

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1503

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Cécile RIBETTE**

Le 31 mars 2022

**Soigner les enfants de parents souffrant de troubles  
psychiatriques : quel vécu des médecins libéraux ?**

Co-directrices de thèse : Dr Ludivine FRANCHITTO et Dr Lucie ROSENTHAL

**JURY**

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Docteur Alexis REVET	Assesseur
Madame le Docteur Ludivine FRANCHITTO	Assesseur
Madame le Docteur Lucie ROSENTHAL	Suppléant
Madame Delphine COLLIN	Invitée

**TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**  
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2021

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET-GUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MANGAT Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-GCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Émérites**

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARLET Philippe	Professeur LAURENT Guy
Professeur ARLET-GUAU Elisabeth	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BOCCALON Henri	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur BOUTAULT Franck	Professeur MANELFE Claude
Professeur BONEU Bernard	Professeur MARCHOU Bruno
Professeur CARATERO Claude	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CHAP Hugues	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur CONTE Jean	Professeur MURAT
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RICHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GRAND Alain	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SERRE Guy
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

2<sup>ème</sup> classe

M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie, Addictologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et Santé au Travail
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme PASQUET Mariène	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie	Mme VAYSSÉ Charlotte	Cancérologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIÈRES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie		
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OGWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
Mme RAUZY Odile	Médecine Interne		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
		<b>Professeurs des Universités de Médecine générale</b>	
		M. MESTHÉ Pierre	
		M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
		<b>Professeurs Associés Médecine générale</b>	
		M. ABITTEBOUL Yves	
		M. CHICOULAA Bruno	
		M. POUTRAIN Jean-Christophe	
		<b>Professeur Associé en Bactériologie - Virologie; Hygiène Hospitalière</b>	
		Mme MALAUAUD Sandra	

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 <sup>ère</sup> classe		P.U. - P.H. 2 <sup>ème</sup> classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. CORRE Jill	Hématologie, Transfusion
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme FARUCH-SILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. DELOBEL Pierre	Maladies infectieuses	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme MARTINEZ Alejandra	Cancérologie, Radiothérapie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SAVALL Frédéric	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Eile (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
		<b>Professeur des Universités de Médecine générale</b>	
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BAGSET Céline	Cytologie et histologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyrl	Biologie Cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GRARE Marlon	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emile	Nutrition	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dével. et de la reproduction	M. REVET Alexis	Pédopsychiatrie, Addictologie
Mme MOREAU Marlon	Physiologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	Mme VALLET-GAREL Marlon	Physiologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique		
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie		
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie		
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire		

**Maîtres de Conférences Universitaires de Médecine Générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

M. BISMUTH Michel  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr FREYENS Anne  
Dr PIPONNIER David  
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOUSSIER Nathalie  
Dr LATROUS Lela

# REMERCIEMENTS

---

## **Monsieur le Professeur Jean Philippe Raynaud**

Cher Professeur, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre approche de la psychiatrie de l'enfant a été un guide pour moi dès la première année de médecine. J'ai eu ensuite le plaisir de travailler dans votre service au cours de mon internat, où j'ai pu bénéficier de la richesse de vos enseignements ainsi que de votre implication auprès des internes. Je vous prie de trouver dans ce travail le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

## **Monsieur le Professeur Christophe Arbus**

Cher Professeur, je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer ce travail. Je n'ai pas eu la chance de travailler directement avec vous, mais j'ai pu apprécier votre implication pédagogique et votre bienveillance auprès des internes.

## **Monsieur le Docteur Alexis Revet**

Cher Docteur, je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse. Je vous remercie de la richesse de votre enseignement pédagogique et je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect. J'espère avoir l'occasion de travailler avec vous à l'avenir.

## **Madame le Docteur Ludivine Franchitto**

Je te remercie de m'avoir accompagnée tout au long de ce projet. Merci pour ton implication, ta bienveillance et ta patience sans limite. J'ai eu le plaisir de te rencontrer au cours de mon externat, tout en découvrant une spécialité qui deviendrait une vocation. Ta sensibilité et ta générosité auprès des patients m'ont permis de visualiser la soignante que j'aimerais devenir. Sois assurée de ma profonde gratitude et de mon admiration. Je me réjouis d'avoir pu travailler avec toi en tant qu'interne, et j'espère pouvoir continuer à apprendre à tes côtés en tant que docteur junior.

## **Madame le Docteur Lucie Rosenthal**

Je te remercie d'avoir accepté d'encadrer cette recherche. C'est grâce à ta bienveillance et à ta rigueur que j'ai pu élaborer la méthodologie de ce travail. Je te remercie pour ton optimisme inspirant et ton soutien. Ce fut un réel plaisir de travailler à tes côtés et j'espère en avoir de nouveau l'occasion à l'avenir.

### **Madame Delphine Collin**

Je suis ravie de te compter parmi les membres du jury. J'ai beaucoup appris en travaillant à tes côtés, aussi bien sur le plan théorique qu'humainement. Nos échanges et le partage de ta richesse clinique m'ont permis de découvrir une autre dimension à l'exercice de ce métier. J'espère avoir la chance de bénéficier encore longtemps de ton expérience et de tes conseils. Sois assurée de ma profonde et sincère amitié.

### **Madame le Docteur Marion Barbail**

Je te remercie d'avoir eu la patience de relire attentivement ces pages, pour ta gentillesse et ton humanité auprès des patients.

### **À ceux qui m'ont accompagné au cours de ma formation**

À mes collègues et amies de l'équipe de périnatalité de Paule de Viguière, Aurélie, Laurine, Carole, Célia, Isabelle, Marie, Odile, pour leur précieux enseignement et tous les bons moments partagés.

À Julie Andanson, Geneviève Marchand et Emmanuelle Teissier, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler.

À Alice Lannes, pour sa bienveillance et sa disponibilité.

À Grégoire Benvegno, Benjamin Assayag et Garance Vamour qui m'ont gentiment apporté leurs conseils.

À l'équipe de la PMI d'Empalot, Nelly, Agnès, Cavita et Elise pour leur soutien et leur compréhension.

### **À mes proches**

À ma mère, merci pour ton amour et ton soutien infaillible, ton incroyable patience qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici.

À mon père, pour ta présence à mes côtés, ta disponibilité à toute épreuve et ton humour.

À Mathis, un grand merci pour ton soutien pendant ses années difficiles, ton humour, ta patience, ta générosité et ta force. Je suis fière de voir l'homme que tu deviens. À Manon, pour sa vivacité, sa sensibilité et sa justesse.

À Lucie, pour sa résilience et son courage.

À Daddy et Mamina, merci pour votre soutien, vos relectures, votre générosité et le partage de vos valeurs avec lesquelles je me suis construite.

À Chantal, Pierre et Benoît, merci de votre présence et pour les rires partagés.

Aux amies de toujours : Ludmila, parce que c'est toi, parce que c'est moi ; Romane, pour ton éloquence si inspirante et Garance pour ta liberté entraînante. À Yoann sur qui j'ai toujours pu compter, et pour ses bons mots. À Théodore, pour son génie et sa bienveillance. À Julie, pour son empathie et sa douceur. À la bande de St Jean de Luz.

Aux compagnons d'armes de l'UF2, Clément, Antoine S. et Martin, auprès de qui j'ai tant appris et ri.

À Mehdi et Camille, grâce à qui j'ai pu traverser l'externat.

Aux belles rencontres de l'internat, Aubrée et sa délicatesse, Sacha, Johann, Hélène et Sabrina.

À Aude, Audrey et Adélaïde, pour leur amitié et leur gentillesse.

À Antoine C. avec qui j'ai tant partagé, à Ulysse, qui a toujours su être présent, et à Jean-Baptiste, qui a toujours, gentiment contraint, accepté de danser.



# Table des matières

INTRODUCTION.....	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	13
A.    La recherche qualitative.....	13
B.    Population d'étude.....	13
C.    Recueil des données .....	15
D.    Analyse .....	16
E.    Critères d'éthique .....	17
RESULTATS .....	18
L'abord des troubles psychiatriques parentaux : un risque pour l'alliance.....	18
Des prises en charge éprouvantes .....	21
Quels recours dans ces accompagnements ? .....	25
DISCUSSION.....	29
CONCLUSION.....	34
REFERENCES.....	35
ANNEXES .....	41

## INTRODUCTION

---

L'évolution de la société, et notamment l'amélioration des soins psychiques, ont permis un plus grand accès à la parentalité aux personnes souffrant de troubles mentaux. Ainsi, 20 à 60% des personnes accédant aux soins psychiques sont parents en Australie et aux Etats-Unis [1]–[4].

Déjà en 2001, au Royaume-Uni, 63 % des femmes présentant un diagnostic de trouble psychotique étaient mères [5]. En France, environ 3500 enfants par an naissent d'une mère portant un diagnostic de schizophrénie, soit 0.4% des naissances [6]. De plus, 10-20% des femmes développeraient un trouble psychiatrique durant la grossesse ou au cours de la 1<sup>ère</sup> année du post-partum, dont plus de 1% de troubles sévères (spectre de la schizophrénie, troubles affectifs bipolaires et/ou dépressifs sévères) [7].

De nombreuses recherches ont étudié les potentielles conséquences de ces troubles parentaux sur le développement de l'enfant [6]. Une revue de littérature datant de 2017 a observé un risque d'impact sur les développements psychomoteur, du langage et comportemental chez l'enfant. Un impact sur la relation parent-enfant, avec un effet sur l'attachement a également été identifié [8]. Les troubles de l'attachement résultent d'un environnement de soins inadéquats dans la petite enfance. Or, les parents souffrant de troubles mentaux doivent concilier leur parentalité avec la gestion de leur trouble. Cette situation peut les rendre ponctuellement indisponibles et être ainsi source d'une discontinuité parentale, aussi bien physique que psychique [9], [10]. Les mères présentant une schizophrénie peuvent avoir des interactions perturbées ou pauvres avec leurs enfants [11], [12]. Aussi, une dépression maternelle anténatale est associée à un risque accru d'attachement de type désorganisé aux 12 mois de l'enfant [13]. Ces troubles de l'attachement ont eux-mêmes des répercussions sur le développement de l'enfant et leurs relations interpersonnelles, pouvant persister jusqu'à l'âge adulte [9], [14]. Des études notent également une association entre ces troubles et des comorbidités physiques (douleurs chroniques, maladies cardiovasculaires et pathologies inflammatoires) [14], [15]. Par ailleurs, le vécu de parents souffrant de troubles mentaux a été étudié [16]–[18]. Une recherche qualitative datant de 2013 s'est intéressée à la parentalité de 17 patients psychiatriques traités par des soins intégrés en milieu de vie habituel (Assertive Community Treatment) [17]. La plupart des parents ont reconnu des difficultés dans le fait d'être un parent atteint d'un trouble psychiatrique. Ces parents ont identifié un impact négatif de leur trouble mental sur leur parentalité, en raison d'une instabilité des symptômes, des effets secondaires des médicaments, du stress associé au traitement.

Repérer très tôt ces difficultés dans le lien d'attachement est essentiel pour intervenir précocement et soutenir ces parents dans leur parentalité, afin de prévenir un impact sur l'enfant. [9], [19], [20]. Nous nous intéressons au rôle des professionnels de santé dans ce dépistage. Les médecins de la petite enfance constituent les soins de premiers recours, et jouent un rôle essentiel dans l'identification des enfants à risque du fait des visites obligatoires régulières dans les deux premières années de vie, période cruciale pour la formation de l'attachement [9].

