

Placer un bébé répond toujours à une nécessité de le protéger de la violence et de la destructivité qu'il subit dans son cadre familial.

Cependant, si la séparation est nécessaire, elle ne soigne pas. Aider un enfant à grandir au sein d'une autre famille ou en institution doit se penser dans la continuité de son histoire, en prenant en compte les difficultés et les souffrances et en organisant les soins et conditions nécessaires à son développement. Ces modalités comprennent aussi l'attention portée aux parents et le soutien à la famille d'accueil et aux professionnels.

Car prendre soin d'un enfant qui a vécu des relations carencées et présente des troubles du comportement représente un défi à relever ensemble.

Partant d'un besoin de continuité et de cohérence de soins, cet ouvrage apporte des pistes de réflexion aux professionnels engagés auprès des bébés négligés ou traumatisés.

PRENDRE SOIN DU BÉBÉ PLACÉ

LECTURES

PRENDRE SOIN DU BÉBÉ PLACÉ

Geneviève Bruwier

Psychologue clinicienne et psychanalyste, Geneviève Bruwier travaille dans le champ de la périnatalité depuis de nombreuses années. Co-fondatrice d'une Unité Parents-Bébé, elle exerce actuellement comme superviseuse et formatrice à l'Observation du Bébé selon Esther Bick. Elle est également psychothérapeute pour adultes.

GENEVIÈVE BRUWIER

TEMPS D'ARRÊT

yapaka.be

Coordination de la prévention
de la maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



yapaka.be

Prendre soin du bébé placé

Geneviève Bruwier

Temps d'Arrêt / Lectures

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.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Philippe Jadin 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, Administration générale de l'Aide à la Jeunesse, Administration générale des Maisons de Justice et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage : Mathieu Blairon, Nicole Bruhwyler, Etienne De Maere, Stephan Durviaux, Anne- Françoise Dusart, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert, Farah Merzguioui et Juliette Vilet.

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
Février 2017

Sortir le bébé de son milieu familial	7
Précisions préalables	7
Le devoir de protection	8
La séparation protège mais ne soigne pas	10
L'impérieuse nécessité du care	11
Le bébé, un être en construction	13
Créer le lien	13
Devenir parent	17
La construction psychique du bébé	19
Les traumatismes relationnels précoces	22
Défaillances des interactions précoces	22
Les effets neurobiologiques du stress	25
Les réponses adaptatives du bébé	27
Répéter l'histoire familiale?	30
Le risque d'un cercle infernal interactif	30
Incapacité et incompétence parentales	33
Les milieux d'accueil pour le tout-petit	35
La famille d'accueil	35
Le milieu institutionnel	41
« Hébergement » dans un service de pédiatrie	43
La place des parents	46
Quelle participation ?	46
Les visites parentales	49
Le care institutionnel	53
Une attention soutenue au vécu interne du bébé	53
Prendre soin de celui qui prend soin	55
En guise de conclusion	59
Bibliographie	61

Placer un tout-petit hors de son contexte familial est une pratique qui a toujours existé. Au fil des siècles, les raisons et modalités de placement ont changé suite à différents facteurs : évolution des connaissances du développement psychoaffectif de l'enfant et des processus psychiques et psychopathologiques de la parentalité, mutation des conceptions voire des idéologies de la famille et de l'éducation, reconnaissance internationale des droits de l'enfant (CIDE¹ 1989), mobilisation sociétale et politique dans nos pays donnant lieu à des changements au niveau législatif en matière d'aide à la jeunesse et de protection de celle-ci.

Après la seconde guerre mondiale, les travaux de Spitz et de Bowlby sur la perte, la séparation et les effets des carences relationnelles précoces ont impulsé les premières réformes dans la prise en charge du bébé placé. Au cours des dernières décennies, même si des changements notoires se sont opérés au niveau et au sein des dispositifs, poursuivre le questionnement sur la dimension du soin apporté au bébé placé est essentiel. Dans cette perspective, la notion de *care* se révèle précieuse. Contrairement au français qui ne possède qu'un seul mot pour désigner le soin, dans la culture anglaise, le terme *cure* souligne ce qui relève du traitement du corps malade et le mot *care* désigne un processus et une pratique du soin apporté à l'autre où se conjuguent l'attention et le souci permanent à son égard.

S'engager à parler du bébé séparé de ses parents, c'est se plonger dans la complexité car on touche

1. CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

différents registres qui sont liés entre eux : politique, éthique, culturel, affectif, développemental, psychologique et psychique. Cela requière également de s'extraire d'une position clivée où il s'agirait de décider dans le champ de la protection de l'enfant s'il faut rompre ou maintenir les liens entre lui et ses parents de naissance. Non seulement une telle position est réductrice mais elle ne résout pas les questions. En portant une attention particulière à tous les partenaires de la relation : le bébé, ses parents, la famille ou le lieu d'accueil ou d'adoption et les soignants, on est également amené à composer avec la complexité inhérente à la problématique du lien en tenant compte de la singularité de chaque situation.

Sortir le bébé de son milieu familial

Précisions préalables

La philosophie dans laquelle s'inscrit tout placement d'enfant hors de son contexte familial repose sur plusieurs lignes directrices. Autrefois mis à l'écart de toute décision concernant leur enfant, les parents sont actuellement considérés comme des partenaires auxquels différentes formules d'aide sont proposées, en privilégiant l'aide consentie à une aide contrainte. En donnant la priorité au milieu familial et au rôle des parents, l'objectif premier est de favoriser le maintien de l'enfant dans son milieu d'origine ou parmi les familiers de l'enfant. Ce n'est qu'en dernier recours que la mesure de placement est envisagée, et ce, a priori, de façon temporaire. Dans cette optique, la mesure de protection est posée dans l'attente de l'amélioration de la situation familiale afin que l'enfant puisse ensuite réintégrer son milieu familial, pour autant que cela soit possible.

Aussi, la décision de placement est-elle périodiquement réévaluée afin de déterminer si elle est maintenue, avec éventuellement une réorientation, ou si l'on envisage un retour à domicile avec un soutien et un accompagnement par des services d'aide.

Par ailleurs, décider d'un placement même temporaire implique d'assurer à l'enfant une prise en charge résidentielle dans un lieu d'accueil – famille ou institution – qui soit adéquat afin de lui prodiguer, le temps nécessaire, les soins indispensables à son développement.

Considérer le placement en termes de processus évolutif ouvre une perspective autre que la simple

application d'une mesure qui consisterait à tenir compte uniquement des dysfonctionnements relationnels au sein de la famille et à exclure donc les parents. Bien que la décision de placement convoque de multiples partenaires – l'enfant, ses parents, les intervenants sociaux et juridiques, la famille d'accueil ou les soignants – il reste que toute mesure de séparation ou poursuite de placement hors du milieu familial non seulement vise la protection de l'enfant mais ne se décide qu'en fonction de l'intérêt de celui-ci. Et, si intégrer les parents dans un partenariat reste une donnée essentielle pour la construction psychique du bébé, cela peut se décliner différemment selon les capacités parentales à pouvoir faire grandir leur enfant.

Le devoir de protection

Sortir un enfant de son contexte familial intervient lorsque la notion de danger est présente. L'obligation de le protéger se justifie du fait de la fragilité et de la vulnérabilité inhérente à sa dépendance à l'autre pour survivre. Bien que la notion de maltraitance porte autant sur les actes physiques que psychologiques, la plupart du temps, c'est la sauvegarde physique du bébé qui prime. L'acte de séparation veut marquer un point d'arrêt dans un processus interactionnel délétère pour la survie et/ou la vie psychique d'un enfant. Il s'agit de le protéger de la violence et/ou de la destructivité qu'il subit et/ou dont il est témoin dans son milieu d'origine.

Majoritairement, la nécessité de séparer un tout-petit de ses parents s'appuie sur des faits de négligences ou de maltraitements graves. Différentes modalités de séparation existent. Parfois, ce sont des inquiétudes ressenties par des professionnels qui suscitent la décision d'une séparation limitée dans le temps. Cette dernière a pour objet de prendre un temps d'observation et d'évaluation de l'état somatique et psychique du bébé ainsi que de la qualité des liens et des interactions avec ses parents afin de déterminer

ce qui sera le plus adéquat pour les différents partenaires de la relation.

Mais trop souvent encore, la décision en question se prend dans l'urgence, rendant la séparation d'autant plus douloureuse et traumatisante pour l'enfant et ses parents. Or, ce qui est le moins dévastateur lorsqu'une séparation est inévitable, c'est de l'anticiper et de la préparer. Pour ce faire, la mise en place d'un dispositif de soins du lien parents-enfant et des troubles de l'enfant devrait non seulement accompagner mais précéder toute mesure séparatrice et se poursuivre le temps que dure la séparation.

D'autre part, dans les situations de négligences graves, les signes de souffrance du bébé sont parfois mal repérés. La capacité d'attention au bébé ne va pas de soi. Et le professionnel, en étant happé à son insu par le discours parental et la problématique familiale, peut oublier de regarder le bébé.

Lorsque je rencontre pour la première fois Isa, elle a 2 ans. Ses parents sont toxicomanes. Isa a passé la majeure partie de son temps dans un parc... Elle a toujours le sourire aux lèvres, ce qui fait dire à sa mère et au professionnel qu'elle est une enfant « qui va bien ». D'emblée, elle m'interpelle par son comportement. À peine sortie de son buggy, elle se met à déambuler, passant d'un coin à l'autre de la pièce en n'échangeant aucun regard avec l'adulte et en baragouinant des sons incompréhensibles, comme si elle s'en enveloppait... Ainsi, Isa, avec ce sourire constant aux lèvres, est apparue comme une enfant rassurante alors que, au-delà de son sourire non habitué, son comportement témoigne de difficultés d'être en relation avec l'autre.

En fonction de la mission de la structure d'accueil, la prise en charge offerte au bébé sera différente. Parmi les dispositifs existants, il y a la famille d'accueil d'urgence ou de longue durée, l'institution ou le service de pédiatrie. La confrontation à un manque de places disponibles en institution ou dans les familles

d'accueil nécessite un « bricolage » des solutions, sans qu'on puisse éviter parfois des placements successifs. Par exemple, un bébé peut être placé dans un service de pédiatrie en attente d'un lieu de placement en famille d'accueil d'urgence, avant d'être placé ultérieurement soit dans une autre famille d'accueil soit en institution. Or, le manque de cohérence et de projet pour un enfant est toujours source pour lui de souffrances supplémentaires.

La séparation protège mais ne soigne pas

Pour l'enfant, être placé ajoute une fragilité supplémentaire, que Myriam David nomme « le mal du placement », ajoutant : « la séparation n'est pas en soi un traitement, ce n'est qu'un instrument nécessaire à l'établissement et à la poursuite du traitement ». Et ce traitement demande qu'on prenne soin du bébé et de ses parents. Lorsqu'une séparation est inévitable, le bébé a besoin non seulement de recevoir des soins particuliers mais aussi de sentir que l'on prend soin de ses parents, si défaillants ou maltraités qu'ils soient. Une séparation physique ne signifie pas une séparation psychique ; tout enfant, aussi petit soit-il, est toujours attentif et reste sensible à la façon dont on parle de ses parents, et ce, même s'il semble endormi. Tel Rémi qui, à plusieurs reprises, est arrivé endormi dans les bras de sa « nounou » mais ouvrant l'œil dès que les propos concernaient les rencontres avec sa mère.

Du côté du parent, l'accompagner dans le processus de séparation de son enfant est l'aider à percevoir les différents aspects inhérents à la fonction parentale. Reconnaître qu'il sera toujours le parent de naissance de son enfant, qu'il peut l'aimer et être aimé de lui, ouvre parfois sur la douloureuse question de ses fragilités et défaillances pour aider son enfant à grandir. À l'occasion, cela lui permet de les admettre et de légitimer la prise en charge de cet enfant par autrui.

L'impérieuse nécessité du care

Si la décision de placement d'un tout-petit répond à une nécessité de sauvegarde physique et psychique, il faut aussi que les conditions de placement, famille d'accueil ou institution, lui permettent de trouver un lieu fiable, stable et structuré qui assure une continuité de la fonction soignante. Ainsi, le rôle d'une institution n'est pas d'assurer un lieu où le bébé, placé suite à de graves négligences ou maltraitements, passe son temps en attendant qu'une solution se dégage. Il a besoin d'un dispositif de soins et d'accompagnement assumé par des adultes lui offrant non seulement de la continuité mais aussi des soins « sur-mesure » tout en tenant compte, d'une part, de ses parents et, d'autre part, de la famille d'accueil ou des soignants.

