

Pour soigner les jeunes enfa

Pour soigner les maux de la très jeune enfance, la psychologie a parfois recours à des traitements qui agissent tant sur les parents que sur les enfants. Un programme de recherche s'est développé depuis 1987 dans le Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent¹ des Hôpitaux universitaires de Genève pour étudier les effets de deux méthodes employées pour traiter, avec leurs parents, de jeunes bébés souffrant de troubles du sommeil, de l'alimentation ou du comportement. Christiane Robert-Tissot, professeure à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (FPSE), a dirigé ce programme de recherche jusqu'en 1999.

Soutenu par différents subsides du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNRS)², il porte autant sur les résultats que sur le processus thérapeutique à l'œuvre au cours des traitements.

« L'ÉTUDE a inclus une centaine d'enfants, âgés de 2 à 30 mois, et atteints de divers troubles: caprices alimentaires, grosses difficul-

tés pour s'endormir, irritabilité et agressivité — bébés qui mordent, griffent ou tapent. Ces manifestations, en soi, ne sont pas pathologiques. Leur fréquence, leur intensité et leur gratuité constituent cependant une indication pour un traitement et un examen des relations entre parents et enfant. » Dès 1987, l'équipe de recherche s'est posé la question de l'efficacité des interventions proposées: les enfants — et les parents — se portent-ils mieux après qu'avant? Une seconde question porte sur le processus thérapeutique lui-même et vise à comprendre les raisons de cette efficacité.

La consultation avec les parents constitue la première étape de la démarche. « La population qui nous consulte correspond au tout-venant, précise la psychologue. Les parents ne sont pas précédés d'un diagnostic psychiatrique. » Le premier entretien aboutit, sauf contre-indication liée à un trouble plus grave, à une proposition de thérapie brève, soit « psychodynamique », soit de « guidance interactive ». Ces deux types de traitement portent sur le lien entre parent et bébé (en réalité, il s'agit souvent du lien mère-bébé, les pères qui consultent étant plus rares).

DEUX FORMES DE TRAITEMENT

La thérapie psychodynamique a une origine psychanalytique. « Ce travail vise à modifier les projections, les représentations et les attentes des parents envers l'enfant », précise la chercheuse. Concrètement, il s'agit d'entretiens avec la mère (dix séances au maximum, six en moyenne) où l'enfant participe par sa présence. « Parfois, à leur insu, les parents encouragent un certain comportement de leur enfant. Par exemple, lorsqu'un bébé mord sa maman et qu'elle répond par un « non » peu dissuasif, elle l'autorise implicitement à continuer. Des conflits propres à la mère peuvent, à son insu, encourager le comportement gênant. L'intervention du thérapeute consiste à mettre en lumière et à expliciter ces éléments. Il ne s'agit donc pas d'une thérapie de la mère, mais d'un travail sur le lien entre elle et l'enfant. »

La seconde forme de traitement est la « guidance interactive ». Développée aux États-Unis par la psychologue Susan McDonough³, cette méthode est encore nouvelle en Suisse. Originale, elle consiste à filmer une séquence de jeu entre une maman et son bébé pendant cinq à dix minutes puis à l'analyser avec elle. « En regardant l'enregistrement, il s'agit d'abord de renforcer le sentiment de compétence de la mère, de la sensibiliser aux signaux et comportements de l'enfant et à la nature des échanges. On ne travaille pas sur le passé, mais sur ce qui est directement observable pendant la séquence. » Le fait d'être filmée ne modifie-t-il pas l'attitude de la mère envers son enfant? « L'enregistrement peut altérer certaines réactions superficielles; les deux premières minutes ne sont d'ailleurs pas utilisées, répond Christiane Robert-Tissot. Mais cela n'invalide pas l'analyse qui porte sur des caractéristiques basiques, non verbales: le rythme des échanges, la tonalité émotionnelle (voix, mimiques), le tour de rôle. Or le non-verbal est difficilement contrôlable. »

DES THÉRAPIES EFFICACES

« Ces deux thérapies sont efficaces, constate la psychologue. Dans la plupart des cas, les troubles, s'ils n'ont pas totalement disparu, ont nettement diminué à la fin du traitement. Les interactions entre parents et enfants deviennent plus harmonieuses, les représentations plus positives. La mère acquiert une meilleure estime de soi, comme maman mais aussi comme personne. Les sentiments à l'égard de l'enfant sont moins marqués par la tristesse, l'anxiété ou la colère. Ces résultats se maintiennent six mois plus tard. »

COMPRENDRE LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

De 1992 à 1996, l'étude a bénéficié de nouveaux subsides du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNRS) pour commencer à explorer le processus thérapeutique. « Cette étape correspond davantage à une démarche de recherche fondamentale, note-t-elle. Il s'agissait de comprendre ce qui, au cours de la thérapie, permettait d'obtenir ces résultats. » Une retranscription complète de quarante séances des deux formes de traitement a notamment permis d'analyser finement différents procédés verbaux et non verbaux. La clarification, la reformulation, la réinterprétation du thérapeute, l'implication émotionnelle, la communication lin-

nts, il faut parfois traiter les parents



PHOTO: OLIVIER VOGELISANG

La thérapie psychodynamique vise à modifier les projections, les représentations et les attentes des parents envers l'enfant.

gistique, les mécanismes défensifs du patient, les moments d'attention conjointe sur le bébé : tous ces points ont été répertoriés puis analysés.