Le vécu des professionnels de santé face à la parentalité de patients psychiatriques a été l'objet de peu d'études. Les principaux résultats révèlent chez les psychiatres spécialisés en adulte, une crainte de rompre l'alliance thérapeutique avec le patient en abordant sa parentalité, un sentiment d'incompétence et une difficulté de coordination avec les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [21], [22].

A notre connaissance, il n'a pas été réalisé d'étude sur le vécu des médecins de la petite enfance dans l'accompagnement de la parentalité de patients avec des troubles psychiatriques.

Ainsi, nous avons choisi de nous intéresser au vécu des soignants libéraux dans le suivi d'enfants dont les parents souffrent de troubles psychiatriques.

Nous avons réalisé une étude qualitative, d'approche exploratoire à travers des entretiens semi-structurés. L'objectif de cette recherche était de recueillir le vécu des professionnels dans ces accompagnements, afin de repérer leurs difficultés et leurs besoins dans ces situations. Les objectifs secondaires étaient de pressentir des pistes d'amélioration et resserrer le réseau pluridisciplinaire en libéral.

# MATÉRIEL ET MÉTHODES

---

## **A. La recherche qualitative**

Afin d'analyser un recueil aussi hétérogène que le vécu des soignants libéraux dans l'accompagnement d'enfants dont les parents souffrent de troubles psychiatriques, nous avons utilisé une approche qualitative : l'Analyse Interprétative Phénoménologique. (IPA).

Il s'agit d'une méthode de recherche qualitative qui se fonde sur une approche déductivo-hypothétique. Cette méthode est très largement utilisée dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie. [23]

Cette méthode consiste en une multiple lecture de chaque entretien avec des annotations permettant de faire ressortir plusieurs thèmes et sous-thèmes. Ces thèmes sont ensuite validés grâce à une triangulation du codage avec les investigateurs de l'étude. Les résultats sont rédigés en articulant les thèmes pour faire le récit de l'expérience des participants.

## **B. Population d'étude**

L'étude a été centrée sur les médecins généralistes et pédiatres travaillant en libéral, qui ont eu l'occasion, dans leur pratique clinique, de suivre des enfants, dont les parents souffraient de troubles psychiatriques.

Nous avons choisi d'interroger ces professionnels de santé qui constituent le premier palier d'accès aux soins pour les familles. En effet, du fait des visites médicales régulières lors des deux premières années de vie de l'enfant, ces praticiens ont l'occasion de créer une alliance thérapeutique avec les familles, et sont au premier plan pour détecter précocement des troubles chez l'enfant. De plus, ces médecins ont le rôle de coordinateur des soins. Il semblait donc particulièrement intéressant de recueillir leurs vécus et leurs difficultés dans leur accompagnement d'enfant dont les parents présentent des troubles psychiatriques.

Nous avons inclus 11 professionnels de la région Occitanie. Nous avons fait circuler un courriel de présentation de la recherche au sein des associations de médecins libéraux, généralistes et pédiatriques, de la région Occitanie. Nous avons ensuite contacté directement par mail ou téléphone les professionnels. Nous avons reçu une dizaine de réponses négatives, soit par indisponibilité du praticien, soit par l'absence de suivi d'enfants correspondant aux critères de notre recherche.

Le recrutement s'est étalé de février à juillet 2021. L'âge des participants s'étend de 31 ans à 71 ans. Les principales caractéristiques des professionnels de santé sont résumées dans le Tableau 1.

**Tableau 1 : Caractéristiques des professionnels de santé**

Numéro praticien	Spécialité	Genre	Âge	Expérience libérale	Code Postal d'exercice
P1	Pédiatre	Femme	53	25	31100
P2	Pédiatre	Femme	56	25	31000
P3	Médecin Généraliste	Homme	63	15	31300
P4	Médecin Généraliste	Femme	63	37	31000
P5	Médecin Généraliste	Femme	58	15	31400
P6	Pédiatre	Homme	61	31	31650
P7	Médecin Généraliste	Femme	33	4 1/2	31500
P8	Pédiatre	Femme	46	6	31700
P9	Médecin Généraliste	Femme	31	2	31400
P10	Pédiatre	Femme	32	4	31000
P11	Médecin Généraliste	Homme	71	44	31560

## **C. Recueil des données**

Le recueil de données s'est fait par des entretiens semi-structurés d'une durée de 30 à 75 minutes environ. Ces entretiens ont été menés par le chercheur (CR), de février à juillet 2021. Chaque professionnel a été interrogé au cabinet du praticien ou au domicile : médecins généralistes, pédiatres libéraux, de manière individuelle. Les propos des sujets interrogés ont été enregistrés avec leur consentement et retranscrit mot pour mot.

Les retranscriptions ont été annotées de détails non-verbaux, enrichies de nuances expressives.

Les retranscriptions ont été conservées et anonymisées.

Nous avons choisi de mener des entretiens semi-directifs en conservant une position neutre afin de permettre l'expression la plus libre possible des médecins, en respectant la spontanéité de leurs discours. Ceci a favorisé l'obtention de données riches, approfondies et variées. La rencontre en présentiel a été privilégiée afin de favoriser une interaction directe et spontanée avec les participants.

**Tableau 2 : Grille d'entretien**

<b>Domaines évalués</b>	<b>Type de questions</b>
<b>Parcours professionnel</b>	Quelle profession exercez-vous et depuis combien de temps êtes-vous installé en libéral ?
<b>Expérience clinique</b>	Dans votre pratique, vous avez déjà été confronté au suivi d'enfants de parents souffrant de troubles psychiatriques : comment cela s'est passé pour vous ? Avez-vous une situation précise en tête à raconter ? Qu'est-ce qui vous a alerté ?
<b>Ressentis sur la prise en charge de ces familles</b>	: Est-ce que cela a été compliqué pour vous ? Si oui, comment ? Comment avez-vous géré les réactions parentales dans ces situations ?
<b>Besoins dans l'accompagnement</b>	Quels sont vos besoins dans ces situations ?
<b>Impact sur le développement</b>	Avez-vous déjà eu des inquiétudes particulières pour le développement d'un enfant du fait de la pathologie parentale ?
<b>Lien parent-enfant si non mentionné préalablement par le praticien</b>	Avez-vous déjà eu des inquiétudes plus précisément sur lien entre un enfant et son parent du fait de la pathologie parentale ?

## **D. Analyse**

Les retranscriptions ont été analysées avec la méthode phénoménologique interprétative. L'IPA ou « l'analyse phénoménologique interprétative » a été développée depuis plus d'une vingtaine d'années au Royaume-Uni par Smith [24]. Elle est l'une des méthodes les plus utilisées dans le domaine de la psychologie et de la santé mentale. Elle permet d'explorer l'expérience de

participants, le sens qu'ils donnent à leur expérience et les mécanismes psychologiques sous-jacents [25].

L'analyse s'est déroulée selon plusieurs étapes proposées par Smith dans son ouvrage de référence de méthodologie en recherche qualitative. La première étape consiste en une multiple relecture de chaque entretien, qui sont annotés de premiers commentaires descriptifs et conceptuels. Un premier entretien est analysé à la recherche de thèmes, ceux-ci sont ensuite listés pour faire émerger un sens en les liant entre eux. L'analyse se poursuit ensuite avec les autres entretiens, entraînant une évolution progressive de l'organisation des thèmes. L'analyse a permis de développer plusieurs thèmes clefs [26]. Enfin, la rédaction des résultats se fait par articulation des thèmes afin de recréer le récit de l'expérience des participants. Les entretiens ont été codés à l'aide du logiciel N Vivo 12 plus. Il s'agit du logiciel le plus reconnu dans l'analyse qualitative de données, son utilisation est considérée par certains auteurs et éditorialistes comme un critère de fiabilité et de rigueur d'une recherche qualitative [27]. La validation des thèmes et méta-thèmes a été réalisée avec le Docteur Lucie Rosenthal et le Docteur Ludivine Franchitto, permettant une triangulation du codage.

Nous avons choisi de calculer la saturation des données, et conformément à une méthode simple décrite en 2020 [49], la saturation a été atteinte à l'entretien 9<sup>+2</sup>. Ce calcul de la saturation des données est disponible en annexe.

## **E. Critères d'éthique**

L'étude répond aux critères COREQ (Annexe A) de validation d'une étude qualitative. Le traitement des données a été effectué en conformité avec la méthodologie de référence MR-004. Une notice d'information a été envoyée à chaque professionnel de santé. Conformément au règlement général de la protection des données, la recherche a été enregistrée au registre interne du CHU de Toulouse sous la référence **RnIPH 2021-26**.



## RESULTATS

---

### *L'abord des troubles psychiatriques parentaux : un risque pour l'alliance*

#### **Le regard des soignants sur la maladie mentale : des contours flous**

Le discours des professionnels est marqué par une difficulté à nommer les symptômes et les troubles psychiatriques. Les médecins doutent et font preuve d'incertitudes et d'hésitations récurrentes.

*« Je vais donner l'exemple d'une famille avec une maman...bipolaire on va dire »  
(P3)*

L'ensemble des praticiens partagent le constat d'une méconnaissance des limites de la pathologie psychiatrique. Ils peuvent par exemple questionner l'appartenance de l'inceste, de la toxicomanie ou de la précarité sociale au champ de la maladie mentale.

*« Ben je sais pas si c'est du domaine de la psychiatrie du coup, mais il y a certains parents qui sont complètement désorganisés, en général il y a un contexte de précarité socio-économique très important, [...], mais qui sont complètement déconnectés de la réalité et du coup par exemple loupent un rdv sur 2 quoi » (P10)*

Un des médecins parle de la difficulté à différencier un trouble psychiatrique caractérisé de problématiques psychologiques courantes.

*« Je vais exagérer en disant ça, je pense que nous sommes tous des malades psychiatriques : [mime une échelle graduée en longueur, et ramène sa main à différents intervalles] : juste un petit peu, un petit plus, vraiment beaucoup » (P3)*

La question de l'appartenance des troubles « anxiodépressifs » à la psychiatrie est amené à plusieurs reprises par les médecins interrogés, au contraire de maladies clairement identifiées : schizophrénie, trouble bipolaire.

*« Après, ça dépend ce que vous mettez dans les troubles psychiatriques, mais si vous mettez aussi dépression, ou troubles anxieux » (P7)*

#### **Un thème délicat à aborder**

Pour la grande majorité des praticiens, le recueil des antécédents psychiatriques parentaux est entravé à plusieurs niveaux. Il peut être difficile pour les soignants d'interroger les patients.

*« Maintenant j'essaie dans les antécédents de poser des questions sur euh, les maladies psychiatriques, mais c'est pas facile quand-même » (P2)*

L'abord même du sujet peut leur demander un effort particulier, d'autant plus qu'ils ne sont pas certains de parvenir à formuler la question, ou même d'obtenir une réponse.

D'autres supposent que ces antécédents sont souvent cachés par les familles. Certains professionnels sont confrontés à la banalisation des troubles, voire au refus de soins.

*« Et c'était une maman qui avait refusé les soins psychiatriques, [...] les réactions des parents qui font des dépressions du post-partum, là où j'ai le plus de difficultés c'est que la majorité sont dans le déni » (P10)*

Certains médecins évoquent aussi la difficulté des malades, dans certaines pathologies psychiatriques, d'avoir conscience de leur trouble, ce qui peut relever d'un symptôme même de la pathologie.

