

Parents défaillants, professionnels en souffrance

Martine Lamour

Temps d'Arrêt :

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes – 8 parutions par an.

Cette publication reprend l'intervention de Martine Lamour présentée sous le titre «La souffrance des professionnels confrontés aux troubles graves de la parentalité» lors du colloque de l'association Paroles d'Enfants les 17 et 18 mai 2010 intitulé *Les émotions dans la relation d'aide*.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Delphine Cordier, Nadège Depessemier, Sandrine Hennebert, Philippe Jadin, Christine Lhermitte et Claire-Anne Sevrin.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage: Jacqueline Bourdouxhe, Deborah Dewulf, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Magali Kremer, Céline Morel, Marie Thonon, Reine Vander Linden.

Une initiative de la Communauté française de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor - Ministère de la Communauté française de Belgique - 44, boulevard Léopold II - 1080 Bruxelles.
Juin 2010

Une souffrance peu reconnue 5

Comment s'exprime la souffrance des professionnels ? 7
Des professionnels en souffrance 7
Redonner leur place aux émotions 12

Comment comprendre la souffrance des professionnels ? 15
La confrontation à la souffrance des bébés et des parents, à leur psychopathologie 17
La confrontation à un monde qui bouleverse nos repères 18
La diffusion de la pathologie relationnelle. 21
Les processus en jeu chez les professionnels 27
Séparer : une souffrance à vif 30
Le déni de la nature psychopathologique des processus à l'œuvre 33
Intégrer l'approche psychiatrique aux prises en charge 34

Comment aider les professionnels ? 37
De la stigmatisation à l'accompagnement 37
Repères pour aborder la souffrance des professionnels 38
Permettre que s'exprime la souffrance au travail et lui donner sens. 42
Accompagner les professionnels. 44

Conclusion 53

Une souffrance peu reconnue

Ma pratique clinique au centre Myriam David s'est centrée sur des situations de défaillance parentale grave qui appellent un soin spécialisé précoce, souvent associé à des mesures de protection de l'enfant. J'ai travaillé avec des professionnels de toutes disciplines, beaucoup œuvrant dans le champ de la Protection de l'enfance, tous s'affairant de près ou de loin à aider les bébés et leur famille.

Ces bébés, ces parents et ces professionnels m'ont beaucoup appris. Dans ces histoires de vie, à la souffrance des enfants et des parents, fait écho la souffrance des professionnels, la nôtre.

Cette souffrance au travail est encore peu reconnue, d'autant plus que les professionnels n'osent pas l'exprimer. Combien de fois ai-je été questionnée sur le choix de ce terme qui provoquait des remarques plus ou moins critiques : «Vous avez dit souffrance? Vous dramatisez.» ; «Il ne faut pas exagérer!» ; «C'est un terme trop fort ; mieux vaut parler de stress» ; «Vous allez mettre les professionnels de terrain encore plus en difficulté en leur parlant de "souffrance", et effrayer les administratifs!». Je revendique, pour ma part, l'usage du terme «souffrance» dans le cadre d'une approche psychodynamique, reconnaissant, au delà des vulnérabilités individuelles, la dimension collective des processus psychopathologiques à l'œuvre. Il m'est apparu être au plus près des éprouvés émotionnels, du malaise qui nous envahit quand nous sommes confrontés aux situations où des enfants sont exposés à des troubles graves de la parentalité et à une pathologie du lien. Cette souffrance au travail touche aussi bien le professionnel individuellement que les équipes, les institutions que les réseaux de professionnels

Comment s'exprime la souffrance des professionnels ?

La dimension psychique et affective de la souffrance au travail qui aboutit à l' « usure mentale » (Dejours, 2008), est encore trop souvent méconnue dans notre champ d'action. Elle n'est prise en compte, avec des réponses rapides et concrètes, que lorsqu'il y a agression physique de l'intervenant, comme en témoigne cette puéricultrice de secteur (Mous-Toutain, parution prochaine) :

« Quand je fais part à ma hiérarchie de ma souffrance, on me renvoie que je suis une très bonne professionnelle. C'est d'autant plus difficile à vivre que j'apprends que, pour toute agression physique dans l'exercice de ses fonctions, tout professionnel peut bénéficier, si son état le justifie, d'une prise en charge psychothérapeutique, payée par le département ».

Une telle souffrance mérite d'autant plus toute notre attention qu'elle entrave les compétences de chacun et provoque des dysfonctionnements majeurs avec des effets néfastes tant pour les familles que pour les professionnels.

Les situations et les ressentis abordés ici ne sont pas exceptionnels ; ils illustrent les difficultés que chacun peut rencontrer dans sa pratique. Plus les relations parents-enfant sont perturbées, plus des troubles graves de la parentalité exposent l'enfant tant psychologiquement que physiquement, et plus les professionnels se vivent malmenés et sortent meurtris de ces suivis.

Aussi ai-je cherché avec tous ces partenaires le sens de tels éprouvés pour mieux les penser et pour les transformer. C'est ce cheminement que je suivrai, en tentant de répondre à 3 questions :

Comment s'exprime la souffrance des professionnels ? Comment la comprendre ? Comment aider les professionnels ?

J'ai rencontré la souffrance des professionnels au quotidien dans différents contextes : au centre Myriam David, dans des supervisions, dans des recherches-action-formation et au cours de formations dans ou hors les murs d'institutions.

Des professionnels en souffrance

C'est ainsi que je suis entré dans un monde peuplé de professionnels de toutes disciplines, portant de lourdes charges, d'abord d'un pas allègre puis s'épuisant au fil du temps.

En 28 ans de pratique, j'ai rencontré des professionnels compétents qui pourtant se sentaient profondément dévalorisés, et se vivaient impuissants.

J'ai rencontré des professionnels aguerris qui rêvaient la nuit de ces situations et auraient aimé « s'en laver l'esprit » avant de rentrer chez eux.

J'ai rencontré des professionnels pleins d'empathie qui pleuraient en évoquant les émotions qu'ils avaient ressenties dans les soins d'un bébé maltraité.

J'ai rencontré des professionnels qui auraient aimé emmener le bébé chez eux le week-end, afin de le soustraire à son environnement défaillant. J'ai rencontré des professionnels qui éprouvaient de la colère à l'égard d'une mère inconséquente, et de la tendresse pour le bébé en détresse, et

d'autres qui éprouvaient de la colère à l'égard du bébé en détresse, et de la tendresse pour la mère inconséquente. J'ai rencontré des professionnels expérimentés qui craignaient de persécuter les parents simplement en observant leur relation avec leur enfant, et avaient le sentiment de les trahir en osant penser un placement. J'ai rencontré des professionnels qui, au sein même de leur équipe, se vivaient isolés et portaient seuls le poids du signalement. J'ai rencontré des professionnels qui se sentaient profondément coupables de n'avoir pas su ou n'avoir pas pu protéger des enfants de la maltraitance familiale.

Au niveau des relations entre professionnels, j'ai particulièrement appréhendé leur souffrance dans le cadre du travail en réseau :

- soit dans les réunions de synthèse jalonnant la prise en charge d'un nourrisson et de ses parents par notre Centre (travail direct),
- soit dans des réunions de réflexion et de soutien des professionnels, sans suivi direct de la famille (travail indirect).

Le réseau est, pour nous, un maillage relationnel vivant qu'une équipe tisse au fil des années avec les professionnels concernés par ces nourrissons et leur famille : professionnels de la Protection maternelle et infantile (équipes des consultations et des crèches, puéricultrices de secteur et sages-femmes à domicile), mais aussi des maternités, de l'Aide sociale à l'enfance (pouponnière, placement, aide éducative), des services judiciaires de sauvegarde de l'enfance, des centres maternels, du service social polyvalent, des services de travailleuses familiales, des services psychiatriques de secteur pour adultes et pour enfants.

Dans toutes ces rencontres, j'ai été frappée par la violence des émotions et des angoisses qu'exprimait chacun, mais aussi par celle qui envahissait

les relations entre professionnels et par la conflictualité des positions quand les professionnels du réseau évoquaient les risques auxquels le bébé était exposés.

La souffrance des professionnels a, on le voit, une dimension non seulement individuelle mais aussi groupale.

J'ai vu, je vois toujours des professionnels se négliger, se maltraiter, se disqualifier entre eux.

Ainsi des professionnels qui vont à domicile s'entendent dire, par ceux qui n'y vont pas, qu'ils dramatisent la situation :

La puéricultrice, qui va régulièrement chez la famille C., dit son inquiétude devant l'incohérence des soins maternels prodigués au quotidien au bébé. La psychiatre, elle, qui reçoit mère et enfant en consultation, insiste sur l'attachement de la mère à l'égard du bébé et n'exprime pas d'inquiétude quant à la qualité des soins : elle accueille avec scepticisme les observations de la puéricultrice.

J'ai vu des professionnels s'affronter. C'est particulièrement spectaculaire quand, en raison de la gravité de la défaillance parentale, se pose la question d'un placement pour protéger l'enfant. Pour les professionnels submergés par le discours parental, il est difficile de la penser, a fortiori de la nommer : ils ont besoin qu'un autre le fasse, qui restera le dépositaire de ce qui est, d'emblée, vécu comme mauvais.

Elle court, elle court ... la décision de distanciation. Elle se déplace d'institution en institution, avec la dyade mère-enfant, toujours dans l'attente que ce soit «l'autre» qui la prenne : de la maternité à l'unité d'hospitalisation mère-enfant,

puis à la crèche familiale par exemple. Serait-elle une menace dont il faudrait protéger la famille? L'énergie des professionnels peut se déployer jusqu'à l'épuisement, afin de maintenir à tout prix l'enfant dans sa famille ; la travailleuse familiale vient déjà 4 jours par semaine, la puéricultrice de secteur deux fois, avec des résultats si décevants par rapport aux attentes qu'on envisage de le confier le week-end à une assistante maternelle. La séparation signerait-elle alors l'échec des professionnels, qui «ont pourtant tout fait pour cette famille»?

La séparation est trop souvent vécue comme destructrice, trop rarement comme protectrice (Berger, 1992). Les professionnels craignent-ils que le remède ne soit pire que le mal, et ce d'autant plus qu'ils n'ont pas de nouvelles de l'enfant après la fin de leur intervention ?

