

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 177

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Claire PÉROUZE
née le 18 mai 1987 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le mardi 7 octobre 2014

**LES VISITES À DOMICILE DANS LES SITUATIONS DE NÉGLIGENCE
ÉMOTIONNELLE : COMMENT SE CONSTRUIT L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ?
Étude qualitative à partir du témoignage de 3 mères
et d'infirmières du Centre Nantais de la Parentalité**

Président : Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directrice de thèse : Madame le Docteur Nicole GARRET-GLOANEC

REMERCIEMENTS

Aux familles ayant accepté de participer à ce travail et à leurs infirmières.

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez su porter à ce travail et pour la qualité de votre accompagnement au cours de ma formation. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc VÉNISSE,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Vous offrez à vos étudiants l'accès à un enseignement riche, varié et ouvert. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma grande reconnaissance.

A Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Vous avez accepté avec spontanéité et enthousiasme de faire partie du jury de cette thèse. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

A Madame le Docteur Françoise DUPONT,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir la pédopsychiatrie au sein de votre service et d'avoir toujours su vous montrer disponible. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Nicole GARRET-GLOANEC,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité, votre soutien, vos judicieux conseils tout au long de son élaboration. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon admiration.

A Madame le Professeur Catherine SELLENET pour vos conseils avisés et votre précieuse expertise dans l'élaboration des entretiens qualitatifs.

A Pierre-Yves et à mes amis,

A mes parents et à mon frère.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	12
-------------------	----

<p style="text-align: center;"><u>PARTIE A</u> : LA NÉGLIGENCE ÉMOTIONNELLE ASPECTS THÉORIQUES, CLINIQUES, PSYCHOPATHOLOGIQUES, NEUROSCIENTIFIQUES ET THÉRAPEUTIQUES</p>

<u>Chapitre 1</u> : PRÉREQUIS.....	16
---	-----------

1. INTRODUCTION.....	16
-----------------------------	-----------

2. COMPÉTENCES DU BÉBÉ.....	17
------------------------------------	-----------

2.1. Les états de vigilance.....	18
2.2. Les compétences sensorielles.....	19
2.3. Les compétences motrices.....	19
2.4. Les compétences sociales.....	20
2.5. Les compétences cognitives.....	20

3. COMPÉTENCES DES PARENTS.....	21
--	-----------

3.1. La parentalité.....	21
3.1.1. Définition.....	21
3.1.2. Les facteurs en jeu dans la parentalisation.....	21
3.1.3. Trois axes d'étude de la parentalité.....	25
3.2. Le désir d'enfant.....	26
3.3. La grossesse et l'attente de l'enfant.....	26
3.4. Les différents enfants.....	27
3.5. La naissance : moment de rencontre avec l'enfant réel.....	28

4. LES INTERACTIONS PARENTS-BÉBÉ.....	29
--	-----------

4.1. Le concept de pattern et les scénarios interactifs.....	29
4.2. Les interactions précoces.....	30
4.2.1. Les interactions biologiques.....	30
4.2.2. Les interactions comportementales.....	30
4.2.3. Les interactions affectives.....	33
4.2.4. Les interactions fantasmatiques.....	35
4.2.5. Les interactions protosymboliques.....	35
4.3. Construction d'un espace de récit.....	36

5. LE TRAVAIL PSYCHIQUE DU BÉBÉ : L'IMPORTANCE DE L'INTERSUBJECTIVITÉ.....	37
6. L'ATTACHEMENT.....	40
6.1. Les principales notions.....	41
6.2. Les patterns d'attachement.....	43
6.3. Transmission intergénérationnelle de l'attachement.....	45
7. CONCLUSION.....	46
<u>Chapitre 2</u> : LE CONCEPT DE NÉGLIGENCE.....	47
1. INTRODUCTION.....	47
2. DÉFINITIONS.....	49
2.1. Définitions juridiques.....	49
2.2. Définitions cliniques.....	51
2.2.1. Définitions canadiennes.....	51
2.2.2. Définitions françaises.....	52
3. FOCUS SUR LA NÉGLIGENCE ÉMOTIONNELLE.....	53
4. GRADATION.....	55
5. DES NORMES POUR DÉFINIR LA NÉGLIGENCE ?.....	56
6. OUTILS D'ÉVALUATION.....	57
7. ÉPIDÉMIOLOGIE.....	60
7.1. Au Canada.....	60
7.2. Aux États-Unis.....	60
7.3. En France.....	61
7.4. En Loire-Atlantique.....	61
8. CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES DITES NÉGLIGENTES.....	62
8.1. Facteurs de risque parentaux et environnementaux.....	63
8.1.1. Caractéristiques socio-économiques.....	63
8.1.2. Caractéristiques socio-démographiques.....	64
8.1.3. Caractéristiques psychologiques.....	64
8.1.4. Caractéristiques cognitives.....	65
8.1.5. Histoire infantile des parents.....	66
8.2. Facteurs de risque infantiles.....	67

8.3. Influence du père et/ou du compagnon.....	67
8.4. Facteurs de protection.....	70
8.5. Fonctionnement parental.....	71
8.5.1. Traitement de l'information.....	71
8.5.2. Traitement des affects.....	72
8.6. Contexte d'émergence de la négligence émotionnelle.....	73
8.6.1. Perturbations relationnelles parents-enfant.....	74
8.6.2. Perturbations relationnelles famille-société.....	76
9. CONCLUSION.....	78

SITUATIONS CLINIQUES DE DAVID, MANON ET MARTIN79

Chapitre 3 : ASPECTS CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA NÉGLIGENCE.....93

1. INTRODUCTION.....	93
2. CLINIQUE DU BÉBÉ NÉGLIGÉ.....	94
2.1. Apports de Selma Fraiberg.....	95
2.2. Le bébé négligé émotionnellement.....	96
2.2.1. Les manifestations somatiques et physiques.....	96
2.2.2. Le tonus.....	96
2.2.3. La motricité.....	97
2.2.4. La régulation de la vigilance.....	98
2.2.5. La sphère émotionnelle et relationnelle.....	99
2.2.6. Les troubles cognitifs secondaires.....	100
3. CLINIQUE DE L'ENFANT NÉGLIGÉ.....	101
3.1. Les troubles socio-émotionnels.....	101
3.2. Les troubles du comportement.....	102
3.3. L'attachement.....	103
3.4. Les troubles cognitifs.....	105
3.5. La notion de traumatisme et de dissociation.....	105
3.6. La dysharmonie évolutive.....	106
4. CLINIQUE DE L'ADOLESCENT NÉGLIGÉ.....	107
4.1. Les conduites antisociales.....	107
4.2. Les troubles émotionnels.....	108
4.3. Le trouble de la personnalité borderline.....	108

5. ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES.....	110
5.1. Du côté du bébé.....	110
5.1.1. Régulation tonico-émotionnelle et construction corporéo- psychique.....	110
5.1.2. Style et accordage interactif.....	112
5.1.3. Interaction et émotion.....	113
5.1.4. Attachement et enveloppe.....	113
5.1.5. Attachement et développement de soi.....	114
5.2. Enjeux évolutifs.....	115
5.2.1. La dysharmonie évolutive.....	115
5.2.2. Le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence.....	117
5.2.3. Défaut de mentalisation et risque de transmission intergénérationnelle.....	121
6. CONCLUSION.....	124

Chapitre 4 : APPORTS DES NEUROSCIENCES.....126

1. INTRODUCTION.....	126
2. RAPPELS NEUROSCIENTIFIQUES.....	126
2.1. Neuroanatomie fonctionnelle.....	126
2.2. Neurobiologie.....	128
2.2.1. Cortisol.....	128
2.2.2. Ocytocine.....	128
2.3. Concepts de plasticité cérébrale et de période critique ou sensible.....	129
2.4. Interactions « inné-acquis »	129
3. CONSÉQUENCES NEUROBIOLOGIQUES DES NÉGLIGENCES.....	130
4. PLACE DE L'ÉPIGÉNÉTIQUE.....	134
5. INTÉRÊT D'UNE INTERVENTION PRÉCOCE.....	137
6. CONCLUSION.....	138

Chapitre 5 : ASPECTS THÉRAPEUTIQUES.....139

1. INTRODUCTION.....	139
-----------------------------	------------

2. PANORAMA DES INTERVENTIONS.....	139
2.1. Le soutien à l'enfant.....	140
2.2. Le soutien parental.....	141
2.3. Prise en charge de la dyade mère-enfant.....	141
2.4. Interventions environnementales.....	144
2.5. Quelques programmes d'intervention en situation de négligence.....	145
3. POINTS DE CONSENSUS.....	146
3.1. Précocité de l'intervention.....	146
3.2. Alliance thérapeutique et continuité du soin.....	147
3.3. Travail avec les partenaires.....	148
4. FOCUS SUR LES VISITES À DOMICILE ET L'OBSERVATION THÉRAPEUTIQUE.....	151
4.1. Les visites à domicile.....	152
4.1.1. Principes.....	152
4.1.2. Intérêts.....	153
4.1.3. Limites.....	154
4.1.4. Place de l'intervenant.....	156
4.1.5. Exemples de programmes d'intervention à domicile.....	159
4.2. Les observations thérapeutiques.....	161
4.2.1. Observation selon Esther Bick.....	161
4.2.2. Observation selon Emmi Pickler (Lóczy)	162
4.2.3. La fonction d'attention et de contenance.....	163
5. SOINS PROPOSÉS PAR LE CENTRE NANTAIS DE LA PARENTALITÉ.....	165
5.1. Mise en œuvre d'une procédure diagnostique et thérapeutique.....	165
5.2. Interventions thérapeutiques proposées par le CNP.....	166
5.3. Exemple d'application des observations thérapeutiques au CNP.....	168
6. CONCLUSION.....	169

<p>PARTIE B : LE VÉCU DES VISITES À DOMICILE ÉTUDE QUALITATIVE À PARTIR DU TÉMOIGNAGE DE 3 MÈRES ET D'INFIRMIÈRES DU CENTRE NANTAIS DE LA PARENTALITÉ</p>
--

1. INTRODUCTION.....	172
2. OBJECTIFS.....	174
2.1. Objectif principal.....	174
2.2. Objectif secondaire.....	174

3. MÉTHODOLOGIE.....	174
3.1. Population.....	174
3.2. Procédure.....	174
3.3. Analyse.....	176
3.4. Aspects éthiques.....	176
4. RÉSULTATS.....	176
4.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	176
4.2. Témoignages des mères.....	177
4.2.1. Le contexte d'arrivée sur la structure.....	177
4.2.2. Les visites à domicile : de la méfiance à l'acceptation.....	178
4.2.3. La mise en place des visites à domicile : le poids des premières impressions et l'importance du temps.....	179
4.2.4. Le contenu des visites à domicile : être observée, être guidée, être soutenue, être accompagnée.....	180
4.2.5. La relation avec l'infirmière : un « entre-deux » structurant.....	182
4.2.6. Les effets des visites à domicile perçus par les parents : la relation comme levier thérapeutique.....	184
4.2.7. L'arrêt des visites à domicile : un moment difficile ?	186
4.2.8. Les critiques et les recommandations.....	187
4.3. Témoignages des infirmières.....	187
4.3.1. Le contexte d'arrivée des familles au CNP.....	187
4.3.2. Le « temps » de la mise en place des visites à domicile.....	188
4.3.3. Intervenir chez les familles : au-delà des apparences.....	189
4.3.4. « Apprivoiser » le(s) parent(s) pour permettre le soin à l'enfant.....	189
4.3.5. Le contenu des visites à domicile : observer, s'adapter, s'appuyer sur le concret, soutenir, permettre, accompagner.....	190
4.3.6. Identifier les compétences parentales et y croire.....	192
4.3.7. Un lien fragile, qu'il faut entretenir.....	194
4.3.8. La relation avec les mères : l'étayage quasi-maternant.....	195
4.3.9. Une évolution clinique modérée.....	195
4.3.10. L'arrêt des visites à domicile : à condition d'un relais.....	197
4.3.11. Les difficultés et les suggestions des intervenantes.....	197
5. DISCUSSION.....	198
5.1. « Regards croisés »	198
5.1.1. Travail en réseau et risque de clivage.....	198
5.1.2. L'acceptation et la mise en place : des souvenirs divergents...	199
5.1.3. Le contenu des visites à domicile : concordance des témoignages.....	200
5.1.4. L'intérêt de l'enfant, l'apprivoisement des parents et l'adaptabilité des infirmières.....	200
5.1.5. La relation au cœur du soin.....	201

5.1.6. Et l'attachement ?	203
5.1.7. L'évolution et les bénéfices.....	204
5.1.8. L'arrêt de la prise en charge : symbolique de l'attachement qui a pu se créer ?	205
5.1.9. Les critiques et les recommandations.....	205
5.2. « Ce qui fait alliance »	206
5.2.1. Les premières rencontres : l'enveloppe sensorielle.....	206
5.2.2. La bienveillance.....	207
5.2.3. L'indispensable temps.....	207
5.2.4. Les compétences des parents : un partenariat pour le soin.....	207
5.2.5. La ténacité et la conviction des intervenantes.....	209
5.2.6. La disponibilité des intervenantes.....	209
5.2.7. L'adaptabilité et la créativité des soignantes.....	209
5.2.8. Le respect du lien et la sollicitude prévenante.....	210
5.3. Les biais.....	210
5.4. Des axes d'amélioration ?	211
6. CONCLUSION.....	213
CONCLUSION.....	214
ANNEXES.....	218
Note d'information aux parents.....	218
Entretiens.....	220
David.....	220
Manon.....	242
Martin.....	261
BIBLIOGRAPHIE.....	278

ABRÉVIATIONS

AAI : Adult Attachment Interview

ACTH : Adreno-Cortico-Trophin Hormone

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CBG : Cortisol Binding Globulin

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNP : Centre Nantais de la Parentalité

CRH : Corticotropin-Releasing Hormone

EBM : Evidence Based Medecine

HPA : Hypothalamic-Pituitary-Adrenal

ODAS : Observatoire De l'Action Sociale décentralisée

PMI : Protection Maternelle Infantile

QD : Quotient de Développement

QI : Quotient Intellectuel

SESSAD : Service d'Éducation et de Soins Spécialisés A Domicile

TISF : Technicien(ne) d'Intervention Sociale et Familiale

VAD : Visite A Domicile

VED : Veille Enfance en Danger

TABLE DES FIGURES

Figure 1. La gradation de la négligence d'après Weaner et Morency.....	55
Figure 2. Scanner cérébral d'un enfant âgé de 3 ans non négligé versus sévèrement négligé.....	131
Figure 3. Aire de la région 4 du corps calleux chez des enfants négligés versus non négligés.....	131
Figure 4. Effets du maternage sur l'expression du gène NRC31 et sur le niveau des corticoïdes et du facteur de croissance neuronale.....	135
Figure 5. Expression du récepteur aux glucocorticoïdes chez des sujets maltraités décédés par suicide.....	136
Figure 6. Méthylation du gène NRC31 dans l'hippocampe chez des sujets maltraités décédés par suicide.....	137
Figure 7. Arbre décisionnel pour la prise en charge de familles à risque de négligence repérées par la PMI.....	167

INTRODUCTION

L'idée de ce travail s'est façonnée autour de rencontres qui ont marqué mon parcours clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ces rencontres sont celles avec des enfants souffrant de dysharmonie évolutive ou pathologies limites. Ce diagnostic a éveillé en moi de nombreuses questions, et notamment : quelles peuvent être les causes communes à une telle mosaïque de symptômes ? Et comment prévenir l'apparition de ce type de troubles ?

L'un des facteurs étiopathogéniques cité par Roger Misès, fondateur de ce concept, a fait écho aux situations cliniques auxquelles j'étais confrontée : les carences.

Je me suis alors demandée par quels mécanismes psychopathologiques des situations de carences pouvaient altérer le développement de ces enfants.

Spitz et Bowlby, dans leurs travaux précurseurs réalisés dans les années d'après-guerre, ont développé la notion de carence affective quantitative. Leurs études reposaient sur l'observation attentive des réactions de jeunes enfants placés ou hospitalisés pour de longues périodes. Ils ont décrit l'inéluctabilité de leur détresse malgré les soins physiques prodigués. Ils ont fait le constat des risques d'évolution gravissime pour certains. Ces travaux ont révélé le rôle vital du maintien de liens privilégiés avec la figure maternelle pendant les premières années de vie. La symptomatologie des carences affectives quantitatives est assez spectaculaire et désormais bien connue (apathie, retrait, inhibition motrice, regard vide ou cramponné, détérioration cognitive, désorganisation psychosomatique grave).

Des travaux plus récents comme ceux de Kreisler, Fain et Soulé, ainsi que ceux des membres du courant interactionniste du bébé, ont mis en évidence que les carences affectives peuvent également être qualitatives. Dans ce cas, elles ne correspondent pas à une séparation de l'enfant d'avec ses repères relationnels habituels, mais à l'inaccessibilité psychique de ceux-ci, qui sont là, bien présents, mais préoccupés et peu disponibles pour lui.

Le concept de négligence émotionnelle recouvre ces phénomènes, et m'a particulièrement intéressé dans la mesure où il est très fréquent et a un impact lourd sur le développement global des enfants.

La négligence se définit par l'absence de gestes appropriés pour assurer le développement de l'enfant dans des conditions de sécurité psychique et physique. Elle s'installe généralement très précocement pour des effets à long terme. Ses conséquences sur le développement psycho-affectif du bébé et de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte qu'il deviendra sont majeures. Elle affecte profondément la parentalité et se transmet ainsi de génération en génération dans ces familles dites « carencées », « à problèmes multiples », « vulnérables », « négligentes ».