Quel que soit le lieu d'accueil, il s'agit de prendre en considération l'ensemble des problèmes que pose le care auprès d'un bébé soigné par un autre adulte que son parent. Plus particulièrement, au niveau du bébé et de ses parents, il s'agit de porter attention, d'accorder le même intérêt et soutien à chacun, et ce en fonction des besoins spécifiques de chacun afin d'apaiser les inquiétudes inhérentes à la séparation. Autrement dit, ce qui pourra se révéler soignant pour le bébé négligé ou maltraité, c'est non seulement l'attention qui lui sera portée mais également l'attention qui sera portée à son parent et à sa parentalité. Ainsi, dans les situations où le parent ne peut assumer que partiellement sa parentalité, cela permet aussi de découvrir les bienfaits possibles des mesures de distanciation.

L'observation des bébés placés en institution confirme que le bébé négligé, placé dans un lieu où les soignants lui assurent une prise en charge sécurisante, contenante et cohérente, retrouve des compétences interactionnelles et améliore son développement, même si les différents aspects développementaux n'évoluent pas au même rythme. On ne peut qu'insister sur une prise en charge précoce du

Le bébé, un être en construction

bébé négligé ou maltraité. Car la gravité des troubles psycho-affectifs, psychiques et développementaux d'un bébé varie en fonction de la durée d'exposition à des dysfonctionnements relationnels répétés et/ou continus. Plus le bébé y est soumis, plus des troubles risquent de s'ancre et de devenir plus difficilement mobilisables. Tous les bébés ne disposent pas des mêmes ressources pour faire face aux problèmes ; certains sont plus résilients que d'autres. Mais, il est acquis que permettre précocement à un bébé de faire des expériences interactives de qualité soutient plus rapidement et plus facilement une reprise de son développement.

Toutefois, il arrive encore que des bébés soient soumis à des dispositifs d'accueil qui ne peuvent répondre en tout ou en partie à ses besoins relationnels et psychiques. Cela peut être dû à un manque de moyens et/ou une méconnaissance du développement physique mais également psychique du bébé et des effets induits par des traumatismes relationnels précoces.

Créer le lien

La compréhension du développement psychique du bébé s'appuie sur plusieurs notions qui, bien qu'elles mettent chacune le focus sur un aspect spécifique, sont nouées : l'attachement, les compétences du bébé, les interactions et l'intersubjectivité.

Avec la théorie de l'attachement, Bowlby a pointé, d'une part, l'existence d'un ancrage biologique dans la construction des liens affectifs chez l'enfant et, d'autre part, l'influence de la qualité des soins qui lui sont donnés sur l'élaboration progressive de représentations de lui-même et de ses figures d'attachement. En se constituant peu à peu au cours des premiers mois de vie du bébé, ces représentations s'inscrivent dans son psychisme et servent de points d'appui pour donner forme aux relations ultérieures. Selon la qualité des interactions, le comportement d'attachement est dit *sécuré* ou *insécuré*.

Un parent sécurisant est un parent disponible physiquement et psychiquement, sensible et répondant aux besoins de son enfant, fiable et prévisible. En s'appuyant sur lui, l'enfant développera une base de sécurité pour explorer son environnement. Dans un contexte de dysfonctionnements relationnels, le parent présente peu ou pas ces différentes composantes liées au développement d'un attachement sécuré. Aussi l'enfant se construit-il sur base d'un attachement insécuré qui peut se décliner sous diverses formes. L'attachement appelé « ambivalent ou résistant » met l'enfant dans une situation où il ne sait pas s'il peut compter sur l'aide de l'adulte en cas de détresse ou d'angoisse. L'autre attachement,

dénommé « évitant », dépeint un enfant qui n'a pas confiance dans l'aide et les soins de l'entourage et semble indépendant. Ces modalités d'attachement s'inscriront partiellement ou plus durablement si l'enfant ne rencontre pas précocement une figure d'attachement fiable, stable et sécurisante.

Par ailleurs, une autre modalité d'attachement spécifique désignée comme « attachement désorganisé » vise la situation où le parent répond de manière contradictoire et imprévisible aux besoins de son enfant. En intégrant un mode de fonctionnement similaire à son parent, le bébé présente aussi des attitudes contradictoires, de la désorganisation associée et de la peur. Ainsi, il peut chercher à s'agripper tout en se détournant de l'adulte, avoir des stéréotypies, être figé... Souvent, ce type d'attachement se retrouve chez l'enfant qui a connu la maltraitance ou la violence de la part de l'adulte.

La notion des compétences du bébé a modifié considérablement le regard qui lui était porté. Du bébé immature et passif, on est passé à un bébé compétent, un bébé acteur, capable de réagir à son environnement et même de susciter des interactions avec l'adulte. Et, au sein de processus interactif entre un bébé et son parent se glisse la notion d'intersubjectivité, soulignant le fait que les partenaires de la relation interagissent en fonction de leur propre subjectivité.

En s'appuyant sur ses compétences sensorielles et motrices, le bébé témoigne de son désir de relation à l'autre. Et c'est à partir de son corps, de sa sensorialité et de sa pulsionnalité que s'origine sa vie psychique. Dans ses expériences sensorielles et perceptives, le bébé va repérer progressivement des invariants sur lesquels se fondent ses représentations. Par ailleurs, s'il naît avec des compétences sensorimotrices, il a néanmoins besoin pour les développer d'un adulte capable de prendre soin physiquement et psychologiquement de lui. Pour se construire et pour construire sa subjectivité, le bébé

a besoin de vivre des expériences intersubjectives faites de partage d'émotions et d'affects.

C'est au cours des soins quotidiens que s'exprime la qualité des interactions précoces (leur pauvreté ou leur richesse). Celles-ci se déploient sur trois registres qui s'articulent intimement : comportemental, affectif et fantasmatique. Les interactions comportementales, facilement observables, décrivent les échanges corporels, visuels et vocaux. Les échanges corporels concernent la manière dont un enfant est tenu, porté, manipulé et touché par le parent. En parlant de holding, Winnicott décrit un portage corporel en lien avec un portage psychique. Le parent porte son bébé comme il le porte dans sa tête au niveau de ses représentations psychiques.

Le terme de dialogue tonique reprend les ajustements corporels et toniques entre l'enfant et son parent. Cela se manifeste lorsque le bébé se love, se blottit. Si, au contraire, le bébé se raidit, s'arc-boute, il se crée une dysharmonie dans le portage. L'interpénétration du regard fonde ce qui est appelé, le « dialogue œil à œil ».

Au niveau des échanges vocaux, les cris et les pleurs du bébé déclenchent habituellement des affects chez le parent, affects qui le poussent à agir et à trouver une réponse adéquate à l'appel ou à l'état de détresse du bébé. Par ailleurs le parent, en s'adressant au bébé, adopte spontanément un « parler bébé » appelé mamanais qui témoigne de sa réceptivité et de son état émotionnel.

Les interactions affectives se réfèrent à l'atmosphère affective où interviennent les affects et les sentiments éprouvés lors des interactions : bien-être, plaisir, tristesse, indifférence, insécurité, haine... Elles servent de socle sur lequel le bébé s'appuie pour accéder à l'intersubjectivité, car il perçoit dans une certaine mesure l'état affectif de son parent. L'accordage affectif désigne le partage d'état affectif où le parent répond au message du bébé en utilisant

une modalité d'expression équivalente donnant au bébé le sentiment d'avoir été compris. On pourrait dire « être sur la même longueur d'ondes ».

Comme le mot l'indique, les interactions fantasmatiques renvoient aux aspects inconscients qui imprègnent les interactions. Elles donnent sens aux interactions comportementales. Au cours des soins de maternage et à l'insu du parent, filtrent des représentations et identifications issues du passé qui donnent une tonalité et une coloration singulières à la relation que le parent établit avec son bébé.

Ainsi l'exemple de cette mère qui me dit en parlant de sa fille : « C'est une dominante, elle n'écoute pas, n'en fait qu'à sa tête. » Cela met la mère hors d'elle et crée des conflits incessants dans la relation. Sans s'en rendre compte, au cours de l'entretien, elle décrit, en parlant de sa propre mère, une mère impulsive et « dominante », ajoutant : « C'était insupportable et j'explosais »... C'est en parlant que cette mère découvre qu'elle reproduit une modalité interactionnelle qui jusque-là ne lui était pas apparue.

Le processus dynamique dans lequel s'instaure un partage d'expériences et des rencontres intersubjectives nécessite des ajustements constants entre le parent et le bébé. Ces ajustements portent sur la perception de signaux, leur déchiffrement et l'adéquation de la réponse de chacun des partenaires. Aussi, il faut d'une part que le bébé soit compétent pour accepter, rechercher, susciter l'échange et que d'autre part la mère accède à une réorganisation identitaire permettant de s'ouvrir à la fonction maternelle. Dans le processus de la parentalité, le père connaît également une mobilisation psychique qui s'apparente à une « crise existentielle » ; vécue de manière différenciée par rapport à la mère, cette mobilisation psychique fait resurgir la tonalité des liens qu'il a eus avec ses parents et la manière dont son père a exercé sa fonction paternelle.

Devenir parent

Les remaniements psychiques liés à la grossesse donnent accès à ce que Winnicott a appelé la préoccupation maternelle primaire. Débutant au cours de la grossesse, cet état émotionnel particulier se poursuit plusieurs semaines après la naissance du bébé et permet à une mère « suffisamment bonne » de s'identifier à son bébé, de s'adapter à ses besoins et d'y répondre le plus adéquatement possible. Conjointement à ce mode de fonctionnement psychique, se développe une capacité de rêverie maternelle rendant possible la transformation des expériences vécues comme insupportables par le bébé en expériences supportables.

Par sa capacité à s'identifier à son bébé, la mère transforme les données sensorielles et émotionnelles brutes en pensées et représentations. Concrètement, de manière intuitive, une mère parvient à convertir les cris, les pleurs et affects de son bébé en pensées et représentations qui soient au plus près de l'état émotionnel du bébé et, par-là, parvient à les contenir. Et, ce faisant, une mère adopte une fonction de pare-excitation, protégeant ainsi son bébé d'un trop-plein de stimulations qu'il n'est pas capable d'intégrer.

Bion Parle ainsi de la « fonction alpha », appareil psychique à fabriquer des pensées, qui transforme les données sensorielles et émotionnelles brutes dites « éléments bêta » en pensées et représentations, appelées « éléments alpha ». Cette fonction alpha dépend de la réceptivité maternelle à pouvoir s'identifier à son enfant.

En s'adaptant le mieux possible à son bébé, et ce dans la continuité, une mère assure à son enfant une continuité psychique quels que soient les sentiments, actions ou émotions vécus par lui. Cette continuité psychique donne au bébé le sentiment continu d'exister. Du fait du rythme veille/sommeil et des activités professionnelles ou de loisirs, des séparations physiques avec le parent sont inévi-

tables. Et le plus attentif des parents n'est pas toujours d'humeur égale ni disponible à son enfant. La discontinuité est présente dans toute relation, aussi bonne soit-elle ; en conséquence, il faut composer avec elle et trouver ce qui peut aider l'enfant à faire de la continuité dans la discontinuité. Le doudou, par exemple, est un objet qui a cette fonction de « pont » en l'absence de l'adulte.

Par ailleurs, la parentalité mobilise des enjeux narcissiques puissants qui interfèrent dans la relation avec le bébé. Arriver à répondre aux besoins du bébé nécessite de se décaler de son narcissisme pour parvenir à considérer son enfant comme un sujet à part entière, séparé de soi. Lorsqu'une mère trop centrée sur elle-même donne la priorité à ses propres besoins infantiles, le bébé risque d'être négligé ou considéré comme un rival narcissique. A contrario, une mère exclusivement centrée sur le bébé l'empêche de se développer.

À cela s'ajoute une autre dimension présente dans toute relation affective : l'ambivalence ordinaire qui fait coexister des désirs antagonistes. Ainsi, aux souhaits de vie et de développement de son enfant, s'associent à l'occasion des sentiments hostiles voire destructeurs, la plupart du temps refoulés. Cette part d'ombre participe aussi au processus du devenir parent dans la mesure où elle comporte des mouvements de différenciation et d'altérité envers son enfant.