De fait, les réactions de chacun de nous sont différentes suivant notre plus ou moins grande proximité dans notre relation à la famille, suivant que nous nous situons «du côté de l'enfant ou du côté des parents» :

Quand nous nous situons «du côté des parents», nous sommes touchés par ces adultes fragiles. Quand ils expriment leur crainte du placement et leur attachement à leur enfant, nous sommes enclins à les rassurer (à nous rassurer!). Nous minons alors inconsciemment les dangers qui pèsent sur l'enfant et banalisons ses signes de souffrance. C'est d'autant plus facile que ces derniers sont discrets chez les bébés et pas toujours très bien connus. Même si les signes de maltraitance, de négligence sont évidents, le doute voire le déni s'installe. La distanciation parents-enfant par le placement de l'enfant est alors vécue comme une «attaque» des parents (quels parents?), voire comme un danger vital (et si le père se suicidait ?) ;

nous ne pouvons pas reconnaître l'existence de troubles graves de la parentalité et percevoir la détresse du bébé, a fortiori évaluer sa souffrance psychique et affective au quotidien.

À l'inverse, si nous nous situons «du côté de l'enfant», sa détresse, l'absence de satisfaction de ses besoins, la discontinuité des soins, les négligences, les mauvais traitements dont il souffre nous sont intolérables et nous font souhaiter un placement, le plus rapidement possible pour le soustraire à ses parents défaillants, sans tenir compte des liens qu'il a noués avec eux et qu'ils ont noués avec lui.

Le contexte de nos interventions (domicile, institution), notre formation professionnelle, le temps passé auprès de la famille, etc., sont autant de paramètres qui impriment des caractéristiques bien particulières à nos interventions, à nos ressentis dans nos rencontres tant avec la famille qu'avec les professionnels du réseau.

Le travail à domicile, par exemple, nous expose particulièrement. Aller à domicile, c'est entrer dans l'intimité de ces familles. C'est se confronter à l'absence de place de l'enfant réel, à la désorganisation du lieu de vie, au climat incestuel. C'est être happé par les dysfonctionnements familiaux (Lamour, Barraco ; 2007).

Nous ressentons, nous partageons des émotions souvent d'une grande violence, des pensées troubles ... et des désirs fous de réécrire l'histoire pour ces enfants en souffrance avant que ne s'installe un sentiment d'impuissance devant la «lourdeur du cas» et le désir de nous échapper de relations qui nous mettent à mal.

Cette souffrance au travail peut envahir la vie personnelle, comme l'exprime cette éducatrice d'aide éducative en milieu ouvert (AEMO) :

« Cette souffrance fait partie du quotidien de l'AEMO. La liste pourrait être longue si je m'aventurais à énumérer les nombreuses situations qui laissent sans voix, qui paralysent, qui font douter ... On rassemble toute son énergie pour verbaliser, réfléchir vite, écouter, observer... et on rentre chez soi fatigué, parfois éreinté, la tête pleine. La nuit, nos rêves en sont même infiltrés et on se réveille, au petit matin, avec le sentiment de ne pas avoir quitté le travail (...).

La souffrance que l'on ressent en tant que professionnelle se transporte d'un lieu à un autre, sans même que l'on s'en rende compte. Elle peut être sournoise, pernicieuse, envahissante et difficilement partageable avec l'entourage proche » (Malapert ; parution prochaine).

Tous les professionnels qui entrent en relation avec ces familles, sont traversés par semblable problématique quand ils s'impliquent dans de telles situations.

Redonner leur place aux émotions

Pour permettre aux professionnels d'exprimer leur souffrance psychique, il apparaît clairement qu'il faut redonner à leurs émotions, en particulier aux émotions négatives, la place qu'elles méritent dans leur travail quotidien. Précédemment, trop souvent et trop vite, on répondait à ceux qui tentaient d'exprimer leur mal-être, en particulier dans le champ médico-social : « Un bon professionnel ne doit pas montrer et exprimer ses émotions ». Ou encore : « Si vous vous sentez en grande difficulté dans votre travail, c'est que vous n'avez pas la bonne distance avec les familles » et/ou « C'est que vous avez des problèmes personnels qui retentissent dans vos prises en charge ». Loin de favoriser la verbalisation des ressentis, ces réponses renforcent le sentiment de solitude du professionnel.

Nos connaissances actuelles, qui se sont enrichies de l'apport des théories sur les liens interpersonnels (travaux sur les interactions, sur l'attachement, sur l'intersubjectivité), montrent que toute relation d'aide, de soins, quels que soient les supports théoriques sur lesquels s'appuient les professionnels, active les processus émotionnels et pose la question de leur régulation. Il est donc très important de les prendre en compte non seulement chez les usagers mais aussi chez les professionnels, et ce d'autant plus que ces derniers sont confrontés à une pathologie du lien quand ils entrent en relation avec des familles en grande détresse.

Nous nous sommes donc intéressées aux émotions¹, et plus précisément aux « ressentis », mettant ainsi l'accent sur le « vécu », l'éprouvé conscient de son état émotionnel par le professionnel, et plus particulièrement aux ressentis négatifs. L'émotion est à la source de la conscience de soi ; les ressentis sont les témoins privilégiés du sentiment de soi, c'est-à-dire se sentir exister et avoir sa propre identité. Un certain nombre de ressentis, générés par des émotions négatives, ont un impact sur le fonctionnement du professionnel, le mettant en insécurité et entravant ses compétences, par exemple par la perte de son empathie, par la sidération de sa pensée (Hervé et al, 2008 ; Rusconi Serpa et al, 2009).

Ces ressentis sont tellement déstabilisants, qu'ils sont soit tus, soit exprimés en les minimisant. La difficulté d'en parler ne peut se comprendre que si on aborde les processus qui sont à l'origine de cette souffrance.

1. Dans le contexte interpersonnel, l'émotion est un processus affectif complexe formé de 3 composantes : psychique, physiologique et comportementale, composantes présentes à des degrés variables ; elles ne sont pas forcément perçues de façon consciente (au sens cognitif) par le sujet lui-même.

Comment comprendre la souffrance des professionnels ?

Je ne développerai pas ici la violence de certaines logiques gestionnaires et managériales quand elles pensent pouvoir traiter usagers et professionnels de la relation d'aide comme des objets, quand elles ne reconnaissent pas l'importance de la rencontre interpersonnelle, déshumanisant ainsi les liens, et quand elles cassent les solidarités. D'autres l'ont déjà fait dans une approche plus globale de la souffrance au travail (Pezé, 2008 ; Dejours, 2008, etc.). Bien évidemment, elles touchent aussi les milieux professionnels dont il est question ici et jouent un rôle très important dans la souffrance au travail.

De fait, les professionnels soulignent actuellement, dans l'évolution de leur travail :

- la lourdeur grandissante des situations familiales pour lesquelles on leur demande d'intervenir,
- l'augmentation de leur charge de travail,
- l'apparition d'une exigence de polyvalence, avec fragilisation de l'identité professionnelle de chacun,
- la réduction des durées d'intervention dans les familles : le maximum de résultats est exigé en un minimum de temps,
- la limitation des temps d'intervention à domicile, jugés trop coûteux,
- la parcellisation des tâches « tronçonnant » les usagers et « robotisant » les professionnels,
- la difficulté de faire entendre sa souffrance par sa hiérarchie,

- le peu de valorisation de leur travail, exposant au risque de perte de l'estime de soi,
- l'écart qui se creuse entre les connaissances acquises et la pratique avec le sentiment de « ne pas faire du bon boulot » et le malaise que cela suscite.
- l'écart entre les objectifs qu'on leur demande d'atteindre et ce qu'ils peuvent faire concrètement avec des moyens limités.

On le voit, ils n'ont pas la tâche facile!

Pour ma part, je vais me centrer spécifiquement sur le rôle des troubles graves de la parentalité et de la pathologie du lien dans l'émergence de cette souffrance d'un point de vue psychodynamique et psychopathologique.

Pour Kaes :

«La souffrance survient dès que sont mises en défaut nos capacités de maintenir la continuité et l'intégrité de notre moi, sitôt que nous reprenons contact avec la détresse primitive, dès que nos identifications fondamentales sont menacées, lorsque la confiance disparaît.»

(Kaes, 1996 ; p. 21)

Qu'est-ce qui, dans ces suivis, nous désorganise? Qu'est-ce qui attaque nos identifications fondamentales? Qu'est-ce qui nous dévalorise profondément? Qu'est-ce qui nous met en contact avec la détresse primitive?

De multiples réponses sont possibles. J'en aborderai trois :

- la confrontation à la souffrance des bébés et des parents,
- la confrontation à un monde qui bouleverse nos repères habituels,
- la diffusion de la pathologie relationnelle.

La confrontation à la souffrance des bébés et des parents, à leur psychopathologie

Dans l'approche de ces défaillances parentales graves associées à une pathologie du lien, c'est d'abord la confrontation à la souffrance psychique des bébés et des parents qui nous met à mal.

Nous ne sommes pas dans le registre de simples difficultés passagères. Nous pénétrons dans un autre monde.

Un monde où des bébés évitent du regard leur mère pour s'agripper à celui des soignants.

Un monde où la proximité physique est dangereuse pour la mère et le bébé, entravant la construction du lien.

C'est un monde où les soins se font au gré des impulsions parentales et non des besoins de l'enfant, où les enfants s'adaptent à la pathologie de leurs parents aux dépens de leurs propres besoins, inversant les rôles, où ils apprennent à ne plus rien attendre de l'autre.

C'est un monde où la haine, où la peur de l'enfant réel chez la mère coexistent avec l'attachement à l'enfant imaginaire.

C'est un monde où les pères, mais aussi les mères peuvent être excités par le corps du petit enfant et désirer en jouir.

C'est un monde où des enfants abusés abusent d'autres enfants.

C'est un monde où la force du lien n'est pas liée à la qualité de la parentalité.

C'est un monde de femmes et d'enfants dont les hommes, les pères, sont trop souvent exclus, un monde où il est difficile d'être à trois, d'être une famille, d'être en famille.

C'est un monde étrange qu'on voudrait être d'une autre planète (celle des ogres, des sorcières) et qui pourtant appartient à la nôtre, celle des hommes ; c'est dans ce monde que nous travaillons !

Pénétrons plus avant dans l'étrangeté de ce monde...

La confrontation à un monde qui bouleverse nos repères

C'est un monde peuplé de parents et de bébés qui bouleversent nos représentations familiales :

Les parents sont très loin de nos représentations de ce qu'est un parent.

«Les idéaux familiaux du professionnel sont brutalement mis à mal par la violente révélation qu'être géniteur ne constitue pas forcément l'assurance d'être un parent "suffisamment bon"» (Gabel, parution prochaine)

Ces parents nous ont appris qu'avoir un bébé non seulement ne les soigne pas, ne les répare pas, mais peut les désorganiser. La contraignante répétition des soins à lui prodiguer au quotidien, la proximité physique qu'elle impose les mettent en danger, les persécutent au lieu de favoriser les liens, à l'opposé de ce qui se passe habituellement. C'est particulièrement vrai avec les mères psychotiques.

Ces parents nous ont appris à différencier «parentalité» et liens affectifs. Avoir des liens affectifs

avec leur enfant, l'aimer, ne les protège pas d'être défaillants dans l'exercice de la fonction parentale. De même, la force des liens affectifs n'est pas en rapport avec la qualité de la relation.