Une des difficultés rencontrée par l'ensemble des professionnels qui œuvrent auprès de ces familles est par ailleurs la mise en place de soins adaptés.

En effet, ces parents en souffrance psychique, isolés ou exclus, dont la propre enfance a été souvent difficile, repoussent régulièrement toute forme de lien et peuvent avoir une méfiance vis-à-vis des institutions de soins.

Très souvent dans un vécu d'insécurité relationnelle et non conscients de ce que vit leur enfant, ni de ce en quoi ils sont partie prenante et dans quelle mesure, les parents dits négligents acceptent difficilement l'aide proposée. Ils sont avec leur enfant au mieux de ce qu'ils ressentent. Proposer une aide à ces familles peut également être vécu comme une stigmatisation.

Avec le développement de la psychiatrie périnatale, des équipes se sont efforcées de faciliter l'accès aux soins à ces familles. La visite à domicile (VAD) s'est révélée être un moyen précieux pour les rencontrer et mettre en place une aide au plus près de leurs difficultés réelles.

Dès la première rencontre, le principal objectif est de gagner la confiance de ces parents tout en veillant au développement le plus harmonieux possible de leur enfant. Mais quelles sont les conditions pour que cette alliance se développe avec ces familles « insaisissables » ?

Cette question est au cœur du travail avec les familles dites négligentes. En effet, une solide alliance avec elles peut permettre des évolutions positives et prévenir le développement de troubles sévères chez les enfants.

J'ai voulu approfondir cette question en recueillant le témoignage de parents bénéficiant de VAD pour ce type de situations afin de me rapprocher au plus près de leur vécu des soins. J'ai également rencontré les infirmières référentes pour mieux saisir le déroulement des soins et l'évolution de la relation parents-enfant-soignant. En croisant ces témoignages, j'ai ensuite essayé de mettre en évidence ce qui avait été déterminant dans la mise en place d'une alliance thérapeutique de qualité.

Avant de présenter cette étude qualitative, il est nécessaire de développer le concept de négligence dans ses différents aspects théoriques, cliniques, psychopathologiques, neuroscientifiques et thérapeutiques afin de mieux cerner les enjeux des interventions à domicile réalisées par l'équipe infirmière du Centre Nantais de la Parentalité (CNP).

Mais avant cela, nous allons présenter de façon synthétique les préalables à toute réflexion sur ce sujet : la construction corporéo-psychique du bébé, la parentalité, les interactions et l'attachement.

PARTIE A

LA NÉGLIGENCE ÉMOTIONNELLE :

**ASPECTS THÉORIQUES,
CLINIQUES,
PSYCHOPATHOLOGIQUES,
NEUROSCIENTIFIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES**

Chapitre 1 : PRÉREQUIS

1. INTRODUCTION

Le bébé arrive dans un monde nouveau où il y a déjà avant lui du langage et de la pensée. Pour se les approprier il a besoin de son corps, de son environnement et d'une inscription dans une histoire.

L'étude du bébé accorde au corps et à ses fonctions une place centrale dans la mesure où ils représentent dans la première enfance un lieu d'expression privilégié de la souffrance psychique et/ou d'un dysfonctionnement relationnel entre le bébé et son entourage. Bernard Golse décrit le corps du bébé « comme une sorte de voie royale d'accès aux processus de symbolisation, de subjectivation, de sémiotisation¹ et de sémantisation² dans l'espèce humaine » (1). En effet, l'ensemble des interactions précoces vécues par l'enfant dans son corps et dans son comportement donne lieu à une activité de mentalisation et de figuration essentielle dans l'ontogénèse de l'appareil psychique.

Les processus de mentalisation et de « psychisation » sont ainsi des processus éminemment interactifs qui ne peuvent être considérés du seul point de vue de l'enfant. Pour être compris, ils doivent nécessairement être abordés au travers d'un détour par le psychisme de l'adulte qui rend pensable au bébé ce qui lui est d'abord impensable par ses propres moyens, fondant de cette manière les bases de son propre appareil psychique.

Le bébé, dès sa naissance, doté d'un tempérament et de compétences spécifiques, est un « être en devenir ». Le développement de sa personnalité, étroitement dépendant de son immaturité, se fait à partir de son « unité première avec les soins maternels » (2). La mère et le bébé, dyade asymétrique, vont quitter cet état de fusion première au travers d'une transaction continue, d'une spirale interactive,

¹ Sémiotisation : processus qui permet à l'enfant d'entrer dans le monde des signes par la transformation graduelle d'un certain nombre d'indices en signes grâce au travail psychique des adultes qui prennent soin de lui.

² Sémantisation : processus qui permet à l'enfant d'entrer dans le monde des significations.

source de plaisir-déplaisir réciproque. Le développement de l'enfant, tant corporel que psychique, ne peut donc être conceptualisé que dans le cadre de son système interactif.

L'observation du bébé permet ainsi d'accéder à la pensée elle-même, pensée en œuvre et éprouvée dans le comportement : penser, agir et ressentir s'avérant rigoureusement indissociables chez le bébé. Les messages corporels et les comportements plus généraux d'un bébé constituent dans cette perspective une forme de « récit de son histoire interactive précoce » (3).

Nous décrirons dans un premier temps les compétences du bébé et celles des parents qui se tissent de manière étroite pour permettre et organiser les différents niveaux de l'interaction que nous précisons également. Nous nous arrêterons sur la question de l'intersubjectivité dans le travail psychique du bébé pour ensuite découvrir les principales notions de la théorie de l'attachement.

2. LES COMPÉTENCES DU BÉBÉ

Jusque dans les années cinquante, les professionnels ont considéré le bébé comme un être très passif, principalement centré sur son activité alimentaire (« *nourrisson* ») et recevant tout de son environnement. Pour toute une série de raisons historiques, en grande partie liées à la somme des souffrances endurées par les bébés au cours de la seconde guerre mondiale, c'est seulement dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle qu'un changement radical de paradigme a eu lieu et que les professionnels ont commencé à parler, non plus du nourrisson, mais du bébé. C'est alors que l'image du bébé a profondément changé : il a de plus en plus été considéré comme une personne, une personne en devenir certes, mais une personne quand même, ayant dès lors droit au respect et à la dignité.

C'est dans ce contexte que débutèrent les études sur les **compétences précoces** du nouveau-né et du très jeune enfant, désormais regardé comme un être éminemment actif, fondamentalement interactif, un être à orientation sociale d'emblée et se comportant en fait comme un véritable partenaire de l'inter-relation avec l'adulte.

Il importe cependant de souligner la notion de compétences potentielles (4). Ainsi, l'expression de ces compétences n'est pas automatique et dépend de nombreuses variables, telles que les conditions de présentation du stimulus et l'état de vigilance du bébé. La capacité de régulation fine de ses états de vigilance doit être tout particulièrement considérée comme une compétence fondamentale, dans la mesure où elle constitue la toile de fond sur laquelle s'actualise l'ensemble des autres compétences dont le bébé dispose (3). Ces compétences sont uniques pour chaque bébé et font l'objet d'une grande variabilité individuelle et inter-individuelle.

2.1. Les états de vigilance

La vigilance se définit comme le degré de disponibilité de l'enfant à l'égard des différents stimuli provenant de son environnement. La maîtrise qu'il exerce sur le niveau de cette disponibilité s'intègre à son système de pare-excitation. Ce dernier constitue un système de filtrage des stimulations externes essentiel car :

- L'enfant est confronté, au début de sa vie, à un véritable bombardement neurosensoriel.
- L'appareil psychique ne peut correctement travailler que sur des petites quantités d'énergie, et pour ce faire doit prélever de manière cyclique dans l'environnement des petites quantités d'information.

Une partie du système de pare-excitation se trouve placée sous le contrôle de l'adulte qui s'efforce en effet, normalement, de placer l'enfant dans un environnement sensitivo-sensoriel de type « ni trop, ni trop peu » afin d'éviter à l'enfant à la fois le risque de carence et le risque de surstimulation. Une autre partie de ce système est d'emblée placée sous le contrôle de l'enfant lui-même (5).

Brazelton, dans son échelle d'évaluation du comportement néonatal, a décrit 6 états qui reflètent à la fois la vigilance du bébé, son niveau d'excitation motrice et la qualité de son vécu affectif (6). Les états de vigilance de l'enfant vont du sommeil profond aux cris et aux pleurs, en passant par un état de « disponibilité alerte » dans lequel l'enfant est d'une réceptivité maximale à l'égard des stimuli extérieurs.

Les états de vigilance du bébé sont le reflet de sa réalité neurophysiologique changeante et constituent en même temps de véritables messages adressés aux adultes qui se lancent dans leur interprétation et leur mise en sens. Puis, les états de vigilance sont interprétés par les parents comme les preuves de la qualité de leurs soins et de leurs liens avec l'enfant. Ils considéreront leur capacité à être parent de manière différente en fonction de ce que leur renverra leur bébé par le biais de ses états de vigilance. Cette dernière remarque nous permet presque d'assister à la naissance du **modèle interactif** que nous développerons plus loin. Ainsi, chaque bébé modulera ses passages par ces divers états de vigilance dans la rencontre entre ses caractères individuels et son milieu familial.

2.2. Les compétences sensorielles

Les capacités sensorielles du bébé prennent leur origine dans le cours du développement de la vie prénatale. Il existe un ordre chronologique dans la maturation des différents systèmes sensoriels du fœtus. Il vient en premier lieu le toucher puis la sensibilité vestibulaire, le goût, l'olfaction, l'audition et la vision. Le nouveau-né est capable de se servir des **canaux multisensoriels** qui s'organisent d'une manière de plus en plus riche et complexe dans un système d'aller-retour entre lui et son milieu. Quant au traitement des différents **flux sensoriels** (c'est-à-dire les différentes sensations reçues par l'organisme), le bébé semble doué d'une perception dite **amodale** ou **transmodale** car il est en mesure de transférer des informations reçues par un canal sensitivo-sensoriel dans un autre canal.

L'ensemble de ces capacités sensorielles sont particulièrement sollicitées lors des interactions précoces entre un bébé et ses parents.

2.3. Les compétences motrices

Le nouveau-né dispose d'un ensemble de réflexes tels que le grasping, le fouissement, les cris et le sourire. Les capacités motrices du nouveau-né sont également surprenantes, fondant elles aussi le socle des interactions parents-bébé. Par exemple, une mère qui, explorant son bébé, sera à l'origine de stimuli cutanés de la région péribuccale entraînera un mouvement d'orientation de la bouche en direction de ses caresses, situation permettant à l'enfant d'émerger comme sujet et

acteur de la rencontre et permettant aux adultes de se sentir reconnus, investis et engagés dans un lien de réciprocité.

2.4. Les compétences sociales

Les compétences sociales du nouveau-né sont représentées par sa capacité à imiter les expressions du visage de l'adulte et par la **synchronie interactive** qu'il manifeste dès les premières heures. S'observent alors de véritables échopraxies qui participent probablement à la genèse des premières représentations mentales (7). Cela trouve écho dans la théorie des neurones miroirs décrite par l'équipe de Rizzolatti au cours des années 1990.

La synchronie interactive est une caractéristique de la communication humaine et constitue le socle de la communication infraverbale, encore appelée communication analogique. Il s'agit d'une capacité d'adaptation réciproque des micro-comportements donnant lieu à une sorte de danse mutuelle, le « **dialogue tonique** »(8), que nous développerons plus loin.

2.5. Les compétences cognitives

Les remarquables compétences du nouveau-né et ses aptitudes précoces d'interaction avec son entourage influent sur le traitement qu'il est en mesure de proposer à ces stimuli et échanges, et sur les traces que ces expériences laisseront dans la fondation de son psychisme et sur ses capacités de repérage, reconnaissance et apprentissage.

Ainsi, un bébé soumis à des apprentissages éprouve du plaisir lorsqu'il découvre que ce qu'il fait a l'effet attendu sur son environnement. Il peut donc se sentir l'agent actif d'un certain nombre d'évènements de son quotidien.

D'autre part, toute une série d'états d'attention différents ont été décrits chez le bébé (attention soutenue, concentrée, dispersée), attentions qui dépendent fondamentalement de la qualité de l'attention portée à l'enfant par les adultes (9)

3. LES COMPÉTENCES DES PARENTS

Avant la naissance, l'avènement d'un enfant est une véritable crise maturative pour ses futurs parents. La grossesse bouleverse à la fois leur réalité externe aux prises avec la construction somatique d'un être humain et son inscription familiale et sociale, et leur réalité interne confrontée à la réactualisation des événements fondateurs de la personnalité des adultes par la réélaboration de la problématique œdipienne, de l'édification du narcissisme et du tissage de leurs liens premiers. Ce double travail, autour du passé et du présent, est essentiel à la filiation de l'enfant et constitue la toile de fond sur laquelle enfants et parents pourront se rencontrer après l'accouchement et écrire une histoire nouvelle. Cette rencontre avec un bébé vivant amène et impose de nouveaux aménagements au psychisme parental, sollicité par la prématuration physiologique de l'enfant et appelé à incarner les fonctions parentales. En conséquence, il est utile de considérer ces remaniements comme de véritables compétences des parents, fournissant à l'enfant le substrat relationnel de son développement (9).

3.1. La parentalité

3.1.1. Définition

Elle désigne l'ensemble des remaniements psychiques et affectifs permettant à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) sur le plan corporel, affectif et psychique (10). Ce processus est à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé (travail de la libido) et s'y attacher (*bonding*).

Il s'agit de devenir père et mère d'un enfant, non seulement sur le plan physique, mais aussi psychique. Deux fonctions différentes constituant la parentalité sont distinguées : la maternalité et la paternalité.

- **La maternalité**

La maternalité d'un sujet est définie par Serge Stoléru comme l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en

relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né (11). C'est cet ensemble qui régira la vie psychique de la mère ainsi que celle du père exerçant peu ou prou la **fonction maternelle**.

L'étude de la maternalité est aussi l'étude de l'impact intrapsychique sur l'enfant de la façon dont s'exerce sur lui la fonction maternelle au quotidien, dans la multiplicité de ses aspects.

Winnicott a développé le concept de **préoccupation maternelle primaire** qui correspond à une période de sensibilité particulièrement aigüe chez la mère qui va lui permettre de s'adapter aux besoins du bébé. Cette profonde identification à la prématurité du bébé se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue autour de l'accouchement, dure encore quatre semaines après la naissance et pourrait être considérée comme pathologique en l'absence de l'enfant. Il s'agit donc de la mise en place de l'**identification projective** normale entre la mère et l'enfant, permettant le partage d'éprouvés d'un appareil psychique adulte qui contient et met en sens les expériences d'un appareil psychique en devenir.

C'est ce que Bion appelle la **capacité de rêverie maternelle**. Le bébé projette dans la psyché maternelle par ce mouvement d'identification ses éléments sensoriels, émotionnels, primitifs, ses protopensées, « éléments bêta » inassimilables pour lui. La mère accueille ces éléments sensoriels et émotionnels et, du fait de sa capacité de rêverie, transforme ces éléments inorganisés, en pensées de rêve (« fonction alpha »), qui sont ainsi renvoyés à l'enfant sous une forme plus recevable pour lui (12).

Mille et Henniaux (13) distinguent trois principales fonctions maternelles :

- La fonction de **maintenance**, de **support**, d'**étayage** qui définit la solidité, la fiabilité de la présence maternelle. Elle se manifeste par la disponibilité psychique, l'accessibilité immédiate.
- La fonction de **contenance** qui comporte un double aspect de contenant et de « conteneur ». Le contenant, représenté par la fonction d'**enveloppe maternelle**, est à entendre comme une disponibilité émotionnelle, une sensibilité aux affects manifestes ou latents, une tolérance aux mouvements pulsionnels, un système de pare-excitation. La fonction de

conteneur s'apparente quant à elle à la fonction alpha liée à la rêverie maternelle.

- La fonction d'**individuation du Soi** suppose le souci maternel de renvoyer à l'enfant une image unifiée, le souci de conforter son identité propre en appréciant ses exploits ou sa générosité, en encourageant ses efforts d'autonomie, en témoignant de ses progrès, en mettant en récit sa vie quotidienne.

- **La paternalité**

En ce qui concerne la paternalité, nous pouvons transposer symétriquement la définition de la maternalité de Stoléru pour attribuer au père l'ensemble organisé déjà cité en relation avec son enfant, avec une part de la fonction paternelle pouvant être assurée par la mère.

A noter que ces aspects complémentaires des fonctions maternelles et paternelles s'appuient sur les recherches de Freud à propos de la bisexualité psychique. Cela permet entre autres de comprendre comment une mère seule peut assumer une parentalité partagée pour son ou ses enfants, et cela sans forcément manquer à ses devoirs de protection et d'éducation, ni leur transmettre une quelconque pathologie.

3.1.2. Les facteurs en jeu dans la parentalisation

Au moment où le cercle de famille s'agrandit ou va s'agrandir, les facteurs influençant le processus de parentalité sont de différents niveaux :

- **L'état somatique du bébé**

L'équipement neurobiologique du bébé, son aspect, son comportement et l'ensemble de son état physique vont venir jouer un rôle quelquefois primordial. Par exemple, dans le cas où un bébé naît prématurément, les différents niveaux d'interactions s'en ressentiront d'une façon extrêmement variable en fonction des capacités d'adaptation des parents, de leurs histoires personnelles et familiales et de l'aide qui leur est apportée à ce moment crucial.

- **La santé de la mère et du père et leurs lignes de vulnérabilité**

Ceci prend en compte les troubles graves de la personnalité et les risques de décompensations possibles (addictions, pathologies psychiatriques) qui si elles ont lieu vont exercer des contraintes sur la qualité des relations précoces.