Dans une première phase de l'étude, l'attribution des patients à une forme de traitement (psychodynamique ou guidance interactive) se faisait au hasard. L'équipe s'est ensuite rendu compte que certains patients pouvaient bénéficier davantage d'une forme que de l'autre. Ainsi, la forme psychodynamique est plus indiquée pour des personnes attentives à leurs propres sentiments, capables de les verbaliser et dont le passé porte une histoire, un «foyer thérapeutique» relié au problème de l'enfant. Pour d'autres, le travail avec l'image et sur le comportement concret sera plus concluant. «On a donc demandé aux mères d'exprimer leur préférence, si elles en avaient une, pour une forme de traitement, relève Christiane Robert-Tissot. Dans 85 % des cas, leur choix était conforme à celui du spécialiste.»

À L'ADOLESCENCE ?

Entre 1996 et 1999, l'équipe a conduit une étude de suivi de ces traitements en reprenant contact avec les familles rencontrées dix ans auparavant. Elle a ainsi pu revoir plus de 50 enfants à l'âge de 11 ans et une vingtaine à l'âge de 8 ans. Le rapport final de l'étude portant sur l'évolution de la petite enfance à la préadolescence a été remis en juillet dernier au FNRS ; un livre est en cours de publication.

Malgré les facteurs de risque liés aux troubles précoces, «les enfants s'en sortent plutôt bien, même si certains cas sont plus difficiles. Les troubles alimentaires ont tous disparu à cet âge. Quant aux troubles précoces du sommeil, ils ne se répercutent pas forcément à l'adolescence ; cependant, les adolescents qui peinent à s'endormir avaient déjà des difficultés du même ordre étant bébés. Enfin, une partie des enfants rencontrant des difficultés d'apprentissage à l'école avaient des problèmes de comportement lorsqu'ils étaient bébés.»

Par ailleurs, il s'avère que la moitié des enfants a suivi une forme ou une autre de traitement — logopédie, psychothérapie — au cours de l'enfance. Depuis 1999, sous la responsabilité de la psychologue Sandra Rusconi Serpa, une nouvelle étude est en cours sur les troubles précoces du comportement chez des enfants de 18 à 36 mois.

SOPHIE DAVARIS ●

1 Le professeur Bertrand Cramer en était à l'époque le médecin-chef. Il est remplacé aujourd'hui par le Professeur Francisco Palacio Espasa.

2 Le programme de recherche s'est développé depuis 1987 dans le Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

3 Cette forme de traitement a également été développée aux Pays-Bas par Maria Aarts sous le nom de Maria Meo.

L'enseignement s'inspire de l'étude

Les retombées de l'étude sont nombreuses, tant au niveau de la recherche que de l'enseignement et de la clinique

- L'équipe a partagé ses instruments et méthodes d'analyse avec d'autres équipes européennes pour l'évaluation des symptômes de l'enfant, des interactions parents-enfants et des représentations maternelles
- Un certificat de formation continue en guidance interactive et thérapie de l'interaction a été mis sur pied à la Faculté de psychologie et de sciences de l'éducation de l'Université de Genève. Dirigé par Christiane Robert-Tissot, Sandra Rusconi-Serpa et Catherine Berney, il s'adresse à des psychologues, des logopédistes, des psychomotriciens ou d'autres licencié(e)s avec deux ans au moins de pratique clinique.
- Des mémoires de troisième cycle en psychologie (diplôme de spécialisation, DESS en psychologie clinique) ont été réalisés dans le cadre de l'étude ainsi que plusieurs thèses en médecine.

Références :

- GENEVAY, S., LUTHI, F., ROBERT-TISSOT, C. : «Séquences défensives et interventions du thérapeute. Six premières séances de thérapie mère-bébé». *Psychothérapies*, vol. 21, 2001, pp. 163-178
- ROBERT-TISSOT, C. : «Quel traitement, pour quel patient, par quel thérapeute ? L'efficacité des psychothérapies.» *Psychoscope*, vol.16, 4/95, pp 4-7.
- CRAMER, B. and ROBERT-TISSOT, C. «Evaluating Mother-Infant Psychotherapies: Bridging the Gap between Clinicians and Researchers» in J.D. OSOFSKY & H.E. FITZGERALD. *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, vol. 2, 2000, New York.