Aussi faut-il nous dégager de nos représentations habituelles et changer nos repères, si nous voulons les comprendre de tels parents et ne pas les mettre encore plus en difficulté par des attentes démesurées.

Il est vrai que ce peut être des adultes gravement carencés, ou psychotiques, ou *border-line*, avec ou non des problèmes d'addiction (éthylisme, toxicomanie). Leur psychopathologie entrave fortement la construction de leur parentalité. Quand ils ne présentent pas de troubles psychiatriques évidents ou diagnostiqués comme tels, tous ces parents ont en commun de dysfonctionner gravement en tant que parents. Ils ne peuvent pas assurer des soins parentaux adéquats, c'est-à-dire répondre au quotidien aux besoins de leur (s) enfant (s) à 4 niveaux : le corps (les soins corporels), la vie relationnelle et affective (interactions affectives) avec la naissance d'un attachement confiant chez l'enfant, la vie psychique (interactions fantasmatiques) et les fonctions cognitives (Lamour, Barraco ; 1998).

Le bébé aussi est bien loin de nos représentations habituelles.

Soumis à des conditions de vie que nous percevons comme intolérables au regard de ses besoins, il s'adapte et survit ; il lutte activement face à cet environnement adverse. Ces processus adaptatifs sont très coûteux pour son développement, allant à l'encontre des processus maturatifs. Ses signes de souffrance sont d'abord un appel à l'aide.

Ces nourrissons nous ont appris, et c'est troublant :

- qu'un enfant peut s'attacher à un parent maltraitant : ce n'est pas la qualité de la parentalité qui détermine la force du lien.
- qu'un nourrisson peut entraîner l'adulte qui l'accueille, comme par exemple l'assistante familiale du placement, dans des relations marquées par les mêmes perturbations que les relations à sa mère, car il a déjà intégré très précocement (dans les premiers mois) des modes relationnels qui l'exposent au risque d'être de nouveau rejeté, négligé, maltraité, abusé. Il ne suffit donc pas, pour « régler le problème », de le soustraire à un mauvais environnement pour le mettre dans un bon. La reconnaissance du rôle actif de l'enfant évite de rendre responsable l'assistante familiale de tous les problèmes et allège sa culpabilité.

La souffrance des professionnels est d'autant plus grande que les parents, par leurs actes, les confrontent à un monde qui attaque les repères fondateurs de l'humanisation, à savoir : « Tu ne maltraiteras pas ton enfant, tu ne le tueras pas ; tu n'auras pas de désir sexuel à son égard ». Ils en sont profondément déstabilisés. Il leur faut penser l'impensable (Fraiberg, 1981).

Aussi la Loi, fondatrice de notre humanité, quand elle n'a pas été intériorisée par les parents, doit-elle s'incarner dans la réalité et avec continuité, pour protéger l'enfant mais aussi les parents de la folie familiale dans laquelle ils se sont construits. Le cadre thérapeutique ou éducatif seul ne suffit pas. Souvent, il ne peut fonctionner qu'en association avec le cadre judiciaire.

Indispensable dans sa valeur structurante et protectrice, la Loi est aussi constamment déniée, attaquée, contournée par le fonctionnement familial. C'est pourquoi les professionnels qui en sont les représentants (juge des enfants, éducateurs, etc.) sont particulièrement mis en difficulté.

Les situations qui nous mettent le plus à mal se caractérisent par l'association de troubles graves de la parentalité à une pathologie du lien parent-enfant. La maltraitance, les négligences graves en sont le résultat quand la situation évolue vers l'intolérance mutuelle.

Parler en ces termes, c'est sortir du jugement moral pour reconnaître l'existence d'une souffrance psychique ; c'est affirmer la nécessité d'une approche psychodynamique et psychopathologique de ces troubles, qui imposent une évaluation et un soin psychiatrique. C'est souligner les limites et le danger des interventions quand elles sont uniquement éducatives et sociales.

Dans ces contextes où les négligences, les maltraitements physiques et psychologiques, les abus sexuels attaquent les repères fondateurs de notre humanisation, ce ne sont pas seulement les liens parent-bébé qui peuvent être en péril, mais aussi les liens professionnel-partenaire familial. Il nous faut alors accepter que ces liens professionnel-usager soient aussi susceptibles de devenir pathogènes et destructeurs (Kaes, 1996), à l'opposé de nos objectifs initiaux.

La diffusion de la pathologie relationnelle

C'est la troisième réponse à notre questionnement initial, qui va éclairer ce qui précède.

C'est bien parce que nous entrons directement en relation avec ces familles et que nous nous engageons dans ces suivis que nous sommes aussi pris dans pareille pathologie du lien : celle-ci s'infiltré dans nos relations tant avec l'enfant et ses parents qu'avec les autres professionnels.

La pathologie du lien s'exprime donc à 3 niveaux (voir films Lebovici, S., Lamour, M., Barraco, M., Gabel, M., 1993) : les relations parents-nourrisson, les relations des professionnels avec les membres de la famille et les relations entre professionnels.

Dans les relations parents-nourrisson

La pathologie du lien est marquée par des troubles de l'attachement et de l'intersubjectivité.

Par exemple, dans les familles carencées dites aussi « familles à problèmes multiples », les parents portent en eux la détresse du bébé qu'ils ont été et qui s'est construit dans un chaos relationnel. Devenus des adultes avec un attachement désorganisé, ils ont de grandes difficultés à nous faire confiance, à ne pas ressentir toute proposition d'aide comme une menace. Ils ne peuvent pas se représenter que nous nous intéressons à eux en tant que personne, que nous pouvons partager émotionnellement leurs ressentis et comprendre ce qu'ils vivent. Leur capacité à l'intersubjectivité n'a pas pu se développer, déshumanisant ainsi leur vécu de la relation à l'autre. Tout lien est menaçant et menacé de rupture. Cela nous met en situation difficile : des besoins d'aide ou de soins ayant été évalués, nous tentons d'entrer en relation avec un bébé et ses parents alors que ceux-ci ne peuvent pas être demandeurs et vivent cette approche comme potentiellement dangereuse. La vie s'apprivoise douloureusement, les liens peuvent mettre en péril, l'empathie s'éteint.

Notre clinique nous a montré que les formes variées que revêt la pathologie relationnelle parent-nourrisson se retrouvent dans les relations famille-professionnels et dans les relations entre professionnels. Dans ce monde si étrange, il nous faut alors accepter que le lien que nous nouons avec la famille soit susceptible de devenir pathogène.

Dans les relations famille-professionnels

Le réglage de la distance est bien difficile : entre trop d'éloignement ou trop de proximité l'équilibre est précaire. Quand les professionnels s'enferment avec la famille dans un cercle vicieux, ils risquent de soigner le mal par le mal, de fonctionner en tout ou rien, comme la famille. Ceux qui vont à domicile y sont particulièrement exposés.

La sidération, la peur, le sentiment d'être manipulé et sous l'emprise des parents, quand ils habitent les professionnels, font écho à ce que vit l'enfant dans le lien avec ses parents.

Avec les familles carencées, les alternances des mouvements fusionnels et de mises à distance de l'enfant par sa mère se retrouvent dans l'alternance des mouvements d'investissement massif et de désinvestissement brutal de ces familles par les intervenants. La discontinuité du fonctionnement parental fait échec à la conception d'un projet thérapeutique à moyen et à long terme ; on se met à penser dans l'instant, comme dans la famille, sans pouvoir anticiper.

Le sentiment d'échec, de dévalorisation, que ressentent les professionnels est aussi produit par l'approche de ces carences sévères où la sous-alimentation narcissique, caractéristique du lien parent-nourrisson, les gagne eux aussi. La disqualification des professionnels fait alors écho à la disqualification des parents.

Les carences narcissiques précoces dont a souffert l'enfant exposent aussi les professionnels à oublier constamment l'enfant réel et sa souffrance. Pourtant ces bébés nous disent avec leurs corps leur détresse : en se faisant mous, en dormant trop, en ralentissant leur croissance staturo-pondérale, leur développement moteur, en somatisant fréquemment.

Ils ne semblent pas habiter leur corps auquel ils s'intéressent peu. Ils ne différencient pas les personnes et répondent peu aux sollicitations des adultes. N'exprimant ni tristesse ni joie, ces enfants sont affectivement «atonés». Bébés trop calmes, trop peu exigeants, ils ne semblent rien attendre de l'autre et se font oublier.

Le nourrisson nous entraîne, lui aussi, nous l'avons vu, dans cette pathologie du lien. Quand des liens privilégiés s'instaurent, par exemple, avec l'auxiliaire référente, il la sollicite dans une relation qui risque d'être marquée par les mêmes perturbations que sa relation avec sa mère (Lamour, Barraco ; 1997).

L'observation nous a montré comment un bébé, en détournant son regard, en se raidissant sur la table de change, en ne se moulant pas dans les bras, met en difficulté son auxiliaire, lui disant par toutes sortes de façons «qu'il ne veut pas d'elle». Se retirant de la relation, il induit un moindre contact et moins de sollicitations de la part de l'auxiliaire qui accélérera le change et ne lui parlera pas. Elle se mettra à distance de ce bébé qui suscite en elle un mal-être. Elle se vivra rejetée par un bébé hostile.

Elle peut tenter de s'en protéger par une non-individualisation de l'enfant, le retrait de ses investissements, le «fractionnement relationnel» en se déchargeant sur d'autres d'une partie des soins, etc., c'est-à-dire par ses propres stratégies défensives. Plus les professionnels ont une relation proche avec l'enfant et plus ils sont exposés à recevoir ses angoisses et à devoir les contenir.

Les soignantes auprès des bébés, auxiliaires de puériculture, assistantes maternelles, famille d'accueil sont celles qui sont les plus exposées à être fragilisées par ces vécus pénibles. Les problèmes qu'elles rencontrent ne sont pas dus à leur incompétence,

mais sont bien, en grande partie, l'expression de la souffrance de l'enfant et de la pathologie du lien. Et ce d'autant plus qu'elles sont dans une fonction de suppléance parentale à temps complet. A ne pas être parent de ces petits bébés, peuvent-elles se mettre dans un état de disponibilité émotionnelle qui permette la rencontre, sans s'engouffrer dans les mêmes sentiments d'appartenance qui scellent la relation parents-enfant ? A trop s'attacher à un enfant à la pouponnière, les auxiliaires, s'épuisent et ne peuvent plus continuer leur métier. A se protéger de l'attachement, elles risquent là encore la mécanisation, la dévitalisation du lien et de s'enfermer dans des gestes opératoires.