*« Ceux que j'ai pu connaître, ils n'étaient pas conscients de leur état, ils n'étaient pas traités, n'étaient pas suivis » (P4)*

En conséquence, les antécédents sont le plus souvent recueillis de manière détournée, soit rapportés par un tiers, soit de manière rétrospective, au fil des consultations.

*« En plus j'avais été alertée par la mère de la maman, qui me disait que sa fille était bipolaire » (P9)*

Tous les obstacles à ce recueil peuvent entraîner un délai de prise de connaissance de ces antécédents parentaux. Au cours du suivi d'un bébé présentant un reflux gastro-œsophagien et des pleurs importants, un médecin rapporte la découverte d'un antécédent de dépression maternelle remontant à 5 ans, survenant après le dépistage d'une dépression du post-partum par l'échelle EPDS. Le soignant exprime sa surprise en soulignant que cela *« n'avait jamais [été] évoqué dans le suivi jusque-là »*. De la même manière, une difficulté à recueillir les antécédents de l'enfant peut s'observer du fait de la pathologie parentale. Un médecin raconte la découverte d'une prise en charge depuis 3 ans en CMPP et de plusieurs suivis en libéral, pour un enfant de 8 ans qu'elle suivait depuis la naissance. Cette découverte tardive résulte de l'attitude clivante de la mère de l'enfant, décrite comme *« très pathologique, avec des troubles graves [...] pas forcément perçus au début »*, mettant en échec les précédents suivis.

## **Préserver l'alliance : un challenge pour les praticiens**

La majorité des interviewés soulignent l'importance de l'alliance thérapeutique. Ils rapportent des difficultés à la maintenir dans les consultations pédiatriques, qui sont par nature un soin conjoint parent/enfant. En effet, le parent est un tiers essentiel dans le soin à l'enfant, ce dernier étant considéré « *dans toute sa dimension [...] les parents compris* » (P8).

*« C'est-à-dire il y a un rapport de confiance, c'est des gens qui viennent vous voir, ils sont acteurs de leurs démarches, et puis si tout d'un coup vous avez une attitude ou un reproche ou un jugement qui est sévère, pour eux c'est très difficile. » (P1)*

Les médecins ont parfois expérimenté des ruptures de suivis alors qu'ils relevaient des « comportements inappropriés » dans l'éducation d'un enfant, ou proposaient un accompagnement à la parentalité, par exemple par la protection maternelle infantile. (« *Mais souvent, ils fuient* » (P4)).

Cette crainte d'une rupture de l'alliance contraint les médecins à prendre une posture clinique spécifique dans l'accueil de ces parents. Souvent, la question de la maladie mentale est abordée de manière indirecte, par exemple en s'appuyant sur la « banalisation » actuelle de certaines pathologies comme un levier d'acceptation. Ainsi, pour la dépression du post-partum :

*« Parce que dès qu'on sent que ça va pas bien, on utilise la banalisation du, justement, du baby-blues ou après de la dépression du post-partum qui est assez fréquente » (P1)*

Dans ce contexte, les médecins fournissent un effort plus important pour créer cette alliance, pouvant se livrer afin de paraître plus accessibles. Certains inventent des expériences personnelles pour pouvoir aborder des difficultés repérées chez un enfant, par identification.

*« Ce que j'utilise, [...] comme moyen, c'est dire [...] par exemple, « tiens, elle a le même âge que ma petite fille ou mon petit-fils, - je dis n'importe quoi quelque fois - qui commence à faire ci et à faire ça », « ah bon déjà, mais vous croyez qu'il devrait le faire ? » et quelque fois ça enclenche » (P4)*

Néanmoins, ces stratégies ne sont pas toujours efficaces, et le risque de rupture de soins est omniprésent. Un médecin raconte la perte de vue d'une enfant alors qu'elle essayait d'apaiser un conflit entre la mère de celle-ci et l'école. Elle explique avoir essayé de formuler les particularités maternelles sans les stigmatiser par l'usage du mot « atypique », ce qui a déclenché une rupture définitive des soins : « *J'ai rompu complètement le lien alors que moi mon but c'était de m'occuper de cette petite fille, pas forcément de la maman* » (P1). Les

soignants sont ainsi confrontés au quotidien à ce rapport complexe avec les parents des enfants dont ils assurent le suivi.

### ***Des prises en charge éprouvantes***

#### **Une relation thérapeutique envahie par des enjeux émotionnels**

Au cours de ces suivis, les médecins décrivent une relation mouvementée au parent. Ils peuvent être la cible d'attaques, d'angoisses. Un médecin décrit ainsi l'agressivité d'un père en réaction au refus de prescrire un traitement sédatif pour son bébé dont il ne supportait plus les pleurs la nuit. En plus de la difficulté de soutenir une position en désaccord avec le parent, on retrouve un sentiment d'être instrumentalisé par ce dernier.

*« Tellement j'étais épuisée, épuisée, puis je me suis sentie agressée parce que je le sentais, il était écarlate derrière son masque [...] parfois ça me désespère » (P2)*

Une autre médecin raconte s'être « mise en colère » devant des menaces de rupture de suivi d'une mère démesurément anxieuse pour la santé de son enfant. Celle-ci ne reconnaissait pas les efforts du médecin pour répondre à ses inquiétudes, via la répétition d'exams complémentaires rassurants.

La crainte d'un placement est souvent sous-jacente à ces débordements. L'abord des problématiques psychiatriques suscite rapidement chez les parents les craintes d'un signalement voire d'une séparation d'avec leur enfant. Après la rupture de suivi d'un patient, un pédiatre a appris par une collègue que c'est la mention du service de protection maternelle infantile qui a motivé ce départ.

*« C'est le mot PMI qui l'a fait bondir parce que c'est une maman qui avait été placée dans l'enfance, qui a un parcours ASE, [...] et au bout de la 2<sup>ème</sup> fois où j'ai dit PMI, elle est partie. » (P10)*

En parallèle de ce lien complexe au parent, la relation à l'enfant s'établit de manière particulière. L'entente avec l'enfant est parfois plus aisée qu'avec le parent, ce qui génère une connivence. Les praticiens peuvent se sentir pris à témoin des troubles parentaux. L'exercice du professionnel peut s'en retrouver modifié.

*« Ce sont des enfants qui, euh... regardent le médecin traitant avec un air interrogatif. « Qu'est-ce que tu penses de la situation ? Tu vois bien que mon père il est fou, tu vois bien que ma mère elle est folle, c'est ... franchement, tu trouves ça normal ? » (P3)*

## **Des consultations pédiatriques marquées par l'inquiétude**

Ce rapport au parent amène à un ajustement de posture aussi bien dans l'exercice du professionnel que dans sa façon de penser face à ces suivis. Certains soignants adoptent une posture centrée sur l'enfant.

*« [...] On a un œil très particulier sur l'enfant, et très centré sur l'enfant. Voilà, et on est pas là, pour s'occuper des parents quoi » (P6)*

Un aménagement du cadre est nécessaire, ces prises en charge demandant une temporalité différente et un investissement particulier du médecin. En plus d'un allongement de la durée des consultations, s'ajoute un temps d'échange avec les partenaires. Un médecin trouve « usant » de chercher à joindre ces derniers. Certains peuvent « s'épuiser » dans ces prises en charge, de par l'absence d'investissement du parent dans les soins, et la nécessité de leur courir après.

*« Clairement, ça fait partie des situations que je ramène à la maison [...] ça demande plus d'énergie de ma part du coup, parce que faut que je les piste, faut que je les rappelle » (P10)*

Ces aménagements contrastent avec le manque de temps en pratique clinique décrit par les professionnels, dont les missions du suivi pédiatrique sont déjà nombreuses.

Par ailleurs, l'accueil de ces parents s'accompagne souvent de préconceptions positives ou négatives sur les conséquences possibles de la pathologie mentale du parent sur les enfants, nécessitant une adaptation de la posture du soignant. Au contraire, certains médecins disent leur volonté de ne pas stigmatiser ces parents et de traiter ces familles comme les autres. On retrouve un contraste entre cette volonté et la perception « d'un poids » de la pathologie parentale sur l'enfant.

*« Donc, j'en reviens à ce que je disais tout à l'heure, je pense que, même à des parents ayant des maladies psychiatriques, on doit laisser l'opportunité d'élever leurs enfants. Et je ne pense pas que ces enfants seront plus dramatiquement malades, mal élevés, que les autres [...] Je pense qu'à partir du moment où on offre à un enfant autre chose que la maladie mentale, il va choisir cet autre chose. Même si c'est forcément un poids pour lui. » (P3)*

Dans d'autres cas, les soignants peuvent dire s'être inquiétés initialement davantage du fait « d'a priori sur les parents », puis être rassurés au cours du suivi, les parents se montrant adaptés avec leur enfant (« au final [...] ils [s'en] occupaient très bien » (P9)).

Néanmoins, la plupart des professionnels expliquent faire preuve d'une vigilance accrue sur les interactions parent-enfant, par exemple par l'observation des temps d'habillage durant les consultations.

*« Mais c'est vrai que je faisais un peu plus attention que les patients autres, et je prenais aussi un peu plus de temps en consultation [...] je faisais vraiment plus attention que pour [...] des parents lambda. [...] Et je regardais vraiment beaucoup comment interagissaient les parents avec lui, dans les moments un peu clés, le moment un peu privilégié que j'aime beaucoup, c'est quand les parents remettent, rhabillent l'enfant, du coup, ils lui changent la couche, [...] c'est vraiment pour moi le meilleur moment pour voir comment ils interagissent ensemble. » (P9)*

Cette attention soutenue est sous-tendue par l'inquiétude d'un impact de la pathologie parentale sur le lien parent-enfant, ou sur le développement de ce dernier.

*« J'avais très peur de ça, vraiment que le lien se fasse pas, qu'ils arrivent pas à créer ce lien qu'on fait avec son enfant, qui est si fort, parce que du coup du fait de leur pathologie, donc oui c'était une inquiétude majeure, totalement, tout à fait. » (P9)*

D'autres soignants ont pu constater une entrave à la création de ce lien du fait du trouble parental. Dans le cadre d'un trouble obsessionnel-compulsif chez la mère, avec obsession phobique d'une contamination, l'un d'eux observe un obstacle au lien physique par absence de portage ou maniement du nourrisson :

*« C'était une maman qui avait un gros gros trouble anxieux, des TOCs, et il s'est installé un énorme trouble du lien mère enfant en fait, c'était vraiment très compliqué. [...] C'était une maman qui n'osait pas toucher sa petite parce qu'elle avait peur des germes que le bébé portait, qui passait son temps à se mettre du soluté hydroalcoolique, et du coup c'était une odeur hyper forte, ça gênait beaucoup le bébé et c'était insurmontable. » (P10)*

Si certaines situations sont préoccupantes, comme celle susmentionnée, le soignant peut être rassuré lorsque le suivi pédiatrique est poursuivi et accompagné d'une prise en charge psychiatrique pour le parent, comme le rapporte ensuite (P10).

## Impact émotionnel sur les soignants

L'ensemble des médecins interrogés soulignent la grande solitude à laquelle ils font face dans ces accompagnements (« *Très souvent, j'aimerais ne pas être seule. Très, très souvent* » (P10)). Ils se disent « démunis » devant le manque de ressources, l'un d'eux allant jusqu'à faire un rapprochement avec la médecine humanitaire.