- **La disponibilité et la sécurité affective de la mère**

Ces deux dimensions sont elles-mêmes liées aux conditions de vie matérielle, à la richesse du réseau relationnel, à une éventuelle psychopathologie maternelle et/ou paternelle, et ont un rôle déterminant sur les capacités d'accueil du bébé par sa mère.

- **La présence du père**

Cette présence est considérée notamment dans l'esprit de la mère. Elle est importante non seulement dans le soutien qu'elle peut apporter à la mère, mais aussi dans ses différences spécifiques de qualité de présence avec le bébé.

- **Les évènements traumatiques, récents ou anciens**

Les décès (du grand-père maternel, d'un enfant...), séparations, violences etc. ont une importance considérable dans un nombre non négligeable d'histoires cliniques. Il semble utile de comprendre les réactions consécutives à ces évènements dans une logique non pas simplificatrice (de type cause-effet), mais plutôt dans celle que Freud a permis d'entrevoir, celle de la réactualisation à l'occasion du traumatisme des lignes de fragilité apparues antérieurement dans l'existence du sujet.

- **L'importance des facteurs socio-anthropologiques**

Ce sont les transformations sociales telles que le déclin du mariage, les recompositions familiales, les homoparentalités, les nouvelles techniques de procréation etc.....

Il y a également les interventions sociales qui deviennent fréquentes pour aider les parents à trouver des dispositifs d'aide à la parentalité, voire pour s'y substituer en cas de défaillances graves (les assistantes maternelles, les multi-accueils, la généralisation des écoles maternelles avec scolarisation précoce, les familles

d'accueil, les pouponnières) avec des conséquences éventuelles sur les processus de parentalité.

- **« Le mandat transgénérationnel »**

Serge Lebovici le définit comme le contrat que le sujet a à remplir à l'égard de sa famille, contrat qu'il intègre dans sa trajectoire de vie. D'importance variable, le mandat préexiste au sujet, qui en est le porteur et qui le gère (14).

L'ignorance de son existence peut conduire la personne à se retrouver prise dans une surdétermination familiale qui peut aliéner sa relation avec son bébé. C'est ainsi que des rigidifications interactives peuvent se produire et intimer aux parents ou à l'un d'entre eux des projections sur le bébé qui concernent les problèmes relatifs aux générations antérieures.

3.1.3. Trois axes d'étude de la parentalité

La parentalité est une entité trop vaste pour être décrite en tant que telle. Un groupe pluridisciplinaire, sous la direction de Didier Houzel, a distingué plusieurs axes de la parentalité : l'exercice qui renvoie à l'identité de la parentalité, la pratique qui renvoie aux qualités de la parentalité, et l'expérience qui renvoie aux fonctions de la parentalité (15).

- **L'exercice de la parentalité**

Il correspond au niveau symbolique, à ce qui définit les cadres nécessaires pour qu'un groupe humain, une famille et un individu puissent se développer. Mais s'il comporte un aspect non pas causal mais fondateur, l'exercice de la parentalité a trait aux droits et aux devoirs qui sont attachés aux fonctions parentales, à la place qui est donnée dans l'organisation du groupe social à chacun des protagonistes, enfant, père et mère, dans un ensemble organisé. Enfin, l'exercice de la parentalité inclut l'autorité parentale mais ne se résume pas à ça.

- **La pratique de la parentalité**

Elle concerne les tâches effectives, observables, qui incombent à chacun des parents : aussi bien les soins à l'enfant que les interactions comportementales ou les pratiques éducatives. Chaque fois qu'un enfant est séparé de ses parents, ses

pratiques sont déléguées à d'autres adultes, que ce soit dans le cadre d'une vie habituelle (assistante maternelle, crèche...) ou du fait d'une séparation demandée ou imposée (justice, administration, précarité...).

- **L'expérience de la parentalité**

Elle est l'expérience subjective de ceux qui sont chargés des fonctions parentales. Elle représente le niveau de l'expérience affective et imaginaire de tout individu impliqué dans un processus de parentification. Il s'agit de processus psychiques conscients et inconscients, et c'est le niveau auquel se joue la relation imaginaire et affective du parent avec son enfant, son conjoint, ses parents, qui amène à plusieurs types de représentations (enfant réel, enfant imaginaire et enfant fantasmatique) que nous développerons plus loin.

3.2. Le désir d'enfant

Le désir d'enfant est le premier temps du processus de parentalité. Il s'agit d'une formulation ambiguë qui renvoie à une signification consciente d'une part et inconsciente d'autre part. Il vient infiltrer de ses contenus inconscients le projet conscient d'enfant que des futurs parents échafaudent selon un plan de vie conforme aux idéaux personnels, familiaux et sociaux. Dans bien des cas, la grossesse se passe de projet programmé, dévoilant ainsi la prégnance des désirs inconscients. Ainsi, la conception peut être pensée comme une véritable formation de compromis de la psyché parentale.

3.3. La grossesse et l'attente de l'enfant

La grossesse, parce qu'elle est un temps d'attente, va générer une **crise narcissique** par le changement de statut qu'elle inaugure autant chez la femme que chez l'homme (16). Le vécu de la grossesse est avant tout associé à la réactivation de mécanismes d'identification et à l'histoire libidinale du sujet (17). Selon Monique Bydlowski, la diminution des résistances psychologiques durant la grossesse génère une « transparence psychique » c'est-à-dire une perméabilité où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience (18). La grossesse consiste donc en une étape éminemment maturante pour la femme qui effectue un travail psychique complexe

(19). La mère va établir des discours intérieurs traduisant ses peurs, ses fantasmes, ses tendances et ses sensibilités qui lui permettront de clarifier ses sentiments envers elle-même et envers son enfant (20). Cette activité psychique fait exister l'enfant dans la pensée maternelle, et instaure en quelque sorte une relation préalable à celle qui sera établie avec lui après sa naissance (21).

Aujourd'hui il est plus fréquemment admis que ces modifications pendant la grossesse ne concernent pas seulement le psychisme maternel, mais également le psychisme paternel. Selon Marie-Rose Moro (22), « cette transparence psychique est moins reconnue pour les pères, qui pourtant, traversent eux aussi des turbulences multiples liées aux reviviscences de leurs propres conflits, à la remise en jeu de leur propre position de fils et au passage de leur statut de fils à père ».

3.4. Les différents enfants

Serge Lebovici (23) décrit quatre enfants différents dans la tête des parents : l'enfant imaginaire, l'enfant fantasmatique, l'enfant narcissique et l'enfant mythique.

- **L'enfant imaginaire**

Le processus de parentalité s'élabore à partir de l'enfant imaginaire. Il est, avant la naissance, l'enfant du désir et des rêveries des parents. Il est relativement représentable et peut être mis en mots avec une certaine aisance, appartenant donc au système préconscient et conscient. L'enfant imaginaire supporte les désirs infantiles les plus vivaces, ambivalents et inconciliables. Il est investi comme réparation, accomplissement et dédommagement pour les adultes et leurs lignées, participant à la transmission trans- et inter-générationnelle³.

³ D'un point de vue terminologique, Abraham et Torok (24) ont proposé de distinguer les concepts de transgénérationnel et d'intergénérationnel :

La transmission transgénérationnelle se jouerait essentiellement entre les générations sans contact direct, elle se ferait dans le sens descendant et emprunterait surtout les voies de la communication verbale et de ses particularités structurales.

La transmission intergénérationnelle se jouerait au contraire surtout entre les générations en contact direct (parents et enfants), elle pourrait être à double sens et passerait principalement par les voies de communication non verbale ou préverbale.

- **L'enfant fantasmatique**

Il fait appel à l'ensemble des scénarios, des représentations et des marques signifiantes concernant la prolongation de la vie et habitant le psychisme parental, venus de leurs histoires et sous l'influence d'une transmission transgénérationnelle. De ce fait, il appartient davantage au domaine inconscient.

- **L'enfant narcissique**

C'est celui qui répond aux interrogations personnelles des parents sur le degré de ressemblance et de différence tant physique que morale de leur enfant à venir. Il est quelque part celui doté de la capacité de réparer ses parents « défectueux » dans certains domaines. Le parent s'imagine à travers les représentations de son enfant narcissique réussir là où il a échoué, compenser là où il est le plus vulnérable.

- **L'enfant mythique ou culturel**

Chaque époque, chaque société, chaque groupe culturel possède ses représentations spécifiques de l'enfance et celles-ci imprègnent le fonctionnement psychique des adultes qui composent ces groupes, à savoir les parents ou les futurs parents. L'enfant mythique est le produit de ces représentations, il reflète les références culturelles et médiatiques qui enveloppent la parentalité périnatale et l'éducation de l'enfant (23).

3.5. La naissance : moment de rencontre avec l'enfant réel

La naissance de l'enfant s'accompagne le plus souvent d'une multitude d'émotions chez les parents. L'enfant réel ne correspond jamais à l'enfant imaginaire. Afin d'accéder au sentiment de parentalité auprès de cet enfant réel, les parents vont devoir abandonner certaines représentations de l'enfant désiré et idéalisé. Un travail de deuil s'amorce alors pour chacun des parents. Selon Sparrow, il ne s'agit pas de bannir le bébé imaginaire, qui de toute façon est trop puissant pour se laisser faire. Il s'agit plutôt d'accéder à l'énergie affective provenant des représentations mentales pour investir le vrai bébé (25).

Toutes ces étapes sont constitutives du processus de parentalité. Elles vont générer des questionnements quant aux relations précoces établies avec ses propres

parents. Ces étapes peuvent encore réveiller des souvenirs restés discrets et réactiver des émotions oubliées.

4. LES INTERACTIONS PARENTS-BÉBÉ

Après avoir présenté les compétences du bébé et de ses parents, nous allons tenter d'appréhender la complexité de leur rencontre au sein de l'univers interactif qu'ils co-construisent au quotidien. Pour le bébé, elle est la trame humaine permettant de tisser son humanité et de se forger, par son expérience somato-psychique partagée, un sentiment de contenance, de continuité, de sécurité et d' « exister suffisamment ». Enfin, l'interaction est un processus **bidirectionnel**, les parents et le bébé s'influencent l'un et l'autre dans un processus continu de développement et de changement.

4.1. Le concept de pattern et les scénarios interactifs

La relation parents-enfant se construit à l'occasion des soins et des circonstances de leur vie commune selon un système d'interactions qui n'est pas dû au hasard (14). Les dyades et les triades vont sélectionner un pattern (modèle) singulier et permanent qui régira jusqu'au moindre détail cette interaction, participant de la construction de la personnalité de l'enfant dans un sens déterminé. Ce pattern peut être analysé selon diverses variables : quantité d'excitations, tonalité, modes de début et de fin d'interaction, occasions privilégiées des échanges. Les intervenants participent avec leurs corps, leurs compétences, leur intimité psychique, leurs histoires, d'une manière telle qu'un système évolutif va se créer pour donner une structure aux différentes étapes du développement du bébé et à la réalisation de la parentalité (9). Ces échanges de plaisir, de stimulation et de frustration réciproques sont eux-mêmes le reflet des aménagements que les adultes ont pu constituer au cours de leur propre histoire et sont le fruit du travail psychique de l'enfant.

4.2. Les interactions précoces

Cinq types d'interactions précoces ont été décrits, interactions précoces fondées sur la réciprocité et la mutualité, mais aussi sur la dissymétrie entre l'adulte et le bébé. Ils forment le socle des liens primitifs et des relations à venir.

4.2.1. Les interactions biologiques

Elles sont liées aux échanges chimiques entre mère et enfant. Il s'agit donc essentiellement des interactions foëto-maternelles de la vie intra-utérine. Dans la vie postnatale, elles cèdent la place à d'autres modes d'échange.

4.2.2. Les interactions comportementales

Elles sont également appelées interactions naturelles ou éthologiques, elles débutent dans la période prénatale. Ces interactions sont également au cœur de la période postnatale. Elles sont directement observables entre le parent et son bébé. Elles sont définies comme la manière dont le comportement de l'enfant et le comportement de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre et cela, suivant trois registres :

- **Les interactions corporelles**

Elles sont décrites par Henri Wallon en 1970 sous le terme de « **dialogue tonique** » (8). Cette notion, reprise et développée par De Ajuriaguerra en 1974 (26), est essentielle pour comprendre les échanges inter-relationnels entre une mère et son bébé au niveau corporel. En effet, elle désigne l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent et la manière dont le bébé y répond. La dynamique de ce dialogue apparaît dans la manière dont la mère et/ou le père est sensible aux manifestations de confort ou d'inconfort du bébé et dans la réponse qu'il leur manifeste. Nous assistons à un véritable **dialogue tonico-émotionnel** s'étayant sur l'**ajustement tonico-postural** de l'enfant.

Le tonus musculaire désigne la contraction musculaire permanente qui aboutit de façon inconsciente au maintien des postures mais également la vitalité, l'énergie psychique qui dynamisent la vie affective et relationnelle (27).

L'agir implique une double polarité : celle d'un corps en mouvement engagé dans une action que la finalité justifie et celle d'un corps en relation avec un environnement susceptible d'influer sur ce même mouvement (la conduite motrice d'un bébé n'est pas la même s'il est seul, avec l'un de ses parents, avec les deux ou avec un étranger). Si le tonus apparaît comme le fond sur lequel vient émerger et s'inscrire le mouvement, la motricité est un moyen d'expression d'un désir d'entrer en contact avec l'autre ou de son refus, de son évitement par des mouvements de retrait.

Dans son célèbre concept du Moi-Peau qu'il désigne comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps », Didier Anzieu (28) insiste sur la place centrale des ressentis corporels dans le développement de l'affectivité et la constitution de la personnalité.

Quant à André Bullinger (29), il considère que la dimension cognitive n'est pas dissociée de la dimension tonico-émotionnelle qui s'étaye sur la régulation tonico-posturale du bébé. Celui-ci puise alors dans son milieu les moyens de sa régulation. Cette régulation est ainsi dépendante des capacités propres du bébé en relation avec celles de son environnement et en particulier de sa mère.

La continuité, la rythmicité du dialogue tonique, le contrôle des flux sensoriels, la protection et la régulation des états de vigilance, sont des paramètres tenus principalement par la figure maternelle. Elle le fait suivant son état physique, psychique et affectif du moment, selon l'environnement dans lequel elle vit, mais aussi (plus encore) suivant ses états émotionnels ancrés dans sa propre histoire et les réminiscences créées par la situation de naissance (30).

Le **partage émotionnel** définit la qualité du dialogue tonique. Nous retrouvons les trois fonctions primordiales de la mère élaborées par Winnicott (31) :

- le **holding** : la façon dont l'enfant est porté, contenu, soutenu physiquement et psychiquement.
- le **handling** : la façon dont l'enfant est manipulé, soigné, à la base de l'inter-relation psyché-soma.
- l'**object presenting** : la manière dont sa mère lui présente le monde, à la base des phénomènes transitionnels et des relations objectales.

Le vécu émotionnel du parent dans le dialogue tonique serait comme un contre-transfert qui module, agit et donne sens aux variations des divers flux. Le parent fait en fonction de ce qu'il reçoit et de ce qu'il ressent, au regard de ses propres éprouvés infantiles (30).

La répétition des échanges, lors de ces états sensori-toniques, offre aux bébés une possibilité représentative. Cette intériorisation sera à l'œuvre dans la constitution des moyens instrumentaux (langage, écriture...).

- **les interactions visuelles**

Elles concernent le « dialogue œil à œil » développé par Mazet et al. (32), appelé également la « rencontre des regards » ou « regard mutuel » qui représente l'un des modes privilégiés de communication entre l'enfant et sa mère. Winnicott avait lui introduit la notion de « miroir » (33) en considérant le regard comme organisateur qui fonde la première relation d'objet. Cette sensibilité du bébé au regard de l'adulte maintient son état d'éveil et stimule l'intérêt pour son activité. Du côté maternel, il s'apparente à une façon de découvrir et d'apprécier les réactions de l'enfant, les entretenant au travers du plaisir qu'elles procurent à la mère.

- **Les interactions vocales**

Elles sont aussi un mode privilégié de communication qui traduit des besoins et des affects chez le bébé, permettant d'exprimer ses désirs. Les cris et les pleurs sont le premier langage du bébé. La voix donne un tempo à l'interaction qui va permettre au

bébé d'anticiper et de s'organiser. Les interactions vocales sont importantes pour l'harmonisation de la relation.

Ces différentes interactions comportementales servent de socle aux interactions affectives et fantasmatisques.

4.2.3. Les interactions affectives

Ces interactions permettent à la mère et à l'enfant de se mettre en phase sur le plan de leurs affects et de leurs émotions et d'être informés, chacun, sur l'état affectif ou émotionnel de l'autre.

L'**accordage affectif** ou **harmonisation des affects** décrit par Stern (34) est probablement le mécanisme central sous-tendant ce niveau d'interactions. L'accordage affectif est le fait que l'adulte en contact avec l'enfant soit capable de traduire un état affectif du bébé par un comportement dont la forme reproduira l'expression que le bébé a produite dans l'interaction. L'accordage affectif, dont le fonctionnement est automatique ou inconscient, peut être unimodal ou transmodal, immédiat ou différé, atténué ou amplifié, et ainsi devenir un **style interactif** propre à chaque dyade.

Ainsi, si le bébé émet un signal par le canal vocal, la mère, sans s'en apercevoir, peut lui communiquer son état affectif en lui envoyant une réponse de même structure morphologique :

- Soit en utilisant également le canal vocal: il s'agit alors d'un accordage unimodal,
- Soit en passant par un autre canal (le toucher en modifiant la façon dont elle le porte, le regard...), il s'agit alors d'un accordage transmodal.