Les auxiliaires, qui ont grand besoin d'être soutenues dans leur tâche difficile, sont aussi les plus exposées à ne pas être entendues des autres professionnels, à être disqualifiées, en miroir de ce qui se joue dans le lien parents-bébé. Les professionnels qui sont beaucoup plus à distance ont fréquemment comme première réaction à l'égard de l'auxiliaire référente du bébé «Mais, soyez positives ; il n'est pas si mal cet enfant». Cela ne fait qu'accroître le sentiment d'isolement de l'auxiliaire, sa culpabilité, son vécu d'incompétence.

Plus les professionnels sont proches de ces bébés et de leurs parents défaillants, plus ils sont mis à mal par ce tels suivis : il en est ainsi pour les auxiliaires en crèche et en pouponnière, les travailleuses familiales qui interviennent seules au domicile, pour les familles d'accueil dans les placements. De fait, ce sont les professionnels qui ont les formations les plus courtes et les moins spécialisées qui sont les plus exposés !

Les relations entre professionnels sont aussi touchées.

Dans les réunions institutionnelles et du réseau (PMI, services sociaux, judiciaires, psychiatriques), se joue entre intervenants, comme dans un psychodrame, la problématique familiale. Les professionnels s'affrontent, se négligent, se maltraitent, se disqualifient entre eux.

- Les variations du fonctionnement parental suivant les personnes et les contextes sèment le trouble et la confusion chez les professionnels.
- Les tensions entre soignants auprès de l'enfant et soignants auprès des parents témoignent de l'opposition entre besoins des parents et besoins de l'enfant. C'est souvent le cas entre équipe de psychiatrie adulte auprès des parents et équipes prenant en charge l'enfant (pédopsychiatrie, pédiatrie).
- Des points de vue divergents ne peuvent pas être perçus comme «une construction plurielle de la réalité» (Mérigot, 1997). Chacun pense détenir la «vérité vraie» ; c'est «l'autre» qui a tort, comme si le bébé et ses parents montraient toujours le même fonctionnement quels que soient les contextes relationnels, quels que soient les lieux d'intervention...

C'est le cas quand nous parlons de Mme F. À l'extérieur, dans le bureau du centre d'aide sociale, elle peut se montrer, à l'assistante sociale, pimpante et revendicatrice, à l'opposé de la femme que la psychiatre rencontre à domicile, déprimée, prostrée, dans le noir et dans l'incapacité de répondre aux besoins de son fils. D'où des discussions vives entre l'assistante sociale et la psychiatre quand elles se rencontrent.

- Avec certaines mères psychotiques, le processus de clivage expose les professionnels au conflit ; une mère exprime, à chacun d'eux un aspect différent

de son lien à l'enfant : à l'assistante sociale elle demande le placement de l'enfant ; à l'infirmière du secteur de psychiatrie adulte, elle dit son désir de le garder. Les professionnels risquent alors de s'affronter.

Dans ces contextes, le partenariat, qui est indispensable, est à haut risque : les liens interprofessionnels et interinstitutionnels sont mis à rude épreuve. Le contexte n'est pas propice à la réflexion et à l'évaluation.

Les processus en jeu chez les professionnels

Pour entrer en relation avec un nourrisson en souffrance et ses parents, nous devons partager leur expérience émotionnelle en utilisant notre empathie, afin de nous mettre à leur place, tout en tentant de conserver la nôtre. C'est par le jeu de notre identification que ces phénomènes nous sollicitent très directement et nous plongent dans des émois intenses. Ils font resurgir le bébé qui est en nous ; ils nous confrontent à nos imagos parentaux, à nous-mêmes en tant que parents, et au fonctionnement de nos propres enfants.

Mais surtout ils sont produits par le contact direct avec la pathologie familiale et les troubles de l'attachement et de l'intersubjectivité (Guédénéy, 2007 ; Morales, parution prochaine). Nos mouvements identificatoires reflètent, en miroir, les perturbations des relations parents-nourrisson et nous permettent d'appréhender, de l'intérieur, ce qu'ils vivent au plus profond de leur détresse. C'est dire leur valeur sémiologique.

Nous sommes tour à tour l'enfant, la mère, le père...

Nous sommes tour à tour des parties bonnes ou mauvaises du bébé, des parents... Difficile à dire, encore plus difficile à vivre!

Des années me furent nécessaires pour réaliser et ressentir profondément la souffrance de ces bébés en détresse. Ainsi, quels ressentis puis-je éprouver quand je m'identifie, par exemple, à un bébé exposé à des carences intrafamiliales? D'abord le chaos : impossible qu'un rythme s'installe, impossible de prévoir ce qui va se passer dans l'instant à venir... Aucune portée n'organise la mélodie... Pas de terre ferme, mais des sables mouvants sur lesquels il faut tenter d'avancer et de se construire. Puis des alternances de tension liées à des afflux d'excitation interne : cette faim qui n'est pas apaisée par le lait, ce froid qui n'est pas apaisé par le chaud, une attente longue, si longue que je ne peux plus la peupler de représentations. Un sentiment de solitude m'envahit... Et soudain, elle (ma mère) surgit, et alors de nouveau la tension, un afflux trop brutal d'excitation, et puis de nouveau rien... le vide de l'abandon. À quoi bon continuer à pleurer puisqu'il n'y a pas de réponse! Dans les situations de crise, quand l'environnement se transforme brutalement, tout bascule, plus de repères auxquels se raccrocher : c'est la détresse absolue.

Métaphoriquement, ces bébés avancent en terrain miné.

Comment s'identifier aux bébés qui n'expriment ni tristesse, ni joie, qui ne semblent rien attendre de l'autre et se font oublier?

Comment se représenter concrètement, émotionnellement, ce à quoi un enfant en danger est exposé au quotidien?

Comment s'identifier à des parents répétitivement

maltraitants, même si nous sommes toujours à la recherche d'un noyau vivant de leur parentalité, si infime soit-il?

Comment s'identifier à des parents pervers, qui abusent sexuellement leur enfant?

Aussi, étant donné la violence des émotions négatives en jeu, notre fonctionnement peut être désorganisé, inhibé, paralysé. Nous mettons en place des stratégies défensives. Partager des éprouvés subjectifs avec autrui dans la distinction entre soi et l'autre devient une gageure ; notre empathie, qui est à la base des processus d'identification, est mise à rude épreuve.

Nous retrouvons chez les professionnels intervenant auprès des familles dites « cas lourds », les mêmes mécanismes de défense que celles-ci utilisent (Sarfaty et al, 1998) : nous refusons la réalité de perceptions, vécues comme dangereuse ou douloureuse : c'est le déni. Nous expulsions à l'extérieur, des pensées, des affects, des désirs que nous méconnaissions ou refusons en nous et que nous attribuons à d'autres : c'est la projection. Nous séparons de façon étanche deux aspects opposés de la réalité, de façon à les faire coexister sans problème : c'est le clivage.

Notre fonctionnement s'appauvrit. Nous nous rigidifions ; nous demandons à l'enfant et à ses parents de s'adapter à nos fonctionnements institutionnels, à l'inverse de ce qui serait souhaitable pour entrer en relation avec ces familles, si difficiles à atteindre et à apprivoiser.

Séparer : une souffrance à vif

La souffrance des professionnels est particulièrement intense quand est posée l'indication d'une séparation de l'enfant et de sa famille.

S'il en est ainsi, c'est bien parce que «se séparer», donc opérer une distanciation physique, atteint parents et enfant au cœur de leur problématique, au cœur de leur fragilité. Tout mouvement de séparation-individuation de l'enfant est vécu comme dangereux (David, Lamour et al ; 1984). Pour pouvoir bien se séparer, il faut d'abord se différencier physiquement et psychologiquement. Ici, l'indifférenciation fait de l'enfant un objet et non pas un sujet et touche souvent tout le groupe familial.

Comme le formulent bien Carel et Medjahed, dans les familles qui nous mettent le plus à mal, «il est incestuel de s'attacher et mortel de se détacher et/ou à l'inverse : l'attachement ne peut s'effectuer que sur le mode incestuel et le détachement que sur le mode destructif. Il s'ensuit ce que nous connaissons bien, à savoir la répétition et l'intrication de conduites violentes, destructives et incestuelles, d'abandon et d'intrusion, de rupture et de capture, de clivage et de collage» (Carel, Medjahed, 2000 ; p. 126). Tous ces mouvements se rejouent avec les professionnels.

Par exemple, en centre maternel :

Toute tentative de décollement, toutes les étapes du processus de séparation-individuation de Pierre et du processus d'autonomisation et de resocialisation de sa mère sont à risque de crise institutionnelle. Les relations entre équipe éducative, plus identifiée à la mère et équipe de la crèche, plus identifiée à l'enfant, sont particulièrement exposées. L'opposition entre besoins de la mère et besoins de l'enfant dans le lien mère-

enfant s'y rejoue. Les éducatrices éprouvent des difficultés à voir l'enfant réel et à identifier sa détresse. Elles pensent que la crèche dramatise et donne une image trop négative de la mère ; «l'enfant n'est pas tout, il faut s'occuper de la réinsertion de la mère». L'équipe de la crèche, à l'inverse, s'alarme pour l'enfant, qui est exposé à la maltraitance, à la négligence maternelle ; elle reproche aux éducateurs de banaliser ; «l'urgence c'est l'enfant, la réinsertion passe après». Les discussions sont vives, non exemptes de disqualifications mutuelles.

C'est pourquoi la souffrance des intervenants est à vif dans les situations où est posée une indication de placement. Pour s'en protéger, les intervenants ont recours à «la double illusion du placement» (Duboc, 2001) :

- d'une part l'illusion de «parents d'accueil réparateurs», issue du fantasme de mère idéale ;
- d'autre part l'illusion «d'enfants comblés» issu du mythe de l'enfant naturellement bon, qui peut s'énoncer ainsi : de bons soins suffisent au développement de l'enfant et donc il suffit de le soustraire à un environnement défaillant (David, 1989).

Les intervenants risquent alors d'être dans «le tout ou rien». Ils ne peuvent plus évoquer tout le camaïeu de possibilités de réglage de la distance entre séparation totale et maintien dans la famille. La suppléance se vit en termes de substitution et non pas de complémentarité. Un lien doit chasser l'autre.

Notons que ces bébés, qui sont les plus démunis pour affronter les séparations, sont aussi les plus exposés aux ruptures, à la multiplicité des liens et à ne pas être investis.

Dans ces situations, nous sommes souvent pris dans des mouvements contradictoires. Avec les mères psychotiques par exemple, comment gérer

psychiquement et émotionnellement la violence de la fusion qui dénie au bébé toute existence propre et l'intolérance à la proximité physique, proximité qui désorganise la mère ?

Penser simultanément les parents et l'enfant, nous soumet à un grand écart psychique. C'est pourquoi il est intéressant d'intervenir à deux soignants : l'un plus près de l'enfant, l'autre plus près des parents. Nous ne pouvons pas être seul.