Dans le lien ordinaire parent-bébé, les sentiments hostiles envers le bébé sont issus des désillusions, déceptions et frustrations qu'impose le bébé. Cela se retrouve dans les expressions comme « il me pompe l'air », « je ne l'ai plus dans les pattes », « elle me prend tout »...

Vouloir dénier ces sentiments est prendre le risque de passages à l'acte, d'actes meurtriers visant le bébé. Ces pensées et sentiments agressifs impliquent donc l'exigence d'un travail psychique afin de les

reconnaître, de les contrôler, de les intégrer et éviter ainsi un dérapage destructeur.

La construction psychique du bébé

À partir de sa sensorialité et de ses perceptions, les compétences psychiques et cognitives du bébé se développent pour autant qu'il soit immergé dans un environnement favorable. Ce sont les partages intersubjectifs d'expériences et d'émotions qui serviront de socle au déploiement de sa pensée et de sa subjectivité.

À la naissance, les différentes fonctions psychiques du bébé sont précaires et ne sont pas reliées entre elles. Il n'a pas encore les outils psychiques pour différencier et anticiper ce qui va (lui) arriver. Aussi, la première fonction psychique qui se développe est-elle une fonction de liaison, le bébé cherchant à relier les sensations entre elles. Ce sont les rythmes et la régularité des soins et dans les soins qui vont lui permettre de développer la capacité psychique de repérer et mémoriser des invariants, même si ceux-ci présentent de légères différences. Outre le fait d'éprouver un sentiment de continuité, la construction de micro-représentations qui se complexifieront au fil du temps est source d'anticipation et de sécurité pour lui.

Faire l'expérience au quotidien d'être contenu physiquement et psychologiquement par son parent permet au bébé non seulement de s'identifier à ce dernier mais également de développer une représentation psychique de lui-même, appelée peau psychique : il se sent alors suffisamment contenu dans sa propre peau et grâce à sa peau. Lors des soins, si le bébé expérimente que les différentes modalités sensorielles qu'il ressent (le portage, la voix et les paroles qui lui sont adressées, l'enveloppement, le sentiment de plénitude interne) sont liées entre elles, qu'il n'y a pas de discordance par exemple entre le portage et la voix, il expérimente un rassemblement interne de

ses sensations dans son corps. . Autrement dit, le bébé développe peu à peu un vécu d'unité interne du fait même d'expérimenter que les différentes parties de lui-même sont rassemblées et contenues à l'intérieur de lui. De plus, en vivant une cohérence entre ses expériences corporelles et sensorielles issues du monde extérieur et celles provenant de son monde interne, le bébé intègre la perception que sa peau délimite l'espace entre le dedans et le dehors. Ainsi progressivement, il va pouvoir distinguer ce qui vient de lui de ce qui appartient à l'autre.

Cette représentation est primordiale car, si elle fait défaut, il va s'agripper à des sensations non reliées entre elles mais qui lui donneront l'illusion d'un rassemblement interne. Ces agrippements sont des stratégies de survie que le bébé développe face à l'inconstance et l'incohérence de son environnement pour se construire faussement un sentiment de continuité.

Ils se déclinent sous différentes formes : la recherche d'un objet sensoriel qui puisse capter toute son attention (la voix, la lumière, l'odeur...), le raidissement de son corps ou une activité incessante.

L'observation d'agrippements chez un bébé révèle un mode défensif pour lutter contre ses angoisses, dénommées aussi agonies primitives. Celles-ci procurent des sensations qui s'apparentent à la sensation de tomber en morceaux, de chute incessante, de se désintégrer, d'être anéanti, de se liquéfier... Elles sont présentes dans le développement normal du bébé mais atténuées grâce aux interactions contenant et bienveillantes de son entourage.

Dans tout parcours de la parentalité, il existe des moments où le bébé vit de la discontinuité dans les soins, un désaccordage affectif, un portage non contenant, un non-ajustement... confrontant le bébé à un excès de tensions. Celles-ci peuvent par ailleurs être également suscitées par des perturbations physiologiques internes. Mais, confronté à un surcroît de

stress, le bébé dispose de capacités défensives lui permettant de l'évincer. Pour ce faire, il adopte différentes stratégies ; celles-ci, également présentes dans le développement normal, sont rapidement réversibles dès qu'il retrouve de l'attention à son égard et que les interactions se réajustent.

Par contre, le fait d'être soumis répétitivement et régulièrement à des dysfonctionnements relationnels majeurs obligera le bébé à maintenir ces stratégies de survie au détriment du développement de sa vie psychique. En s'ancrant durablement, elles affectent les différentes sphères de son développement : relationnelle, émotionnelle, affective, motrice, cognitive, ainsi que sa sociabilité.

Les traumatismes relationnels précoces

Défaillances des interactions précoces

La majorité des bébés qui présentent ultérieurement des traumatismes relationnels précoces naissent avec le même potentiel de développement affectif, cognitif, relationnel que les autres enfants. Ce qui les différencie est le fait d'avoir été soumis à des négligences et/ou à de la violence active ou passive en début de vie. Dans ces situations, les moments de rencontres entre le bébé et son parent sont souvent une succession de ratés dans les partages d'expériences émotionnelles et affectives. Ce qui fait traumatisme pour le bébé sera la répétition et/ou la permanence d'expériences inadéquates.

Vivre au quotidien des interactions marquées par la discontinuité, l'imprévisibilité et le chaos est donc délétère pour le développement psychique du bébé. La plupart du temps, le fait de la discontinuité se retrouve déjà au sein de la famille et dans les soins quotidiens. Conjointement à une instabilité fréquente dans le couple, il arrive souvent que l'un ou l'autre parent ou les deux connaissent ou ont connu des ruptures avec leurs propres parents, signe d'une discontinuité inscrite dans les générations précédentes. Vis-à-vis du bébé, le contact et la qualité des relations aux moments de soins sont aussi teintés par la discontinuité, l'imprévisibilité et l'incohérence du fait des brusques changements d'humeur du parent, lui-même pris dans la tourmente de ses propres difficultés.

Au niveau des interactions, on constate régulièrement une oscillation entre deux extrêmes : soit un surinvestissement avec ou non excès de stimulation,

soit un désinvestissement et/ou un délaissement. Les échanges, en s'instaurant dans une alternance permanente de recherche de fusion et d'abandon, font vivre successivement au bébé des moments de corps-à-corps avec le parent, tel un collage étouffant et qui entrave ses mouvements pulsionnels et moteurs, et des moments de lâchages. Dans ces scénarios, il est souvent l'objet de projections de la part du parent.

Ainsi, un père, en parlant de son fils âgé de 14 mois, me dit « il m'en veut » alors qu'à ce moment-là, Ethan partait chercher un jouet. Cette expression illustre la part projective de ce père : du fait qu'Ethan s'éloigne de lui, il lui suppose une intention agressive. Ces attitudes sont la marque d'une difficulté, voire d'une intolérance du parent à reconnaître et accepter les processus d'individualisation et d'autonomisation de son enfant, processus inhérents à son développement.

Les défaillances dans les interactions précoces s'expriment dans les différentes modalités interactionnelles. Sur le plan des interactions comportementales, les soins et le portage ne procurent pas au bébé un sentiment de sécurité et de contenance. Ainsi, le bébé peut être porté comme un paquet ou sur un mode collé empêchant des interactions visuelles et langagières.... Le regard partagé, appelé dialogue œil-œil et qui permet de créer de la continuité, est peu présent. Les échanges langagiers sont pauvres voire inexistantes. Et souvent, les paroles et mots employés révèlent une incompréhension des besoins du bébé. À la difficulté de déchiffrer ses appels correspond une non-réponse ou une réponse inadéquate. S'y ajoute l'idée toujours prégnante que le bébé ne comprend pas. Le bébé, lui, vit une distorsion entre ses sensations et l'interprétation qui lui en est retransmise.

Se pose également la question de la violence faite au bébé ; elle peut se présenter sous diverses formes non exclusives. À côté des actes agressifs faits sur

le corps du bébé, il y a la violence non agie à son égard. Être témoin de conflits conjugaux ou familiaux peut provoquer des troubles graves chez lui car il ne fait pas de distinction nette entre soi et l'autre du fait de l'immaturation de sa construction psychique.

Lors des interactions affectives, si le parent n'a pas ou peu connu des manifestations de tendresse durant son enfance, il arrive qu'il confonde tendresse et sensualité. Cette confusion s'exprime dans le langage et/ou lors de soins prodigués au bébé. À l'occasion, cela peut conduire à une érotisation de la relation. En parlant de son fils, âgé de 2 mois, Madame E. m'explique qu'il a besoin d'amour, qu'il est nerveux pour cela, ajoutant lorsque son fils sourit : « il drague » ou « il a sa petite copine ».

Suite à une suspicion de violence, Eva est placée à l'âge d'un mois. Lors de visites de son père, je ressens un malaise lorsqu'il la prend dans les bras pour la loger au creux de son cou. Il se replie complètement de telle manière que je ne vois plus la petite mais j'entends dans un murmure des mots d'amour à elle adressés. Tout en cherchant à être consolé par sa fille, il lui parle comme s'il s'adressait à sa partenaire. Et, lorsque je parlerai au nom d'Eva en signifiant à ce père que sa fille ne peut pas assumer de telles fonctions du fait qu'elle est sa fille et qu'elle est beaucoup trop petite pour cela, il se redresse un peu. Je vois alors qu'Eva s'est retirée dans le sommeil.

Dans une attente narcissique excessive, le parent peut éprouver des difficultés voire une impossibilité à penser que le bébé a des besoins et des ressentis différents des siens. Le bébé est alors investi comme un objet narcissique, soit comme un prolongement de soi-même.

Madame V. consulte avec sa fille âgée d'un an et qui présente un refus alimentaire. Dans les propos et les attitudes de cette mère se dévoilent ses difficultés à laisser sa fille s'autonomiser et s'individualiser. Madame V. fait des crises d'angoisse dès

qu'elle n'est pas avec sa fille car elle le vit comme un « arrachement ». Marie est « sa poupée » qu'elle tient souvent contre elle car elle veut être « à 100% avec elle ». Madame V., enfant, était une « super glu 3 » avec ses grands-parents... Un difficile travail va s'amorcer avec cette maman et son enfant afin de permettre à l'une et à l'autre de se dégager de liens étouffants.

Les effets neurobiologiques du stress

La répétition d'expériences corporelles, relationnelles, émotionnelles et affectives inadéquates fait vivre au bébé des moments de stress, d'angoisse et d'empiétement sur son psychisme naissant. De tels moments ont un effet sur le développement de son cerveau. Suite à l'apport des neurosciences et de l'épigénétique² sur la connaissance du développement moteur, psychoaffectif et psychique du bébé, le lien a été démontré entre le déploiement des circuits neuronaux et des connections synaptiques avec la qualité des expériences relationnelles par lesquelles il passe.

Habituellement, toute situation de stress libère des hormones dont le cortisol. Appelé hormone du stress, le cortisol a pour objectif d'activer des mécanismes physiologiques et comportementaux nécessaires à la survie lorsque surgit un événement potentiellement dangereux. Toute évocation de danger passée, ce taux de cortisol diminue. Lorsque le stress devient permanent, la libération de cortisol est continue, maintenant le stress au niveau des structures cérébrales, dont l'amygdale cérébrale. Celle-ci a un rôle particulier puisqu'elle enregistre les expériences liées aux émotions ; de plus, elle a la possibilité de les réactiver lors de nouvelles expériences ou de stimuli sensoriels. Autrement dit, l'amygdale cérébrale intervient également dans le processus de mémorisation lié à une émotion. Cette trace mné-

2. L'épigénétique étudie les changements de l'expression des gènes sans qu'il y ait de changement sur le plan de l'information.

sique s'inscrira d'autant plus durablement qu'elle sera consolidée par des expériences répétées.

Les études centrées sur les mécanismes neurobiologiques démontrent que cette structure cérébrale est hyperstimulée et hypertrophiée dans les situations de maltraitements chroniques : « Tout se passe comme si les enfants négligés ou maltraités anticipaient en permanence un danger possible provenant de l'environnement et se mettaient en alerte de façon quasi permanente » (Perry)³. Dans ces situations, les expériences s'inscrivent dans la psyché et la mémoire du petit enfant sous forme de traumatismes car l'excès d'excitation ou de tension n'est pas assimilable et fait effraction dans son psychisme en construction.

Cela amène l'hypothèse suivante : au niveau psychique, ces traces sensorielles issues des expériences intersubjectives précoces sont susceptibles d'être réanimées dès que surgit la perception d'un stimulus présentant le moindre trait commun avec ces traces et déclenchent une angoisse automatique.