Les partenaires de l'interaction disposent ainsi d'une vaste gamme de possibilités de communication qui s'enrichit davantage du fait de la capacité du bébé à la perception amodale. Le registre unimodal facilite la mise en phase des partenaires, le registre transmodal emmène l'enfant vers de nouvelles virtualités.

Le point fondamental est que cette harmonisation des affects repose sur une homologie de structure entre les signaux et les réponses des deux partenaires de

l'interaction, permettant à partir du huitième ou neuvième mois de la vie aux processus d'accordage affectif de fonctionner au sein d'une véritable réciprocité. En effet, ils deviennent particulièrement opérants à partir du deuxième semestre de la vie du bébé, période où l'enfant accède à une certaine intersubjectivité, alors qu'ils fonctionnent chez la mère dès le premier semestre. Le bébé lui-même devient alors capable de s'accorder affectivement à l'adulte, selon des modalités comportant une possibilité de transmodalité comparable à celle de l'adulte.

Par le biais de l'accordage affectif, les réponses de l'adulte confortent les assises narcissiques du bébé, c'est-à-dire favorisent l'instauration d'un « **sentiment continu d'exister** » décrit par Winnicott (33), en l'informant sur la nature des signaux qu'il émet, et permettent à l'enfant d'être informé sur l'état émotionnel de son partenaire relationnel, lequel, de son côté, se met en résonance avec l'état émotionnel de l'enfant. Un jeu de correspondances intermodales se met ainsi progressivement en place.

Ainsi, le bébé reconnaît peu à peu le style interactif de ses principaux partenaires relationnels dont il construit des **représentations d'interactions généralisées** ou **enveloppes proto-narratives** selon Stern (35). Selon lui, « les représentations abstraites dont le bébé fait l'expérience, ne sont pas des images, des sons, des touches et des objets qu'on peut nommer, mais plutôt des formes, des intensités, des figures temporelles, soit des caractères plus globaux de l'expérience ».

C'est dans cette perspective qu'il introduit le terme de « *feeling shapes* » (35), véritables lignes émotionnelles et temporelles du bébé lui permettant une reconnaissance et un investissement de l'objet par le biais de ses contours rythmiques et interactifs avant même qu'il puisse le reconnaître par ses spécificités formelles et statiques. Ces données tendent ainsi à éclairer la proposition de Lebovici (36), selon laquelle « la mère est investie avant que d'être perçue ».

Les représentations internes généralisées sont de véritables repérages des **invariants** du style interactif habituel et attendu de l'expérience relationnelle avec l'adulte. Désormais, l'enfant éprouve un vécu de sécurité lorsque les échanges actuels sont conformes aux représentations internes généralisées et sa vie fantasmatique est sollicitée différemment s'il est confronté à des écarts. Ce système

fonctionne aussi bien pour des variations émotionnelles ou thymiques discrètes, que pour des états psychopathologiques francs. Enfin, ces anticipations de l'enfant et cette prévisibilité de l'adulte sont le fondement des premières capacités narratives du bébé, constituant une mise en récit des événements signifiants et permettant de commencer à habiter le temps (9).

Enfin, avec Emde (37) ou encore les travaux de Campos et Feinman (38), est développée la notion de « référence sociale » qui correspond à la façon dont le bébé fait référence à l'expression du visage de son partenaire et de l'affect qu'il communique avant d'entreprendre une action ou pour comprendre le sens d'une situation énigmatique. Ainsi dès la fin de la première année le bébé considère l'autre comme éprouvant des états émotionnels et est capable d'utiliser ses expressions comme ressource pour sa propre activité interprétative et évaluative.

4.2.4. Les interactions fantasmatiques

Elles sont définies comme l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé. Ce concept a été élaboré par Cramer, Kreisler et Lebovici au cours des années 1970, se fondant sur l'observation des influences réciproques du monde interne des partenaires de l'interaction. Il insiste sur le fait que la vie mentale des deux partenaires est à prendre en compte si l'on veut aborder de façon satisfaisante les autres dimensions des interactions. L'accordage affectif a probablement une place essentielle dans la mesure où le style interactif inconscient de la mère, fonction de ses propres représentations intrapsychiques, permet de véhiculer des inductions identificatoires ou contre-identificatoires à l'intention du bébé.

4.2.5. Les interactions protosymboliques

Certains comportements du bébé seront interprétés par les parents comme ayant une valeur communicative, acquérant une autre profondeur interactive. La volonté de communication attribuée au bébé fait de lui un partenaire ayant un intérieur psychique, alimentant la vie fantasmatique parentale. Un exemple très précoce est fourni par le sentiment d'échange intersubjectif et de reconnaissance

dans la fonction parentale qu'éprouvent les adultes lorsque leur doigt est saisi intensément par la main du nouveau-né, sous les effets du réflexe de préhension.

Ainsi, le travail psychique des partenaires interactifs du bébé est essentiel, dans la mesure où il permet à l'enfant de mettre en place ses processus de symbolisation. Ce n'est que grâce à leurs intentions interprétantes, à leurs attentions à l'égard du bébé, que celui-ci peut progressivement organiser des intentions à leur endroit.

Tardos décrit ce processus sous le terme de « dialogue des attentions » (39). C'est à l'issue de ce dialogue des attentions autour d'une co-modalité perceptive que l'enfant ressent comme sien ce qui est une co-production de sa mère et lui. De l'interaction naissent la subjectivité de l'enfant et le sentiment d'une connaissance commune et partagée (30).

4.3. Construction d'un espace de récit

Au sein de la dyade mère-bébé, les deux partenaires interactifs se présentent chacun avec son lot d'identifications : identifications projectives du bébé, normales ou pathologiques (12), identifications régressives de l'adulte, fondant la « préoccupation maternelle primaire » (31), et qui, remettant l'adulte en lien avec ses propres parties infantiles, lui permettent d'entrer en relation émotionnelle profonde avec le bébé.

L'adulte amène dans l'interaction ses capacités d'accordage affectif, son histoire, notamment infantile, le poids de sa personnalité, et l'impact de la place que cet enfant particulier occupe au sein de son monde représentationnel. La nature des projections que l'adulte adresse au bébé dépend essentiellement de ces différents éléments et de sa capacité d'identification régressive à cet enfant.

Le bébé apporte lui aussi sa part personnelle au système interactif, non seulement par le biais de son « tempérament », mais également par sa compétence à introduire au sein des interactions actuelles quelque chose ayant à voir avec ses expériences précoces, vécues avec l'adulte en relation avec lui aujourd'hui ou avec d'autres.

Ainsi, cette rencontre est spécifique et représente un « espace de récit » où l'adulte « raconte » quelque chose de son histoire infantile et où le bébé, conjointement,

« raconte » quelque chose de son histoire première. Chacun tente probablement de susciter chez l'autre des fonctionnements qui lui rappellent ses vécus anciens, une sorte de dynamique « transférentielle » partagée se mettant en place, à laquelle pourtant chacun des deux partenaires de l'interaction doit savoir résister (3).

L'enjeu se situe donc dans la possibilité d'écrire une « troisième histoire », qui tienne compte des deux histoires précédentes, mais les dépasse et ouvre un espace de créativité commun à l'enfant et à l'adulte. Au sein de ce processus qui se déroule sur fond de partage d'affects, le bébé différencie progressivement ses propres affects et ses propres sentiments et vit sa vie émotionnelle personnelle (3).

Ainsi, les différents éléments que nous venons de décrire pourraient correspondre au concept de « double ancrage corporel et interactif », premier élément du trépied théorico-clinique décrit par Golse pour la mise en place de la pensée (40). L'ancrage corporel renvoie à la primauté des sensations et à la préséance du Moi-corps. L'ancrage interactif ou relationnel renvoie, quant à lui, à la nécessité du détour par l'autre, indispensable à l'enfant pour donner progressivement forme et sens à ses sensations ainsi destinées à devenir perceptions. Cet ancrage interactif a été souligné par de nombreux auteurs, comme Winnicott avec sa célèbre phrase « un bébé seul, ça n'existe pas ».

5. LE TRAVAIL PSYCHIQUE DU BÉBÉ : L'IMPORTANCE DE L'INTERSUBJECTIVITÉ

Nous venons donc de voir à quel point le bébé naît riche d'un équipement neuro-physio-psychologique surprenant et unique qui fait de lui un être de communication, orienté d'emblée vers l'adulte. Pourtant, ses formidables compétences ne lui permettent pas de donner du sens à son expérience de chaque instant et de survivre seul, raison pour laquelle il doit se lier aux adultes de son entourage pour organiser ses perceptions, mettre en forme sa pensée, métaboliser ses émotions, investir son corps et apprivoiser ses besoins.

Le quotidien d'un bébé est fait de multiples moments où son expérience ne s'organise pas (**indifférenciation**) et des moments où son vécu prend sens et s'organise (**subjectivation**) dans le lien avec des adultes (**intersubjectivité**). Dans le développement normal, cette alternance se stabilise progressivement, instituant l'enfant en tant que sujet et fondant son sentiment d'exister, processus qui culmine vers les 20 mois, âge de l'appropriation de la parole. Au cours de ce processus, le bébé va peu à peu se sentir exister comme un sujet différencié d'un environnement désormais peuplé par d'autres humains, qui sont aussi des sujets différenciés et avec lesquels il est en lien.

Nous avons également vu que dans le registre interactif parents-bébé, un « accordage affectif » et un « dialogue tonique » de qualité, dépendant autant de l'adulte que de l'enfant, permettent l'émergence d'un « sentiment de continuité » et de sécurité internes, la mise en sens des discontinuités, le repérage des invariants et de leur répétition, et l'investissement de nouvelles virtualités par des variations respectueuses des rythmes.

Dans ce contexte de sécurité et de prévisibilité, le bébé peut parcourir et intégrer l'alternance entre les états d'organisation/différenciation et de désorganisation/indifférenciation, l'oscillation absence/présence et disponibilité/indisponibilité de l'adulte, situations qui sollicitent sa vie fantasmatique et ses ébauches de symbolisation.

Apparaissent ainsi les premières tentatives de figuration de la fonction maternelle par les « identifications intracorporelles », expression par laquelle Geneviève Haag désigne la mise en scène de certaines dynamiques relationnelles au niveau du corps et du comportement du bébé. Ces identifications sont la traduction, non seulement dans l'image du corps, mais aussi dans la motricité, des tous premiers liens aux objets libidinaux. Elles permettent à l'enfant, dans les moments de creux interactif avec sa mère, de compenser l'absence maternelle relative en représentant dans son corps quelque chose de la fonction maternelle qui s'est un peu distancée. Cela a un but de tranquillisation et non pas de communication (41).

Tous ces processus, alliant les expériences intimes et interactives, conduisent peu à peu le bébé à introjecter un objet d'arrière-plan garant de la solidité interne et de la

fondation du narcissisme. Enfin, le vécu des moments de concordance et de désaccordage entre les états du bébé et ceux de l'adulte, dans leur double valence d'affects et de pensées, amène l'enfant à inférer le fonctionnement mental humain en termes d'états mentaux et à intégrer, à comprendre et anticiper les siens et ceux des adultes grâce à cette **fonction réflexive**, préalable à l'accès à l'intersubjectivité (42).

L'intersubjectivité renvoie au processus de différenciation extra-psychique permettant à chaque individu de se vivre comme séparé de l'autre, tout en ressentant l'autre comme un individu capable de se vivre lui-même comme un sujet distinct.

Les modélisations psychanalytiques classiques envisagent l'accès à l'intersubjectivité comme un processus graduel et relativement lent à partir d'un état d'indifférenciation primitive entre la mère et l'enfant, et insistent sur la dynamique progressive d'un double gradient de différenciation (extra- et intra-psychique).

Inversement, les théories actuelles de la psychologie du développement postulent l'existence d'une **intersubjectivité primaire**, donnée d'emblée, en s'appuyant sur les compétences précoces du bébé précédemment décrites.

Stern insiste notamment sur le fait que le nouveau-né est immédiatement apte à percevoir, à représenter, à mémoriser et à se ressentir comme l'agent de ses propres actions.

D'autres auteurs appréhendent l'accès à l'intersubjectivité comme le résultat d'un mouvement dialectique à visée stabilisatrice fondé sur un travail d'oscillation entre des noyaux d'intersubjectivité primaire, d'emblée présents mais fugitifs, et des moments d'indifférenciation. Il correspondrait donc à un mouvement de confluence et de convergence progressive de ces noyaux primaires.

Il existe des indices d'intersubjectivité. Ce sont les expériences de référence sociale, les conduites d'attention conjointe, les comportements de pointage proto-déclaratif (montrer à autrui l'endroit où un événement se produit).

Parmi les processus intersubjectifs fondamentaux, il y a donc la conscience réflexive, que l'on peut considérer comme l'aboutissement des expériences répétées du partage émotionnel et affectif. L'enfant devient alors capable non seulement d'entrer en contact avec un sentiment de désarroi éprouvé par un autre, mais aussi de s'impliquer dans cette situation par des actes adressés à l'autre.

Les expériences de rencontre, de lien intersubjectif supposent par ailleurs une **temporalité** particulière. Elles nécessitent pour soutenir le contact avec le monde, avec l'autre et avec soi-même, une **rythmicité** qui assure l'éprouvé de l'expérience (43).

Une première perspective consiste à considérer le rythme comme constitutif d'une **base de sécurité**. Il est classique que la rythmicité des expériences, notamment des expériences de présence et d'absence, donne une illusion de continuité. Pour cela, l'objet ne doit pas s'absenter un temps au-delà duquel le bébé est capable d'en garder un souvenir vivant. Winnicott (33) souligne l'aspect traumatique de la séparation qui, au-delà d'un certain temps, produit un vécu de perte et plonge le bébé dans une expérience d'agonie. L'objet ne doit pas démentir la promesse de retrouvaille et celle-ci doit s'effectuer de manière rythmique, à un rythme qui crée la continuité.

Le bébé a recours à des manœuvres rythmiques qui protègent des angoisses primitives, liées à la séparation vécue comme une perte. Le rythme organise le « chaos d'être au monde » (44).

La rythmicité des interactions est, en outre, caractérisée par une succession d'engagements et de retraits. Il est important que le parent respecte les retraits du bébé puisqu'ils permettent l'intériorisation et appartiennent en cela au système de pare-excitation (45).

6. L'ATTACHEMENT

Dans cette période particulière de la périnatalité, certains auteurs ont proposé comme modèle alternatif à la psychanalyse la théorie de l'attachement qui privilégie le niveau interpersonnel de la réflexion plutôt que le niveau intrapsychique. Cette théorie a été écrite dans les années cinquante par John Bowlby, un psychanalyste intéressé par les recherches éthologiques, et pour qui le bébé, avant d'entrer dans le système pulsionnel décrit par Freud, est d'abord en proie à ses réflexes archaïques qui vont le conduire à s'attacher à la personne qui répond à ses besoins sociaux primaires.

L'attachement a été accusé d'évacuer la question de la représentation mentale, la question de l'absence de l'objet et celle, enfin, de la sexualité infantile. Depuis quelques années, certains auteurs tentent de montrer que la théorie psychanalytique et la théorie de l'attachement peuvent coexister voire être complémentaires et ainsi permettre de mieux comprendre les différentes dimensions à l'œuvre dans le développement précoce du bébé.

6.1. Les principales notions

L'attachement se définit comme la recherche de proximité (puis de sécurité) par le bébé auprès d'une personne spécifique lorsqu'il est en situation de détresse ou d'alarme (46).

Les phénomènes observés au sein de la théorie de l'attachement sont compris au sens de systèmes motivationnels. Cette notion est issue de l'éthologie. Il s'agit d'un ensemble de comportements ou d'actions, génétiquement programmés, activés et éteints par des stimuli spécifiques et qui visent à atteindre l'objectif spécifique du système, nécessaire en partie à la survie de l'espèce. La forme et l'expression de ce répertoire comportemental au sens large se sont progressivement élaborées au cours du développement et grâce aux interactions avec l'environnement qui lui en donnent la forme définitive.

Ces « comportements » sont organisés par un système de représentations qui est lié à l'histoire interactive du sujet avec son environnement et à ses capacités cognitives. Ces représentations sont désignées par le terme de **modèle interne opérant**. Elles sont donc éveillées chaque fois que l'enfant est dans un contexte qui active son attachement. Ces modèles de travail représentent les attentes et prédictions ainsi que les plans d'action par rapport aux réactions de la figure d'attachement et les stratégies pour en obtenir une réponse optimale du point de vue de l'enfant (47).

Le système de l'attachement participe à la régulation de la peur et du stress. Lorsque le système d'attachement est fortement activé, sa désactivation devient une tâche prioritaire pour le sujet (48).

Le système motivationnel du « *caregiving* » est le système qui déclenche la dimension des soins parentaux qui répondent aux besoins d'attachement. Il pousse le parent à répondre en donnant la proximité, la protection et le réconfort à son bébé qui est en détresse ou en proie à l'alarme (49). La tâche de *caregiving* pour favoriser le développement d'un attachement de qualité sécuritaire est complexe : elle associe une **sensibilité** aux besoins d'attachement et d'exploration qui se définit par le concept de « **responsiveness** » qui ne peut être traduit que par une phrase entière. Il s'agit de la capacité du parent à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales de l'enfant de manière correcte et d'y répondre rapidement et adéquatement. Dès les premiers mois, le parent montre son acceptation des besoins d'attachement, sa tolérance aux expressions de détresse et son envie de répondre à cette détresse en étant persuadé qu'il est indispensable à la régulation émotionnelle de son bébé à ce moment-là.