*« Je vais faire un parallèle qui ne vous paraîtra peut-être pas judicieux [rires], euh, en dehors d'être généraliste, [...j'ai fait.] de la médecine humanitaire, où on est, tout seul au milieu de rien, avec rien comme moyen. Eh bien, on sort le couteau, on sort la ficelle, et on se démerde. Donc souvent c'est ça, on se démerde. » (P3)*

Cette réalité s'accompagne d'un sentiment de culpabilité, soit de ne pas pouvoir faire davantage pour l'enfant ou son parent, soit de passer à côté de quelque chose. Dans ce dernier cas, un professionnel ayant appris le suicide de la mère d'un nouveau-né qu'elle suivait, s'interroge sur l'existence possible de signes qui auraient pu l'alerter.

*« Une maman qui pour laquelle je n'avais rien qui avait prédispo....préparé à un tel geste en fait. [...] à titre de pédiatre je l'avais pas vu depuis 3 mois quand le papa m'a appelé pour m'annoncer cette situation. Et je me dis voilà, est-ce qu'on aurait pu sentir des choses, voilà, on se culpabilise toujours beaucoup. (P1)*

Un vécu d'impuissance est également fréquemment formulé dans ces suivis. À propos du refus scolaire anxieux d'un adolescent, dont la mère est décrite « fragile », et l'absence d'évolution malgré les moyens déployés dans la prise en charge de cet adolescent, un médecin peut dire :

*« Ça c'est un échec ; alors là, on a rien pu faire. [...] Après, ben le ressenti c'est ça, c'est de se sentir incapable (petit rire) » (P5)*

A la solitude, au dénuement, à la culpabilité et l'impuissance ressenties, s'ajoutent le poids des situations et la souffrance des familles. Ces accompagnements peuvent alors déborder du cadre professionnel et retentir sur la vie privée du soignant :

*« Donc ça pompe, c'est plutôt à la maison que c'est, après, c'est fatiguant (rire) [...] y a des soirs on fait subir plutôt à nos familles, à nous » (P8)*

Dans ces suivis éprouvants, certains soignants peuvent confier imaginer un changement de médecin référent, qui les « soulagerait ». Dans d'autres cas, un désir de recueillir l'enfant peut apparaître.

*« Ça me désespère au point que je me dis, mais si elle changeait de pédiatre, ça me soulagerait quoi » [petit rire] (P2)*

Si la question du placement est majeure pour les parents, elle l'est aussi pour les professionnels, qui peuvent craindre d'être à l'origine d'un placement. 2 professionnels expriment un soulagement de ne pas avoir été seuls à porter l'indication d'un signalement. D'autres peuvent se sentir la responsabilité d'empêcher cette séparation, comme le décrit (P3) « *J'ai été le seul, [...] d'avoir réussi à éviter que cette mère soit séparée de ses enfants* ».

On comprend ainsi que l'alliance thérapeutique est teintée d'une crainte de nuire à l'enfant ou à sa famille, ce qui participe à l'impact émotionnel de ces accompagnements pour les soignants. Toutefois, ceux-ci indiquent des ressources disponibles, et proposent des solutions pour améliorer ces accompagnements.

### ***Quels recours dans ces accompagnements ?***

#### **Ressources personnelles et externes**

Du fait de leur manque de connaissances des troubles psychiatriques, plusieurs interviewés confient un sentiment d'incompétence face à ces suivis. Un médecin récemment installé en libéral remet en question sa capacité à suivre un nourrisson dont la mère était diagnostiquée bipolaire, et le père souffrait d'un trouble dépressif.

*« Un peu de peur par rapport à ma capacité à m'occuper de cette famille, euh de me dire que je suis pas, que je suis pas la bonne personne, parce que j'ai pas les connaissances qui font que, ou j'ose pas, enfin » (P9)*

La question de la formation à la maladie mentale est centrale. Souvent, les soignants soulignent leur manque d'expérience et de formation théorique.

*« Et du coup moi la schizophrénie [...] j'en avais vraiment pas vu beaucoup, et c'est une pathologie que je comprends pas [...] peut être que si je m'étais plus formée, euh, je serai un peu plus sereine je pense. Faudrait que je me trouve une formation là-dessus » (P10)*

De plus, on voit bien que la formation théorique apporte une assurance et un bénéfice dans l'accompagnement des troubles psychiatriques des parents, comme l'expliquent 2 praticiens s'étant plus spécialisés sur le sujet : « *Pour les dépressions post-natales précoces, moi je me sens un peu mieux armée là-dessus. Peut-être parce que, j'ai fait le DU* » (P2).



D'autre part, les médecins identifient différentes ressources disponibles lorsqu'un adressage est nécessaire. Ils font une distinction entre les orientations qui fonctionnent bien avec celles qui à l'inverse, sont sources de difficultés.

Les soignants repèrent les équipes de périnatalité comme un service sur lequel « *on peut s'appuyer* » (P2). Ils sont particulièrement soulagés par ces équipes qui leur permettent d'adresser à la fois le parent et l'enfant vers une unité de soins conjoints.

*« C'est génial parce que pendant 1 an après l'accouchement on a le droit de renvoyer la maman en consultation avec un psychologue ou pédopsychiatre [...] c'est un progrès énorme » (P1)*

Des pédiatres mentionnent l'utilité des services de protection maternelle infantile pour la petite enfance. Pour les adolescents, les médecins ont recours au RAP 31 et à la maison des adolescents, considérée comme « *hyper précieux pour tous les ados* » (P5). Les soignants échangent facilement avec le système hospitalier, ainsi qu'en libéral, par la constitution de réseaux de professionnels, tels que des orthophonistes, des psychologues...

*« C'est assez facile, de médecin libéral à médecin libéral, de pédiatre à médecin généraliste on arrive à avoir des contacts » (P6)*

Toutefois, des problématiques sont rapportées dans les orientations d'enfants présentant des troubles psychiatriques, ceci quel que soit la santé mentale des parents.

Dans l'ensemble, une obscurité des ressources est décrite. Ainsi, les professionnels regrettent de ne pas avoir plus d'informations sur les spécialisations et pratiques professionnelles des intervenants libéraux.

*« En plus on sait pas trop les psychologues ce qu'ils font, s'ils font plutôt de l'enfant, plutôt de l'ado, plutôt de l'adulte, plutôt du psychotique [...] on sait pas trop » (P5)*

Les médecins rapportent une véritable incompréhension du fonctionnement du système de soins pédopsychiatriques. La majorité d'entre eux ne comprend pas les spécificités des différentes structures, tout comme la limitation d'accès par tranches d'âge de certaines d'entre elles.

*« Nous ce qui est compliqué dans cette histoire-là, c'est toujours l'embrouillamini des différentes structures, privées, CMP, CMPP, j'ai, moi ça fait 30 ans que j'exerce, j'ai pas encore compris la différence entre CMP, CMPP, ATTP, l'hôpital de jour euh, les centres de guidance, j'exagère un peu, mais on est perdu ...]» (P6)*

Comparativement, les soins psychiatriques pour adultes paraissent pour certains plus intuitifs. (« *C'est comme si même les structures adultes, étaient plus accessibles, plus limpides* » (P1)). Se rajoute la saturation des structures qui entraîne des délais importants de prise en charge. L'ensemble des interviewés soulignent la concentration de ces difficultés autour des CMP et CMPP. Les médecins insistent sur la difficulté d'adresser précocement leurs patients.

*« On a aucune réponse pour un enfant dont on voudrait s'occuper précocement, voilà. Ça c'est la grosse crise oui ».* (P1)

Ces difficultés s'accompagnent d'une conscience aigüe de l'insuffisance de moyens attribués à la pédopsychiatrie :

*« Sachant que les pédopsys euh, c'est une peau de chagrin [...] je pense que c'est un problème de manque de personnel, (rire), pas de sous, donc pas de sous, pas de bras pas de chocolat (rire), y a pas de sous, pas de médecins »* (P5)

Ces obstacles peuvent finir par décourager les médecins d'adresser les enfants sur des structures de soins publiques : « *les CMP c'est inaccessible, donc j'envoie même plus au CMP, c'est même pas la peine.* » [rire] (P5). Le recours à l'ambulatorio est également limité du fait de l'accès payant aux soins psychologiques, ce que de nombreuses familles ne peuvent pas se permettre.

### **Les liens : part essentielle de ces accompagnements**

Tous les participants se sont plaints d'un manque de lien et de coordination avec les partenaires. Ils soulignent la difficulté d'échanger avec les autres intervenants, pouvant dire n'avoir « *jamais eu de lien avec personne* » (P2). Ce manque de temps dédié à l'échange est décrit comme fréquent dans les liens avec les CMP et CMPP.

L'annexe C résume les ressources identifiées ainsi que leurs difficultés.

Pourtant, l'avis d'un spécialiste, parfois un simple échange téléphonique, permet d'avoir un soutien dans ces « *situations lourdes* » (P8). De plus, ces échanges interprofessionnels facilitent la compréhension des situations pour les soignants de la petite enfance et leur permet d'adapter leur posture.

*« Quand on arrive à faire du lien, et qu'on a l'adressage pédopsy, et que le pédopsy échange avec nous, on comprend mieux les situations et on arrive mieux à se positionner [...] J'utilise beaucoup d'énergie pour ça parce que je sais que c'est extrêmement bénéfique au patient et au soignant »* (P2)

Aussi, on retrouve chez tous les médecins interrogés le souhait de travailler de manière pluridisciplinaire, « *de faire alliance avec un groupe de professionnels, pour pouvoir étayer cette famille.* » (P11). Quelques médecins aimeraient faire des consultations conjointes avec des professionnels en santé mentale.

*« Mon rêve ce serait qu'on puisse faire des consultations à 2 parfois [rires]. Il y a beaucoup de situations où j'adorerais faire des consultations pédiatres-pédopsychiatres » (P1)*

De surcroît, cet intérêt pour le travail pluridisciplinaire se reflète à travers différents projets d'accompagnement de la parentalité en cours d'élaboration, dont les médecins sont parfois à l'origine.

*« Je suis allé voir l'ARS et donc on a monté une instance locale de concertation qui va être piloté par le RAP, le réseau adolescent, avec la maison des solidarités, le conseil départemental, l'ASE, l'ARSEEA. » (P11)*

La grande majorité des soignants suggèrent la création d'un réseau de concertation et d'orientation, permettant une guidance des professionnels.

*« Je pense qu'un travail coordonné avec d'autres spécialités, des psychologues, des psychiatres, des professionnels, qui soient un peu compétents dans la parentalité, et qui sont attentifs à toutes les problématiques aussi que ça peut poser. Je pense que ça serait pas mal. » (P9)*

Selon eux, cela permettrait de centraliser les situations difficiles, ou caractérisées par une errance médicale. D'autres partagent que la possibilité de décrire une situation qui les met en difficulté, et/ ou d'être guidés dans les démarches à suivre serait bénéfique. Certains demandent également une centralisation des psychologues et de leurs spécialisations, pour faciliter les orientations. Une telle structure répondrait à la solitude des praticiens. « *C'est ça qui manque, c'est un vrai truc un peu centralisé* » (P7)

Pour finir, dans le contexte de cette recherche, un médecin se réjouit de l'intérêt porté par les pédopsychiatres aux médecins de la petite enfance, y voyant la promesse d'une plus grande collaboration.