L'histoire de Luc en est l'illustration. Je suis appelée par un pédiatre inquiet de l'état psychique de Luc qui a débarqué à sa consultation avec Madame A. Aussi, je propose de les rencontrer le jour-même. À 2 mois, Luc a été placé en famille d'accueil d'urgence ; il y vit depuis une semaine quand Madame A. décide de consulter le pédiatre car elle ne comprend pas les réactions du petit. Elle m'explique que, depuis des années, elle accueille des enfants mais n'a jamais rencontré un enfant comme Luc. Elle se demande s'il n'est pas « dépressif » car il ne dort pas et pleure ou hurle sans arrêt, rien ne semblant le consoler. Effectivement, Luc hurle les yeux clos ; son visage est rouge et bouffi par ses pleurs incessants, ses paupières sont gonflées et, dans les bras, il s'arc-boute.

Dans cette ambiance de cris, Madame A. me raconte son histoire. À sa naissance, sa mère l'a « rejeté »

et son père n'a pas souhaité s'en occuper. Aussi, Luc est parti vivre en famille d'accueil chez sa tante. Après quelques semaines, son père est venu agresser violemment la tante en question et a tenté de reprendre Luc. Suite à cette agression, un placement en famille d'accueil d'urgence a été décidé en vue d'un placement en institution. Madame A. pense que Luc devrait retourner chez sa tante car, quand celle-ci vient voir Luc, il s'apaise.

Retransmettre à Luc son histoire ne le calme pas. En refusant le contact et en hurlant sa rage et son désespoir, il se met hors d'atteinte malgré les moyens que je déploie pour essayer de le rejoindre, sauf pendant un temps très bref où il arrête de hurler et tente de soulever une paupière... De cette première rencontre, j'ai une sensation d'épuisement et suis imprégnée de la tristesse de Luc. Aussi, je proposerai de rencontrer rapidement la tante, ce qui permettra de confirmer le bien-fondé d'un retour chez elle et évitera à Luc d'être à nouveau placé dans une autre famille d'accueil. Débutera alors un suivi thérapeutique avec Luc accompagné de sa tante.

Au cours de ses deux premiers mois de vie, Luc a été confronté à diverses formes de violence et de ruptures : les actes brusques de sa mère à son égard, le rejet, l'agression de son père, l'arrachement à sa famille d'accueil pour se retrouver dans une autre famille d'accueil provisoire... Même s'il a retrouvé une stabilité et une continuité dans le lien avec sa tante, il reste fragilisé et angoissé par ce début de vie chaotique. Pendant plus d'un an, il gardera une raideur dans le corps, des agrippements notamment au foulard de sa tante et une difficulté à accepter l'interaction.

Les réponses adaptatives du bébé

Tous les bébés ne réagissent pas de la même manière et certains ont plus de ressources que d'autres lorsqu'ils sont confrontés à de graves dysfonction-

3. Ces études sont reprises dans l'article de Rosa Mascaró et al.

nements relationnels. Cependant, ces ressources ne sont pas inépuisables et le bébé est obligé de développer ses propres stratégies adaptatives en utilisant des moyens défensifs. Lorsque ceux-ci empiètent sur son développement psychoaffectif, des signes de souffrance psychique se manifestent au niveau somatopsychique. C'est au travers de son corps, de son tonus, de ses gestes et de ses mouvements que le bébé exprime l'état de son monde intérieur et sa relation à l'autre. En parlant de « narration sensorielle », Boubli signifie la manière dont le corps du bébé a été investi par le bébé et par le parent. C'est une sorte de récit sensoriel et gestuel.

Les signes de souffrance psychique du bébé sont multiples et touchent différentes sphères sensorielles. S'y retrouvent les pleurs inconsolables, les comportements d'évitement comme l'évitement du regard, la suspension de l'attention... En utilisant sa musculature et son tonus, le bébé peut s'y agripper en développant une hypertonicité ou une agitation afin de se procurer une auto-contenance. A contrario, il peut aussi être hypotonique. Dans le répertoire défensif, il y a les activités auto-sensuelles répétitives voire stéréotypées telles des suçotements d'une partie du corps ou d'un morceau de vêtement ou d'objet, des auto-bercements... et ce, de façon quasi exclusive. De tels moyens défensifs permettent de s'agripper à une sensation où la relation à l'autre est niée. Il s'agit de se procurer une sensation sans passer par l'autre afin de se sentir exister.

Le bébé peut aussi se faire oublier et s'oublier dans l'hypersomnie, accepter passivement les soins, émettre peu de vocalises. Ces signes plus discrets risquent de passer inaperçus, voire être interprétés comme des signes de bon développement par son entourage. C'est le bébé trop calme, faussement rassurant.

Ces comportements mobilisent toute l'énergie du bébé empêchant l'investissement dans des activités de pensée. Il ne peut pas utiliser son appareil

à penser pour fabriquer des pensées s'il doit continuellement mettre son énergie à survivre. Autrement dit, il est dans l'impossibilité, d'une part, d'investir toute activité de liaison des perceptions entre elles et, d'autre part, de s'ouvrir à des activités exploratoires et de découvertes, sources d'apprentissage, de connaissance et de créativité.

Actuellement, il existe toujours une tendance à méconnaître voire à minimiser les signes de souffrance du bébé. À ne pas être repérés ni traités précocement, ces moyens défensifs que le bébé déploie risquent de se transformer en défenses pathologiques. Alors que cette (hyper)adaptation défensive a pour objectif de pallier des éprouvés de souffrances extrêmes, ces défenses, si elles perdurent, hypothèquent en se cristallisant le devenir de l'enfant. De plus, quand elles sont utilisées de manière permanente et exclusive, elles produisent des souffrances psychiques plus importantes que celles qu'elles tentent de réduire ou éviter.

Si ces signes de souffrance et stratégies défensives sont généralement liés à des expériences délétères induites par une défaillance grave ou la psychopathologie de la parentalité, elles peuvent aussi se produire lorsque le bébé est placé dans une structure où les soins qui lui sont prodigués et les interactions s'effectuent également sur un mode opératoire chaotique, discontinu, imprévisible.

Répéter l'histoire familiale?

Le risque d'un cercle infernal interactif

Pouvoir s'identifier au bébé et s'identifier à une mère attentive qui prendra soin de son enfant ne s'improvise pas et résulte d'un processus complexe qui débute avec sa propre naissance. La préoccupation maternelle primaire s'étaye sur les traces laissées par les premiers liens d'attachement ainsi que le style et la qualité des soins de maternage. À l'occasion de la naissance du bébé, ces traces sont généralement ranimées afin d'avoir une assise sur laquelle s'appuyer pour s'occuper de son enfant.

Le bébé, en naissant dépendant et vulnérable, réveille des éprouvés infantiles chez le parent, à son insu. Cette résurgence inconsciente mobilise des capacités à pouvoir contenir, élaborer et transformer les pulsions afin d'éviter la négligence, les agirs et/ou passages à l'acte envers le bébé. Mais donc, si déjà dans sa petite enfance le parent a connu des traumatismes précoces où se conjuguent absence, discontinuité relationnelle et affective, imprévisibilité et insécurité..., il se retrouvera démuni et incapable d'aider son enfant à grandir tout en se décalant de son histoire ; plus il sera collé à son vécu d'enfance, plus il sera en difficulté pour répondre adéquatement aux besoins psychoaffectifs et psychiques de son enfant en chair et en os, cet enfant dépendant de lui. En éprouvant des difficultés voire une incapacité à différencier ses propres émotions de celles du bébé et à se décentrer de son narcissisme blessé, le parent peut développer des attentes démesurées à l'égard de l'enfant.

Tel l'exemple de Chloé qui, à 2 mois, est hospitalisée en urgence car elle souffre d'une double fracture.

Très vite, la décision de placement dans le service de pédiatrie est actée et le cadre des visites parentales en présence d'un tiers est instauré. Les parents de Chloé sont très jeunes et tous les deux ont un passé fait de violences et d'abus. Pendant la grossesse, la violence était aussi présente au sein du couple. Chloé est une petite fille chétive qui accepte de brèves interactions avec l'adulte. Lorsque l'interaction est plus soutenue, elle semble vivre trop de stress et se réfugie dans le sommeil.

À plusieurs reprises, je rencontrerai le père de Chloé mais pas sa mère. Ils se sont quittés et Madame est partie vivre ailleurs. Lors des visites paternelles, Chloé reste en retrait. Posée sur le tapis de jeu, elle a le regard dans la vague et n'émet aucun son. Atone, elle ne réagit pas quand son père lui parle. Ne sachant que faire, il se penche vers elle et met son visage contre le sien. Chloé réagit en détournant la tête avant de s'endormir rapidement. Son père interprète l'endormissement de sa fille comme un signe de confiance à son égard. Manifestement, Chloé présente des signes dépressifs impossibles à déchiffrer pour son père qui, lui, semble chercher en elle une (ré)assurance. Non seulement il ne perçoit pas la détresse de Chloé mais il ne peut interroger la question de la violence qui a mené à la décision de son placement.

Comme on l'observe dans la clinique, la demande de réparation à l'adresse du bébé sera d'autant plus écrasante qu'elle sera à l'aune des manques que le parent aura connus dans l'enfance. Ce qui est demandé au bébé, c'est de ne pas être manquant, de ne pas être en détresse et de ne pas faire vivre, à lui, parent, son incapacité à pouvoir consoler une détresse infantile qui, tel un aiguillon, rappelle la sienne. En étant rapidement débordé face à un bébé qui le déstabilise, le parent réagit alors souvent dans l'immédiateté et l'agir. Il développe souvent de l'hospitalité à son égard afin d'évacuer son propre éprouvé de désespoir resté en l'état.

En évoquant les diverses raisons qui peuvent pousser une mère à haïr son bébé, Winnicott pointe l'ambivalence qui est au cœur de toute relation affective. Ces mouvements haineux issus d'expériences de déception et de frustration exigent un travail de liaison, d'intégration et de symbolisation afin que la haine soit contenue et transformée et qu'elle ne soit pas agie au travers d'actes meurtriers ou de négligence. Si le moindre signe de détresse du bébé est vécu comme disqualifiant pour le parent, la haine que le parent éprouve risque de susciter de la violence en réponse à la déception éprouvée.

Reproduire la maltraitance que l'on a connue enfant n'est pas seulement le produit de son histoire infantile mais tient aussi de cette attente excessive voire de cette exigence de réparation que le bébé n'est pas en mesure de réaliser. Dans le processus d'identification, le bébé, avec ses exigences de disponibilité physique et psychique, peut alors être identifié inconsciemment au parent exigeant et persécuteur que le parent a connu. Le bébé rêvé et idéalisé qui devait réparer les blessures d'enfance devient un persécuteur.

Du côté du bébé, que se passe-t-il ? En réponse à des défaillances dans les interactions précoces, il développe des stratégies défensives qui sont, la plupart du temps, non reconnues par le parent. La confrontation au système défensif du bébé engendre de l'incompréhension, le parent ne pouvant pas mettre en lien ses attitudes inadéquates et les réactions de son enfant qui tente de se protéger d'un trop de stress, de tension, d'angoisse. Aussi cela entraîne-t-il souvent plus de désorganisation au niveau des capacités parentales déjà faibles. Non seulement le risque que s'instaure un « cercle infernal interactif » existe, mais il semble qu'il soit aussi à l'origine des troubles de la relation comme des troubles du développement et du fonctionnement psychique de l'enfant.

Précisons qu'il ne s'agit ni de juger ni de pointer du doigt le parent comme étant un « mauvais parent »,

mais plutôt de comprendre les processus à l'œuvre dans la répétition des défaillances lors des rencontres intersubjectives. Ainsi, l'arrivée du bébé révèle les traumatismes non dépassés du parent et qui sont toujours à vif en gardant intacte leur charge émotionnelle.

D'autre part, se reconnaître démuni et fragilisé lors de l'accession à la parentalité est loin d'être évident. Consciemment ou non, cela peut être ressenti comme dangereux psychiquement. Nier ses propres souffrances et, par la même occasion, ne pas percevoir les signes de souffrance chez son bébé, c'est tenter d'éviter d'être à nouveau en contact avec un vécu douloureux, de se retrouver dans le même état de détresse extrême qu'on a ressenti en étant enfant, et d'être envahi par des angoisses et des terreurs restées en l'état. Par ailleurs, la souffrance en intensifiant le sentiment d'exister, d'être à vif, altère la capacité de penser et de se représenter son histoire. Inconsciemment, le parent a intériorisé un interdit de penser afin d'éviter de ressentir à nouveau de la souffrance. C'est un peu comme si ne pas la penser et/ou ne pas en parler permettait de l'effacer.