Le développement du *caregiving* est complexe et les influences qui en modulent l'expression sont multiples (49). Avant la naissance du bébé, la mère a déjà tout un ensemble de représentations cognitivo-émotionnelles sur la façon dont elle imagine qu'elle répondra aux besoins de son enfant à naître. Ces représentations sont en partie issues de sa propre histoire d'attachement précoce et des représentations qu'elle a progressivement construites sur cette histoire d'attachement qui définissent son état d'esprit quant à l'attachement (47)(49)(50)(51). Ces représentations sont aussi en partie modulées par le contexte culturel et social au sens large dans lequel elle vit (52).

L'enfant est également doté d'un système qui le pousse à découvrir son environnement, le système exploratoire, antagoniste au système d'attachement. Le second s'active lorsque l'enfant se sent effrayé ou en détresse (le premier étant alors désactivé) et s'éteint lorsqu'il se sent en sécurité (le premier étant activé).

Ces différents systèmes se mettent en place grâce à la **base de sécurité**, incarnée par la **figure d'attachement** et assurant deux fonctions : soutenir l'exploration de l'enfant et lui apporter réconfort et protection en cas de besoin (53). Lorsqu'il est en sécurité, le bébé se sert de sa mère comme base de sécurité : il s'en éloigne pour explorer le monde. En cas de stress, l'enfant va revenir vers sa mère qu'il utilise alors comme un **havre de sécurité**.

6.2. Les patterns d'attachement

Des différences individuelles quant à la qualité de l'attachement et de l'exploration apparaissent en fonction du système de *caregiving* du parent. Ainsi, plusieurs modèles ou patterns d'attachement ont été décrits par Mary Ainsworth et Mary Main à partir d'un support expérimental « la situation étrange » (*strange situation*) qui est une mise en scène autour de l'enfant standardisée en sept épisodes de séparations et de réunions entre lui et sa figure d'attachement. Trois patterns ont ainsi été décrits :

- **L'attachement sécure (53)**

Le pattern d'attachement sécure serait observé dans 60 % de la population générale. C'est la qualité optimale de l'attachement. Les besoins d'attachement sont exprimés librement, et les figures d'attachement y répondent de façon adéquate. Il est observé un phénomène de base de sécurité.

L'attachement sécure à douze mois est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité : confiance en soi, sentiment de compétence personnelle, empathie et compétences sociales. C'est un facteur de protection contre le développement d'une psychopathologie ultérieure. L'enfant qui a pu développer des relations d'attachement sécure avec les principales personnes qui l'élèvent, se révèle plus autonome et plus apte à développer des relations sociales satisfaisantes.

- **L'attachement insécure (53)**

Quand l'environnement ne répond pas de manière adéquate à l'expression des besoins d'attachement du jeune enfant mais continue de le protéger, l'enfant développe des **stratégies d'adaptation**, une sorte de compromis entre ce dont il a besoin et ce que ses figures d'attachement peuvent lui donner ou peuvent tolérer de ses besoins (54). Ce sont les attachements dits insécures observés dans 30 % des cas en population générale. Ils sont de deux sortes :

- ❖ **L'attachement évitant**

Il est observé dans 20 % des cas. C'est un ensemble de stratégies attentionnelles, comportementales et émotionnelles de minimisation des besoins d'attachement et de diversion de l'attention. Ces enfants ont peu de manifestations affectives ou de

comportements de base de sécurité. Ils paraissent peu affectés par la séparation, tendent à éviter la proximité et le contact avec les mères lors des retrouvailles, et focalisent leur attention sur les jouets plutôt que sur leur mère, dont ils savent qu'elle ne leur donnera pas de réconfort dans ce type de situation. Ces enfants qui paraissent si autonomes ont des indicateurs de stress biologique élevés.

❖ **L'attachement ambivalent-résistant**

Il est observé dans 10 % de la population générale. C'est un ensemble de stratégies comportementales, cognitives et attentionnelles qui contribuent à une maximisation des besoins d'attachement, au détriment des capacités d'exploration. Ces enfants lors de la situation étrange montrent de la détresse à la séparation, avec un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux de leur mère, et des difficultés à être réconfortés. Ces enfants expriment des comportements de détresse qui sont à la fois des comportements d'attachement et des indices de souffrance psychologique : leurs indicateurs de stress biologique sont élevés même en présence de leur figure d'attachement.

Cette insécurité de l'attachement reste **adaptative** : c'est la meilleure réponse compte tenu des réactions de l'environnement qu'a pu trouver l'enfant pour garder un niveau de proximité optimal avec sa figure d'attachement. L'insécurité de l'attachement n'est pas un facteur de risque en soi mais elle limite les potentialités de développement, en particulier la négociation des conflits, le confort émotionnel, la liberté cognitive et la qualité des relations sociales proches. En présence d'autres facteurs de risque, elle potentialise les risques de dysfonctionnement de l'enfant (estime de soi, cognition, santé mentale, santé physique, relations sociales...).

• **L'attachement désorganisé**

Ce type d'attachement a été individualisé plus récemment par Mary Main (55). Il est retrouvé dans 10 % de la population générale.

Ces enfants, au moment de la réunion avec leur figure d'attachement, présentent des séquences comportementales contradictoires (par exemple mélange de résistance et d'évitement qui donne le sentiment d'absence de stratégies) ou des manifestations de **désorganisation** (par exemple un figement, des stéréotypies) ou

encore de **peur** (manifestations d'appréhension en regardant le visage de la figure d'attachement) (54).

Main disait que l'enfant est soumis à une situation de « peur sans solution » : sa figure d'attachement est à la fois source de sécurité et source d'alarme. L'enfant est soumis à ce qu'on appelle un conflit motivationnel paradoxal. La figure d'attachement ne protège plus vraiment l'enfant, elle abdique son rôle de protection ou elle suscite la peur chez l'enfant. L'enfant a une double tendance : fuir ce qui fait peur et se rapprocher de ce qui habituellement donne la protection.

Cette situation amène un véritable traumatisme relationnel précoce avec un effondrement des stratégies attentionnelles et comportementales habituelles (évitement, désactivation, maximisation, attention exclusive...). Les indices biologiques de stress sont au maximum.

Cet attachement désorganisé représente une vulnérabilité en soi, prédictive de troubles cognitifs, émotionnels et du comportement.

6.3. Transmission intergénérationnelle de l'attachement

Dans son article princeps de 1985, Main (47) met en évidence une transmission des caractéristiques de l'attachement entre la génération du parent et celle de l'enfant.

Le schéma le plus simple de transmission de l'attachement est le suivant : les représentations maternelles relatives à l'attachement sont prédictives de la sensibilité des soins parentaux, qui elle-même est prédictive de la qualité de l'attachement de l'enfant.

Les représentations maternelles relatives aux expériences d'attachement précoce sont l'objet de l'Adult Attachment Interview (AAI) (47) qui définit un « état d'esprit quant à l'attachement » chez l'adulte. De ce fait, la transmission de l'attachement obéit à un schéma beaucoup plus complexe et largement étudié actuellement. De nombreuses influences peuvent bloquer la transmission, en particulier les influences contextuelles.

Les choses ne sont pas entièrement figées, l'enfant comme l'adulte pouvant, fort heureusement, changer de catégorie à l'AAI comme à la situation étrange et ces

modifications semblent d'autant plus accessibles que des interventions thérapeutiques se mettent en place précocement.

Enfin, l'AAI ne donne pas accès aux schémas d'attachement précoces de la mère, mais à l'idée qu'elle s'en fait, de nombreuses années après, au travers de multiples remaniements et reconstructions dans l'après-coup. De ce fait, il ne peut pas être exclu un effet du bébé sur les représentations maternelles, certains bébés ayant peut-être, plus que d'autres, la capacité de modifier, dans un sens sécure ou insécure, le regard rétrospectif que la mère porte sur ses liens d'attachement précoces.

Un certain nombre de travaux visent à montrer les liens qui existent entre ce type d'élaborations et les modèles psychodynamiques classiques, ne serait-ce qu'en montrant à quel point les modèles internes opérants peuvent prétendre au statut de représentations mentales, faites à la fois d'éléments affectifs et cognitifs.

7. CONCLUSION

Le bébé apparaît aujourd'hui sous un angle nouveau. Martino disait « le bébé est une personne », une personne certes en devenir, mais qui d'emblée porte en lui les germes d'une vie psychique, voire une vie psychique déjà relativement organisée, ce qui est à rappeler sans relâche.

Comme l'écrit Golse, dont les travaux restent centraux dans les domaines abordés précédemment, « il aura fallu des années pour que les adultes admettent que les bébés peuvent ressentir la souffrance physique. Il aura également fallu des nombreuses années pour que les adultes reconnaissent que les bébés pensent, écoutent et regardent le monde qui les entourent » (4).

Le corps du bébé semble être l'indicateur le plus fin et le plus précoce de la souffrance psychique. Cette dernière peut relever de différentes situations psychopathologiques, et notamment des difficultés d'interactions parents-enfant.

Les grands concepts décrits dans cette première partie sont des clés de compréhension du retentissement sur l'enfant des situations de négligence.

Chapitre 2 : LE CONCEPT DE NÉGLIGENCE

1. INTRODUCTION

Dans l'immédiat après-guerre, de nombreux psychanalystes se sont intéressés au développement des très jeunes enfants, en particulier René Spitz, Wilfred Bion, Anna Freud et Donald Winnicott.

Spitz prend conscience des conséquences dramatiques des séparations et des pertes chez le très jeune enfant. Il décrit les troubles secondaires aux carences quantitatives qui correspondent à la perte par l'enfant de ses repères relationnels dans la réalité externe, à l'occasion de situations de séparations plus ou moins brutales et plus ou moins durables. Il introduit alors deux entités cliniques : la dépression anaclitique⁴ et l'hospitalisme⁵.

Mary Ainsworth distinguait les carences quantitatives et les carences qualitatives. Ces dernières sont d'étude plus récente et sont le fait, en France, du travail d'auteurs importants comme Léon Kreisler, Michel Fain et Michel Soulé, ou bien Jenny Aubry-Roudinesco et Myriam David, ainsi que de tout le courant interactionniste de la psychiatrie du bébé. Elles correspondent à l'inaccessibilité psychique des repères habituels de l'enfant, qui sont là, bien présents physiquement. Elles sont également décrites sous le concept de carence affective par distorsion.

Ainsi, la carence peut s'observer chez des enfants élevés par leurs propres parents. Les manques sont plus complexes, plus parcellaires, plus discontinus et s'y ajoutent des distorsions plus ou moins importantes des relations.

D'observation actuellement fréquente, la carence intrafamiliale associe à des degrés divers le manque de soins et de stimulation et la privation affective.

⁴ Dépression anaclitique : Réaction du bébé séparé brusquement de sa mère et placé dans un milieu pauvre en stimulations affectives qui peut être décomposée en trois phases successives : période de protestation, puis état de retrait, puis d'indifférence.

⁵ Hospitalisme : Forme extrême de dépression anaclitique.

Les situations des enfants de mères souffrant de trouble de la personnalité borderline, actuellement étudiés en France par l'équipe d'Annick Le Nestour et Gisèle Apter, représentent « le prototype » des distorsions et discontinuités qualitatives, avec une confrontation permanente à l'imprévisibilité du fonctionnement maternel, tantôt satisfaisant, tantôt inadapté. Cette imprévisibilité est alors à l'origine d'une grande insécurité pour l'enfant.

Roger Misès a également contribué aux travaux sur les conséquences possibles des dysfonctionnements environnement familial-enfant. En effet, alors qu'auparavant les enfants de plus de trois ans présentant un retard de développement cognitif étaient tous considérés comme « constitutionnellement » déficients, Misès a démontré que leurs troubles étaient, pour certains, acquis, multidimensionnels, avec une forte participation de leur environnement, et que ces enfants pouvaient bénéficier de soins avec des effets mutatifs.

Le terme de **négligence** introduit la notion de responsabilité parentale et s'éloigne de la description purement psychologique. Il recouvre, mais en partie seulement, dans le champ juridique et social, la notion de carence intrafamiliale. Il peut s'appliquer à toutes les situations où les besoins primaires de l'enfant ne sont pas satisfaits.

La négligence est considérée comme une forme particulière de maltraitance. Elle serait la forme de maltraitance la plus commune mais également la plus floue, ce qui contribue à la sous-estimation de ce phénomène. En effet, « la négligence de la négligence » est vue en partie comme le résultat d'un manque de clarté dans la définition. Mais c'est sans doute la nature même de la négligence qui rend la définition mouvante.

La négligence est un concept en creux. Elle est l'absence de gestes appropriés pour assurer le développement de l'enfant dans des conditions de sécurité physique et psychique, même si à cela se rajoutent l'excès et la dysrégulation. Aujourd'hui les cliniques du bébé et de l'enfant nous montrent directement comment la négligence entrave le développement harmonieux de l'individu. C'est une des formes de maltraitance qui a l'impact le plus lourd sur le développement global de l'individu (cognition, croissance, développement psychomoteur, langage, comportement, relationnel...).

Nous allons donc dans un premier temps essayer de définir la négligence, avant de s'attarder sur une de ses formes particulières : la négligence émotionnelle. Puis, après quelques données épidémiologiques nous décrirons les caractéristiques des familles dites négligentes, les relations en leur sein et les contextes dans lesquels peuvent émerger cette maltraitance par omission.

2. DÉFINITIONS

Plusieurs chercheurs au cours des trente dernières années ont souligné les difficultés à définir le phénomène de négligence envers les enfants (56). Pourquoi la négligence envers les enfants est-elle si difficile à définir ? La réponse à cette question repose sur la complexité inhérente au phénomène de négligence des enfants. Cette complexité s'articule autour de trois axes : les besoins des enfants, le rapport entre la satisfaction des besoins et le développement des enfants, et les réponses aux besoins des enfants.

De façon générale, il nous semble qu'il faut aborder la question des négligences parentales à travers le prisme du « souci de l'enfant », et notamment de ses besoins fondamentaux. Il y aurait ainsi négligences parentales dès lors que les besoins essentiels d'un enfant ne sont pas assurés et que celui-ci présente des signes cliniques. Cela permet de ne pas être trop dans une dimension normative que nous critiquerons plus loin.

2.1. Définitions juridiques

La définition juridique de référence est celle de la loi sur la protection de la jeunesse adoptée au Québec en 1977 et mise à jour en 2007. Elle définit la négligence parentale comme un comportement parental qui compromet le développement et la sécurité de l'enfant, au même titre que l'abandon et les mauvais traitements psychologiques, les abus sexuels ou physiques, ou les troubles du comportement sérieux. Cette loi distingue trois dimensions du développement : physique, mental et affectif.

La négligence comprend : l'absence de soins appropriés, l'isolement ou le rejet affectif grave et continu, et l'absence de conditions matérielles d'existence appropriées.

Elle s'exprime par le fait de ne pas répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant sur le plan physique (alimentation, habillement, hygiène, logement), sur le plan de l'accès à la santé (physique ou mentale), et sur le plan éducatif (surveillance et accès à la scolarité). Elle inclut les situations à risque de négligence. Ce qui définit ici la négligence, c'est le manque de protection de la part du parent ou de son substitut.

En France, la loi se veut beaucoup plus générale. La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance fait disparaître la notion de maltraitance au profit de la notion de « mineur en danger ou en risque de danger ». Le terme de négligence apparaît dans l'article 375-7 du code civil, sans le définir.

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) modifié par la loi du 5 mars 2007 s'harmonise sur le code civil et introduit la notion plus vaste d'enfants en danger et en risque de danger (57). En revanche, la Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant signée en 1989 par la France cite la négligence parmi les « mauvais traitements ».

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît également la négligence en définissant la maltraitance de l'enfant par « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ».

Ainsi en France, ni le code civil ni le CASF ne définissent les types de maltraitance envers les enfants, seule la notion d'enfant en danger ou en risque de danger est définie, ce qui permet néanmoins de reconnaître depuis 2007 le développement affectif de l'enfant comme fondamental.

Devant la nécessité de recenser les mauvais traitements, c'est l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS) qui propose une définition de référence pour les professionnels et les études d'incidence (58): « S'agissant des négligences lourdes il faut également préciser qu'elles concernent souvent les

jeunes enfants et qu'elles sont signées, à des stades différents, par la dénutrition, l'hypotrophie staturo-pondérale et le nanisme psycho-social, ou encore, pour des enfants dont l'état de santé requiert des soins, par les conséquences de la non dispensation de ces soins ».

2.2. Définitions cliniques

2.2.1. Définitions canadiennes

Différentes définitions se sont succédées. La plus récente, celle de Trocmé et al. (59) a l'intérêt de classifier les critères, mais elle peut aussi faire à tort, selon nous, basculer la négligence dans la maltraitance active, au moins pour son issue, et d'être peu discriminante lorsqu'il s'agit de bébés.

Elle décrit 8 caractéristiques de la négligence :

- Le défaut de superviser entraînant des sévices physiques
- Le défaut de superviser entraînant des abus sexuels
- La négligence physique
- La négligence médicale
- Le défaut de soins pour un traitement psychologique ou psychiatrique
- L'attitude permissive à l'égard du comportement criminel
- L'abandon
- La négligence éducative

La définition de Gaudin (60) est intéressante car elle met l'accent sur le ressenti de l'enfant. Pour lui, elle correspond « à une situation dans laquelle le responsable de l'enfant, de façon délibérée ou en raison d'une inattention inhabituelle, fait éprouver à l'enfant des souffrances réelles évitables et/ou ne lui donne pas un ou plusieurs ingrédients généralement considérés comme essentiels au développement des capacités physiques, intellectuelles et émotives d'une personne. La négligence envers les enfants est le terme le plus souvent utilisé pour décrire l'incapacité des parents ou du responsable de l'enfant d'assurer à celui-ci des soins de santé, de le surveiller, de lui assurer une alimentation saine, veiller à son hygiène personnelle, de lui manifester de l'affection, de l'éduquer, ou de lui assurer un logement sécurisé ».