Quand l'indication de placement est posée précocement, dans la première année de vie, elle est vécue encore plus douloureusement par les professionnels, comme un échec voire comme un rapt (Lamour, 2003).

Quelle que soit notre pratique, nous avons largement tendance à sous-estimer l'impact désorganisateur de la psychopathologie familiale sur le fonctionnement des professionnels non seulement au niveau individuel - cela pouvant aller jusqu'à la transgression de la loi, comme au sein de la famille - mais aussi au niveau des fonctionnements institutionnels (Pinel, 1996) et du réseau d'intervenants.

L'excitation psychique difficile à contenir, la perte de nos repères fondateurs que suscitent ces situations, peuvent nous entraîner, par exemple, à faire perdre, dans la relation enfant-auxiliaire, les perturbations de la relation parent-enfant.

Ainsi aidons-nous vraiment (comme nous l'espérons) l'auxiliaire de puériculture de la pouponnière, au plus près de l'enfant, en l'informant qu'il est le fruit d'un inceste ou d'un viol ? De fait, nous envahissons sa vie psychique de représentations traumatiques, excitantes, qui seront sollicitées à nouveau dans ses échanges avec l'enfant, au niveau des interactions fantasmatiques. Se

prolongeront ainsi, dans la suppléance, les dysfonctionnements de la relation parents-enfant.

Nous sommes dans la confusion et l'indifférenciation, on ne sait plus qui fait quoi ; les identités professionnelles se diluent. Comme dans les familles, nous nous querellons, nous nous disqualifions, nous nous maltraitons. Pas seulement avec des mots mais aussi au-delà des mots, avec nos regards, nos attitudes corporelles ; nous nous envoyons des messages, pour une grande part implicites.

L'intensité de ces processus explique, en partie, le décalage entre le niveau de réflexion et de connaissances des équipes et la réalité des pratiques, décalage qui n'est pas sans évoquer l'écart entre le lien des parents au bébé imaginaire et leur lien au bébé réel.

Le déni de la nature psychopathologique des processus à l'œuvre

C'est un problème crucial dans la prise en charge des situations que nous évoquons, en particulier dans le travail avec l'aide sociale à l'enfance et les services qui accueillent les enfants placés.

Ceci est particulièrement vrai pour les troubles graves de la parentalité (et plus encore pour les troubles de paternalité, bien plus méconnus que ceux de la maternalité) et des liens. Dans ces situations, nous l'avons vu, le déni est une des stratégies défensives des professionnels. Y contribue aussi l'illusion largement répandue que, par une intervention très précoce (et si possible uniquement sociale et éducative), nous pourrions faire de tout adulte en difficulté psychologique un parent apte à répondre

au quotidien aux besoins de son enfant. C'est bien sûr vrai pour certains parents, mais pas pour tous, en particulier pas pour les parents dont nous parlons ici qui évoluent trop lentement par rapport aux exigences du développement d'un nourrisson, voire pas du tout. Dans cette période où le soutien précoce à la parentalité soulève beaucoup d'espoir, ces situations confrontent violemment le professionnel à un vécu d'impuissance et d'échec. Or le *burn-out* est aussi décrit comme l'état final d'un processus graduel de désillusion, après un état initial d'implication élevée : c'est la perception que quels que soit nos efforts, notre intervention ne peut pas avoir un impact significatif.

La non reconnaissance de l'impact de la psychopathologie familiale sur le l'enfant va de pair avec celle des troubles de la parentalité et des liens. Sinon, pourquoi continuerait-on à penser que changer l'enfant de famille et maintenir les liens avec sa famille d'origine règlent tous les problèmes? Pourquoi continuerait-on à les prendre en charge par une approche uniquement éducative et sociale avec pour conséquence une «sur-violence» faite à l'enfant, comme le souligne Marceline Gabel (parution prochaine) et comme l'a dénoncé Maurice Berger (2002)?

Intégrer l'approche psychiatrique aux prises en charge

Alors que des travaux nous montrent l'importance des processus psychopathologiques à l'œuvre dans ces familles (David et al, 1984 ; David, 1989 ; Lamour, Barraco, 1998), l'approche psychodynamique et psychiatrique, bien qu'indispensable, est trop souvent absente ; cette absence de soins spécialisés met encore plus à mal l'enfant et les parents, ainsi que les professionnels. Outre les résistances institutionnelles, outre les contraintes gestionnaires

(réduction des coûts), cette absence s'explique également par les relations pas toujours faciles entre travailleurs sociaux et équipes psychiatriques. Nous avons été frappée par la grande hétérogénéité des pratiques en fonction des lieux. Il en est de même en ce qui concerne la définition du champ d'exercice de chaque discipline. Dans quel(s) champ(s) doit-on situer les troubles de la parentalité et la pathologie du lien? Pour nous, ils ne doivent pas rester cantonnés dans le médico-social et relèvent aussi d'une approche psychiatrique. Mais alors laquelle? Celle de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie générale? Ne seraient-ils pas plutôt à l'intersection de tous ces champs?

Dans certaines situations, la massivité des problèmes sociaux, qui les avaient fait rejeter de notre champ par certains psychiatres, ne constitue pas, pour nous, une contre-indication à notre intervention. Bien au contraire. Quand ceux-ci occupent le devant de la scène, ils masquent souvent les souffrances psychiques et affectives des enfants et des parents. Ce sont des familles qui mobilisent de nombreux professionnels ; leur détresse, liée à la précarité sociale, touche ces derniers et suscite un «engagement» important de leur part, à ce niveau : mais très vite ils se sentent impuissants. Ils perçoivent alors ces familles comme des «cas lourds». Il n'y a pas si longtemps elles étaient étiquetées «cas sociaux»². Elles ont donné lieu à plusieurs études, sous le vocable de «familles carencées» ou «familles à problèmes multiples» (David et al., 1984). Ces travaux montrent que ces parents sont profondément atteints dans leur parentalité et dans leurs liens, renforçant la spirale de leur exclusion sociale. La connaissance de cette psychopathologie familiale peut nous aider à mieux comprendre

2. Voir aussi l'excellent article de M. Soulé et J. Noël : « Le grand renfermement des enfants dits "cas sociaux" ou malaise dans la bienfaisance » (1971).

les difficultés dans les prises en charge de telles familles que quatre critères définissent :

- l'importance des carences sanitaires, éducatives et sociales au sein desquelles les enfants se développent ;
- l'absence d'organisation de la vie quotidienne et la fréquence des situations de crise ;
- l'histoire des parents marquée par des traumatismes (séparation, deuil, inceste) et par la carence et la discontinuité des soins parentaux dans l'enfance ;
- la fréquence d'une psychopathologie chez les parents, souvent non reconnue et non traitée comme telle (problèmes d'alcoolisme, épisode dépressif, vécu de persécution).

En tant qu'équipe psychiatrique, nous ne devons pas nous décharger à bon compte sur les travailleurs sociaux qui font appel à nous, en les laissant seuls gérer l'ensemble des problèmes. Ce sont des situations où l'enfant est en danger, où la détresse psychologique est si grande chez la mère et le père qu'elle envahit aussi les intervenants. Toutes les dimensions du suivi (psychiatrique, éducative, sanitaire et sociale) doivent être étroitement articulées dans le cadre d'un travail conjoint.

Il est vrai que la formation des psychologues et des psychiatres doit évoluer dans ce domaine ; ils doivent être formés à ce type de pathologie, aux approches qu'elles nécessitent (visites à domicile, travail en réseau, observation thérapeutique, etc.).

Comment aider les professionnels ?

Confrontés aux défaillances parentales graves et à la pathologie du lien, les professionnels doivent être soutenus dans leur tâche. Leur accompagnement fait partie intégrante de toute prise en charge.

De la stigmatisation à l'accompagnement

L'approche interactionnelle, appliquée à la clinique précoce (Lamour, Lebovici ; 1991), a permis le passage du concept de « mauvais parents », de « mauvais bébé », ou de « mauvais professionnels » à celui de la vulnérabilité des relations parents-nourrisson-professionnels dans ces situations. Les dysfonctionnements interactifs parents-nourrisson-professionnels témoignent de la souffrance de l'enfant, de la souffrance de ses parents et de la souffrance des professionnels. Les stratégies adaptatives que chacun développe ne font le plus souvent qu'aggraver la pathologie relationnelle : les partenaires « soignent le mal par le mal ».

Notre clinique nous invite à sortir des modes de pensée marqués par des relations binaires (bon/mauvais ; maintien dans la famille/placement), des relations causales linéaires : c'est la faute de, un tel est le responsable, avec une stigmatisation des professionnels. Il nous faut travailler avec la complexité de ces situations, la gérer mais d'abord la penser.

Le nourrisson, sa famille et les professionnels sont

co-acteurs d'une histoire relationnelle qui s'est souvent construite sur plusieurs générations. Lutter contre les processus mortifères à l'œuvre, en dégaier les partenaires, impose, dans un premier temps, de traiter ces perturbations relationnelles à deux niveaux : relations famille-professionnels et relations entre professionnels, en particulier dans le réseau, ainsi que l'accompagnement de la construction de tout nouveau liens.

Repères pour aborder la souffrance des professionnels

Issus de l'expérience clinique, des échanges inter et transdisciplinaires, ils sont présentés ici sous forme synthétique pour pouvoir être utilisés aisément par les intervenants.

Les professionnels vivent des mouvements émotionnels intenses. Leurs ressentis peuvent paraître étranges, troublants, violents. Ils peuvent se sentir angoissés, déstabilisés, incapables de penser (sidération), vides, excités, incompetents, impuissants, disqualifiés en tant que professionnels, isolés dans l'équipe. Ils peuvent se sentir dépassés par l'enfant et les parents, violents envers l'enfant et/ou envers les parents, négligents envers l'enfant et/ou envers les parents. Ils peuvent se sentir coupables.

Tous les professionnels sont touchés, quelle que soit leur discipline (des « psy » aux juges des enfants, en passant par les éducateurs, les assistantes sociales, les auxiliaires, les assistantes maternelles et familiales, etc.) et quelle que soit leur position hiérarchique.

Les institutions aussi sont en souffrance ; celle-ci

s'exprime par des situations de crise, de nombreux arrêts de travail, des demandes de formation en surnombre, un turn-over des directeurs administratifs, etc.

Les professionnels sont d'autant plus déstabilisés :

- que leur proximité est grande avec l'enfant et les parents,
- qu'ils travaillent à domicile,
- qu'ils sont isolés,
- que leur formation est insuffisante,
- que leurs institutions sont fragilisées et
- que la problématique de la famille entre en résonance avec leur propre fonctionnement.