Souvent la méfiance conjuguée à la crainte plus ou moins énoncée du placement de son bébé empêche le parent de faire appel, de demander de l'aide pour lui mais aussi pour son enfant. Si, dans son histoire, il n'a pas connu de figure d'attachement fiable, faire une demande et faire confiance à autrui sont de démarches qui ne vont pas de soi.

Incapacité et incompetence parentales

Quelle que soit la situation de placement d'un enfant, se pose la question de l'évaluation de la capacité du parent à assumer toutes ou une partie de ses fonctions parentales. Il s'agit de déterminer si l'enfant peut retourner en famille moyennant la mise en place d'aides, ou si le placement doit se poursuivre.

Les milieux d'accueil pour le tout-petit

Différents auteurs s'accordent pour opérer une distinction entre incapacité et incompétence parentales afin de proposer des modes d'intervention auprès des familles qui soient les plus ajustés possible. La notion d'incapacité se réfère à l'état ou structuration psychique du parent. Elle peut être chronique (parent présentant des troubles psychiatriques) ou momentanée (suite à un évènement traumatique). Dans cette situation, le parent, trop absorbé par ses blessures, n'est pas en mesure d'entendre et de comprendre les besoins du bébé. Par contre, l'incompétence parentale suppose une difficulté d'intériorisation au niveau d'un savoir-être et savoir-faire sur l'enfant, soit une difficulté d'ordre éducatif qui pourrait être dépassée par un apprentissage. La plupart du temps, faire une distinction nette entre incapacité et incompétence est une chose très complexe, l'une influençant l'autre. Aussi, au-delà de cette différenciation, se questionner sur le regard que l'on porte sur ce qui relève de la compétence ou de l'incapacité mérite toujours d'y adjoindre des nuances.

De plus, aborder le champ des compétences parentales comporte des aspects paradoxaux. D'une part, c'est parler des compétences du parent alors qu'il est d'abord perçu sur le versant de la dangerosité. D'autre part, les premières compétences attendues sont souvent des compétences sociales : la capacité de collaborer, de venir aux rendez-vous, de faire appel, de se mobiliser, de mettre des mots sur ce qui ne va pas.... Ce qui est problématique pour le parent.

Le placement d'un tout-petit recouvre diverses modalités. Lors d'un placement familial, l'enfant peut être pris en charge par un membre de sa famille, quelqu'un de son entourage ou encore par des personnes étrangères à la famille. Selon l'option, le lien existant entre le bébé et la famille qui l'accueille diffère. Par ailleurs, le placement en famille d'accueil peut se décliner en un placement de court terme (d'urgence) ou de long terme. L'accueil familial d'urgence offre un temps d'accueil court qui permette la mise en place d'un projet de vie pour le bébé ou la résolution d'une crise au sein du couple parental.

Sur le plan institutionnel, parmi les services qui accueillent le tout-petit, existe en dernier recours le placement dans un service de pédiatrie.

La famille d'accueil

Devenir famille d'accueil implique un engagement régi par des règles et qui ne peut se réduire à de la bonne volonté sous peine de mettre à mal un projet de vie pour le bébé.

Lorsque je rencontre Madame R. elle est hospitalisée suite au départ de son compagnon. Quelques mois avant son hospitalisation, elle avait accepté d'être famille d'accueil pour Christel alors âgée de 18 mois, pensant que cela pourrait être profitable pour son jeune fils. Au moment de notre rencontre, Christel vient de repartir dans une autre famille d'accueil. Madame R. dit être soulagée de cette séparation car Christel l'« énervait ». Elle la décrit comme un enfant difficile qui « cassait, lançait les jeux et ne comprenait

rien ». Madame R. pense que le comportement de Christel « a joué » sur son couple en provoquant le départ de son compagnon.

Non seulement Madame R ne semble pas comprendre que le comportement de Christel témoigne d'une détresse de l'enfant, mais elle lui attribue en tout ou en partie la responsabilité de l'« échec » de son couple et lui renvoie la perception d'être une petite fille méchante. Cependant, en déclarant : « on fait les choses à l'envers », Madame R. reconnaît qu'elle n'aurait pas dû accepter d'être famille d'accueil sur la simple demande d'une amie.

Prendre soin au quotidien d'un bébé négligé ou traumatisé ne va pas de soi. Savoir qu'il a développé des stratégies défensives, sources de troubles dans la relation, permet de mieux comprendre ses réactions et de le reconnaître dans sa singularité. Cependant, le savoir est une chose, vivre au quotidien avec un enfant qui présente des troubles de l'attachement, un comportement désorganisé, est autre chose et peut réellement susciter des difficultés au sein de la famille.

C'est pourquoi la majorité des familles d'accueil bénéficient d'un accompagnement par un service qui vient les aider et les soutenir. D'autre part, la mise en place d'un accompagnement thérapeutique crée un espace tiers où s'élaborent les représentations que se fait la famille d'accueil au sujet de l'enfant et de ses parents, ainsi que les interrogations concernant le lien à établir avec lui et le lien qu'il garde avec ses parents. Quant au bébé, il est primordial de s'interroger sur sa capacité à construire à l'intérieur de lui de la continuité alors qu'il a connu une rupture et lui apporter l'aide nécessaire pour y arriver. L'important est d'éviter à l'enfant des ruptures non élaborées et de l'aider à élaborer celles qu'il a connues.

Cet espace tiers permet, d'une part, de déjouer les phénomènes de collage qui à l'occasion peuvent survenir entre la famille d'accueil et l'enfant, et,

d'autre part, d'éviter d'éventuels mouvements de rejet. Le fait de parler des affects, des émotions, des impulsions agressives qui peuvent émerger aide à mieux comprendre et élaborer ce qui, pour cet enfant-là, est acceptable ou non dans la relation à l'autre.

Lors d'une première rencontre, Tim a 10 mois. Il est accompagné par sa tante qui l'accueille depuis deux mois. Il a connu plusieurs endroits de vie avant que sa tante le « récupère pour qu'il reste dans la famille ». Elle consulte car « tout le monde dans la famille est à bout ». Tim est décrit comme un enfant qui crie, hurle, se fait vomir, dort peu... Coincé dans un buggy, Tim, lui, écoute mais réagit peu aux propos de sa tante, laquelle s'effondre en pleurs en disant qu'elle « n'en veut plus » ; elle désire que l'enfant soit hospitalisé pour qu'on puisse « comprendre son comportement » car, poursuit-elle, « on ne sait pas ce qui s'est passé avant ». Le « avant » se réfère à la prise de substances de la mère de Tim pendant la grossesse.

Aux travers de ces dires, j'entends de la colère et de la déception qui sont suscitées par le comportement de Tim, perçu comme un enfant peu gratifiant aux yeux de sa tante, voire un « bébé méchant » qui pousse à bout. Aussi, je lui proposerai de reprendre le fil de l'histoire de Tim avec lui en espérant les dégager tous deux de représentations nocives pour Tim et pour la relation et éviter une nouvelle séparation pour Tim.

Le questionnement autour du lien à établir avec le bébé amène à élaborer les questions d'appartenance, d'affiliation et d'attachement. Le placement d'un enfant dans une famille d'accueil nécessite de penser et d'accepter le fait que l'enfant puisse s'inscrire dans une double appartenance familiale : sa famille de naissance et celle qui l'élève éventuellement jusqu'à son autonomie. Faire coexister à des places différentes les deux familles implique un travail psychique pour les différents partenaires :

l'enfant, les parents, la famille d'accueil, les professionnels.

Accepter que l'enfant soit lié par la filiation et l'histoire à ses parents d'origine en leur donnant une place essentiellement psychique tout en sachant qu'il est relié à une autre famille qui l'investit affectivement, voilà qui est fondamental. Conserver un lien filial avec ses parents, aussi tenu soit-il, tout en s'engageant dans un processus d'affiliation au sein de la famille d'accueil, permet à l'enfant, d'une part, de s'appuyer sur plusieurs figures d'attachement fiables et, d'autre part, d'accéder à son identité.

De manière quasi inévitable, l'instauration d'un lien affectif entre le tout-petit et les membres de la famille d'accueil suscite un kaléidoscope d'affects et de réactions qui risquent de s'exprimer de façon plus intense lorsqu'il existe un lien de parenté entre la famille d'accueil et les parents de l'enfant. Du côté de la famille d'accueil, cela peut provoquer des sentiments de culpabilité, de loyauté ou de haine envers les parents, sentiments qui peuvent interférer dans la relation avec le tout-petit. Parfois, cela engendre un non-respect des décisions de justice en laissant par exemple les parents voir l'enfant. Pour l'enfant, aux angoisses de perte s'ajoute un conflit interne inhérent au partage entre deux familles. Il peut alors être pris dans un conflit de loyauté difficile à dénouer et toujours source de souffrance.

Du côté des parents, avoir son enfant placé dans une autre famille est toujours vécu comme la preuve d'une disqualification. De plus, cela les confronte à leur propre détresse souvent d'origine infantile. La plupart du temps, le parent éprouve des difficultés voire une incapacité à reconnaître les manquements et défaillances qui ont conduit au placement de son enfant. La décision de placement est ressentie comme une violence qui lui est faite et provoque la plupart du temps des mouvements de jalousie et de rivalité envers la famille d'accueil. Il est donc clair que le travail auprès de la famille d'origine est

également indispensable pour atténuer voire éviter le développement de conflits dont l'enfant deviendrait l'enjeu. Parvenir à accepter de ne pas pouvoir jouer au quotidien sa fonction parentale et accepter de la déléguer à une autre famille est rarement une attitude spontanée. Or, cette double acceptation, aussi tenue soit-elle, permettra au bébé d'alléger le poids des conflits de loyauté.

Les deux premières années de vie du bébé sont essentielles dans la construction d'un lien d'attachement sécurisé. Aussi, lorsque la problématique propre aux parents est telle qu'elle empiète durablement sur leurs fonctions de contenance, de protection et d'éducation, la poursuite du placement en famille d'accueil offre au tout-petit la possibilité d'expérimenter et de construire une modalité différente du lien à l'autre qui lui assure continuité et fiabilité dans les soins et la relation.

Cependant, l'évaluation régulière de la situation du bébé en famille d'accueil ramène la question de la continuité des liens établis avec la famille. En effet, l'optique dans laquelle s'opère cette évaluation repose sur la conception qu'un placement ne peut être que temporaire du fait que l'appartenance à la famille d'origine reste prévalente. Souvent, on utilise les termes de « vrais parents » pour désigner les parents biologiques comme si les liens du sang primaient sur leur capacité à s'occuper de leur enfant. Or, tout retour dans la famille d'origine ne peut s'envisager qu'en fonction de l'intérêt de l'enfant, c'est-à-dire en tenant compte de l'impérieuse nécessité d'une prévisibilité et d'une continuité pour lui.

Autrement dit, toute décision concernant l'enfant – poursuite de sa présence en famille d'accueil ou retour dans la famille d'origine – demande qu'on s'interroge sur la dialectique complexe existant entre ses liens d'affiliation et ses liens de filiation, et sur ce que cela représente pour cet enfant-là précisément. Si un lien d'attachement sécurisé a pu se construire au sein de la famille d'accueil, faut-il lui faire vivre

une nouvelle rupture ? Faut-il l'aider à réinvestir ses parents parce qu'effectivement ceux-ci sont en train de changer ? Mais les parents ont-ils suffisamment changé pour que cela soit possible ?

À la naissance de Jules, Madame B. s'est proposée comme famille d'accueil car les parents sont dans l'incapacité de s'en occuper. La mère est une cousine de Madame B. Très vite, à sa demande, un suivi thérapeutique va s'instaurer. *Durant la première année, Madame B. parle de Jules sans le nommer. Elle dit « le bébé » ou « lui » comme si elle avait peur de s'attacher. Notons que, au début, Madame B. pensait ne garder Jules que quelques mois, le temps que les parents s'organisent et se mobilisent pour mettre en place ce qui est demandé par le Service d'Aide à la Jeunesse.*

Lors de la première rencontre, Jules a 7 mois. Son visage est sans expression et il n'émet pas de sons. Lorsque Madame B. le prend pour le mettre sur ses genoux, il s'accroche à ses cheveux. Il est raide et me donne l'impression de se trouver dans une carapace qui l'empêche de se mouvoir doucement. C'est un bébé hyper vigilant. Il me regarde sérieusement et m'écoute attentivement mais sans bouger. Un travail thérapeutique hebdomadaire va s'engager.

