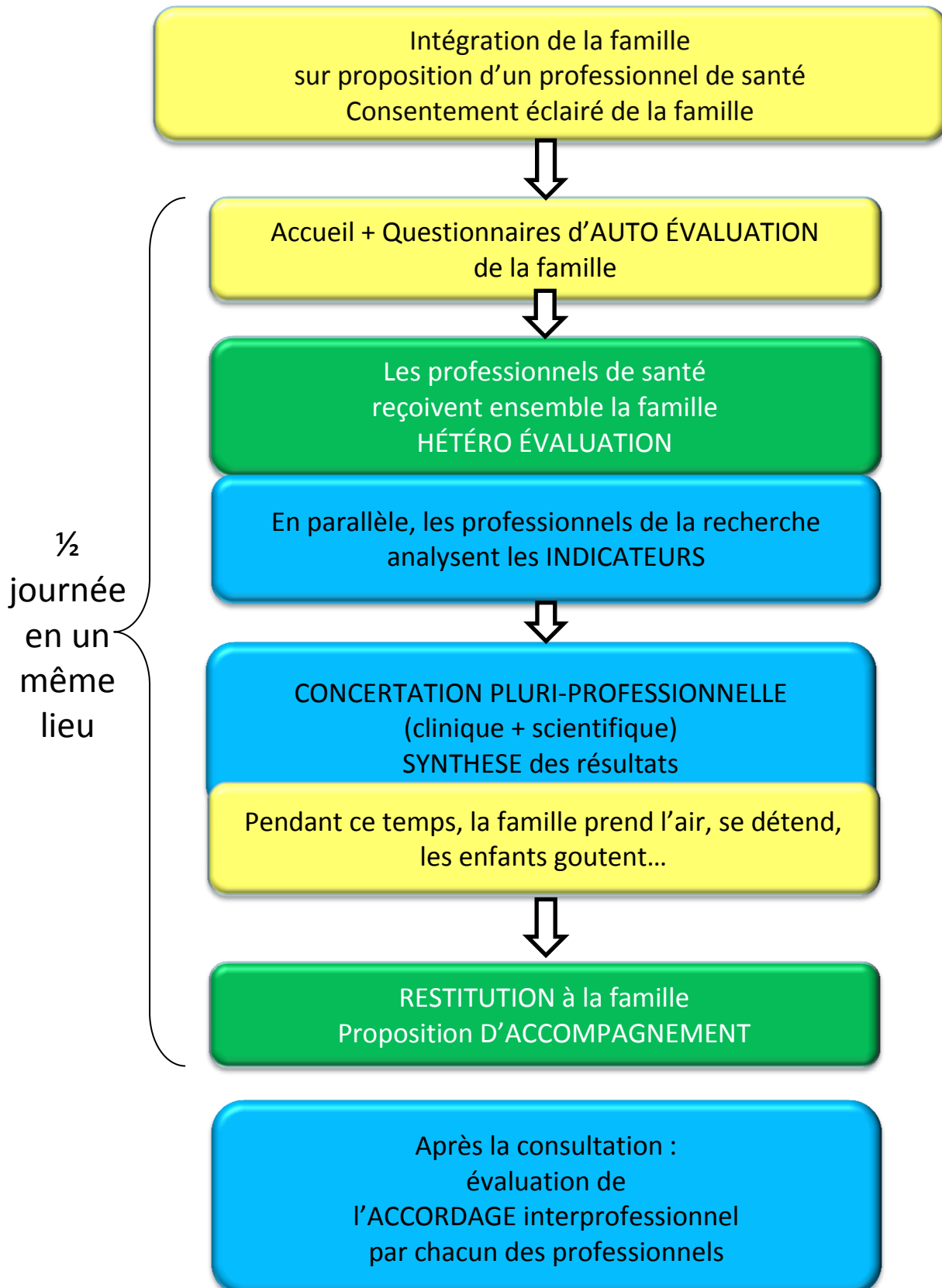
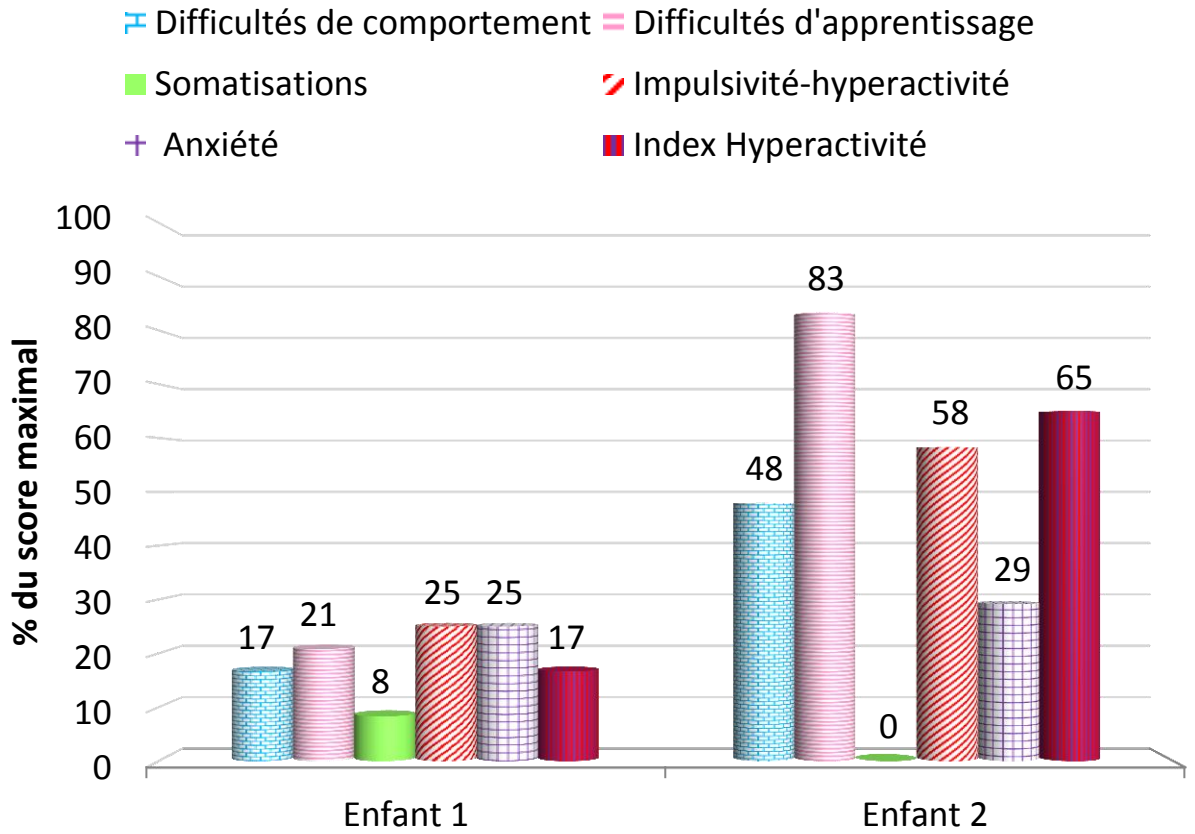