Ils sont d'autant plus en difficulté :

- qu'ils ont en charge de nombreux enfants et de nombreuses familles de ce type. Mesure-t-on la gravité des pathologies rencontrées quand on demande à un éducateur spécialisé de mener des actions en milieux ouverts pour 31 enfants et donc autant de familles ?
- que les situations antérieures qui les ont malmenés continuent d'agir sur les nouvelles prises en charge, dans leurs relations tant avec les familles qu'avec les professionnels.

Ces mouvements émotionnels ne témoignent pas d'une incompetence ou d'un manque de professionnalisme.

Bien au contraire, ils résultent d'un investissement de la situation, d'un engagement dans les liens. Pour se consumer (*to burn out*), il faut d'abord s'être enflammé.

Les mouvements émotionnels, qu'ils ressentent souvent comme une entrave à leurs compétences de professionnels, ont une valeur sémiologique.

Ils nous renseignent sur le fonctionnement des partenaires au sein des relations parent-enfant-professionnel, sur leurs liens, sur leurs problématiques d'attachement. Mais quand nous sommes engagés directement dans la relation, il est très difficile de donner sens à nos ressentis. Il faut souvent sortir de l'émotion, reprendre de la distance pour relier ce que nous vivons à la relation avec la famille et aux résonances qu'elle provoque en nous. On ne peut pas lire de trop près! Par contre, savoir, à priori, avant même d'en saisir la signification, que ce qu'on éprouve a une valeur sémiologique diminue notre vécu d'impuissance, de déstabilisation (Hervé et al, 2008).

Nos ressentis nous renseignent aussi sur nous-mêmes, quand la problématique familiale résonne trop fortement en nous. Nous avons choisi des métiers de la relation d'aide (champ social, éducatif, judiciaire, thérapeutique). Ce choix correspond à une motivation profonde en nous, liée à notre histoire, en particulier à l'histoire de nos liens et à la façon dont des adultes ont pris soin de nous quand nous étions enfants. C'est tout à la fois notre force et notre fragilité.

Il est important, et rentable, de prendre en compte les ressentis négatifs des professionnels et d'aider des professionnels.

Sinon, nous l'avons vu, ils entravent leurs compétences et suscitent des dysfonctionnements majeurs dans le réseau des professionnels (disqualifications, conflits intra et interinstitutionnels, etc.) et alors, le risque est double :

Pour l'enfant et sa famille, risque d'aboutir à l'inverse du but recherché, et donc à l'absence de protection de l'enfant et à la pérennisation des maltraitances et négligences. Nous co-construisons

alors avec la famille la répétition. Ainsi, loin de protéger et de soutenir le développement de ces bébés exposés, sommes-nous entraînés à agir à l'encontre de leur intérêt, par exemple en organisant la discontinuité du lien par de multiples placements. Nous les maintenons dans un chaos relationnel, en leur refusant la possibilité de construire des relations d'attachement sécurisantes. Nous en faisons des «sans relation fixe, des SRF. La précarité relationnelle est encore plus grave que la précarité matérielle.

Pour les professionnels de la relation d'aide, risque d'éprouver des sentiments d'impuissance, d'incompétence, aboutissant au syndrome d'usure (*burn-out*), c'est-à-dire un état d'épuisement professionnel (Delbrouk, 2003 ; Truchot, 2004) se traduisant par :

- un état d'épuisement physique (fatigue chronique, troubles du sommeil), pas toujours présent ;
- un état d'épuisement émotionnel avec perte de l'estime de soi, accompagnés d'attitudes professionnelles négatives, ainsi qu'une perte de l'implication, envers les usagers : « Toutes sortes de stratégies anesthésiantes, protectrices contre la perception de la souffrance des patients », sont développées. L'intervenant vit dans un grand malaise professionnel, teinté de culpabilité. Le doute l'envahit ; il perd confiance en ses compétences techniques (Masson, 1990) ;
- des manifestations comportementales : mauvaise hygiène de vie, conduites addictives (tabac, alcool, café), irritabilité, agressivité ;
- avec des répercussions sur la vie privée.

Ressentir ces mouvements émotionnels doit fonctionner comme une alerte pour le professionnel : ce sont des clignotants majeurs qui nous imposent d'entrer dans un autre mode de travail.

Permettre que s'exprime la souffrance au travail et lui donner sens

« Chacun apprend à maîtriser les conséquences d'un éprouvé à condition qu'il soit reconnu par autrui, et non pas minimisé ou nié. »
(Visier *et al*, parution prochaine)

Permettre qu'elle s'exprime est la première étape pour prévenir et traiter la souffrance au travail.

Pour les professionnels, exprimer leur souffrance ne va pas de soi et ce d'autant plus qu'ils ne l'ont pas identifiée comme telle ou l'ont attribuée à leur propre incompetence ou à l'incompétence supposée d'autres professionnels, ou encore à leurs problèmes personnels. Ou bien ils craignent d'être jugés incompetents et d'être disqualifiés par les autres intervenants. Enfin, ils peuvent la méconnaître en raison de la teneur même de leurs ressentis.

Aussi est-il indispensable de créer d'abord un climat de confiance, avec une écoute empathique à l'égard de ces professionnels fragilisés voire meurtris, qui se vivent souvent comme incompetents ou en échec. S'ils se disent « déstabilisés », c'est bien pour traduire que leur « sentiment de soi » a été ébranlé par la confrontation à des troubles de la parentalité qui ont attaqué les repères fondateurs de l'humanisation. Aussi faut-il entrer en relation avec eux avec la même prudence, le même respect qu'avec les membres de la famille, qui sont de « grands brûlés relationnels ». Ils sont entrés dans des liens pathologiques marqués par les troubles de l'attachement et de l'intersubjectivité :

« Les situations dangereuses sont celles où l'intersubjectivité ne fonctionne que partiellement : assez pour être pris dans les émotions de

l'autre, pas assez pour distinguer ce qui revient à chacun. L'intervenant se retrouve chargé du poids des émotions de la famille, en l'éprouvant comme sien. » (Visier *et al*, parution prochaine).

Ce n'est pas donc seulement écouter, c'est aussi accepter l'existence de ces éprouvés aussi bizarres, inquiétants, inhabituels soient-ils, sans les nier, les minimiser. Il n'est pas facile de dire, par exemple, le dégoût et la colère éprouvés à l'égard d'un enfant qui vient d'abuser son petit frère.

Puis il faut soutenir le professionnel pour qu'il puisse déployer ses ressentis et exposer la situation en fonction de sa place dans la prise en charge ainsi que de sa propre logique professionnelle, en se gardant d'intervenir trop vite avec la nôtre. Le plus souvent nous intervenons par des phrases du style : « je comprends, c'est difficile, mais » ... On y met toute sorte de chose dans ce « mais » : par exemple « mais c'est drôle, quand je les vois, ça ne se passe pas du tout comme ça ». C'est le meilleur moyen pour que le professionnel taise sa souffrance.

Ce n'est que dans un second temps que se fait le travail de différenciation et réattribution des ressentis aux liens avec l'enfant, avec les parents. Puis nous en voyons la portée sémiologique pour la compréhension des processus psychopathologiques à l'œuvre et leur évolution, en repérant aussi les points positifs.

Accompagner les professionnels

Comment appliquer très concrètement cette démarche ?

Dans le fonctionnement quotidien des institutions et du réseau de professionnels

Dans le cadre des réunions institutionnelles :

D'abord faire de ces réunions, des espaces non seulement d'échanges d'informations et de prises de décision, mais aussi des espaces de reprise, d'écoute et de réflexion intégrant la dimension de la vie psychique et affective des protagonistes et les processus psychopathologiques à l'œuvre. Ce qui implique la présence de psychologues et/ou de psychiatres rompus à ces problématiques.

Dans les réunions du réseau :

Elles jalonnent les prises en charge car ces situations de protection de l'enfance imposent aux professionnels de travailler en réseau. Dans mon expérience, c'est souvent à ce niveau que la dynamique familiale se rejoue avec le plus de violence entre professionnels et où l'attention à l'enfant réel est la plus menacée, entraînant des décisions qui vont à l'inverse de nos objectifs initiaux.

C'est pourquoi les professionnels du réseau doivent bénéficier d'espace de réflexion et de reprise qui leur offre une possibilité de distanciation et d'élaboration. C'est ce que nous proposons au centre Myriam David dans le cadre du travail indirect.

Cela nécessite la présence d'un (ou de plusieurs) professionnel (s) non impliqué dans la situation (sinon ce professionnel est très vite, lui aussi, happé par la dynamique familiale), ayant une approche psychodynamique et connaissant bien ces problématiques.

Ces rencontres ne sont pas des réunions où l'on déverse ses émotions en parlant de soi, avec une analyse sauvage par le groupe. Elles s'apparentent plutôt à un processus de supervision des équipes et du réseau. Au lieu de donner un diagnostic psychiatrique, il importe surtout d'éclairer ce que vivent les professionnels dans la relation avec la famille, à la lumière des dysfonctionnements familiaux : par exemple, pouvoir relier les perceptions contradictoires, qui opposent deux professionnels, à la coexistence de sentiments opposés chez la mère (qui fait qu'elle demande le placement de l'enfant à l'assistante sociale alors qu'elle dit son désir de le garder à l'infirmière du secteur de psychiatrie adulte) permet de redynamiser les échanges. En reconnaissant leurs ressentis, en les réattribuant au lien établi avec la famille, nous en dégageons les professionnels ; nous redonnons à ces vécus une valeur sémiologique, favorisant ainsi une identification aux parents et/ou au bébé, dans le souci de réanimer l'empathie des soignants à l'égard de la famille mais aussi à l'égard des autres professionnels. Avec ce nouvel éclairage, nous co-construisons ensuite les interventions à venir avec une attention particulière à la différenciation des places et au renforcement des identités professionnelles, souvent menacées.

Le cadre de ces réunions doit être solide et maintenu avec la même rigueur que le cadre d'un traitement : réunions régulières (la fréquence varie suivant les situations de tous les mois à tous les 3 mois) avec les mêmes soignants de référence. Leur durée (1h1/2) doit permettre que s'installe un climat de confiance pour que les professionnels expriment des éléments de danger (maltraitance avérée, situations incestueuses), éléments qui peuvent n'apparaître qu'en fin de réunion... ou à la réunion suivante, avec la levée des mécanismes de refoulement et de déni. Les vécus concernant les bébés en grande détresse ne s'expriment pas aisément. Dire l'émoi,

l'excitation, mais aussi l'ennui, la sidération, le vide que suscite le contact avec un bébé, sans gêne et sans se vivre comme incompétente n'est pas si simple!

Nous sommes soucieux de limiter le contenu des échanges à ce qui est strictement nécessaire à la compréhension de la situation et qui peut se partager en respectant l'espace privé de la famille et le secret professionnel.