Lors des séances, Madame B. parle beaucoup des parents de Jules en exprimant son incompréhension devant l'inertie de la mère, mais aussi son irritation concernant le père, décrit comme violent. Elle décrit les rencontres avec les parents comme des moments douloureux pour Jules et dit qu'il exprime avant et après ces temps de rencontres des angoisses majeures. Lors de ces évocations, Jules se tait, écoute attentivement ce qui se dit de ses parents et me fixe quand je m'adresse à lui.

Puis, petit à petit, Jules va commencer à questionner à sa manière la place de ses parents dans sa vie. Sa première réaction est la colère du fait de ne pas pouvoir appeler Madame B. « maman ». La question

de la dénomination introduite par lui marque un tournant permettant à Madame B. de le nommer par son prénom et, à lui, de nommer Madame B. « tante-maman » avant de décider d'appeler sa mère « l'autre maman » et son père « l'autre papa ». La question de la nomination, maintes fois reprises, me semble révélatrice du travail psychique à l'œuvre dans le processus d'affiliation tant du côté de Jules que du côté de Madame B., et la trouvaille de Jules pour nommer les personnes est source d'apaisement.

Le milieu institutionnel

Être placé dans une institution, c'est se retrouver dans un cadre de vie régi par des règles institutionnelles auxquelles il faut s'adapter en étant pris en charge par une multiplicité de soignants. Le tout-petit est plongé dans une collectivité où il côtoie constamment d'autres enfants d'âges différents, eux-mêmes enfants traumatisés présentant également des manifestations de détresse et/ou des attitudes défensives interférant sur la relation avec autrui et au sein du groupe. Il en résulte que le climat perceptivo-sensoriel dans lequel il baigne est radicalement différent. La présence constante d'autrui autour de lui, les bruits et les mouvements quasi permanents inhérents à la vie en collectivité entretiennent une ambiance animée, ce qui fait dire à un soignant que les enfants ne connaissent pas beaucoup de moments de calme, même pour la sieste. De plus, le fait d'être soigné, porté, manipulé par différents soignants peut être source de discontinuité dans le soin, chacun adoptant une manière d'être avec l'enfant en lien avec ses ressentis du moment.

Les soignants, pour leur part, sont amenés à accueillir le tout-petit marqué par un début de vie traumatique. Ils sont confrontés à des bébés qui présentent des troubles relationnels et des comportements graves. Témoignant de la grande détresse dans laquelle sont plongés les bébés, les soignants disent

aussi leurs difficultés non pas à percevoir mais à comprendre les multiples manifestations de souffrance du bébé et à parvenir à y répondre de manière ajustée.

Être en contact quotidiennement avec de très jeunes enfants qui vont mal, se font mal et font mal à d'autres, c'est être en contact avec des vécus archaïques d'effondrement, d'éclatement, d'angoisse, de violence, d'évitement, d'agitation ou d'attaque de la pensée. De plus, les soignants ont l'impression de devoir « tout supporter » en parlant de ces bébés « écorchés ».

Joe, placé depuis un an, épuise l'équipe par ses comportements stéréotypés, ses crises de colère qui alternent avec des périodes où il s'isole et se rend inaccessible à la relation. En proposant à l'équipe d'observer avec attention Joe pour tenter de repérer ce qui suscite ces moments de bascule entre la colère et l'isolement, les soignants se sont engagés dans une démarche réflexive sur le déroulement des soins et des interactions avec Joe et celles de Joe et avec ses pairs. Cette observation attentive a permis d'élaborer des hypothèses sur la détresse de l'enfant et d'apaiser les tensions et l'énerverment des soignants.

Le quotidien auprès de ces enfants est éprouvant. Même si le soignant perçoit au travers des cris, des pleurs, de l'agressivité et des agirs de l'enfant sa détresse, il peut se sentir lui-même débordé. C'est le cas lorsque le soignant a l'impression que l'enfant le pousse à bout au point de susciter chez lui – alors qu'il a une fonction soignante – des pensées agressives voire des attitudes violentes et/ou de rejet. Car, si le bébé a la capacité de créer des liens autour de lui, il a aussi la capacité de détourner l'adulte de lui en utilisant des mécanismes de clivage et d'identifications projectives.

À 10 mois, Marie a été placée. Depuis son arrivée, elle crie beaucoup, ses cris sont tellement « stri-

dents » que les soignants se sentent « agressés ». Ils ont l'impression de devoir lutter contre un sentiment de rejet et se sentent désarmés face à la souffrance exprimée par Marie, car celle-ci s'apaise rarement. Ils l'ont « toujours dans l'oreille », disent-ils. De telles manifestations de souffrance qui mettent du temps à s'apaiser suscitent souvent *des sentiments d'échec, d'impuissance, d'incompétence et de culpabilité chez le soignant qui peut se sentir épuisé.*

« Hébergement » dans un service de pédiatrie

Suite à un manque de places dans les structures d'hébergement et d'accueil, une autorité de protection de l'enfance peut décider un placement dans un service de pédiatrie. Ce placement « faute de mieux » est souvent réalisé dans l'urgence. De plus, il arrive que ce placement, qui devrait être temporaire, se prolonge plusieurs semaines voire plusieurs mois, faute d'une autre solution.

L'objectif d'un service de pédiatrie est basé sur la cure. La priorité y est donc de traiter et soigner les enfants qui présentent des pathologies médicales. Lorsque le tout-petit y est placé afin d'effectuer un bilan psychomoteur et affectif, et/ou suite à de graves négligences ou maltraitements, s'il nécessite parfois des soins médicaux, on le voit rester souvent bien au-delà du temps nécessaire, en attente d'une place en institution ou qu'une famille d'accueil soit disponible. Aussi, durant cette période, certaines équipes tentent de mettre en place quelques stratégies de soutien pour lui.

Car un bébé placé à l'hôpital est un bébé qui passe la toute grande majorité de son temps sans possibilité de découvrir le monde extérieur. Il est confronté à l'imprévisibilité et au manque de continuité dans sa prise en charge, ce qui engendre ou accentue sa désorganisation, situation qui lui fait vivre ou revivre une relation à l'autre marquée par la

discontinuité et l'imprévisibilité. Il se retrouve dans un monde radicalement différent : circulation quasi constante d'adultes en uniformes (uniformité de la couleur et de la texture du tissu), alternance imprévisible de périodes d'agitation et de stress avec des périodes calmes, bruits et odeurs liés à l'institution, multiplicité des soignants qui s'occupent de lui (rotation des soignants et parfois prise en charge par des étudiants), rythme de soins imposé par l'organisation et non en fonction du rythme propre de l'enfant...

De plus, le temps qui lui est accordé dépend de la disponibilité des soignants souvent happés par de multiples activités, lui faisant vivre également une alternance entre « être pris » et « être lâché » avec la sensation de perdre le contact corporel avec le soignant.

La structure hospitalière, reconnue inadéquate pour répondre aux besoins développementaux d'un tout-petit par les professionnels, génère des effets délétères qui seront d'autant plus préjudiciables à l'enfant que l'hospitalisation perdure. Aussi, le bébé hospitalisé, gravement négligé et traumatisé, est à haut risque de développer des troubles graves de l'attachement, un retard du développement psychomoteur, des troubles affectifs, émotionnels et cognitifs.

À cela s'ajoute le fait que le milieu hospitalier ne peut répondre aux besoins d'espace, de découvertes et d'expériences de l'enfant, si précieux pour son développement. L'état psychique du tout-petit se détériore très rapidement s'il est laissé à lui-même et cela peut conduire, si l'on n'y prend garde, au syndrome d'hospitalisme : décrit par Spitz, il désigne l'ensemble des troubles psychomoteurs, affectifs et psychiques qui surviennent suite aux carences affectives. Ces troubles peuvent advenir quel que soit le milieu carentiel, institutionnel ou familial. Ils sont la marque d'un état dépressif extrême.

Non seulement les soignants se disent non formés pour accompagner ces enfants, encore régulièrement appelés « cas sociaux », mais ils affirment également que la place de tels enfants n'est pas dans un hôpital. Ils sont continuellement pris en tenaille entre les besoins de l'enfant et le manque de disponibilité et de moyens, la multiplication des demandes de placement... Par ailleurs, en acceptant des situations de ce genre, ils craignent aussi de cautionner un fonctionnement risquant de s'apparenter à de la maltraitance institutionnelle.

Pour tenter de limiter l'impact délétère d'une hospitalisation de longue durée, certaines équipes sensibilisées ont développé des pratiques autour du bébé : se relayer pour porter un bébé en écharpe, le promener dans le couloir... Mais ces mesures ponctuelles, aussi bienveillantes soient-elles, ne peuvent pallier au manque de disponibilité et de continuité auprès du très jeune enfant.

Terminons en disant que certains hôpitaux ont eu l'initiative de conclure des accords avec des crèches afin de permettre à l'enfant de sortir de l'hôpital et d'avoir un encadrement en journée plus conforme à ses besoins.

La place des parents

Quelle participation ?

Par le passé, le parent était exclu des décisions concernant son enfant, vivant le placement comme un « rapt ». Depuis quelques décennies, en réaction à certaines dérives, les pratiques se sont modifiées afin d'intégrer le parent dans le processus décisionnel concernant son enfant et préconisent l'obtention d'une aide consentie de la part du parent afin d'éviter la judiciarisation.

La décision de placement est rarement le fait du parent. Souvent, le parent éprouve une méfiance mêlée de crainte envers les professionnels. Cela sera d'autant plus exacerbé s'il a connu lui-même un vécu parcouru de ruptures lui ayant laissé des souffrances restées en l'état. La décision de placement de son enfant lui renvoie le sentiment d'être perçu comme « mauvais parent ». Et même si, pour une part, il peut entendre qu'une séparation avec son enfant est nécessaire, le fait de penser se séparer de lui soulève de l'angoisse et de la frustration.

Aussi, lorsque la séparation se précise, des manifestations de colère, d'agressivité, d'incompréhension voire de déni peuvent survenir. Certains parents, en faisant pression sur les services pour trouver une alternative au placement tout en boycottant toute proposition, alimentent les tergiversations entre professionnels, eux-mêmes partagés et pris en tenailles entre deux positions clivées : soit protéger l'enfant, soit soutenir les droits et besoins des parents. Non seulement les conflits qui peuvent surgir entre professionnels sont en résonance avec les dysfonctionnements parentaux, mais ils peuvent être à l'origine de l'insuffisance ou de l'absence de préparation

à la séparation, ou, à l'inverse, d'un ajournement de la décision de placement sans que des balises soient précisées.

Dans ce contexte, le risque d'un regard négatif mutuel entre les professionnels de différents services et entre les professionnels et le parent peut s'instaurer. Or, la mise en place d'un projet d'aide adressé autant à l'enfant qu'au parent nécessite que les professionnels, connaissant l'existence d'un mécanisme de clivage, tiennent compte de l'ensemble de la situation où se conjuguent des aspects contradictoires et complémentaires. Par ailleurs, la mise en place de solutions implique la participation du parent à l'élaboration d'un projet d'aide adressé autant à l'enfant qu'à lui-même. Cela fait appel à la capacité de chacun à pouvoir échanger afin de soutenir un processus permettant la viabilité du projet, sa réalisation et sa poursuite.

Lorsqu'on parle d'interventions auprès des familles, revient souvent la notion d'un travail, où des attentes plus ou moins explicites vis-à-vis des parents sont attendues. De quel travail parle-t-on ? Et quelles sont les attentes ? Car les modalités d'intervention, guidées par les représentations que l'on a du travail auprès des familles, vont différer. Travailler « pour » la famille suppose une difficulté à percevoir la lecture que les parents ont de leur vécu et leur systèmes de valeurs, avec un risque de substitution. Travailler « sur » la famille relève plus d'une prise en charge de la famille où se traitent les problématiques rencontrées par la famille, avec le risque d'élaborer un projet censé lui correspondre. Enfin, travailler « avec » les parents montre un changement de perspective où les parents sont non seulement considérés comme des partenaires mais surtout des partenaires qui tentent de mettre au travail les questions concernant leurs difficultés à faire grandir leur enfant ainsi que leurs souffrances passées et actuelles.