Cette définition comprend également l'abandon ou l'expulsion d'un enfant, ainsi que différentes formes d'inattention aux besoins de celui-ci.

Zuravin et DePanfilis (61) définissent la négligence d'enfants comme « une défaillance (intentionnelle ou par omission) du premier *caregiver* pour apporter à l'enfant les soins de base nécessaires : nourriture, abri, vêtements, soins médicaux et santé mentale, éducation et supervision de ses activités ».

Lacharité et Éthier (62) définissent la négligence parentale comme étant « une perturbation sévère des relations parents-enfant caractérisée par une difficulté significative, chez les figures parentales, à manifester une disponibilité émotionnelle aux besoins de base des enfants compromettant ainsi leur intégrité physique ou leur développement sur plusieurs plans (physique, cognitif, affectif ou social) ». Ils ajoutent un second élément à cette définition : « c'est aussi une perturbation significative des rapports entre la famille et sa collectivité caractérisée par une absence d'alternatives parentales appropriées qui permettent de répondre ou de suppléer adéquatement aux besoins des enfants en présence d'éventuelles insuffisances ou défaillances, transitoires ou durables, de la famille ».

Enfin, Gaudin indique que, selon la deuxième National Clearing House on Child Abuse and Neglect Information (63), les sous-catégories de négligence sont :

- La négligence **physique** (nourriture, abri, vêtements...)
- La négligence **médicale** (omission de soins, refus de traitement, y compris en santé mentale...)
- La négligence **éducative** (déficit d'éducation et de supervision de ses activités...)
- La négligence **émotionnelle** (absence d'interactions positives, absence d'attention...)

2.2.2. Définitions françaises

Certains auteurs français comme Lamour et Barraco (10) ont particulièrement bien étudié les souffrances des enfants négligés ainsi que les réponses tant sociales

et éducatives que thérapeutiques nécessaires. Elles proposent la définition suivante : « la négligence se définit comme une forme de mauvais traitement caractérisé par un manque de soins sur les plans de la santé, de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la surveillance, de l'éducation ou des besoins affectifs mettant en péril le développement. La négligence ne peut donc être définie qu'en corrélation avec le degré de dépendance/autonomie de l'enfant ».

Elles précisent que d'après leurs travaux les risques et les effets de la négligence sont plus grands selon que l'enfant est plus jeune, plus dépendant et plus vulnérable et démuné sur le plan de sa structuration psychique.

En France, les familles dites négligentes sont parfois qualifiées par le terme plus large de « familles vulnérables » ou « familles à problèmes multiples ». Dans les années 70, Gilbert Diatkine s'est penché sur le fonctionnement de ces familles. Pour sa part, il les a baptisées du nom de « familles sans qualités » pour mettre en relief cette impression de « désorganisation générale de la vie familiale » (64).

Dans notre travail, nous nous sommes particulièrement intéressés à la négligence émotionnelle. En effet, la négligence à l'égard des besoins fondamentaux de l'enfant, qu'ils soient d'ordre physique ou éducatif, semble relever essentiellement d'une défaillance ou d'un échec à combler les besoins primaires d'ordre psychologique qu'ont tous les enfants de pouvoir compter sur l'attention et la disponibilité des adultes de leur entourage immédiat. Autrement dit, la négligence émotionnelle présiderait à toutes les formes.

3. FOCUS SUR LA NÉGLIGENCE ÉMOTIONNELLE

La négligence émotionnelle semble être la forme la plus subtile à identifier, pourtant ses effets sont autant dévastateurs que ceux des autres formes de mauvais traitements. Elle se définit comme une perturbation relationnelle sévère où le parent ne se montre **pas émotionnellement disponible** pour répondre aux signaux de l'enfant. Elle est à l'origine des négligences psychologiques, physiques et développementales et survient généralement très tôt lorsque l'enfant ne parle pas encore.

Le besoin d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant semble être un besoin faisant l'unanimité autant dans la communauté scientifique internationale que dans la plupart des sociétés (65).

En fait, il s'agit d'un « méta-besoin » qui englobe la plupart sinon l'ensemble des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier. Par conséquent, la négligence à l'égard des besoins physiques ou éducatifs semble relever fondamentalement d'une défaillance ou d'un échec à combler ce besoin, qu'ont tous les enfants, d'attention ou de disponibilité psychologique de la part de leur entourage immédiat.

En d'autres termes, les enfants ont besoin que les adultes de leur entourage immédiat aient une « théorie implicite » de leurs besoins. Dans la plupart des cas de négligence, les signes ou les symptômes de cette défaillance, ou de cet échec de disponibilité psychique, s'expriment sous la forme « visible » de carences ou de lacunes dans la satisfaction des besoins d'ordre physique ou éducatif. Ces carences ou lacunes dans la satisfaction des besoins physiques ou éducationnels reposent essentiellement sur une difficulté ou une incapacité des adultes appartenant à l'entourage des enfants, à porter attention et à se soucier des besoins fondamentaux de ces derniers.

Il faut donc retenir l'idée que cette distinction des besoins essentiels ne suffit pas, qu'il faut y adjoindre une prévalence accordée à la satisfaction des besoins d'ordre psychologique (sentiment de sécurité, « sentiment continu d'exister », stabilité, fiabilité des figures parentales, processus d'intégration, préoccupations parentales primaires).

Dans le cadre de ce travail, nous retiendrons comme principales notions que la négligence est en premier l'absence de gestes appropriés pour assurer le développement de l'enfant dans des conditions de sécurité psychique et physique. Elle est le plus souvent non intentionnelle et est le fait d'omettre, ce qui la rend encore plus invisible. Enfin, nous la différencions d'un « manque d'amour » décrit par certains auteurs. En effet, quand l'amour est annoncé par le parent cela ne prédit

rien sur le soin porté à l'enfant. L'amour nous rassure, nous conforte dans nos représentations d'avoir été aimé, nous soutient narcissiquement, mais il n'est en rien un principe clinique ou thérapeutique suffisant. La négligence serait l'incapacité, de la part du parent, de répondre aux besoins de l'enfant, de telle manière que son développement est entravé et sa sécurité malmenée (30).

Au-delà des définitions, pour comprendre le phénomène de négligence et mieux l'appréhender en clinique, il est important de préciser que la négligence est d'abord perceptible par les conséquences qu'elle entraîne. Encore faut-il les attribuer à ce phénomène car la rationalisation scientifique, somatique et génétique actuelle oriente les médecins soit vers des explorations purement somatiques, soit vers des évaluations fonctionnelles car reliées aux déficiences engendrées. Elles sont, dans ce cadre, appréhendées comme originaires des comportements négligents et non secondaires.

4. GRADATION

La négligence, selon certains auteurs, peut être circonstancielle, c'est-à-dire survenir à la suite d'un événement ponctuel, perturbateur de la vie familiale tels un divorce ou la maladie d'un parent. Les cas chroniques sont les plus préoccupants, soit ceux dont la négligence persiste depuis plusieurs mois, voire des années, se reproduisant même de génération en génération. Ils sont alors sous-tendus par des mécanismes plus spécifiques.

Au Canada, un continuum de sévérité et de chronicité est identifié. Ainsi, Weaner et Morency (66) propose la gradation suivante (**figure 1**) :

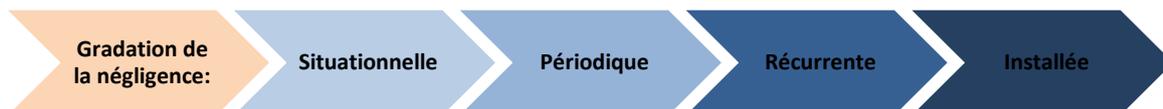


Figure 1. La gradation de la négligence d'après Weaner et Morency

Les familles rencontrant des situations de négligences circonstanciées traversent une période de vie caractérisée par des événements ou des bouleversements identifiables qui briseront un équilibre, peut-être fragile, mais qui avait pourtant sa place auparavant. Dans ce contexte, la sécurité ou le développement des enfants « pourrait être » compromis.

La négligence périodique est rencontrée chez des familles qui ont connu des périodes de vie fonctionnelles qui nous indiquent qu'elles possèdent des capacités. Les membres de la famille présentent des expériences passées, des ressources internes et externes de même que des conditions de vie plus favorables et moins désorganisées que les familles des deux prochains niveaux.

La négligence récurrente est la résultante de lacunes, sur le plan des ressources internes et externes, des parents à exercer leurs rôles.

La négligence installée ou chronique se rencontre chez des familles présentant des lacunes sur le plan des ressources internes et externes qui influencent leurs motivations ainsi que l'exercice des fonctions parentales.

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes intéressés à la négligence émotionnelle non circonstancielle, celle qui est chronique, répétitive et qui s'installe très précocement pour des effets à long terme.

5. DES NORMES POUR DÉFINIR LA NÉGLIGENCE ?

La négligence est intimement liée aux conceptions (ou théories implicites) qu'une société, à une époque donnée, se construit des besoins fondamentaux des enfants. L'évolution rapide des représentations sociales à propos des enfants et de leur développement, de même que la diversité des appartenances ethniques ou la différenciation culturelle au sein d'une société, rend particulièrement difficile l'identification d'un ensemble fixe de besoins fondamentaux des enfants, faisant consensus et pour lequel des actions claires et opportunes peuvent être envisagées pour assurer leur satisfaction.

Définir la négligence envers les enfants exige donc de tenir compte d'une mosaïque complexe de normes, plus ou moins claires et articulées, régissant les pratiques de soins et d'éducation envers ces derniers, et du rapport que les personnes en position de responsabilité envers les enfants établissent avec celles-ci. L'évaluation de la négligence basée uniquement sur le comportement des parents entraîne le plus souvent un jugement culturel arbitraire qui peut être abusif.

En effet, en mettant le projecteur uniquement du côté des parents et exclusivement des faits sociaux et comportementaux, le risque est de se trouver dans une recherche de normativité, en dépistant les familles qui se démarqueraient de cette norme.

La négligence n'est par ailleurs pas simplement une question de parents. C'est aussi le constat des défaillances ou de l'échec du milieu à leur procurer encadrement et soutien dans l'exercice de leur rôle de premiers responsables du bien-être des enfants.

La notion de négligence communautaire a ainsi été définie. Elle correspond à l'absence ou à l'insuffisance de ressources, de politiques ou de programmes destinés au soutien des enfants et des familles. Ce sont, par exemple les garderies dont les heures d'ouverture ne permettent pas les horaires non réguliers, la présence inégale selon les régions de ressources adaptées aux besoins, l'absence de programme d'accès à l'emploi pour les familles « vulnérables », la concentration des difficultés dans certains secteurs...

Contrairement aux autres formes de mauvais traitements, définir la négligence, ce sera donc admettre que, dans un certain nombre substantiel de cas, il faut se référer à plusieurs facteurs de risque.

6. OUTILS D'ÉVALUATION

L'absence de consensus sur la définition de la négligence, son caractère multifactoriel, la complexité de ses conséquences rendent la mise en place d'outils d'évaluation validés par tous complexe.

En France, aucun outil d'évaluation n'a été rédigé. Les outils utilisés sont principalement canadiens. En 2012, Turcotte et Pilote (67) ont réalisé un inventaire des outils cliniques utilisés dans les situations de négligence à la demande du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Leur recherche documentaire a permis de retenir 26 outils cliniques qu'elles ont regroupés en cinq grandes catégories :

- Les **outils axés sur la négligence** (par exemple : l'indice de négligence de Trocmé)
- Les **outils multifactoriels** (par exemple : le guide d'évaluation des capacités parentales adapté de Steinhauer (68))
- Les **outils d'évaluation du développement physique, émotif et comportemental de l'enfant** (par exemple : la grille d'évaluation du développement).
- Les **outils d'évaluation des capacités parentales** (par exemple : l'indice de stress parental)
- Les **outils d'évaluation de l'environnement social et familial de l'enfant** (par exemple : l'inventaire de soutien social et familial)

Nous avons fait le choix de présenter plus précisément le guide d'évaluation des capacités parentales adapté de Steinhauer car sa dimension multifactorielle nous paraît être très intéressante pour évaluer dans sa globalité une situation de négligence.

Il est le résultat de nombreuses adaptations du guide de Steinhauer et a été conçu pour aider les intervenants à estimer de manière rigoureuse les capacités parentales. Il aide à structurer l'analyse clinique en examinant les principales dimensions à considérer dans l'évaluation des capacités parentales, à identifier les forces et les faiblesses, et à cibler les zones d'intervention devant être priorisées.

La rigueur du processus vise à améliorer la qualité des décisions relatives à l'orientation, à réduire les délais de décision et à prévenir l'instabilité dans la trajectoire de vie des enfants.

Ce guide permet de structurer les données de l'observation et favorise l'objectivité.

À partir des informations recueillies, l'intervenant doit porter un jugement clinique sur les neuf dimensions suivantes :

- Le contexte socio-familial
- La santé et le développement de l'enfant
- L'attachement
- Les compétences parentales
- Le contrôle des impulsions chez les parents
- La reconnaissance de la responsabilité chez les parents
- Les facteurs personnels affectant les capacités parentales
- Le réseau social
- L'histoire des services cliniques

Compléter cet outil n'exige pas une expertise de toutes les dimensions examinées. Pour chacune des dimensions, un résumé est rédigé qui aide l'intervenant à juger cliniquement si celle-ci constitue une préoccupation majeure/mineure ou une force majeure/mineure.

L'étude de Pilote et Turcotte (67) a permis de mettre en évidence qu'aucun outil ne permet à lui seul d'évaluer la négligence. Un outil demeure donc un outil. Son utilisation prend sens et apporte une valeur ajoutée dans la mesure où il s'inscrit dans un processus clinique qui interpelle les familles et les intervenants. Il ne s'agit donc pas d'utiliser tous les outils, mais de faire des choix éclairés en fonction, d'une part, de ce qui est nécessaire et pertinent d'évaluer dans la situation de chaque famille, et d'autre part, en fonction des réalités, des ressources et contraintes de chacun.

Nous retiendrons également un outil d'utilisation plus « rapide » afin de dépister les enfants à risque de négligence parentale. Ce sont les critères de Heaman et al. (69) qui sont :

- Abus de substances par un parent ou les deux
- Expérience de maltraitance et/ou de négligence durant l'enfance d'un parent ou des deux
- Manque d'éducation
- Domicile instable

- Difficultés économiques et sociales

Si une famille présente au moins trois de ces critères, elle est considérée comme à risque de négligence.

7. ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence exacte des mauvais traitements sur mineurs reste difficile à appréhender. Malgré le grand nombre de sources statistiques en la matière, la maltraitance envers les enfants demeure un phénomène quantitativement mal connu.

7.1. Au Canada

Au Canada, depuis 1998 des données fiables sur l'ampleur des mauvais traitements signalés sont disponibles.

L'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violences et de négligences envers les enfants a permis de fournir pour la première fois des estimations nationales sur la maltraitance. Les dernières données de cette étude datent de 2008 (59). Elles rapportent que parmi les 85.440 enquêtes réalisées sur les mauvais traitements corroborés (c'est-à-dire confirmés ou vérifiés), les formes les plus courantes sont la négligence (34%) et l'exposition à la violence familiale (34%), suivies des violences physiques (20%), des violences psychologiques (9%) et des abus sexuels (3%).

Selon l'Association des Centres Jeunesses du Québec, en 2013 près de 50% des enfants québécois pris en charge par les centres jeunesse du Québec étaient signalés pour des motifs de négligence ou en raison de risques sérieux de négligence (70).

7.2. Aux États-Unis

Aux USA, la négligence est la forme la plus signalée de maltraitance. En 2012, sur les 686.000 enfants considérés comme victimes de mauvais traitements (71) :

- 78.3% souffraient de négligence
- 18.3 % souffraient de maltraitance physique
- 9.3 % étaient victime d'abus sexuels
- 8.5% de maltraitance psychologique

7.3. En France

En France il existe deux méthodes pour évaluer la fréquence de la maltraitance. Les études de victimisation recherchent grâce à des auto-questionnaires des comportements de maltraitance chez les parents ou chez les enfants assez âgés pour y répondre. Les secondes études se basent sur les données officielles recueillies par les professionnels intervenant auprès des enfants. Il peut s'agir de données médicales, liées à la protection sociale, à la sphère judiciaire ou issues des lieux d'information (72). Les estimations recueillies entre ces deux méthodes peuvent varier d'un facteur dix (73). En effet, les enquêtes de victimisation viennent mettre en évidence l'importance de la sous-estimation du phénomène de maltraitance dans les rapports d'incidence nationale qui utilisent les données officielles des organismes en protection de l'enfance. Le silence des victimes de maltraitance et la difficulté de repérer cliniquement certaines formes de maltraitance pourraient expliquer cette variation.

Nous avons retenu les chiffres du rapport annuel de l'ODAS qui en 2002 recensait 86.000 enfants signalés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), autrement dit « en danger » (74).

Parmi eux :

- 49.000 (57%) ont fait l'objet de mesures judiciaires
- 18.300 étaient considérés comme réellement maltraités dont les 2/3 âgés de moins de 4 ans : 5.600 cas par violences physiques, 5.900 par abus sexuel, 5.000 par négligences lourdes, 2.000 par sévices psychologiques.