La stabilité des soignants de l'équipe ainsi que des professionnels du réseau a été précieuse dans ce travail. Avoir partagé au fil des années des situations cliniques à très hauts risques a permis que des liens de confiance s'instaurent. Ces liens nous protègent des disqualifications mutuelles trop hâtives et nous permettent aussi de partager des ressentis suscités par le contact proche avec l'enfant ou les parents, mais jugés inavouables.

C'est donc un temps indispensable si l'on veut rompre le cercle vicieux dans lequel la pathologie du lien nous précipite avec la famille. Nous pouvons mieux articuler les représentations qu'apporte chacun des professionnels comme autant de pièces d'un puzzle, produites par des contextes relationnels différents et dont l'assemblage dessinera la famille dans la complexité de son fonctionnement, avec sa vulnérabilité et ses ressources. C'est alors seulement que les professionnels pourront sortir du conflit et travailler dans la différenciation et dans la complémentarité et que pourra être pensée la prise en charge. C'est ainsi que se constituera une enveloppe partenariale autour de la famille (Parret, 2001) : elle permettra aux professionnels de déployer leurs compétences et leur créativité, en gardant l'enfant au cœur de leur préoccupation.

Le réseau d'intervenants redevient un système dynamique ouvert à d'autres alliances et donc toujours

renouvelé, visant à un maillage protecteur et créatif pour le bébé et ses parents.

Quelques repères concernant la clinique de ces situations préoccupantes nous ont guidés dans ces réunions :

- Différencier la parentalité des liens affectifs, déjà évoqué
- Penser en terme de triade et pas seulement de dyade : pris dans ces relations fusionnelles mère-nourrisson, nous pensons trop souvent en termes dyadiques, en miroir de l'impossibilité pour beaucoup de ces parents d'établir une alliance triadique père-mère-bébé.

La difficulté d'intégrer le père dans le dispositif d'aide ou de soin peut aussi avoir son origine dans la force d'exclusion du père par la mère.

Habités souvent par les représentations qu'en donne la mère, nous risquons, quand le père apparaît, de le disqualifier trop vite, en mettant au premier plan par exemple sa violence, sans la resituer dans la dynamique du couple et du système familial. Le père joue alors le rôle de «mauvais objet», protégeant ainsi l'image que nous, professionnels, nous faisons de la mère. Dans la réalisation du projet de placement, il peut être vécu comme un gêneur et ce d'autant plus qu'il n'y est pas associé, même s'il a reconnu l'enfant! Que faisons-nous de la paternalité et de ses troubles?

- Différencier le bébé imaginaire du bébé réel

Ce n'est pas si facile. C'est pourquoi il ne faut pas s'en tenir qu'au discours des parents. Quand nous observons les interactions comportementales parents-nourrisson et évaluons les pratiques de soin (éléments essentiels dans l'évaluation de la parentalité), que voyons-nous? L'absence d'investissement

de l'enfant réel par ses parents, leur intolérance à ses manifestations. Qu'entendons-nous ? Leur attachement au bébé imaginaire.

On comprend mieux alors les divergences entre équipes de psychiatrie adulte, qui voit l'adulte sans l'enfant, et les professionnels de la petite enfance, qui voient le parent avec l'enfant.

Alors qu'on craignait les effets dévastateurs de la séparation chez les parents, on est surpris de voir souvent une amélioration de leur fonctionnement ; certains peuvent se montrer soulagés. Peut-être est-ce parce que nous les séparons de leur enfant réel, mais pas de leur enfant imaginaire ?

Pourquoi alors, quand certains parents ont besoin de nous parler de leur bébé imaginaire, leur répondons-nous aussitôt par la rencontre physique avec l'enfant réel, au risque de les désorganiser ? Ce qu'ils nous demandent, n'est-ce pas plutôt d'animer l'enfant imaginaire dont ils se différencient souvent si peu, et donc d'être écoutés pour eux-mêmes ?

Pourquoi restons-nous sourds à la demande de séparation d'avec leur bébé que nous font ces femmes alors qu'elles nous le disent, de toutes sortes de façons, par leurs comportements, par leurs actes ? Aussitôt surgit en nous la crainte de l'abandon du bébé par la mère alors que la mère demande une séparation physique pour protéger l'enfant. Ce qu'elle nous demande, c'est de protéger son enfant d'elle-même, de cette partie d'elle qui est le parent attaquant, maltraitant. L'enfant qui est en elle en sera aussi soulagé.

Il en va de même pour les rencontres parents-enfant quand l'enfant est placé :

« Nous gardons à l'esprit la discordance entre le désir manifeste de voir l'enfant, exprimé par des

demandes pressantes et souvent convaincantes du parent et les comportements qui nient ce désir : rencontres manquées, parfois pour tentative de suicide ou décompensation psychique avec hospitalisation. Ces réactions maintiennent vivace à notre esprit la formule de Myriam David inspiratrice de notre travail : « un nourrisson est dangereux pour une mère psychotique » et nous aident à résister en maintenant un cadre qui évite des rapprochements trop intenses, soulageant ainsi la mère autant que l'enfant (...) Le guide sera, comme toujours, les réactions et le développement de l'enfant » (Rottman, 2001 ; p 184).

- Le réglage de la distance mère-enfant se pose donc d'emblée dans ces situations.

Contrairement aux autres femmes, nous l'avons vu, trop de proximité physique avec l'enfant réel ne favorise pas les échanges : ces mères ont besoin de l'aide d'un tiers pour ne pas vivre la proximité comme trop dangereuse et ainsi découvrir leur enfant.

Plutôt que de penser en termes de tout ou rien (séparation/maintien à domicile), ainsi que nous entraîne à le faire la pathologie familiale, ne faudrait-il pas se demander : « Quelle est la bonne distance pour faire se rencontrer mère et bébé réel sans se désorganiser et avoir des échanges à prédominance positive ? » Comme le disait Myriam David, ne faudrait-il pas d'abord permettre à ces mères une prise de contact très progressive avec leur bébé, et ce dès la naissance ? C'est l'inverse de ce qui se fait habituellement : grande proximité puis séparation.

Les dispositifs institutionnels prévus par la loi :
Les médecins du travail et les CHSCT³ ont un rôle très important à jouer. La prise en compte de

3. Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

la souffrance des professionnels entre dans leur domaine de compétence au titre des «risques psychosociaux». De plus en plus sollicités, en raison aussi de la dégradation des conditions de travail, ils tentent de trouver des réponses, en se centrant plus particulièrement sur la prévention.

Les dispositifs spécifiques de soutien et d'accompagnement des professionnels pour prévenir et alléger leur souffrance et potentialiser leurs compétences

Initiales et continues, les formations sont très importantes car elles donnent des repères cliniques et théoriques. Elles permettent aussi, comme les formations continues extra-muros, que des professionnels de formation et d'institutions différentes échangent, se connaissent mieux et se comprennent, dans un contexte plus paisible que les rencontres autour de situations difficiles sur le terrain. Dans cette optique, citons le programme de formation «Écoutons ce que nous n'avons pas envie d'entendre» de l'association «je.tu.il...»⁴. Il propose une formation inter-institutionnelle et pluridisciplinaire s'appuyant sur un DVD interactif, véritable guide de questionnement, qui s'articule autour de trois mots clés : repérer, évaluer et signaler et de sept histoires présentées sous forme de fictions (Bétrémieux, Dumont ; parution prochaine).

Si les formations sont nécessaires, elles ne suffisent pas. Tous les professionnels ont besoin d'un soutien puisque qu'à chaque situation se rejoue la dramaturgie des liens.

La supervision (Vidit, 2007) et l'analyse des pratiques (Blanchard-Laville, Fablet ; 1996) sont des

dispositifs de soutien et d'accompagnement des professionnels qui se sont peu à peu mis en place. Ils sont issus de courants théoriques variés mais avec une influence prédominante de la psychanalyse et de l'approche systémique. Les besoins sont loin d'être couverts.

Toutes ces approches impliquent des processus de transformation dans la relation professionnel-usager. Elles doivent être faites par des professionnels expérimentés qui connaissent bien les situations concernées, associant troubles graves de la parentalité et pathologie du lien, ainsi que leur impact individuel et groupal sur les professionnels. Comme le souligne Roussillon (2007), «il n'y a rien de plus terrible que les superviseurs qui ne partagent rien de l'expérience clinique directe de ceux qu'ils supervisent». Favoriser le partage de la compréhension psychodynamique et des modélisations théoriques avec les professionnels de formations diverses et variées impose aussi d'utiliser un langage clair et accessible à tous.

Les contextes proposés peuvent être variés : intrasituationnels (supervision, analyse de pratiques) mais aussi interinstitutionnels dans le travail en réseau.

D'autres formes d'aide

D'autres modalités variées de soutien se sont créées : citons, pour les jeunes enfants, l'appui parental (Visier, 2005), l'observation thérapeutique des bébés dans des crèches (Lamour, Le Van, Niez, parution prochaine) ou dans des pouponnières (Lamour, Saint-Hilaire ; 2009). De plus en plus d'équipes de secteur ou d'intersecteur pédo-psychiatrique, proposent des temps réguliers de réflexion ouverts aux professionnels confrontés à

4. L'association, « je.tu.il... » conçoit et réalise des programmes de prévention et met en place des actions de sensibilisation et de formation pour accompagner la protection de l'enfance et de l'adolescence.

5. En France, Dispositif Expert Régional Pour Adolescents en Difficulté. Adresse mail : derpad.com.

ces situations. Citons aussi le DERPAD⁵ qui propose une consultation d'accueil et d'évaluation ouverte aux professionnels du domaine de l'enfance et de l'adolescence quand ils sont en difficultés, etc.

Conclusion

L'ampleur du malaise et l'intensité des ressentis négatifs qu'expriment les intervenants au plus près de ces familles, quand la possibilité leur en est donnée et ce quelles que soient leur discipline, leur institution et leur position hiérarchique, contrastent avec le peu de formation et d'écrits de professionnels de terrain sur ce thème.

Ce n'est pas surprenant car cette souffrance là est encore peu reconnue et encore moins conceptualisée comme une forme de souffrance au travail dans le cadre des « risques psychosociaux », c'est-à-dire des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique ou à la santé mentale des salariés. Cette expression souligne bien la dimension collective du problème et le rôle de la médecine du travail et des dispositifs comme, en France, les comités d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans sa prévention.

Tout dispositif institutionnel doit maintenant intégrer le fait que le travail direct auprès des familles présentant des troubles graves de la parentalité est déstabilisant.

Connaître et reconnaître cette souffrance au travail, la prévenir et la traiter nous apparaît de plus en plus comme indispensable. Cela contribuera à réduire l'écart, encore très important entre nos connaissances théoriques et nos pratiques, et à ne plus infliger aux enfants et aux familles une surviolence par des mesures qui vont à l'encontre de la protection de l'enfant, à condition ne pas infliger aux professionnels eux-mêmes une « surviolence » par des logiques gestionnaires et des pratiques de management déshumanisantes.