Figure 2

**A SANTE GLOBALE DES ENFANTS
(Scores de Conners)**



**B SANTE GLOBALE DES PARENTS
(Scores GHQ28)**

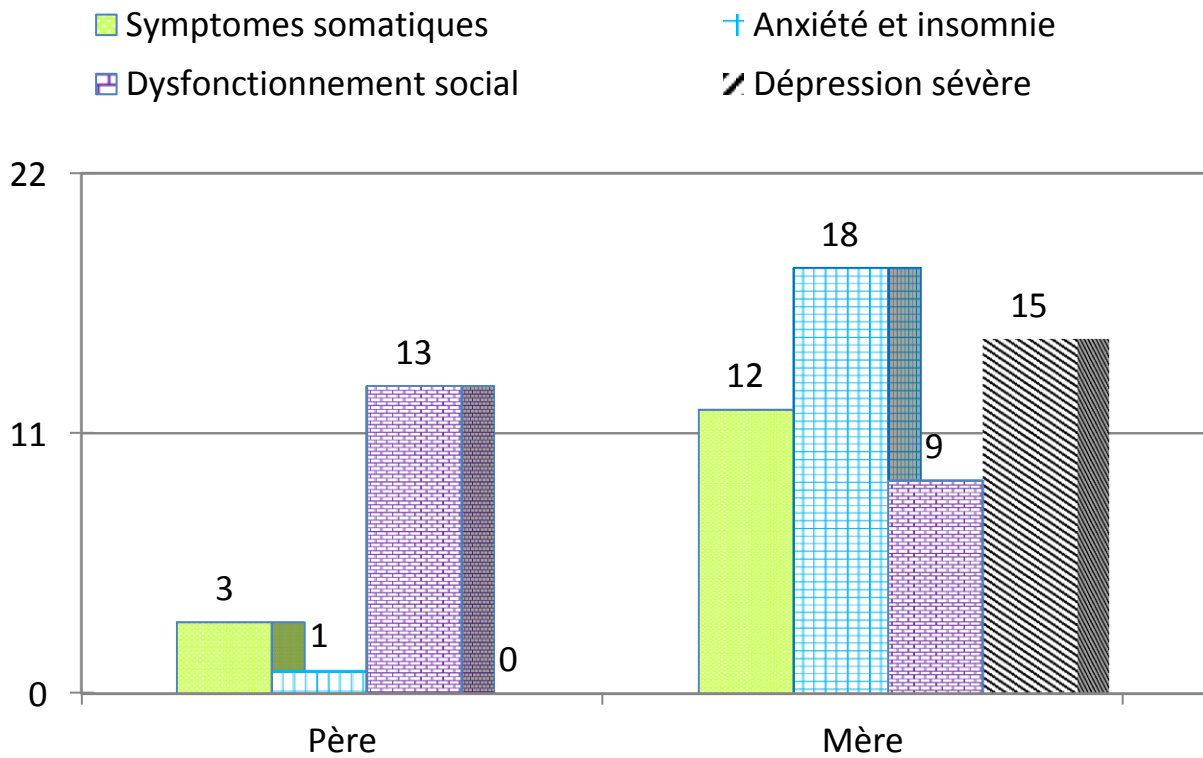


Figure 3