Au départ, ce qui jaillit le plus souvent dans le discours parental, c'est une revendication où domine le

leitmotiv de la récupération de son enfant. Au travers de ce terme, s'entend une énorme blessure narcissique car « récupérer » conjugue, me semble-t-il, deux aspects : d'une part, le souhait d'être réhabilité aux yeux de la société en récupérant le statut social de parent et, d'autre part, l'espoir d'une réparation narcissique en contrant le sentiment, conscient ou non, d'être « mauvais parent » comme il a pu se vivre « mauvais enfant ».

Récemment une mère me disait : « Je ne suis pas dangereuse, je sais m'en occuper, ça dort, ça boit, ajoutant : « Je le dévorerais tout cru ».

Pour le professionnel, ce souhait de vouloir « récupérer » doit pouvoir s'articler avec la capacité de mobilisation psychique du parent et sa capacité à accéder au changement en étant soutenu et accompagné par des professionnels. Autrement dit, il s'agit de déterminer plusieurs volets de l'aide. Est-ce que le dispositif mis en place représente une aide réelle pour le parent ? Le souhait énoncé du parent de vouloir récupérer son enfant s'étaye-t-il sur un réel désir de changement ? Quels sont les aspects qui doivent être modifiés ? Et si une mobilité psychique du parent est possible, dans quelle temporalité peut-elle s'inscrire ? Car la temporalité de l'adulte n'est pas la temporalité de l'enfant. Autrement dit, la temporalité de l'enfant, vu son jeune âge, ne s'accorde pas toujours avec le temps nécessaire à l'adulte pour se construire comme parent.

Dans les faits, certains parents mettent en place ce qui leur est demandé par les instances judiciaires mais sans pouvoir tenir dans la durée et sans qu'il y ait de réel questionnement sur le processus qui a conduit au placement de leur enfant.

Voici les premiers mots que Madame R. m'adresse en consultation : « Le tribunal m'a demandé d'aller voir un psy car j'ai deux enfants placés chez ma mère. » Elle dit que « le mental ne suit pas », ajoutant : « On me dit que je ne suis pas stable, donc je n'ai

pas le choix. » En se présentant comme « la mère des enfants placés », Madame R. décide de faire la démarche car elle veut montrer qu'elle peut « y arriver », c'est-à-dire « récupérer les enfants ». Madame R. est logorrhéique, passant d'un sujet à un autre sans cesse. Dans le ton de sa voix, j'entends de l'agressivité et de la revendication. Venir parler, pour elle, « ça évite des pétales de plombs »... Madame R. peut reconnaître un petit peu qu'elle a mis en danger ses enfants et qu'elle n'a pas su protéger sa fille d'abus ; et ce, pour « garder son couple » car elle « sauve toujours le couple avant les enfants », dit-elle. Mais elle n'accepte toujours pas le placement de ses enfants : « J'en ai besoin », affirme-t-elle. Bien que Madame R. soit plus ou moins régulière aux rendez-vous, elle reste toujours sur la défensive, n'entrouvrant pas d'espace permettant un début d'élaboration sur le vécu des enfants et sur la spirale négative dans laquelle s'inscrivaient les relations.

Les visites parentales

L'organisation des visites parentales a pour objectifs de maintenir le lien parent-enfant, de réduire les effets liés au sentiment d'abandon que l'enfant peut vivre et de soutenir la construction de la parentalité dans l'optique d'une réintégration de l'enfant dans sa famille d'origine.

La problématique du lien parent-enfant et son impact sur le développement psychique du bébé amènent à se questionner également sur le cadre et les effets des visites parentales. Concernant le cadre, la durée et la fréquence des visites parentales sont fixées par ordonnance judiciaire et se modulent en fonction de la qualité des échanges lors des visites. Dans les espaces de rencontres en dehors ou au sein de l'institution, les visites s'organisent en présence d'un professionnel qui, par sa présence, est garant du bon déroulement de la rencontre tout en adossant une fonction de témoin de la relation.

D'une part, cette position tierce, en médiatisant la rencontre entre un parent et son enfant dans un espace-temps défini et structurant, assure un étayage psychique pour le bébé et le parent. Elle permet de soutenir des échanges, de mettre de la pensée (commenter ce qui se passe, nommer des émotions...), de réguler des interactions, de garantir une fonction de contenance pour le parent et le bébé...

D'autre part, porter un regard sur les modalités interactionnelles au sein de la relation permet d'émettre un avis sur les effets de ces rencontres sur le bébé placé, et par conséquent sur la modulation du cadre de ces visites : poursuivre ou espacer les rencontres, permettre au parent de rester seul avec l'enfant, envisager des sorties de quelques heures voire un week-end à la maison, ...

Selon l'état psychique du parent, sa réceptivité au vécu du bébé et à ses besoins et son adaptation aux comportements et mouvements pulsionnels du bébé, la tonalité de la rencontre sera différente. Si le parent parvient à s'ajuster au bébé en étant soutenu et contenu par le professionnel, le bébé pourra s'apaiser et manifester un mieux-être relationnel et comportemental. Dans cette situation, le bébé présente parfois un épisode dépressif après la visite. Cependant, il n'est pas toujours simple de distinguer, dans les réactions et manifestations de retrait du bébé, ce qui relève d'une détresse exprimée lors de la rencontre ou d'une réaction en signe de protestation face à la séparation, ressentie comme un abandon.

Par contre, lorsque la rencontre avec le parent se déroule de manière peu empathique, le tout-petit manifeste généralement des signes de souffrance plus ou moins accentués. Mais il arrive aussi qu'il réagisse « comme s'il allait bien », manifestant peu ou pas de réactions lors de retrouvailles et/ou à la séparation avec son parent. Bien qu'un tel type de comportement interpelle, il prête à plusieurs interpré-

tations : soit l'enfant a assez de ressources pour gérer le stress, soit il développe une attitude en « faux self », attitude défensive où l'enfant investit son apparence en fonction de ce qu'il pense qu'on attend de lui au détriment de sa pulsionnalité et de sa spontanéité.

De plus, certains enfants peuvent présenter des manifestations de stress et d'angoisse qui apparaissent anticipativement et/ou après la visite du parent. Parfois, cela se prolonge pendant quelques jours. Cette désorganisation du tout-petit, qui semble être liée aux moments de rencontre avec le parent mais qui se déroule « en décalé », s'interprète comme étant un effet de reviviscence hallucinatoire des moments passés avec le parent. Autrement dit, c'est comme si l'enfant semblait indifférent ou peu affecté pendant la rencontre avec son parent. Puis, en dehors de la présence de ce dernier, il semble être submergé par les traces sensorielles laissées par les expériences relationnelles toxiques, ce qui provoque du stress, des angoisses, si pas de la terreur. Par ailleurs, ces réactions en différé peuvent survenir même si le moment de rencontre n'est pas envahi par un trop-plein d'interactions défailtantes. Parfois, cela se manifeste à la simple évocation d'un contact avec le parent.

Lors du suivi thérapeutique auprès de Marc et de Madame D., celle-ci aborde régulièrement les effets de la rencontre entre Marc et ses parents dans un espace rencontre. Depuis qu'il a 2 mois, Marc vit dans une famille d'accueil. Madame D. m'explique que Marc est « différent » après chaque visite de ses parents, en précisant que le père de Marc crie lors de la rencontre. Elle décrit des réactions d'angoisses majeures : Marc ne veut pas dormir seul, il se réveille, présente des épisodes où il est « dans sa bulle » en agitant constamment ses jambes. Puis, au fil du temps, ces crises d'angoisse sont aussi apparues avant la rencontre, comme si Marc, en intériorisant le rythme de ces rencontres, les anticipait. Madame D. précise qu'il faut plusieurs jours pour que Marc s'apaise.

Le care institutionnel

Les visites de ses parents seront espacées, permettant à Marc non seulement de s'apaiser mais aussi de s'épanouir ; Madame D. me dit en effet : « C'est incroyable ce qu'il évolue lorsqu'il ne voit pas ses parents ! » Dans cette situation, non seulement les réactions de Marc présentes systématiquement et répétitivement après les visites des parents, mais aussi le fait qu'il poursuive son développement lorsque les visites sont espacées, permettent de penser à ce phénomène du « décalage ».

Avant de conclure à un effet de « contamination », il y a lieu de prendre en compte plusieurs éléments : le contexte et le lieu de la rencontre, la durée de la visite, l'attitude des professionnels, le nombre et la durée du (ou des) placement(s), l'âge de l'enfant, la fréquence des visites, l'état psychique de l'enfant, la période passée chez les parents et la qualité de la relation parents-enfant lors de la visite.

Le terme anglais *care* n'a pas d'équivalent en français car il intègre autant le souci de l'autre (faire attention, se soucier de...) que l'activité (s'occuper de, procurer des soins...). Autrement dit, ce terme conjugue le fait de « prendre soin » et de « prendre soin de l'autre » sous l'angle d'un partenariat. L'autre ne se résume pas à être objet de soin car le *care* est une relation qui s'établit entre deux partenaires acteurs au sein de cette relation.

Il n'y a pas de soin psychique sans rencontre. En faire l'expérience permet l'émergence de transformations intersubjectives. Aussi, les fonctions d'accueil et d'attention, au cœur de tout processus du *care*, créent les conditions pour qu'une rencontre intersubjective puisse advenir. Dans le contexte d'un placement, ce dispositif de soins pour le bébé demande qu'on se départisse d'une vision simplificatrice de réparation, qu'on se déprenne d'une position d'idéalité où l'on sait ce qui est bon pour l'autre et qu'on assume une position de suppléance et non de substitution auprès du bébé.

Une attention soutenue au vécu interne du bébé

L'observation du bébé est un outil indispensable pour approcher le vécu du bébé. Observer consiste à porter une attention constante aux signes corporels, aux mimiques, aux productions vocales et aux comportements que le bébé adresse à autrui. C'est le faire exister comme partenaire, apprendre à le connaître et apprendre à entrer en relation avec lui. Autrement dit, on observe un bébé comme on écoute un adulte. Si le bébé montre des capacités très précoces d'attention à l'égard des objets et des

personnes, cela dépend de la qualité du « dialogue des attentions » qui se noue entre lui et les adultes. Parvenir à ce dialogue chez le bébé gravement négligé exige non seulement une attention soutenue mais aussi du temps.

A Loczy, Emmy Pickler a développé une éthique du soin auprès des bébés vivant dans une institution et qui sert de référence pour les professionnels. Bien qu'il ne soit pas possible de reproduire au sein d'une collectivité les modalités relationnelles familiales, le cadre institutionnel peut offrir au bébé une expérience relationnelle différente qui favorise son développement. Une telle conception du *care* repose sur deux principes directeurs : l'activité libre de l'enfant et l'importance pour lui d'établir une relation affective privilégiée avec l'adulte.

Basée sur un profond respect des besoins du bébé et du rythme de son développement, cette approche préconise de laisser le bébé exercer librement son activité spontanée, considérée comme composante essentielle de son développement psychique. Soutenu et encouragé dans ses initiatives par l'adulte qui l'accompagne, il découvre d'une part le plaisir que cette activité spontanée procure et d'autre part apprend à se percevoir lui-même, à se connaître et à s'exprimer. Dans cette recherche continue de la participation du bébé aux soins, il n'y a pas de forçage mais un respect constant de sa dynamique propre.

L'accent est également mis sur l'importance d'établir une relation affective privilégiée et continue entre le bébé et l'adulte. Si l'on multiplie le nombre de soignants autour du bébé, le risque existe que chaque soignant, en appliquant sa méthode de soins, non seulement crée de la discontinuité mais aussi ne favorise pas la construction d'une figure d'attachement stable. Par conséquent, la nécessité d'offrir au bébé la possibilité d'établir une relation affective stable implique une limitation du nombre de soignants qui s'occupent de lui. Et c'est essentiellement au moment des soins, aussi individualisés

que possible, que s'instaure cette relation. Pour le soignant, cela suppose de pouvoir s'engager sans visée réparatrice, de façon bienveillante auprès de l'enfant en lui assurant des temps privilégiés au sein d'un projet individualisé.

Ainsi, cette alternance entre des temps d'activité libre aux côtés de l'adulte et des temps de rencontre individuelle et personnalisée favorise l'acquisition d'une sécurité interne suffisante pour affronter les difficultés ultérieures.