*« Ta venue est un signe fort. Que des pédopsys se préoccupent de ce qui se passe en soins primaires, c'est plutôt sympa quand même. » (P11)*

## DISCUSSION

---

### **Forces et limites**

Cette étude qualitative interrogeant les médecins de la petite enfance en libéral, est la première à s'intéresser à leur vécu dans les suivis d'enfants de parents présentant des troubles psychiatriques. Nous avons utilisé la méthode de recherche qualitative par IPA, méthode rigoureuse et validée dans l'analyse de l'expérience des individus à travers des données recueillies lors d'entretiens individuels et qui permet une meilleure compréhension du vécu des sujets.

Cette recherche présente plusieurs limites. Le recrutement des participants s'est limité à un seul département, réduisant la généralisation des résultats. Un faible nombre de professionnels de santé ont été interrogés, même si le taux de saturation était satisfaisant. Un biais de sélection peut également être évoqué du fait d'un recrutement basé sur le volontariat : les médecins ayant participé à l'étude présentaient probablement un intérêt particulier pour le sujet abordé. Cette étude ayant été réalisée en France dans le cadre du système de santé français, ces résultats ne sont pas généralisables aux systèmes de soins de la petite enfance à travers le monde.

### **L'alliance thérapeutique, au cœur des préoccupations**

Dans nos résultats, les soignants mettent en avant que l'abord des troubles psychiatriques parentaux constitue un risque pour l'alliance thérapeutique. Cette mise en péril de l'alliance a été retrouvée dans d'autres études. L'une d'elles, interrogeant des psychiatres adultes, relève la difficulté pour certains d'entre eux d'aborder la parentalité de leurs patients, leurs relations avec leurs enfants et les éventuelles difficultés de ces derniers, par crainte de nuire à la relation thérapeutique avec le patient.[21].

Cette difficulté à aborder les troubles psychiatriques parentaux s'accompagne d'une perception floue des limites du champ de la psychiatrie. La question de l'appartenance des troubles « anxiodépressifs » à la psychiatrie peut être sous-tendue par la difficulté à reconnaître comme troubles psychiatriques, des maladies moins sévères auxquelles le soignant peut s'identifier, ou observer chez des proches. Une autre étude interrogeant des médecins généralistes au Québec, ne retrouve pas de difficulté d'abord de la santé mentale de leurs patients [28]. Ces derniers insistent sur l'importance de la relation médecin/patient pour détecter et prendre en charge les troubles mentaux. Il est important de préciser que ces médecins avaient davantage d'expérience et de formation en psychiatrie, plus de la moitié ayant suivi une formation dans ce domaine au

cours de l'année écoulée. En outre, notre étude souligne l'intérêt de la formation en santé mentale pour les médecins de premier recours, en accord avec de précédents travaux [29].

Dans ces suivis, la crainte d'une rupture de l'alliance est omniprésente. Les professionnels se montrent créatifs pour aborder indirectement les difficultés observées : certains utilisent la banalisation, d'autres encore passent par l'identification au patient en racontant des éléments de vie personnels. Cette approche rappelle la technique psychothérapeutique de divulgation de soi (*self-disclosure*), qui permet de rendre le médecin accessible et de normaliser l'expérience du patient. La relation thérapeutique, alors moins asymétrique, favorise l'alliance, particulièrement chez les adolescents [30], [31].

Les médecins rapportent des difficultés à recueillir les antécédents psychiatriques parentaux. Cela amène à des découvertes tardives de maladies psychiatriques préexistantes. Pourtant, leur détection précoce présente un intérêt majeur pour le pronostic de l'enfant. En effet, afin de limiter les conséquences d'un trouble psychiatrique parental sur l'enfant, des chercheurs se sont penchés sur l'intérêt d'intervenir précocement dans ces situations [32], [33]. Une méta-analyse datant de 2021 a étudié l'impact des interventions préventives chez des familles dont au moins un des parents souffrait d'une pathologie mentale [34]. Cette méta-analyse a montré une réduction de 47% du risque de survenue d'un trouble psychiatrique chez ces enfants après intervention précoce, principalement par thérapies cognitivo-comportementales ou psychoéducation. Des effets positifs sur les troubles internalisés et externalisés des enfants ont également été observés dans ces études. D'autres travaux ont obtenu des résultats concordants, démontrant une efficacité significative mais faible de ces interventions sur les enfants. [33] – [35]. D'autres recherches sont nécessaires pour permettre de majorer cet effet positif et le maintenir dans le temps. En Australie, une intervention ciblée sur les interactions mère-enfant chez des mères souffrant d'une dépression du post-partum a fait la preuve de son efficacité dans l'amélioration de ces interactions et du lien mère-enfant [38]. Cette thérapie est en cours d'évaluation en France. Ce type d'intervention centrée sur les interactions est essentiel, les pathologies mentales parentales s'accompagnant souvent d'une perturbation des relations parent-enfants.

Le maintien de l'alliance nécessite un aménagement de posture du professionnel, par une adaptation du cadre de consultation et de sa réflexion. L'accès à des supervisions ou à des analyses des pratiques serait utile aux soignants de toutes spécialités, afin d'obtenir un autre regard et d'éviter les écueils d'une éventuelle mise à distance défensive des troubles mentaux des parents. Un tel encadrement permettrait d'identifier les effets de transfert et de contre-transfert dans la rencontre avec ces parents présentant des troubles psychiatriques.

## **S'inquiéter pour les enfants, craindre de stigmatiser les parents : l'ambivalence des praticiens**

Cette alliance est également éprouvée par le lien complexe au patient. Les médecins sont souvent confrontés à des débordements dans la relation au parent. En parallèle s'établit la relation à l'enfant qui peut prendre le médecin comme témoin des particularités parentales. De plus, ces familles suscitent des mouvements psychiques chez les soignants, parfois source de souffrance professionnelle. Les médecins font part de leurs inquiétudes d'un éventuel impact des troubles parentaux sur l'enfant. En effet, les enfants de parents souffrant de troubles psychiatriques sont plus à risque de retards développementaux et de pathologies psychiatriques comparés à la population générale [6], [35], [39]–[43].

Les représentations des praticiens sont nuancées, partagées entre la volonté de ne pas stigmatiser les parents et leurs inquiétudes. La stigmatisation des troubles mentaux reste prégnante dans nos sociétés [7], [44], [45], véhiculée par de fausses croyances et un manque de connaissance. Les professionnels de santé sont concernés par ces préconceptions [46], quel que soit leurs spécialités [47]. Des interventions anti-stigma, notamment par des formations en santé mentale, améliorent les connaissances des soignants et leurs attitudes envers les patients souffrant de troubles mentaux [29], [48]. La littérature est elle-même nuancée. Des chercheurs soulignent que ce n'est pas tant le diagnostic psychiatrique parental qui est à risque de conséquences délétères pour l'enfant, que sa sévérité et sa chronicité. Des parents dépressifs ou schizophrènes peuvent se montrer d'excellents « caregivers ». [49]

On retrouve des mouvements de crainte mais aussi d'idéalisation réactionnelle à la volonté de ne pas stigmatiser ces parents. Les praticiens réagissent à leur contre-transfert face à ces parents par hyperinvestissement de la relation ou par des mouvements de rejet inconscients. De plus, la crainte d'un placement colore la relation médecin/parent, angoissant aussi bien ce dernier que les praticiens. Les médecins se sentent démunis, appréhendent cette responsabilité et d'être seuls à la prendre. Pourtant, ces décisions sont souvent nécessaires dans le parcours de ces enfants à titre de protection ou de soutien parental. Il est estimé qu'environ 60 à 80% des parents atteints d'un trouble psychiatrique grave ont perdu la garde d'au moins un de leurs enfants [50]. L'intérêt de l'enfant peut être en contradiction avec celui de ses parents ce qui rend la décision délicate. L'enjeu autour du placement est de mesurer le bénéfice thérapeutique pour l'enfant tout en considérant l'impact délétère sur le parent.

Cette ambivalence est sous-tendue par la crainte de se tromper et de nuire aux familles, dérogeant ainsi au premier principe du serment d'Hippocrate, *primum non nocere*. Toutefois, les praticiens ayant réalisés des formations spécialisées se sentent plus confiants dans leur

pratique. Être formés permet aux soignants de changer leur posture en considérant le placement comme un outil préventif ou thérapeutique, ce qui leur permet de se distancer de cette crainte. Souvent, ils rapportent un sentiment de culpabilité suite à leurs décisions et un vécu d'impuissance. En effet, les médecins sont confrontés à une solitude et à un manque de moyens. Des médecins généralistes partagent les mêmes ressentis dans leur suivi de patients avec des problématiques psychiatriques [28].

### **Une collaboration interprofessionnelle indispensable**

Quelques ressources sont clairement identifiées par les praticiens dans ces suivis. Ils soulignent les progrès dans les soins mère-enfant depuis l'apparition des équipes de périnatalité en maternité qui leur permettent d'adresser conjointement la dyade parent-enfant. Le réseau adolescent RAP 31 et la maison des adolescents sont également identifiés comme des structures aidantes avec lesquelles ils peuvent coordonner leurs soins par des liens téléphoniques.

Néanmoins, les médecins sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins pour les enfants présentant des troubles psychiatriques, et ce quel que soit la santé mentale des parents. Les médecins sont conscients que ces difficultés découlent de l'insuffisance de moyens attribués en pédopsychiatrie. D'autres médecins généralistes à New-York et au Québec rapportent une pénurie en professionnels de santé mentale et des délais importants d'accès aux soins mentaux pour leurs patients adultes [28], [51]. Ce constat, observé en France au niveau national, a mené à la tenue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie en septembre 2021, avec l'annonce d'engagements pour y remédier.

D'autre part, les soignants regrettent le manque d'échanges avec les spécialistes. Ils observent un bénéfice de ces liens qui leur permettent une meilleure compréhension des situations, et d'adapter leur posture et leur discours à chacune d'entre elles, ce qui a déjà été observé dans d'autres études [28], [45]. Des projets sont mis en œuvre afin d'améliorer ces échanges, comme le « projet CMP 2020 » porté par le conseil départemental et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS). Grâce à l'attribution de moyens financiers, les CMP des différents secteurs de pédopsychiatrie du 31 proposent des temps de rencontre aux partenaires (médecins libéraux, PMI, aide sociale à l'enfance) pour réfléchir conjointement et co-élaborer un partenariat autour de situations complexes.

Pour répondre à leur solitude, les soignants proposent la création d'un réseau pluridisciplinaire de professionnels de santé. Ces objectifs seraient d'une part de soutenir les professionnels dans ces suivis par des avis et une guidance dans les prises en charge. Ces soins pluridisciplinaires, intégrés de santé mentale ciblant les jeunes permettent une amélioration de leur état psychique

et de problématiques sociales grâce à une large gamme d'interventions disponibles, avec également de potentiels avantages économiques [52]–[54]. De nombreux pays encouragent la création de tels services favorisant la collaboration entre les soins primaires et la psychiatrie spécialisée de l'enfant et l'adolescent [52]. Ces projets, en majorité financés par les gouvernements, montrent l'importance d'un travail commun entre chercheurs, soignants, institutions de santé et gouvernements.