7.4. En Loire-Atlantique

Selon l'Observatoire du Département, dans son rapport « Les chiffres clés de la protection de l'enfance en Loire-Atlantique en 2012 », la Veille Enfance en Danger

(VED) a reçu 3.230 informations préoccupantes⁶ concernant 3.054 enfants. Le nombre d'informations reçues poursuit sa hausse, de presque 4% par an depuis 2009.

Ainsi, la réalisation d'enquêtes épidémiologiques fiables sur la négligence s'avère complexe. Toutefois, comme nous avons pu le voir, la négligence est relativement commune au sein du groupe de maltraitance. Comme nous le verrons plus loin, ses conséquences sont graves et pourtant elle ne donne lieu qu'à peu d'information, de prévention et de soin. Plus encore, son impact sur un enfant a du mal à être reconnu. Les raisons de ce phénomène ont été développées par Sullivan dans son rapport (63). Au-delà d'une définition et d'une clinique complexe limitant son repérage, la négligence est considérée comme peu grave. La prendre en compte serait pénaliser les parents qui le sont déjà suffisamment par leur histoire comme nous allons le voir. Aborder ce sujet si vague est tellement complexe que la tâche décourage, d'autant que l'impact de nos actions est incertain. Il y a plus urgent à faire avec les enfants « réellement » maltraités. Enfin, les difficultés pour repérer les conséquences cliniques de la négligence parentale, qui sont parfois subtiles surtout lorsque les professionnels n'ont pas été familiarisés à la clinique du bébé, contribue à la sous-estimation épidémiologique de ce phénomène.

8. CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES DITES NÉGLIGENTES

Afin d'améliorer le dépistage des situations d'enfants négligés, de nombreux auteurs ont essayé de définir des caractéristiques dans les familles dites négligentes. Les facteurs de risque sont multiples et ne sont pertinents qu'une fois réunis. Ils peuvent être regroupés en plusieurs domaines.

⁶ Information préoccupante : tout élément y compris médical transmis à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil Général sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur bénéficiant ou non d'un accompagnement.

8.1. Facteurs de risque parentaux et environnementaux de négligence

8.1.1. Caractéristiques socio-économiques

La pauvreté semble liée à la maltraitance et à la négligence, mais il y a très peu de définitions claires de ce concept. En effet, la pauvreté est un phénomène complexe, et la littérature à son propos n'a pas encore trouvé de définition consensuelle. Certains auteurs, comme Carter et Myers (75), examinent la pauvreté au travers de variables telles que les revenus annuels de la famille, le fait de recevoir telle ou telle aide sociale. Plusieurs études (76)(77) mettent en évidence une association entre la négligence d'enfants et les faibles revenus, mais ce lien n'est pas direct.

Ainsi, la pauvreté est un facteur de risque de négligence mais elle n'existe pas seule. Elle est un facteur de risque d'émergence des autres facteurs, qui eux, influent directement sur le développement et les constructions psychiques de l'enfant. Vivre dans un logement plus bruyant, plus peuplé, ce qui est souvent retrouvé dans les situations de pauvreté, rend les parents moins sensibles aux demandes et aux signaux envoyés par leur(s) enfant(s).

Les conduites négligentes sont sous-tendues par d'autres facteurs marquants associés à la pauvreté comme l'isolement social, le manque de soutien ou la limitation du soutien à un seul grand-parent et en particulier la grand-mère maternelle, lorsque celle-ci a été elle-même en grandes difficultés pour élever ses enfants. Encore d'autres facteurs ou situations stressantes liées à la pauvreté pourraient expliquer l'association entre celle-ci et le phénomène de négligence (78), ce sont : un stress parental important, une mauvaise santé, des divorces, qui seraient des conséquences indirectes de la pauvreté.

La pauvreté agit lorsqu'elle est présente dans un contexte de déstructuration psychique et environnementale. La situation économique doit donc être envisagée dans ses caractéristiques associées, la majorité des parents « pauvres » ne négligeant pas leurs enfants.

8.1.2. Caractéristiques socio-démographiques

Le jeune âge des parents est fréquemment retrouvé dans les situations de négligence. Selon une étude canadienne (79), 36 à 51% des cas retenus de négligence au Canada proviennent d'un foyer où la mère a eu son premier enfant avant l'âge de 20 ans. L'incidence importante dans cette population serait liée, d'une part, aux nombreux facteurs de risque présents dans l'environnement de ces jeunes mères (appartenance à un milieu défavorisé, manque de soutien social, manque d'occasions d'apprentissage) et, d'autre part, à leur faible niveau de connaissances et d'habiletés parentales. Cette dernière donnée est retrouvée dans d'autres études. Ainsi, le jeune âge des parents est régulièrement associé à une personnalité immature, une difficulté à saisir le comportement de l'enfant et la relation qu'ils ont avec lui, des attentes irréalistes des parents à son égard sans doute attribuables à la faible connaissance qu'ils ont de ses besoins (80)(81)(82)(83)(84). Ces mêmes études mettent en avant que le fait d'être une famille nombreuse constitue un facteur aggravant.

Les parents sont généralement dépourvus de relations sociales informelles, ont peu de contacts sociaux agréables et sont coupés de tout réseau d'entraide (famille, voisinage, quartier, amis...).

Nous retrouvons fréquemment des femmes seules avec des conjoints successifs. Leurs enfants peuvent vivre des situations de négligence qui sont de plus en plus graves d'une naissance à l'autre. La grande dépendance affective au conjoint présent est un facteur aggravant, d'autant plus si lui-même souffre de trouble de la personnalité. Les familles monoparentales connaissent souvent un isolement social encore plus accentué.

8.1.3. Caractéristiques psychologiques

Les caractéristiques psychologiques des parents dits négligents sont déterminantes mais ne sont pas forcément associées à une pathologie mentale avérée.

Les familles où se vit de la négligence connaissent souvent des évènements qui les soumettent à un niveau très élevé de stress. Il est particulièrement noté la tension psychique que vivent les mères et le stress parental qu'elles éprouvent (76)(80)(85).

Les mères dites négligentes sont vulnérables, souvent carencées elles-mêmes, parfois présentant un trouble de la personnalité de type borderline. Il est régulièrement retrouvé chez ces mères une immaturité psycho-affective qui est souvent due à des carences affectives profondes subies pendant l'enfance.

Dans l'intervention thérapeutique, elles peuvent être en compétition avec leur enfant pour obtenir l'attention des intervenants.

Les mères dites négligentes manifestent plus de signes de dépression que les mères non négligentes (86). La dépression peut être soit liée à un évènement particulier, soit chronique. Elles sont plus susceptibles d'avoir elles-mêmes connu une histoire de soins inadéquate, de violence ou d'abus sexuel.

Ces mères cumulent des difficultés à maîtriser leurs impulsions et à chercher de l'appui. Les capacités à créer des liens durables sont entravées. Elles sont elles-mêmes dans des modèles d'attachement insécure ambivalent-résistant ou désorganisé (87).

Nous retrouvons également des consommations excessives de toxiques, d'alcool et de médicaments chez les parents dits négligents. Selon une étude du National Center on Addiction and Substance Abuse (77), les enfants dont les parents ont présenté un abus de substances sont quatre fois plus à risque de subir des négligences.

8.1.4. Caractéristiques cognitives

Il est souvent constaté des difficultés cognitives, parfois masquées par une façade acquise par une longue fréquentation des travailleurs sociaux, des psychologues ou des éducateurs, et ce depuis leur enfance. Ces mères peuvent avoir le discours attendu par les professionnels. Ceci laisse apparaître secondairement un faible niveau intellectuel les rendant très démunies.

Dans l'étude de Palacio-Quintin et al.(88), il est montré que près de la moitié des mères manifestant de la négligence se trouvent sous le 25^{ème} percentile du Quotient Intellectuel (QI) de la population générale et 78% de celles qui éprouvent des difficultés cognitives présentent des problèmes de négligence chronique. En effet, les personnes souffrant de retards ou d'incapacités intellectuelles peuvent manquer de connaissances quant aux soins de base à donner à l'enfant, présenter une absence d'interactions avec l'enfant, une incapacité à prendre des décisions efficaces ou à résoudre des problèmes et une faible capacité à agir en situation d'urgence ou à reconnaître les indices de maladie (89).

Il est retrouvé par ailleurs que le niveau d'incompétence parentale n'est directement fonction du degré d'intelligence que lorsque le score se trouve sous le 50^{ème} ou le 60^{ème} percentile. D'autres recherches ont démontré que la déficience intellectuelle serait un facteur de gravité pour la sévérité de la négligence (85).

En fait, plus que le seul QI, la comorbidité psychiatrique, l'absence de soutien social, les conditions de stress et de pauvreté tout comme les expériences de négligence et d'abus vécues dans l'enfance qui coexistent fréquemment avec un faible niveau intellectuel sont autant de facteurs associés à la négligence chez les mères souffrant de déficience intellectuelle (90).

8.1.5. Histoire infantile des parents

De nombreuses études (91)(92)(93) mettent en évidence dans le passé des parents dits négligents une histoire de négligence ou de maltraitance et une histoire avec les services de protection de l'enfance. Ils ont été marqués par l'absence d'une figure d'attachement stable.

Ces antécédents de vie sont en eux-mêmes des facteurs de risque d'apparition de difficultés psychologiques parentales et s'ajoutent donc aux difficultés actuelles et persistantes des parents qui augmentent le risque de négligence telles que les troubles anxio-dépressifs, une dépendance à l'alcool, une toxicomanie. En effet, certaines études montrent que les expériences de maltraitance vécues en bas âge favorisent notamment l'apparition de désordres dépressifs chez l'adulte. Bien que les parents dépressifs ne soient pas nécessairement des personnes qui négligent leurs

enfants, la relation en est perturbée, ce qui peut les disposer à adopter envers leurs enfants des comportements négligents (89) (94).

Les mères éprouvant le plus de difficultés parentales à long terme sont celles qui, outre les désordres dépressifs, vivent les conséquences de traumatismes non résolus (89). Il s'agit d'un facteur important dans la mesure où les effets psychiques d'un traumatisme ne se résorbent pas toujours avec le temps (95)(96).

Les enfants maltraités sont considérés à risque de devenir eux-mêmes des parents qui font preuve de maltraitance et l'apprentissage par l'observation pourrait en être le mécanisme. Toutefois, dans la population générale, comme les 2/3 des enfants maltraités échappent au cycle intergénérationnel des mauvais traitements, un ou des mécanismes additionnels sont donc nécessaires afin d'expliquer pourquoi certains perpétuent la maltraitance et d'autres pas (97).

8.2. Facteurs de risque infantiles

Les situations de négligence peuvent être accentuées si l'enfant présente des atteintes somatiques (conséquence de la prise de toxiques de la mère pendant la grossesse, prématurité, troubles sensoriels...). Il semblerait également que les enfants âgés de moins de trois ans ainsi que les petites filles soient plus à risque de vivre de la négligence (98).

8.3. Influence du père et/ou du compagnon

Les recherches auprès des pères impliqués dans une problématique de négligence envers les enfants sont peu nombreuses, malgré le fait que la situation de négligence se rapporte tout autant à l'un ou à l'autre des parents (99)(100).

Paquette (101), qui s'est intéressé à la place tenue par les pères, reprend les rôles spécifiques, mais non-exclusifs de ceux-ci, appuyés par les écrits des différents chercheurs :

- Les pères sont capables de témoigner de leur affection à leurs enfants et d'être sensibles à leurs besoins

- Ils sont capables de stimuler les enfants à explorer l'environnement et à s'y adapter
- Ils jouent un rôle important dans l'ouverture au monde, la gestion des prises de risque au cours de l'exploration des environnements physique et social, l'affirmation de soi, la gestion de la colère dans les rapports avec les pairs et la réussite scolaire et professionnelle
- Ils stimulent les enfants à réagir aux évènements imprévus, en utilisant des jeux créatifs et non conventionnels
- Ils stimulent les enfants à verbaliser sur l'action alors que les mères stimulent davantage les verbalisations sur les émotions.

Régulièrement, dans les situations de négligence, le compagnon de la mère n'est pas toujours le père biologique de l'enfant même autour de la naissance. L'arrangement relationnel qui prévaut entre les hommes et l'ensemble des enfants qui font partie de leur vie est très exceptionnellement celui d'une famille intacte. La majorité d'entre eux ont vécu une rupture d'avec au moins un de leurs enfants biologiques, ce qui contribue à fragiliser les liens entre pères et enfants. De même, près de la moitié d'entre eux vivent avec les enfants de leur conjointe. Par conséquent, dans la construction du lien avec ces enfants, ils doivent composer avec la présence d'une ou plusieurs autres figures paternelles et aussi avec le statut que la mère leur assigne auprès des enfants.

La question concernant la présence du père comme facteur de risque se pose encore. Il semble que ce n'est pas la présence d'un homme à la maison qui augmente ou réduit le risque de négligence mais plutôt la nature de son implication, incluant le sentiment d'efficacité parentale ainsi que l'implication dans la gestion quotidienne de la maison (102). Lacharité (103) identifie quatre types d'investissement du père au sein d'une situation de négligence :

- l'implication coercitive, lorsque le père est très présent, mais sa conduite est abusive, violente ou intrusive, hostile, diminuant l'enfant
- l'implication obstructrice, lorsque à la fois la qualité et la quantité d'implication sont basses
- l'implication intermittente, lorsque l'investissement est positif mais non fréquent

- l'investissement positif, lorsque, même si le comportement du père est adéquat et l'implication suffisante, les effets positifs sont compromis par les nombreux et sérieux problèmes auxquels la famille est confrontée.

Le père ou compagnon dans les situations de négligence présente souvent divers problèmes : abus d'alcool et de substances, absence de statut professionnel, usage intensif des jeux vidéo et des DVD violents, inversion des rythmes nycthémeraux. Nous notons dans ces cas de négligence une grande dépendance de la mère au compagnon. L'enfant doit souvent s'y attacher et subir aussi vite la perte des figures paternelles successives (87).

D'un autre côté, cité par Dufour (104), Coohy (105) remarque que, si le compagnon de la mère dite négligente fournirait moins de support instrumental (soin de l'enfant...), il apporterait plus de soutien émotionnel que les pères du groupe contrôle-non négligent. En ce sens, il pourrait constituer un facteur de résilience dans certaines situations. Le père ou le compagnon pourrait également dans quelques rares situations être un soutien pour la mère et ainsi être un facteur déterminant dans l'évolution positive des situations de négligence.

Plusieurs auteurs rapportent de la violence domestique au sein de ces familles, ou la présence d'instabilité conjugale marquée. La violence domestique survient d'ailleurs dans 40% des cas et dans 80% des cas elle précède la négligence (106).

Ces constats soulèvent au moins deux défis. Le premier est de bien choisir les approches, les activités qui interpellent ces hommes en tant qu'homme dans leur rôle de père. Le deuxième est de choisir des interventions appropriées pour aider les pères à surmonter différentes problématiques ou préoccupations qui les concernent : relation parent-enfant, relation de couple, problématiques personnelles (santé mentale, toxicomanie, difficultés intellectuelles), violence conjugale, impact de la paternité particulièrement sur les jeunes pères.

8.4. Facteurs de protection

L'identification des facteurs de protection s'avère important puisque la littérature, principalement canadienne, sur la problématique de la négligence insiste sur la pertinence de travailler à partir des forces des individus et des familles.

Par ailleurs, certains facteurs ont été identifiés chez les mères qui ne reproduisent pas le cycle de mauvais traitements qu'elles ont subis. L'élément qui relie les quatre facteurs de protection suivants est la création de **liens significatifs** (107) :

- **Un adulte aidant**

La présence d'un adulte autre que le parent aux prises avec des problématiques associées à la négligence qui interagit de façon positive avec l'enfant permet de transmettre à l'enfant des messages qui diminuent l'impact de ceux transmis par les parents. Ces messages aideront l'enfant à modifier sa perception de lui-même et des autres. Ce peut être un conjoint, un membre de la famille élargie, une personne proche de la famille, un adulte soucieux de l'enfant...

- **Un partenaire aidant**

La présence d'un conjoint aidant qui est le père de l'enfant se révèle être un des facteurs les plus déterminants dans le bris du cycle intergénérationnel. Une attention serait à apporter aux conjoints des mères présentant des incapacités intellectuelles. Ils peuvent compenser certaines lacunes de la mère.

- **Une intervention thérapeutique**

Une intervention thérapeutique permettant notamment la résolution des traumatismes passés pour atteindre une meilleure maturité et une plus grande stabilité émotionnelle, la prise de conscience de son histoire et la compréhension de l'impact de ses propres traumatismes sur la façon de jouer son rôle de parents peut être déterminante.

- **Un réseau d'entraide**

L'établissement d'un réseau d'entraide permet d'échanger, d'être supporté dans son rôle de parent et comme personne, et d'avoir des modèles.

8.5. Fonctionnement parental

Comme décrit ci-dessus, les parents négligents sont souvent d'anciens enfants ayant souffert, marqués par une histoire de carence et de discontinuité. Ils sont fréquemment isolés dans leurs liens familiaux et sociaux, et la psychopathologie qui les touche entrave leur processus de parentalité et leur perception du bébé avec ses besoins propres. Les parents dits négligents présenteraient des processus de traitement de l'information et des affects perturbés. Ces perturbations s'inscrivent dans la psychopathologie, les défauts d'attachement et les caractéristiques des modèles internes opérants.

8.5.1. Traitement de l'information

Les parents dits négligents semblent avoir développé un fonctionnement cognitif particulier qui permet de mieux comprendre le phénomène de négligence.