Le bébé a également besoin de narrativité. Indispensable pour le développement de son identité, elle permet de tisser son histoire relationnelle entre lui, ses parents et les soignants. Si cela s'élabore dans un cadre thérapeutique, certaines équipes ajoutent dans cette démarche la réalisation d'une sorte de carnet de bord retraçant, photos à l'appui, le parcours de l'enfant au sein de l'institution. Ce « cahier vivant », comme l'a appelé un soignant, où alternent écriture et photos, est précieux non seulement pour le tout-petit afin qu'il garde une trace de son passage dans l'institution mais également pour les soignants qui l'élaborent.

Prendre soin de celui qui prend soin

Le travail d'accompagnement et de soin auprès des bébés et des parents suppose une dimension d'engagement et d'implication à leur égard, socle qui rend la rencontre possible. D'emblée, celle-ci s'avère non seulement dense émotionnellement mais aussi complexe. Comment trouver la juste distance lorsqu'on s'occupe d'un bébé qui n'est pas le sien ? Comment trouver l'équilibre dans les échanges affectifs avec le bébé qui ne soient ni trop ni trop peu ? Comment créer une relation privilégiée avec lui sans délaisser les autres enfants ?

Faire appel uniquement à des sentiments empathiques pour s'occuper d'un enfant qui n'est pas le

sien comporte le risque d'induire un surinvestissement à son égard et crée chez l'enfant une attente impossible à combler. De plus, très vite, ce type de relation sera source d'angoisse, de culpabilité et finalement de rejet. Aussi, cela demande une grande vigilance pour parvenir et maintenir une relation affectueuse distincte d'une relation exclusivement maternelle.

D'autre part, il est souvent difficile pour le soignant de supporter les effets émotionnels de la relation avec un bébé en grande détresse. En effet, le bébé réactive chez le soignant des zones de vulnérabilité qui peuvent, à l'insu du soignant, induire des contre-attitudes défensives. Celles-ci sont sources de dysfonctionnements relationnels avec l'enfant et de conflits au sein de l'équipe. Ces mouvements défensifs individuels et parfois collectifs peuvent surgir afin d'éviter de ressentir la souffrance ou pour lutter contre des sentiments d'impuissance et de culpabilité vis-à-vis de la souffrance des bébés et des parents. Cela peut se traduire par des comportements où les soins au bébé sont effectués sur un mode opératoire ou encore par des attitudes agressives envers le tout-petit.

La lourdeur des situations et les troubles graves de la parentalité représentent une mise à l'épreuve des capacités du soignant à maintenir une attention soutenue au bébé sans basculer dans des extrêmes, à tenir ensemble autour de ces situations complexes et à garder une pensée créative.

On voit donc que prendre soin du bébé est aussi prendre soin du soignant, non seulement en lui apportant l'attention, l'écoute et le soutien dont il a également besoin mais aussi en mettant en place des temps d'analyse de sa pratique professionnelle.

Au sein de l'institution, bien que les réunions d'équipes et les supervisions soient des temps d'élaboration et de pensée différenciés, elles ont chacune une fonction dynamisante pour le bébé, les parents

et les soignants. Ces temps d'échanges en commun ont pour objectifs de nourrir la réflexion autour du bébé afin d'ajuster les soins en fonction de son état psychique, de repérer ce qui dans le fonctionnement institutionnel pourrait porter préjudice à son développement et d'élaborer les tensions et conflits qui peuvent surgir entre soignants.

La pluridisciplinarité de l'équipe apporte des regards multiples et complémentaires sur le vécu de l'enfant dans la mesure où s'articulent les dimensions du soin, de l'éducatif et du pédagogique. Si cela fait sa richesse, c'est aussi source de conflits. La psychopathologie du bébé et de ses parents conduit souvent les soignants, à leur insu, à reproduire des processus relationnels pathologiques et pathogènes entre eux, entre le bébé et ses parents et/ou entre les professionnels de différents services.

En déposant chez chacun des soignants une parcelle de son vécu, le bébé et ses parents induisent des mouvements contradictoires, qui, s'ils ne sont pas élaborés, conduisent au déploiement de projections destructrices, de conflits, de confusion et de risque de passages à l'acte.

Par ailleurs, se retrouve également au sein de l'équipe un autre type de clivage entre ceux qui soutiennent une position d'accueil et de contenance et ceux qui adoptent une position de limitation et de régulation. Or l'intrication de ces deux registres reste primordiale pour le développement psychique du bébé. Si la dialectique entre ces deux positions n'est pas suffisamment travaillée individuellement et collectivement, le risque de discontinuité au niveau du bébé s'accroît.

Vouloir parvenir à une absence de conflits au sein d'une équipe est illusoire. Aussi, ce qui est important, c'est la capacité à utiliser de manière constructive les divergences qui existent dans l'équipe. De plus, partager les réflexions et analyser les sentiments et affects liés au travail avec les bébés et les parents, et

En guise de conclusion

ce dans un climat respectueux de l'autre, empêche la disqualification entre soignants et protège d'un risque inhérent au *care*, soit celui de s'arroger le droit de définir les besoins d'un autre ou d'instaurer une relation de pouvoir.

Autrement dit, le travail d'accompagnement et de soin des bébés et des parents nécessite un travail intensif et constant d'analyse afin non seulement de déjouer les effets de ces processus de clivage et de destructivité sur la relation et dans le groupe, mais également d'être dans une recherche constante d'amélioration du *care*.

La séparation ne soigne pas, elle ajoute une fragilité supplémentaire au bébé. Cependant, elle est nécessaire lorsqu'il s'agit d'assurer sa protection et des soins lorsque ses parents n'y parviennent pas. Mais la séparation physique ne peut s'envisager qu'en tenant compte du lien princeps avec le parent. Non seulement le bébé garde un lien indéfectible avec ses parents mais les expériences relationnelles précoces engrammées sous forme de traces sensorielles sont toujours susceptibles d'être réactivées. Autant le tout-petit doit pouvoir bénéficier de tous les soins dont il a besoin pour l'aider à souffrir moins de ses parents, autant ses parents ont besoin que leur soit accordée une attention spécifique et bienveillante. De même, développer le *care* auprès du bébé placé, c'est aussi prendre soin des soignants qui s'occupent de lui au quotidien.

Observer avec attention un bébé, c'est le faire exister. Et, en le mettant au centre des réflexions, c'est continuer à chercher ce qui dans le soin sera le plus vitalisant pour lui, pour cet enfant-là, tout en restant attentif aux effets des décisions prises à son égard ainsi qu'aux facteurs de carence qui peuvent toujours survenir sans que l'on s'en rende compte.

Bien que nos connaissances sur le développement psychique du bébé et sur la pathologie de la parentalité aient permis de développer des nouvelles pratiques autour du bébé et de ses parents, il est essentiel de poursuivre le questionnement et la réflexion sur nos pratiques afin de les affiner et d'ouvrir l'horizon de la créativité. S'inscrire dans une dynamique d'amélioration constante du soin et des soins permet au bébé, à ses parents, à la famille d'accueil et aux soignants d'être entendus

et soutenus dans leurs souffrances et de s'appuyer sur l'expérience de rencontres bienveillantes pour poursuivre au mieux le chemin de la vie.

Bibliographie

- Benhaïm M., *L'ambivalence de la mère*, Érès, 2011.
- Bonneville-Barichel, « Les traumatismes relationnels précoces. Clinique de l'enfant placé », Érès, *La vie de l'enfant*, 2015.
- Ciccone Albert, *La psychanalyse à l'épreuve du bébé. Fondements de la position clinique*, Dunod, 2011.
- David M., *Prendre soin de l'enfance*, Érès, 2014.
- David M., Appell G., *Loczy ou le maternage insolite*, Érès, 2008.
- Déprez A., Antoine C., « L'effet des visites parentales chez le bébé placé : une étude exploratoire des réactions du bébé avant, pendant et après une visite médiatisée », in *Devenir* 2011/3 (Vol. 23), pp. 239-270.
- Houzel D., *Les enjeux de la parentalité*, Érès 2014.
- Lamour, M., Barraco, M., *Souffrances autour du berceau ; des émotions au soin*, Gaëtan Morin éditeur, 1998.
- Mascaro R. et al. « Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière », in *Devenir* 2012/2 (Vol. 24), pp. 69-115.
- Sellenet C., « Approche critique de la notion de compétences parentales », in *La revue internationale de l'éducation familiale* 2009/2 (n° 26), pp. 95-116.
- Trevarthen, C., Althen, K.J., « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », *Devenir* 2003/4, vol.15, pp. 309-428.
- Winnicott D., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969.

Pour approfondir le sujet



- Comment aider les parents à reconnaître les limites de leurs compétences ?, avec Daniel Coum
- Quelle cohérence éducative entre les adultes autour de l'enfant ? , avec Daniel Coum
- Consolider l'alliance parents et professionnels soutient le développement de l'enfant, avec Daniel Coum
- Quand les carences des parents amènent au placement de leur enfant, de Pierre Delion
- ...

- La nécessité de parler aux bébés, d'Annette Watillon-Naveau
- Ces familles qui ne demandent rien, de Jean-Paul Mugnier
- Développement et troubles de l'enfant 0-12 mois, de Marie-Paule Durieux
- L'attachement, un lien vital, de Nicole Guedeney
- ...

- Les bonnes raisons pour une mère de haïr son beau bébé... parfois
- Les signes de souffrance psychique chez l'enfant
- La permanence des équipes éducatives aide à se construire
- ...

sur yapaka.be

Temps d'Arrêt / Lectures Derniers parus

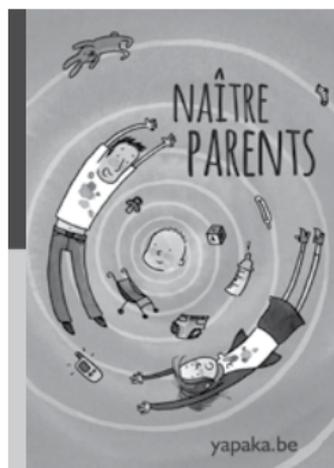
- 68. Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?**
Benoit Bastard
- 69. À la rencontre des bébés en souffrance.**
Geneviève Bruwier
- 70. Développement et troubles de l'enfant.**
Marie-Paule Durieux
- 71. Guide de prévention de la maltraitance.**
Marc Gérard
- 72. Garde alternée : les besoins de l'enfant.**
Christine Frisch-Desmarez, Maurice Berger
- 73. Le lien civil en crise ?**
Carole Gayet-Viaud
- 74. L'enfant difficile.**
Pierre Delion*
- 75. Les espaces entre vérité et mensonge.**
Christophe Adam, Lambros Couloubaritsis
- 76. Adolescence et conduites à risque.**
David Le Breton
- 77. Pour une hospitalité périnatale.**
Sylvain Missonnier
- 78. Travailler ensemble en institution.**
Christine Vander Borgh*
- 79. La violence envers les enfants, approche transculturelle.**
Marie Rose Moro
- 80. Rites de virilité à l'adolescence.**
David Le Breton
- 81. La nécessité de parler aux bébés.**
Annette Watillon-Naveau
- 82. Cet art qui éduque.**
Alain Kerlan et Samia Langar*
- 83. Développement et troubles de l'enfant. 1-4 ans**
Marie-Paule Durieux
- 84. TDAH - Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.**
Rita Sferrazza
- 85. Introduire l'enfant au social.**
Marie Masson
- 86. Peut-on encore toucher les enfants aujourd'hui ?**
Pierre Delion
- 87. Corps et adolescence.**
David Le Breton
- 88. La violence conjugale frappe les enfants.**
Christine Frisch-Desmarez
- 89. La violence de jeunes : punir ou éduquer ?**
Véronique le Goaziou
- 90. L'évolution des savoirs sur la parentalité.** Gérard Neyrand
- 91. Les risques d'une éducation sans peine**
Jean-Pierre Lebrun
- 92. La vitalité relationnelle du bébé.** Graciela C. Crespin

* Ouvrage épuisé.

Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, ...

Les livres de yapaka

disponibles gratuitement au 0800/20 000 ou infos@cfwb.be



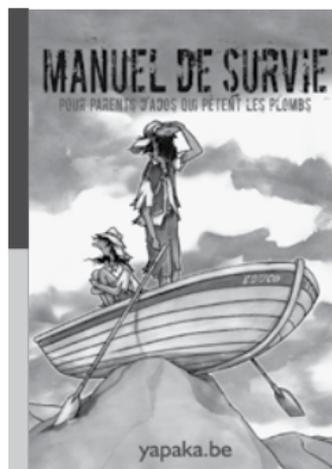
POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE 0 À 2 ANS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ADOS



POUR LES ENFANTS



POUR LES ADOS DE 12 À 15 ANS