D'autre part, les médecins proposent de centraliser les situations complexes et les compétences et spécialisations des psychologues libéraux afin d'améliorer les orientations selon les problématiques rencontrées et de limiter les conséquences d'un nomadisme médical.

Ce désir de travailler en partenariat s'inscrit dans le dessein d'améliorer les pratiques professionnelles, mais aussi le bien-être des soignants qui, comme nous l'avons vu, sont confrontés à des suivis éprouvants, sources d'identifications, et parfois de souffrance psychique. L'élaboration de tels projets peut paraître dystopique face aux moyens insuffisants attribués en pédopsychiatrie et au manque de temps des professionnels libéraux en pratique clinique.

### **Découvertes importantes et implications pratiques**


Cette étude identifie plusieurs enjeux dans l'accompagnement d'enfants dont les parents souffrent de troubles psychiatriques. Les médecins ont besoin d'être davantage formés sur la clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adulte. Un encadrement par des supervisions permettant l'identification de possibles mouvements contre-transférentiels leur permettrait de se sentir plus assurés dans leurs suivis. D'autres formations sur la protection de l'enfance et notamment sur la place du placement comme dispositif de soins sont également nécessaires. Ces prises en charge demandent une collaboration étroite entre professionnels de santé de différentes spécialités. Notre recherche suggère que la mise en œuvre de réseaux ou de projets facilitant les échanges entre soignants serait bénéfique à la prise en charge de ces familles aux besoins complexes.



## CONCLUSION

---

Notre étude permet une meilleure compréhension du vécu des médecins de la petite enfance dans l'accompagnement d'enfants dont les parents souffrent de troubles psychiatriques. Les données recueillies soulignent la crainte permanente d'une rupture de l'alliance thérapeutique avec le parent dans ces soins conjoints. Les médecins partagent une ambivalence dans les soins de ces enfants, entre leurs inquiétudes sur le lien parent-enfant et la volonté de ne pas stigmatiser ces familles. La charge émotionnelle liée à ces accompagnements est importante et les soignants interrogés font part de leur solitude au cours de ces suivis et d'un manque de temps d'échange. Le renforcement d'un travail pluridisciplinaire en favorisant les liens interprofessionnels est essentiel à l'amélioration du vécu de ces médecins. Enfin, des formations centrées sur les pathologies psychiatriques des enfants et des adultes permettraient de lutter contre la crainte des médecins d'aborder la maladie mentale et éviteraient de retarder la mise en place d'actions préventives susceptibles d'améliorer le pronostic développemental des enfants.

*Vu, le Président du jury*  
*de 14/02/22*  
  
Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Rangueil

E. SERRANO  
  
Faculté de Médecine  
Toulouse-Rangueil •  
Le Doyen  
E. SERRANO

## REFERENCES

---

- [1] University of York, Social Policy Research Unit, U. of Y. Social Care Institute for Excellence (Great Britain), et Centre for Reviews and Dissemination, *Technical report for SCIE research review on the prevalence and incidence of parental mental health problems and the detection, screening and reporting of parental mental health problems*. York: Social Policy Research Unit, 2008.
- [2] D. J. Maybery, A. E. Reupert, K. Patrick, M. Goodyear, et L. Crase, « Prevalence of parental mental illness in Australian families », *Psychiatr. Bull.*, vol. 33, n° 1, p. 22-26, janv. 2009, doi: 10.1192/pb.bp.107.018861.
- [3] J. Nicholson, K. Biebel, J. Katz-Leavy, et V. Williams, « The Prevalence of Parenthood in Adults with Mental Illness: Implications for State and Federal Policymakers, Programs, and Providers », *Popul. Dyn.*, p. 19.
- [4] K. Ahern, « At-risk children: A demographic analysis of the children of clients attending mental health community clinics », *Int. J. Ment. Health Nurs.*, vol. 12, n° 3, p. 223-228, sept. 2003, doi: 10.1046/j.1440-0979.2003.00292.x.
- [5] L. M. Howard, R. Kumar, et G. Thornicroft, « Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders », *Br. J. Psychiatry*, vol. 178, n° 5, p. 427-432, mai 2001, doi: 10.1192/bjp.178.5.427.
- [6] A.-L. Sutter-Dallay, « Psychose et maternité », *Inf. Psychiatr.*, vol. 86, n° 2, p. 153, 2010, doi: 10.3917/inpsy.8602.0153.
- [7] S. Y. Y. Chan, G. W. K. Ho, et D. Bressington, « Experiences of self-stigmatization and parenting in Chinese mothers with severe mental illness », *Int. J. Ment. Health Nurs.*, vol. 28, n° 2, p. 527-537, avr. 2019, doi: 10.1111/inm.12558.
- [8] C. Hoffman, D. M. Dunn, et W. F. M. Njoroge, « Impact of Postpartum Mental Illness Upon Infant Development », *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 19, n° 12, p. 100, déc. 2017, doi: 10.1007/s11920-017-0857-8.
- [9] G. Hornor, « Attachment Disorders », *J. Pediatr. Health Care*, vol. 33, n° 5, p. 612-622, sept. 2019, doi: 10.1016/j.pedhc.2019.04.017.
- [10] H. Rottman, « L'enfant face à la maladie mentale de ses parents. Impact et traitement en placement familial », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 49, n° 3, p. 178-185, avr. 2001, doi: 10.1016/S0222-9617(01)80078-7.

- [11] D. Riordan, L. Appleby, et B. Faragher, « Mother–infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders », *Psychol. Med.*, vol. 29, n° 4, p. 991-995, juill. 1999, doi: 10.1017/S0033291798007727.
- [12] M. Snellen, K. Mack, et T. Trauer, « Schizophrenia, Mental State, and Mother—Infant Interaction: Examining the Relationship », *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 33, n° 6, p. 902-911, déc. 1999, doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00641.x.
- [13] L. J. Hayes, S. H. Goodman, et E. Carlson, « Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months », *Attach. Hum. Dev.*, vol. 15, n° 2, p. 133-153, mars 2013, doi: 10.1080/14616734.2013.743256.
- [14] J. Chambers, « The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes », *Psychodyn. Psychiatry*, vol. 45, n° 4, p. 542-563, déc. 2017, doi: 10.1521/pdps.2017.45.4.542.
- [15] J. Puig, M. M. Englund, J. A. Simpson, et W. A. Collins, « Predicting adult physical illness from infant attachment: A prospective longitudinal study. », *Health Psychol.*, vol. 32, n° 4, p. 409-417, 2013, doi: 10.1037/a0028889.
- [16] P. C. van der Ende, J. T. van Busschbach, J. Nicholson, E. L. Korevaar, et J. van Weeghel, « Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness », *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, vol. 23, n° 2, p. 86-97, mars 2016, doi: 10.1111/jpm.12283.
- [17] L. M. White, J. H. McGrew, et M. P. Salyers, « Parents served by assertive community treatment: Parenting needs, services, and attitudes. », *Psychiatr. Rehabil. J.*, vol. 36, n° 1, p. 22-27, mars 2013, doi: 10.1037/h0094743.
- [18] F. R. Parrott, D. I. Macinnes, et J. Parrott, « Mental illness and parenthood: being a parent in secure psychiatric care: *Parenthood in secure psychiatric care* », *Crim. Behav. Ment. Health*, vol. 25, n° 4, p. 258-272, oct. 2015, doi: 10.1002/cbm.1948.
- [19] B. Schrank, K. Moran, C. Borghi, et S. Priebe, « How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions », *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 50, n° 12, p. 1765-1783, déc. 2015, doi: 10.1007/s00127-015-1069-3.
- [20] F. Molenat et R.-M. Toubin, « Premières étapes de la parentalité et prévention des troubles psycho-affectifs et de la maltraitance », in *Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né*, Elsevier, 2010, p. 77-86. doi: 10.1016/B978-2-294-70150-4.00012-3.
- [21] H. Oppenheim-Gluckman, Y. Loisel, J. Chambry, J.-J. Weiss, et B. Falissard, « Comment les psychiatres de patients adultes avec des troubles psychiques chroniques prennent en compte les difficultés de leurs enfants mineurs : étude préliminaire », *Inf. Psychiatr.*, vol. 85, n° 10, p. 861, 2009, doi: 10.3917/inpsy.8510.0861.

- [22] M. Cognard et J. Wendland, « La parentalité des mères psychotiques et sa prise en charge en psychiatrie vue par les professionnels de santé », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 177, n° 8, p. 809-814, oct. 2019, doi: 10.1016/j.amp.2018.07.011.
- [23] D. Biggerstaff et A. Thompson, « Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Qualitative Methodology of Choice in Healthcare Research », *Qual Res Psychol*, vol. 5, sept. 2008, doi: 10.1080/14780880802314304.
- [24] J. A. Smith, P. Flowers, et M. Larkin, *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE, 2009.
- [25] P. Antoine et J. A. Smith, « Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie », *Psychol. Fr.*, vol. 62, n° 4, p. 373-385, déc. 2017, doi: 10.1016/j.psfr.2016.04.001.
- [26] M. Murray et K. Chamberlain, Éd., *Qualitative health psychology: theories and methods*. London ; Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 1999.
- [27] J. Sibeoni, « L'apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l'adolescent », Thèse, Université Paris Saclay, France, 2017.
- [28] M.-J. Fleury, A. Imboua, D. Aubé, L. Farand, et Y. Lambert, « General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles », *BMC Fam. Pract.*, vol. 13, n° 1, p. 19, déc. 2012, doi: 10.1186/1471-2296-13-19.
- [29] G. Ayano *et al.*, « Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP) », *Int. J. Ment. Health Syst.*, vol. 11, n° 1, p. 63, déc. 2017, doi: 10.1186/s13033-017-0169-8.
- [30] L. M. Simonds et N. Spokes, « Therapist self-disclosure and the therapeutic alliance in the treatment of eating problems », *Eat. Disord.*, vol. 25, n° 2, p. 151-164, mars 2017, doi: 10.1080/10640266.2016.1269557.
- [31] L. Grau, E. Carretier, M.-R. Moro, A. Revah-Levy, J. Sibeoni, et J. Lachal, « A qualitative exploration of what works for migrant adolescents in transcultural psychotherapy: perceptions of adolescents, their parents, and their therapists », *BMC Psychiatry*, vol. 20, n° 1, p. 564, déc. 2020, doi: 10.1186/s12888-020-02970-w.
- [32] C. Reedtz, C. Lauritzen, Y. V. Stover, J. L. Freili, et K. Rognmo, « Identification of Children of Parents With Mental Illness: A Necessity to Provide Relevant Support », *Front. Psychiatry*, vol. 9, p. 728, janv. 2019, doi: 10.3389/fpsy.2018.00728.