Bibliographie

- Berger M., *Les séparations à but thérapeutique*, Toulouse, Privat, 1992.
- Berger M., «Aide-t-on les enfants placés à penser? L'échec de la protection de l'enfance en danger, ou l'impossible changement», *Devenir*, vol. 14, n° 3, p. 197-238, 2002.
- Berger M., *Échec de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2002.
- Bétrémieux B., Dumont V. (parution prochaine). Ecoutons ce que nous n'avons pas envie d'entendre. In M. LAMOUR, M. GABEL, *Enfance en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse : Éres.
- Blanchard-Laville C., Fablet, D. (sous la direction de), *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1996.
- Carel A., Medjahed M., *Le traitement à domicile. Une forme de thérapie familiale*. Groupal, pp. 123-142, 2000.
- David M., *Le placement familial*, Paris, E.S.F., 1989.
- David M., Lamour M., Kreisler A., Harnisch R., «Recherche sur les nourrissons de familles carencées». *Psychiatrie de l'enfant*, 37, pp. 175-222, 1984.
- Dejours C., *Travail, usure mentale* (nouvelle édition), Paris, Bayard, 2008.
- Delbrouck M., *Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, De Boeck, 2003.
- Duboc M., «Des enfants "placés" : état des lieux». *Autrement*, 28, pp.127-149, 2001.
- Fablet D., « Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles, un moyen pour lutter contre l'usure professionnelle», *Les Cahiers de l'Actif*, 264-265, pp. 83-98, 1998.
- Fraiberg S., «Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance.» Tr. Française. *Devenir*, 1993, 5, 1, 7-29, 1981.
- Gabel M. (parution prochaine), «Montrer et parler de l'enfance en danger dans l'espace public : le rôle des médias». in M. Lamour, M. Gabel, *Enfance en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, Éres.
- Gaulejac V. de., *La société malade de la gestion* (nouvelle édition), Seuil, 2009.
- Guedeney, N., «Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement», in *Les métiers de l'enfance : des professionnels aux risques de l'usure*, Paris, Éditions de la Fondation pour l'enfance, pp. 33-46, 2007.
- Hervé M-J., Guedeney, N., Lamour, M., Perouse De Montclos M-O., Rusconi Serpa S., Visier J-P, Maury M., «Les ressentis négatifs du thérapeute, Partie 1 : un outil sémiologique?», *Devenir*, 20, 4, p. 293-318, 2008.

- Kaes R., «Souffrance et psychopathologie des liens institués. Une introduction». in R. Kaes et al, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 1996.
- LAMOUR M., «La souffrance des professionnels confrontés aux séparations précoces» in M. Blazy, A. Debourg, C. Mignot, (Éds), *Séparation précoce : rapt, échec ou soin?* Ramonville : Érès, Collection mille et un bébés, 2003.
- Lamour M., Barraco M., «Les représentations du bébé en souffrance chez les soignants.» in *Devenir*, 9,1, 33-58, 1997.
- Lamour, M., Barraco, M., *Souffrances autour du berceau : des émotions au soin*. Europe, Gaëtan Morin, 1998.
- Lamour M., Barraco M., «Péril en la demeure. Approches à domicile en psychiatrie du nourrisson.» in J.-G. Lemaire (Édt), *L'inconscient dans la famille*, Paris, Dunod, 2007.
- Lamour M., Gabel M. (parution prochaine). *Enfance en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, Éres.
- Lamour M., Lebovici S., «Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : Evaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques», *Psychiatrie de l'enfant*, 34, 1, pp.171-275, 1991.
- Lamour M., Le Van C, Niez L. (parution prochaine), «L'observation thérapeutique en crèche dans un centre maternel : un soutien aux auxiliaires en souffrance» in M. Lamour, M. Gabel, *Enfance en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, Éres.
- Lamour M., Saint-Hilaire, V., «Nourrissons et souffrance psychique en pouponnière. Prévenir la maltraitance institutionnelle et l'épuisement des professionnels.» *Cahiers de la Puéricultrice*, 231, p. 29-34, 2009.
- Malapert V. (parution prochaine). «Écrire sur sa souffrance au travail? ». in M. LAMOUR, M. GABEL, *Enfance en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, Éres.
- Masson O., «Le syndrome d'épuisement professionnel. Burn out.» *Thérapie familiale*, Genève, 11, 4, pp. 355-370, 1990.
- Mérigot D., *Familles en structure d'accueil. Approche systémique*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Morales M (parution prochaine). «La souffrance des professionnels de l'enfance : apports de la théorie de l'attachement». in M. Lamour, M., M. Gabel, *Enfance en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, Éres.
- Mous-Toutain, M. F. (parution prochaine). «Être grand-mère en PMI ou 30 ans sur le même secteur. De l'enthousiasme à l'usure». in M. Lamour, M. Gabel, *Enfance en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, Éres.
- Mérigot D., *Familles en structure d'accueil ; Approche systémique*. Paris, L'Harmattan, 1997.
- Parret C., Iguenane J., *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*, Paris, Dunod, 2001.
- Pezé M., *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, Paris, Pearson, 2008.
- Pinel J.P., «La déliaison des liens institutionnels. Perspective économique et principes d'intervention.» in R. Kaes et al, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris, Dunod, 1996.
- Rottman H., «L'enfant face à la maladie mentale de ses parents. Impact et traitement en placement familial.», *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49, pp. 178-185, 2001.
- Roussillon R., «Postface : les situations extrêmes et leur devenir dans A.E. Aubert, R. Scelles, (sous la direction de). *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*, Ramonville Saint-Agne, Érès, pp. 215-226, 2007.
- Rusconi Serpa S., Guedeney N., Hervé M.-J., Lamour M., Letronnier P., Visier J.-P., Maury M., «Les ressentis négatifs du thérapeute. Partie 2 : quelles stratégies thérapeutiques?», *Devenir*, 21, 1, p. 7-29, 2009.
- Sarfaty et al., *Le vécu des professionnels dans des situations médico-sociales lourdes impliquant de jeunes enfants*. DASSES Val de Marne, 1998.
- Soule M., Noel J., «Le grand renfermement des enfants dits "cas sociaux" ou malaise dans la bienfaisance», *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XIV, 2, p. 577-620, 1971.
- Truchot D., *Épuisement professionnel et burn-out. Concepts, modèles, interventions*, Paris, Dunod, 2004.
- Vedit J-P., «Un modèle d'aide aux professionnels confrontés aux situations difficiles» in *Actes du Colloque de la fondation pour l'enfance, Les métiers de l'enfance : des professionnels au risque de l'usure*, Paris, Janvier 2007.
- Visier J.-P., «Une expérience de supervision : l'appui parental», dans M. Gabel, M. Lamour, M. Manciaux (sous la direction de), *Protection de l'enfance, maintien, rupture et soins des liens*, Paris, Fleurus, coll. «Psychopédagogie», p. 391- 401, 2005.
- Visier J. P., Bécamel F., Maury M. (parution prochaine). «Des émotions des parents à celles des professionnels». in M. Lamour, M. Gabel, *Enfance en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, Éres.

Films pédagogiques :

- Lebovici, S., Lamour, M., Barraco, M., Gabel, M., 1993 : «Liens d'amour, Liens de haine 1 et 2». Disponible au département de psychopathologie clinique de l'enfant et de la famille de l'université Paris 13, 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny Cedex.
- Bétrémieux B., Dumont V. «Écoutons ce que nous n'avons pas envie d'entendre» ; DVD interactif support d'une formation faite par l'association «je, tu, il».

Temps d'Arrêt – Déjà parus

- **L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents.** Collectif.
- **Avatars et désarrois de l'enfant-roi.** Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.
- **Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique.** Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.
- **Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance.** Reine Vander Linden et Luc Røegiers.
- **Procès Dutroux ; Penser l'émotion.** Vincent Magos (dir).
- **Handicap et maltraitance.** Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.
- **Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants.** Catherine Marneffe.
- **Maltraitance et cultures.** Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- **Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux.** Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- **Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion.** Serge Tisseron.
- **Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles.** Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- **Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale.** Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkay, Gaëlle Renault.
- **L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ?** Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.
- **Voyage à travers la honte.** Serge Tisseron.
- **L'avenir de la haine.** Jean-Pierre Lebrun.
- **Des dinosaures au pays du Net.** Pascale Gustin.*
- **L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?** Pierre Delion.
- **Choux, cigognes, « zizi sexuel », sexe des anges...** Parler sexe avec les enfants ? Martine Gayda, Monique Meyfret, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe.
- **Le traumatisme psychique.** François Lebigot.
- **Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire.** Danièle Epstein.
- **À l'écoute des fantômes.** Claude Nachin.
- **La protection de l'enfance.** Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.
- **Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel.** Jean-Marie Forget.
- **Le déni de grossesse.** Sophie Marinopoulos.
- **La fonction parentale.** Pierre Delion.
- **L'impossible entrée dans la vie.** Marcel Gauchet.
- **L'enfant n'est pas une « personne ».** Jean-Claude Quentel.
- **L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?** Marie-Claude Blais.
- **Les dangers de la télé pour les bébés.** Serge Tisseron.
- **La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition enfantine actuelle.** Michèle Brian.
- **Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.** Dominique Ottavi.
- **Points de repère pour prévenir la maltraitance.** Collectif.
- **Traiter les agresseurs sexuels ?** Amal Hachet.
- **Adolescence et insécurité.** Didier Robin.
- **Le deuil périnatal.** Marie-José Soubieux.
- **Loyautés et familles.** L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman.
- **Paradoxes et dépendance à l'adolescence.** Philippe Jeammet.
- **L'enfant et la séparation parentale.** Diane Drory.
- **L'expérience quotidienne de l'enfant.** Dominique Ottavi.
- **Adolescence et risques.** Pascal Hachet.
- **La souffrance des marâtres.** Susann Heenen-Wolff.
- **Grandir en situation transculturelle** Marie-Rose Moro.
- **Qu'est ce que la distinction de sexe ?** Irène Théry
- **L'observation du bébé.** Annette Watillon.

Retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en lignes, ...

Egalement disponibles en Belgique

gratuitement sur simple demande au 0800/20 000

et téléchargeables sur yapaka.be



Livre de 80 pages
60.000 ex./an
Diffusion gratuite à chaque
élève de 4^{ème} primaire



Livre de 80 pages
60.000 ex./an
Diffusion gratuite via
les associations fréquentées
par les adolescents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an
Diffusion gratuite via les
crèches, écoles, associations
fréquentées par les parents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an
Diffusion gratuite via les
écoles, associations fréquentées
par les parents