- [33] R. C. Kessler *et al.*, « Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys », *Br. J. Psychiatry*, vol. 197, n° 5, p. 378-385, nov. 2010, doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499.
- [34] A. Lannes, E. Bui, C. Arnaud, J.-P. Raynaud, et A. Revet, « Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials », *Psychol. Med.*, vol. 51, n° 14, p. 2321-2336, oct. 2021, doi: 10.1017/S0033291721003366.
- [35] M. Thanhäuser, G. Lemmer, G. de Girolamo, et H. Christiansen, « Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis », *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 30, n° 4, p. 283-299, juill. 2017, doi: 10.1097/YCO.0000000000000342.
- [36] E. Siegenthaler, T. Munder, et M. Egger, « Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring: Systematic Review and Meta-Analysis », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 51, n° 1, p. 8-17.e8, janv. 2012, doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.018.
- [37] S. Leijdesdorff, K. van Doesum, A. Popma, R. Klaassen, et T. van Amelsvoort, « Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review », *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 30, n° 4, p. 312-317, juill. 2017, doi: 10.1097/YCO.0000000000000341.
- [38] C. Holt, C. Gentileau, A. W. Gemmill, et J. Milgrom, « Improving the mother-infant relationship following postnatal depression: a randomised controlled trial of a brief intervention (HUGS) », *Arch. Womens Ment. Health*, vol. 24, n° 6, p. 913-923, déc. 2021, doi: 10.1007/s00737-021-01116-5.
- [39] F. van Santvoort, C. M. H. Hosman, J. M. A. M. Janssens, K. T. M. van Doesum, A. Reupert, et L. M. A. van Loon, « The Impact of Various Parental Mental Disorders on Children's Diagnoses: A Systematic Review », *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, vol. 18, n° 4, p. 281-299, déc. 2015, doi: 10.1007/s10567-015-0191-9.
- [40] N. M. Kowalenko, S. P. Mares, L. K. Newman, A. E. Sved Williams, R. M. Powrie, et K. T. M. van Doesum, « Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness », *MJA Open*, vol. 1, n° Suppl 1, p. 14-17, avr. 2012, doi: 10.5694/mjao11.11285.
- [41] S. M. Meier, L. Petersen, D. E. Schendel, M. Mattheisen, P. B. Mortensen, et O. Mors, « Obsessive-Compulsive Disorder and Autism Spectrum Disorders: Longitudinal and

Offspring Risk », *PLOS ONE*, vol. 10, n° 11, p. e0141703, nov. 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0141703.

[42] M. A. Hameed et A. J. Lewis, « Offspring of Parents with Schizophrenia: A Systematic Review of Developmental Features Across Childhood », *Harv. Rev. Psychiatry*, vol. 24, n° 2, p. 104-117, mars 2016, doi: 10.1097/HRP.0000000000000076.

[43] M. Staton-Tindall, G. Sprang, J. Clark, R. Walker, et C. D. Craig, « Caregiver Substance Use and Child Outcomes: A Systematic Review », *J. Soc. Work Pract. Addict.*, vol. 13, n° 1, p. 6-31, janv. 2013, doi: 10.1080/1533256X.2013.752272.

[44] A. O. R. Vistorte *et al.*, « Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries », *PLOS ONE*, vol. 13, n° 11, p. e0206440, nov. 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0206440.

[45] M. C. Castillejos Anguiano, A. Bordallo Aragón, D. Aguilera Fernández, et B. Moreno Küstner, « Perceptions about mental illness among general practitioners », *Int. J. Ment. Health Syst.*, vol. 13, n° 1, p. 27, déc. 2019, doi: 10.1186/s13033-019-0284-9.

[46] C. Henderson *et al.*, « Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings », *Lancet Psychiatry*, vol. 1, n° 6, p. 467-482, nov. 2014, doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6.

[47] W. Waugh, C. Lethem, S. Sherring, et C. Henderson, « Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study », *J Ment Health*, vol. 26, n° 5, p. 457-463, sept. 2017, doi: 10.1080/09638237.2017.1322184.

[48] A. J. Morgan, N. J. Reavley, A. Ross, L. S. Too, et A. F. Jorm, « Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis », *J. Psychiatr. Res.*, vol. 103, p. 120-133, août 2018, doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.017.

[49] I. Brockington *et al.*, « WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders », *World Psychiatry*, vol. 10, n° 2, p. 93-102, juin 2011, doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00023.x.

[50] L. B. Kundra et L. B. Alexander, « Termination of parental rights proceedings: Legal considerations and practical strategies for parents with psychiatric disabilities and the practitioners who serve them. », *Psychiatr. Rehabil. J.*, vol. 33, n° 2, p. 142-149, 2009, doi: 10.2975/33.2.2009.142.149.

[51] I. P. Bagayogo, K. Turcios-Wiswe, K. Taku, L. Peccoralo, et C. L. Katz, « Providing Mental Health Services in the Primary Care Setting: the Experiences and Perceptions of General

Practitioners at a New York City Clinic », *Psychiatr. Q.*, vol. 89, n° 4, p. 897-908, déc. 2018, doi: 10.1007/s11126-018-9587-2.

[52] M. Colizzi, A. Lasalvia, et M. Ruggeri, « Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? », *Int. J. Ment. Health Syst.*, vol. 14, n° 1, p. 23, déc. 2020, doi: 10.1186/s13033-020-00356-9.

[53] P. Fusar-Poli, « Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence », *Front. Psychiatry*, vol. 10, p. 355, juin 2019, doi: 10.3389/fpsy.2019.00355.

[54] E. G. Castillo *et al.*, « Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity », *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 21, n° 5, p. 35, mai 2019, doi: 10.1007/s11920-019-1017-0.

# ANNEXES

## A. Grille COREQ

No	Item	Guide questions/description
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
<b>Domain 2: study design</b>		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
<b>Domain 3: analysis and findings</b>		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?



## B. Saturation des données

Afin de calculer la saturation des données, nous nous sommes appuyés sur une méthode simple décrite en 2020 [49]. Cette méthode s'applique aussi bien pour les techniques de recueil de données qualitatives que pour les analyses avec induction de thématiques, où des thèmes émergents sont découverts à travers les données avant d'être transformés en codes. Ce calcul peut être fait de manière rétrospective ou prospective.

La saturation est définie comme le point où les nouvelles données recueillies apportent peu ou pas de nouvelles informations concernant la question posée par le chercheur.

L'analyse de l'obtention de la saturation se compose de trois éléments distincts : la taille de la base, la longueur de la séquence et la quantité relative de nouvelles informations entrantes, c'est à dire le seuil de nouvelles informations.

La taille de la base correspond au dénominateur pour évaluer la saturation, c'est à dire au nombre minimum d'interviews à analyser pour calculer la quantité d'informations déjà gagnées. Des études antérieures ont montré [9, 16, 29] que la plupart des informations nouvelles dans un ensemble de données qualitatives suivent une courbe asymptotique. Cela signifie que ces dernières sont générées tôt dans le processus, suivi d'une baisse relative des informations survenant après un petit nombre d'événements de collecte de données. Dans la majorité des travaux, 4 à 6 interviews sont choisies comme taille de base pour calculer le nombre total de thèmes uniques à utiliser comme dénominateur sur le ratio de saturation.

Pour notre étude, nous avons choisi 4 interviews, correspondant à un dénominateur de thèmes uniques fixé à 751 thèmes.

La longueur de la séquence correspond au nombre d'interviews utilisées dans le calcul des nouvelles informations apportées, soit le numérateur du seuil de saturation. Un chevauchement du dernier entretien est réalisé à chaque changement de séquence. Suivant la majorité des études, nous avons choisi une séquence composée de 2 entretiens.

Enfin, nous avons déterminé un seuil de saturation inférieur ou égal à 5%, s'inspirant du plus fréquent dans la littérature.

Plus le nouveau seuil d'information est bas, moins il est probable qu'un certain nombre de thèmes puissent ne pas être découverts lors d'entretiens ultérieurs, si la collecte de données s'achève lorsque celui-ci est atteint.

Ainsi, nous avons calculé le pourcentage de nouvelles informations par tranche de 2 entretiens, sur la base de 4 interviews.

Nous avons obtenu un seuil de saturation inférieur à 5 % à partir de l'interview 11. Soit à partir de cette interview, la quantité de nouvelles informations diminue à un niveau où l'on pourrait dire que la saturation a été atteinte sur la base de notre métrique subjective de 5 %. Étant donné que les deux dernières entrevues n'ont pas apporté d'ajouts substantiels à l'ensemble des informations recueillies (E10 : 17 thèmes, E11 : 12 thèmes), et conformément à la méthode appliquée, nous pouvons conclure que la saturation a été obtenue à l'entretien 9<sup>+2</sup>. Cette annotation signifie que chacun des deux entretiens suivants a été réalisé pour voir combien de nouvelles informations seraient générées et si celles-ci tomberaient en dessous du seuil défini. Le dernier entretien ne rapporte pas de nouveaux thèmes en dehors d'exemples cliniques. En conséquence, pour notre recherche, nous sommes parvenus à saturation à 9<sup>+2</sup> entretiens en utilisant une taille de base de 4 interviews et un seuil de 5 % de nouvelles informations. Un résumé de la méthode appliquée à notre étude est figuré dans le tableau 3.

**Tableau 3 : Calcul de la saturation des données**

Séquence d'entretiens	Nombre de nouveaux thèmes	Seuil de saturation
5 + 6	88	0.117
6 + 7	244	0.324
7 + 8	186	0,247
8 + 9	43	0.057
9 + 10	38	0.05
10 + 11	29	0.038

## C. Tableaux des Résultats

---

### L'abord des troubles psychiatriques parentaux : un risque pour l'alliance

---

**Le regard des  
soignants sur la  
maladie mentale :  
des contours  
nébuleux ?**

*« Je vais donner l'exemple d'une famille avec une maman...bipolaire on va dire » (P3)*

*« Après, ça dépend ce que vous mettez dans les troubles psychiatriques, mais si vous mettez aussi dépression, ou troubles anxieux » (P7)*

**Un thème délicat à  
aborder**

---

*« Maintenant j'essaie dans les antécédents de poser des questions sur euh, les maladies psychiatriques, mais c'est pas facile quand-même » (P2)*

*« Et c'était une maman qui avait refusé les soins psychiatriques, » et « les réactions des parents qui font des dépressions du post-partum, là où j'ai le plus de difficultés c'est que la majorité sont dans le déni » (P10)*

*« Et là elle me dit, « j'ai fait une dépression il y a 5 ans », ce qu'elle n'avait jamais évoqué dans le suivi jusque-là ». (P2)*

**Préserver  
l'alliance, un  
challenge**

---

*« C'est-à-dire il y a un rapport de confiance, c'est des gens qui viennent vous voir, ils sont acteurs de leurs démarches, et puis si tout d'un coup vous avez une attitude ou un reproche ou un jugement qui est sévère, pour eux c'est très difficile. » (P1)*

*« Parce que dès qu'on sent que ça va pas bien, on utilise la banalisation du, justement, du baby-blues ou après de la dépression du post-partum qui est assez fréquente » (P1)*

*« Ce que j'utilise, [...] comme moyen, c'est dire [...] par exemple, « tiens, elle a le même âge que ma petite fille ou mon petit-fils, - je dis n'importe quoi quelque fois -, qui commence à faire ci et à faire ça », « ah bon déjà, mais vous croyez qu'il devrait le faire ? » et quelque fois ça enclenche » (P4)*

---

---

## Des prises en charge éprouvantes

---

	<p>« <i>Tellement j'étais épuisée, épuisée, puis je me suis sentie agressée parce que je le sentais, il était écarlate derrière son masque [...] parfois ça me désespère</i> » (P2)</p>
<b>Une relation thérapeutique envahie par des enjeux émotionnels</b>	<p>« <i>C'est le mot PMI qui l'a fait bondir parce que c'est une maman qui avait été placée dans l'enfance, qui a un parcours ASE, [...] et au bout de la 2<sup>ème</sup> fois où j'ai dit PMI, elle est partie.</i> » (P10)</p> <p>« <i>Ce sont des enfants qui, euh... regardent le médecin traitant avec un air interrogatif. « Qu'est-ce que tu penses de la situation ? Tu vois bien que mon père il est fou, tu vois bien que ma mère elle est folle, c'est ... franchement, tu trouves ça normal ? »</i> (P3)</p>
	<hr/> <p>« <i>Clairement, ça fait partie des situations que je ramène à la maison [...] ça demande plus d'énergie de ma part du coup, parce que faut que je les piste, faut que je les rappelle</i> » (P10)</p> <p>« <i>Donc, j'en reviens à ce que je disais tout à l'heure, je pense que, même à des parents ayant des maladies psychiatriques, on doit laisser l'opportunité d'élever leurs enfants. Et je ne pense pas que ces enfants seront plus dramatiquement malades, mal élevés, que les autres</i> » (P3)</p>
<b>Des consultations pédiatriques marquées par l'inquiétude</b>	<p>« <i>Mais c'est vrai que je faisais un peu plus attention que les patients autres, et je prenais aussi un peu plus de temps en consultation [...] je faisais vraiment plus attention que pour [...] des parents lambda. [...] Et je regardais vraiment beaucoup comment interagissaient les parents avec lui, dans les moments un peu clés, le moment un peu privilégié que j'aime beaucoup, c'est quand les parents remettent, rhabillent l'enfant, du coup, ils lui changent la couche, [...] c'est vraiment pour moi le meilleur moment pour voir comment ils interagissent ensemble.</i> » (P9)</p> <p>« <i>J'avais très peur de ça, vraiment que le lien se fasse pas, qu'ils arrivent pas à créer ce lien qu'on fait avec son enfant, qui est si fort, parce que du coup du fait de leur pathologie, donc oui c'était une inquiétude majeure, totalement, tout à fait.</i> » (P9)</p>
	<hr/> <p>« <i>Je vais faire un parallèle qui ne vous paraîtra peut-être pas judicieux [vires], euh, en dehors d'être généraliste, [...j'ai fait.] de la médecine humanitaire, où on est, tout seul au milieu de rien, avec rien comme moyen. Eh bien, on sort le couteau, on sort la ficelle, et on se démerde. Donc souvent c'est ça, on se démerde.</i> » (P3)</p>
<b>Impact émotionnel sur les soignants</b>	<p>« <i>Une maman qui pour laquelle je n'avais rien qui avait prédispo....préparé à un tel geste en fait. [...] à titre de pédiatre je l'avais pas vu depuis 3 mois quand le papa m'a appelé pour m'annoncer cette situation. Et je me dis voilà, est-ce qu'on aurait pu sentir des choses, voilà, on se culpabilise toujours beaucoup.</i> (P1)</p> <p>« <i>Ça c'est un échec ; alors là, on a rien pu faire. [...] Après, ben le ressenti c'est ça, c'est de se sentir incapable (petit rire)</i> » (P5)</p> <p>« <i>Ça me désespère au point que je me dis, mais si elle changeait de pédiatre, ça me soulagerait quoi</i> » [petit rire] (P2)</p>

---

---

## Quels recours dans ces accompagnements ?

---

### Ressources personnelles et externes

« Un peu de peur par rapport à ma capacité à m'occuper de cette famille, euh de me dire que je suis pas, que je suis pas la bonne personne, parce que j'ai pas les connaissances qui font que, ou j'ose pas, enfin » (P9)

« Et du coup moi la schizophrénie [...] j'en avais vraiment pas vu beaucoup, et c'est une pathologie que je comprends pas [...] peut être que si je m'étais plus formée, euh, je serai un peu plus sereine je pense. Faudrait que je me trouve une formation là-dessus » (P10)

« C'est génial parce que pendant 1 an après l'accouchement on a le droit de renvoyer la maman en consultation avec un psychologue ou pédopsychiatre [...] c'est un progrès énorme » (P1)

« C'est assez facile, de médecin libéral à médecin libéral, de pédiatre à médecin généraliste on arrive à avoir des contacts » (P6)

« « Nous ce qui est compliqué dans cette histoire-là, c'est toujours l'embrouillamini des différentes structures, privées, CMP, CMPP, j'ai, moi ça fait 30 ans que j'exerce, j'ai pas encore compris la différence entre CMP, CMPP, ATTP, l'hôpital de jour euh, les centres de guidance, j'exagère un peu, mais on est perdu ... » (P6)

« On a aucune réponse pour un enfant dont on voudrait s'occuper précocement, voilà. Ça c'est la grosse crise oui ». (P1)

« Sachant que les pédopsys euh, c'est une peau de chagrin [...] je pense que c'est un problème de manque de personnel, (rire), pas de sous, donc pas de sous, pas de bras pas de chocolat (rire), y a pas de sous, pas de médecins » (P5)

### Les liens : part essentielle de ces accompagnements

---

« Quand on arrive à faire du lien, et qu'on a l'adressage pédopsy, et que le pédopsy échange avec nous, on comprend mieux les situations et on arrive mieux à se positionner [...] J'utilise beaucoup d'énergie pour ça parce que je sais que c'est extrêmement bénéfique au patient et au soignant » (P2)

« Mon rêve ce serait qu'on puisse faire des consultations à 2 parfois (rires). Il y a beaucoup de situations où j'adorerais faire des consultations pédiatres-pédopsychiatres » (P1)

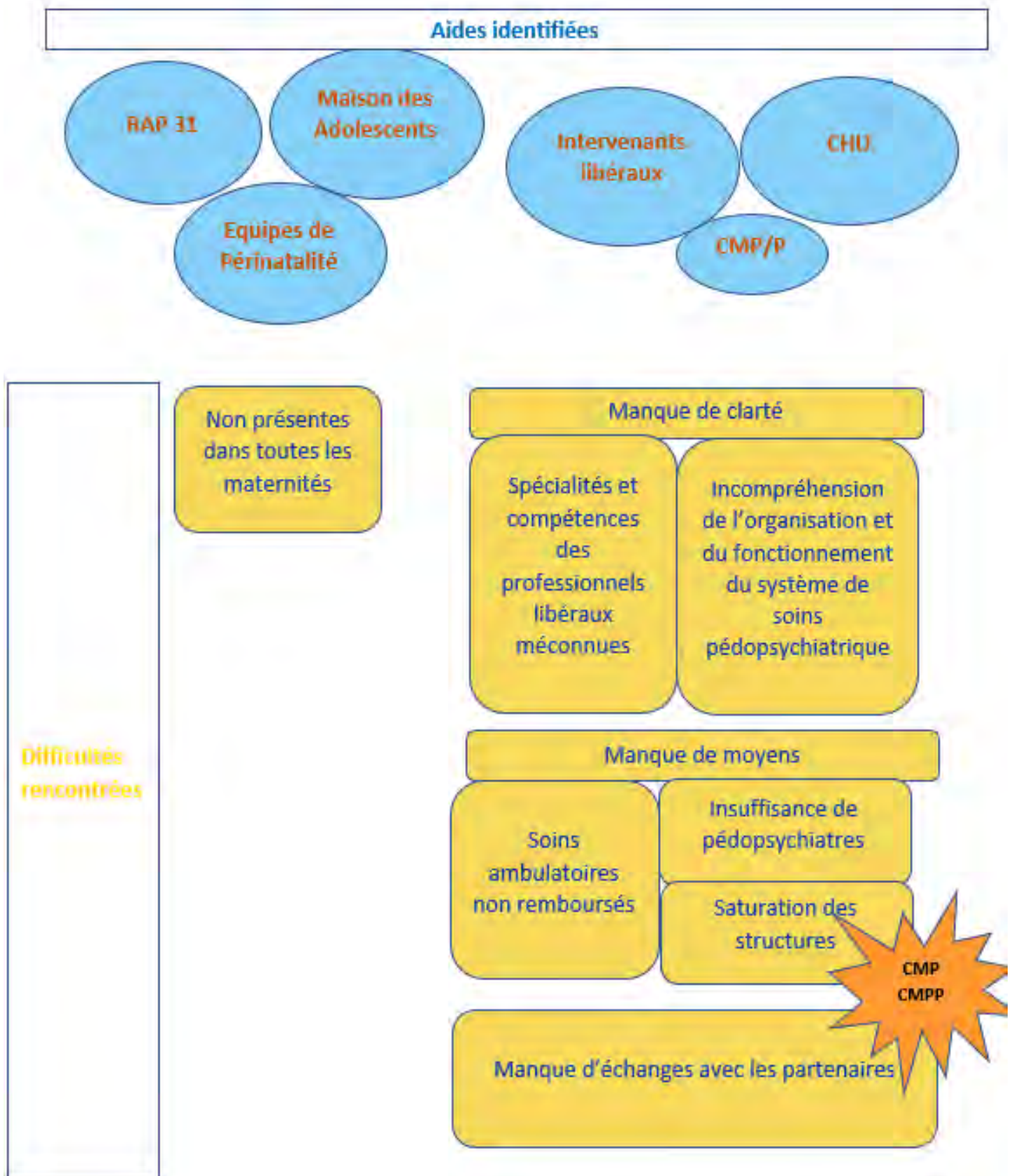
« Je suis allé voir l'ARS et donc on a monté une instance locale de concertation qui va être piloté par le RAP, le réseau adolescent, avec la maison des solidarités, le conseil départemental, l'ASE, l'ARSEAA. » (P11)

« Je pense qu'un travail coordonné avec d'autres spécialités, des psychologues, des psychiatres, des professionnels, qui soient un peu compétents dans la parentalité, et qui sont attentifs à toutes les problématiques aussi que ça peut poser. Je pense que ça serait pas mal. » (P9)

« Ta venue est un signe fort. Que des pédopsys se préoccupent de ce qui se passe en soins primaires, c'est plutôt sympa quand même. » (P11)

---

## D. Représentations des ressources identifiées et des difficultés rencontrées par les soignants



## **Soigner les enfants de parents souffrant de troubles psychiatriques : quel vécu des médecins libéraux ?**

---

### Résumé :

Les troubles psychiatriques parentaux peuvent avoir des conséquences sur le développement des enfants ainsi que sur le lien parent-enfant, avec un risque accru de troubles de l'attachement. Les médecins de la petite enfance ont un rôle essentiel dans le repérage précoce de ces difficultés. Cette étude qualitative exploratoire est la première à s'intéresser au vécu de ces soignants libéraux dans ces accompagnements. Les données ont été recueillies par onze entretiens semis-directifs analysés selon la méthode phénoménologique interprétative. Les résultats ont été organisés autour de trois thèmes principaux : un abord des troubles psychiatriques constituant un risque pour l'alliance thérapeutique ; des prises en charge éprouvantes ; quels recours disponibles. Les médecins décrivent une alliance en péril dans la relation parent/médecin, sous-tendue par la crainte d'un placement. Les soignants sont ambivalents entre leurs inquiétudes et la volonté de ne pas stigmatiser ces familles. Cette étude illustre la nécessité de renforcer un travail pluridisciplinaire en favorisant les liens interprofessionnels, afin d'améliorer le vécu des soignants dans ces prises en charge.

---

TITRE EN ANGLAIS : Caring for children of mentally ill parents : a shared experience of private practitioners

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : troubles psychiatriques parentaux, trouble de l'attachement, vécu des soignants, médecins libéraux, pédiatres, médecins généralistes, parentalité, enfants de parents présentant des troubles psychiatriques.

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Ludivine FRANCHITTO et Lucie ROSENTHAL