Selon Crittenden (108), la négligence est souvent le résultat d'une fin prématurée du processus de traitement des informations. Elle identifie quatre stades où les parents peuvent échouer à répondre aux besoins de l'enfant :

- Négligence résultant d'une **non-perception** des besoins de l'enfant : les parents, très isolés, déprimés et présentant des déficits cognitifs, ne perçoivent pas les émotions, n'ont pas d'interactions avec l'enfant.
- Négligence résultant d'une **interprétation incorrecte** des demandes de l'enfant : les parents perçoivent les demandes, mais les évaluent mal et jugent qu'il n'est pas nécessaire de réagir.
- Négligence résultant d'une **difficulté à choisir une réponse** pour répondre aux besoins : les parents perçoivent et interprètent correctement les émotions et demandes de l'enfant, mais se sentent impuissants à y répondre et à trouver des solutions.
- Négligence résultant d'une **difficulté à agir** : les parents n'appliquent pas la réponse choisie en raison d'un environnement chaotique ou d'une désorganisation personnelle.

8.5.2. Traitement des affects

Hildyard et Wolfe (109) ont comparé des mères dites négligentes à un groupe contrôle notamment au moyen du I-FEEL Pictures Task (Infant Facial Expressions of Emotions from Looking at Pictures). Celui-ci a été utilisé pour évaluer les manières dont les mères perçoivent et réagissent aux expressions émotionnelles. Ces auteurs ont remarqué que les mères dites négligentes étaient généralement moins susceptibles de reconnaître les sentiments ou les intérêts de l'enfant. Le niveau moindre de réponse entraîne un manque de stimulations pour l'enfant et donc un retard de développement qui peut aussi avoir un impact négatif sur le développement d'une relation d'attachement (110). De plus, il semble que ces mères aient tendance à percevoir leur enfant comme n'étant pas heureux, vision en accord avec leurs propres émotions.

Les mères dites négligentes présenteraient également une illusion de contrôle qui pourrait expliquer en partie le comportement négligent. En effet, si la mère pense, à tort, avoir le contrôle d'une situation, elle sera moins susceptible d'aller chercher de l'aide, notamment auprès du personnel soignant.

En outre, dans cette étude, les mères dites négligentes faisaient plus d'attributions internes et stables au sujet du comportement de l'enfant dans des situations ambiguës. Un comportement négatif de l'enfant attribué par les parents à des caractéristiques stables et internes de celui-ci entraînerait des réponses comportementales et affectives plus négatives de la part du parent que si le comportement de l'enfant était attribué à des causes externes et instables (111).

Elles semblent également moins capables de percevoir la honte ou la tristesse ainsi que de décrire précisément les émotions des enfants et elles présentent un vocabulaire restreint concernant les émotions. Elles sont parfois incohérentes allant jusqu'à dire qu'un enfant a une expression émotionnelle représentant l'égoïsme. Il est possible que le vocabulaire limité au niveau émotionnel de ces mères contribue à la pauvre qualité de leur relation avec leur enfant (112).

Ainsi, il semble que les parents dits négligents aient moins de perceptions positives de leurs enfants, des connaissances inadéquates au sujet de l'éducation d'un enfant ainsi que des attentes plus négatives, plus inappropriées et plus irréalistes que les parents non négligents (80).

Il apparaît que le type d'attachement développé par les parents ait un impact sur la perception des informations, l'attente et l'interprétation des informations sociales et émotionnelles. DeOliveira et al. (113) ont trouvé que les mères insécures avaient plus tendance à marquer les émotions de leur enfant de façon très restrictive.

De plus, les parents dits négligents seraient plus susceptibles d'initier spontanément des interactions non réciproques, c'est-à-dire que ces parents ne prennent pas en compte les signaux ou les réponses envoyées par l'enfant, il n'y aurait donc pas de synchronie entre les partenaires. Or, comme nous l'avons vu dans la première partie, l'ancrage interactif est un des socles de la construction corporéo-psychique du bébé.

Les parents dits négligents sont souvent dans une grande détresse et ont beaucoup de mal à faire confiance à l'autre. La représentation qu'ils ont d'eux-mêmes est celle d'une personne non digne d'intérêt. Ils sont en grande difficulté pour verbaliser cette détresse. Cet ensemble constitue une souffrance contenue mal exprimée et non reconnue qui se révèle à travers une désorganisation de la vie quotidienne.

Face aux pleurs ou aux expressions des besoins de leur enfant, ils sont peu tolérants, se manifestent par des lâchages alternant parfois avec des passages à l'acte, des demandes d'aide déguisées sous des appels aux médecins d'urgence ou par des passages aux urgences pédiatriques (87).

8.6. Contexte d'émergence de la négligence émotionnelle

De multiples facteurs interdépendants contribuent à la négligence émotionnelle envers les enfants. Selon Rochette-Guglielmi (63), le travail d'accès à la parentalité doit être contenu à la fois par des composantes intrapsychiques du parent mais aussi par celles du groupe familial et du groupe social où il évolue au quotidien. Parfois, cette contenance fait défaut à tous les niveaux, la rencontre entre le parent et son enfant est rendue impossible, celui-ci n'étant pas reconnu comme autre. Ainsi, la négligence envers les enfants peut être considérée comme un

problème multifactoriel, associé à la perturbation de la relation parents-enfant et de la relation famille-environnement. Cela rappelle le modèle écologique proposé par Belsky (115) au sujet de l'étiologie de la maltraitance chez les enfants.

Ce dernier conçoit la maltraitance comme un phénomène socio-psychologique multidéterminé par des forces œuvrant à l'intérieur de l'individu et de la famille, aussi bien qu'à l'intérieur de la communauté et de la culture dans lesquels l'individu et la famille se trouvent. Ces multiples déterminants sont écologiquement emboîtés les uns dans les autres et interagissent de façon à s'influencer les uns les autres.

8.6.1. Perturbations relationnelles parents-enfants

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les premiers échanges entre le bébé et ses parents vont avoir une influence majeure sur son développement. Les soins, les paroles adressées, les temps de jeu sont autant de moments de partage essentiels dans l'émergence de la subjectivité de l'enfant. La rencontre des parents avec leur bébé renvoie à la surprise et à l'inquiétude, oscillant entre fragilité et créativité. La naissance d'un enfant est en elle-même une crise, révélant les faiblesses et les ressources de chacun des membres de la famille. L'accès à la parentalité suscite des mouvements psychiques sensibles chez tous les parents, par exemple une reviviscence des expériences infantiles selon Darchis (116) ou une « transparence psychique » selon Bydlowski (117). Les représentations parentales se construisent et évoluent sur la base de ces transformations psychiques. Elles ont un impact direct dans les premières interactions et viennent parfois empêcher la rencontre parents-bébé.

Les styles interactifs des mères et des familles dites négligentes sont chaotiques et imprévisibles. Les parents dits négligents affrontent avec leur bébé des menaces liées à la reviviscence de leurs blessures, de leur propre histoire, renforcées par leur maigre capacité à différencier les appels de leur enfant, leur propre soumission à leurs besoins personnels, leur incapacité à soutenir leur attention et à tenir une relation continue, rythmée, régulée, à surseoir à leurs propres exigences pulsionnelles internes, à assouplir, à différer, nuancer leurs réponses dans l'interaction, à trouver d'autres objets de satisfaction et de colmatage de leurs angoisses narcissiques.

Les interactions sont perturbées entre les parents et le bébé dans une alternance du « tout au rien », d'excitation et d'oubli du bébé. Les soins corporels et nourriciers sont déficients, signant la difficulté des parents à investir le corps de l'enfant. Ils s'adressent peu à lui et ne le différencie pas d'eux-mêmes (ce qui peut faire croire qu'ils en sont proches). Ils ne parviennent pas à le considérer pour lui-même.

Dans la réalité quotidienne de la négligence, la dynamique relationnelle est dominée par la discontinuité (118), qu'elle soit manifeste, concrète ou plus subtile dans le domaine des interactions. Les réponses maternelles ne s'articulent pas toujours aux besoins de l'enfant. Les rythmes temporels ne s'organisent pas. Les repères spatiaux sont variables, ces mères supportant mal de rester à domicile, transportant le bébé dans leur poussette à longueur de journée. L'enfant est en permanence en insécurité.

La relation est proximale durant les premières semaines, puis les lâchages sont brutaux, impossibles à anticiper et liés à des besoins maternels comme celui de sortir, de fumer ou de répondre au téléphone portable tenu continuellement en main. La relation fusionnelle primaire ne comporte pas ou peu d'échanges de regard et les jeux interactifs ne se calquent pas sur les initiatives de l'enfant pour les relancer ou les embellir. Ils sont plutôt du registre de la répétition vide avec disjonction des deux canaux (la mélodie est belle quoique répétitive mais la mère ne croise pas le regard ou les deux sont présents mais l'enfant est porté à distance, raide ou glissant) ou bien de l'ordre de l'excitation vite sexualisée, visant à satisfaire le parent ou à produire des rires, signe pour lui de plaisir et d'amour. L'enfant se replie, n'investit pas son corps ou recherche l'excitation parentale tout en détournant le visage. Il peut aussi rester comme un bloc en quête d'une succion frénétique d'une tétine bloquée dans la bouche, dès les premières heures.

Les parents ont beaucoup de mal à identifier les émotions de leur enfant, à les contenir et à leur donner du sens. L'interprétation des pleurs est faussée avec des réponses en contretemps. L'enfant est très souvent nourri dès qu'il pleure et dès que la tétine ne le calme plus. Le bébé est réveillé quand il dort et couché quand il est dans sa phase d'éveil.

L'engagement dans la relation et l'accordage affectif mutuel ne semblent pas en place. Les modulations sont pauvres, les inflexions vives et parfois brutales, accusant le bébé d'actions agressives. L'enfant finit, pour prévenir toute irruption ou modification brutale de l'humeur parentale, par rester prudent, aux aguets, comme bloqué, sans expression de désir, de douleur, ni de détresse. Si une embellie apparaît, il peut encore s'en emparer à condition qu'il lui reste de l'énergie et que ses capacités vitales aient été suffisamment bonnes à la naissance. Sinon, il se plaint perpétuellement, chouine ou s'abandonne au besoin maternel (87).

Dumaret et Constantin-Kuntz (119), à partir d'interventions sur la base de groupes de parents, amènent d'autres pistes de réflexion. Ainsi, elles retrouvent que « la perception de l'enfant comme un sujet individualisé, ayant des besoins et des désirs personnels, est peu présente dans le discours des parents. Leur approche apparaît égocentrée, davantage guidée par des éléments projectifs en référence à leur histoire personnelle, que par l'écoute de ce que l'enfant pourrait exprimer ».

Au final, l'enfant est souvent présenté comme un support, voire un prolongement narcissique, ayant pour mission de donner un sens à la vie de ses parents, de rompre leur solitude et leur ennui, de leur donner une utilité et une place dans le monde. Ceci se manifeste par des relations majoritairement situées dans un registre fusionnel, avec une incapacité massive à poser des limites intergénérationnelles. Cette confusion peut se traduire par une parentification importante des enfants qui ont grandi et peut aller jusqu'à un climat familial incestueux. Dans ce contexte d'investissement à dominante narcissique de l'enfant, l'avenir est souvent peu évoqué.

8.6.2. Perturbations relationnelles famille-société

Il ne peut être conçu qu'un enfant soit négligé sans, préalablement, concevoir que d'autres personnes ont contracté des obligations (légales, sociales et éthiques) à son endroit. C'est dans le cadre d'une défaillance ou d'un échec à rencontrer ces obligations, par des personnes responsables, qu'apparaît la négligence. Qui sont ces personnes ? Une réponse simple est : les parents (ou les personnes ayant la garde physique) de l'enfant. En effet, la plupart des lois civiles, dans les pays occidentaux,

imputent à la mère et au père d'un enfant la responsabilité première de son bien-être et de sa protection. Sauf que les principes du droit ne sont pas nécessairement les seuls outils pour réfléchir aux responsabilités individuelles et collectives à l'égard des besoins des enfants. Le caractère prescriptif des lois a tendance à imposer une vision réductrice de la complexité, des variations et des changements dans les arrangements sociaux suscités par la nécessité de répondre aux besoins des enfants. Les travaux en éthologie (animale et humaine), en anthropologie et en sociologie de la famille, en psychologie du développement, de même qu'en éthique, permettent d'élargir la perspective avec laquelle cette nécessité humaine de prendre soin des enfants peut être envisagée. Ces travaux montrent que, lorsque des sociétés définissent la parentalité comme étant une responsabilité privée et personnelle, les probabilités de survie et de développement optimal de chaque enfant, pris individuellement, sont plus faibles que dans les sociétés qui définissent la parentalité comme étant une responsabilité collective et partagée (56).

Ainsi, à la question « qui est responsable ? », c'est à l'ensemble des déterminants écosystémiques du développement de l'enfant qu'il faut penser.

La négligence n'est donc pas simplement une question de parents, c'est aussi un jugement à propos des défaillances ou des échecs des plus proches à procurer du soutien et de l'encadrement des figures parentales dans l'exercice de leur rôle de « premiers responsables » du bien-être de leur enfants.

Paradoxalement, c'est dans les environnements sociaux favorisés que la négligence d'un enfant peut être le plus directement et clairement reliée à des lacunes dans les conduites parentales. Dans tous les autres contextes, la négligence est causée par un ensemble complexe de facteurs, incluant notamment des difficultés parentales, une fragmentation des ressources économiques, sociales et culturelles dont disposent les parents, des sources de stress contextuelles et des incohérences politiques.

La perturbation du rapport entre la famille et la collectivité à laquelle elle appartient est principalement caractérisée par l'isolement « fonctionnel » des figures parentales et de l'enfant (86)(120)(121). Lacharité et Éthier (122) identifient quatre situations distinctes ayant pour effet d'isoler fonctionnellement les membres d'une famille, et

notamment les figures parentales, du soutien nécessaire à leur développement et à l'exercice de leurs responsabilités.

Il peut s'agir de situations d'isolement social en tant que tel, c'est-à-dire l'absence (ou la quasi-absence) de contacts entre la famille et son entourage.

Il peut s'agir aussi de situations à l'intérieur desquelles le réseau de soutien formel à la famille s'est développé aux dépens du réseau informel. Dans ces situations, la vie sociale de la famille ne tourne pratiquement plus qu'autour des services professionnels qu'elle reçoit.

Il peut s'agir aussi de situations d'insularité de la famille (c'est-à-dire un réseau de soutien social essentiellement refermé sur lui-même) ou à l'intérieur desquelles des conflits interpersonnels à répétition provoquent de l'instabilité sociale qui restreignent considérablement la provision régulière, variée et contingente de soutien informel et formel.

9. CONCLUSION

Ainsi, la négligence est l'absence de ce qui est nécessaire pour bien se développer. Elle est un phénomène fréquent, non négligeable, touchant profondément les individus et se déploie sur les familles, de génération en génération, chacun faisant ce qu'il peut avec ce qu'il n'a pas.

L'impact des négligences parentales est directement observable dès le très jeune âge de l'enfant, et ce constat vient étayer la clinique des enfants plus âgés venant consulter en pédopsychiatrie pour certains, admis en institut médico-éducatif ou institut thérapeutique, éducatif et pédagogique pour d'autres.

Nous allons donc dans la 3^{ème} partie nous intéresser aux conséquences cliniques de la négligence sur le bébé, l'enfant et l'adolescent qu'il va devenir. Nous enrichirons cette clinique par un éclairage psychopathologique.

Avant cela, nous avons souhaité illustrer notre propos en exposant de façon synthétique les trois situations cliniques qui feront l'objet de l'étude qui suivra. Ce sont celles de David, Manon et Martin.

SITUATION CLINIQUE N°1 : DAVID A

David est né en mai 2011. Il a une petite sœur Juliette née en juillet 2013. Leurs parents Mme et Mr A sont en couple. Ils vivent tous les quatre sous le même toit.

Mme A est âgée de 23 ans, elle a fait un CAP-BEP hôtellerie-restauration sans aller jusqu'au diplôme. Sa mère était âgée de 17 ans lorsqu'elle est née. Mme A a été placée en foyer lorsqu'elle avait 9-10 ans dans un contexte de violences conjugales et de maltraitance envers elle. Elle est retournée vivre chez son père, et a été de nouveau placée dans différents foyers puis en famille d'accueil compte tenu de la poursuite de la maltraitance.

Elle a un petit frère et une petite sœur issus des deux mêmes parents qui ont été également placés en foyer.

Actuellement, Mme A n'a plus de lien avec son père. Ce dernier souffrirait d'une dépendance à l'alcool. Elle considère sa mère « *comme une copine* », elles peuvent s'appeler beaucoup mais également se disputer.

Mr A est âgé de 35 ans et travaille comme agent des services hospitaliers.

Sa mère était âgée de 16 ans quand il est né. Mr A a lui aussi été placé en famille d'accueil et en foyer lorsque ses parents ont divorcés. Sa mère est décédée en 2003 et il a très peu de contacts avec son père.

Il est le cadet d'une fratrie de trois, ses deux frères ont eux aussi été placés en famille d'accueil.

Le couple s'est rencontré lorsque Mme A était âgée de 17 ans et Mr A de 29 ans. Ils ont rapidement vécu ensemble.

David est leur premier enfant. La grossesse a été diagnostiquée à 6 mois. Mme A parle « *d'un déni de grossesse, d'un enfant non désiré* ».

David est né à terme, l'accouchement sans péridurale s'est bien passé. Il pesait 2kg600 et mesurait 47 cm.

Mme A décrit un état de fatigue très important à la sortie de la maternité. C'est Mr A qui s'est beaucoup occupé de David durant les premiers mois, Mme A ne s'en sentant pas la force.

La première consultation médicale aux « Âges Premiers » du Centre Nantais de la Parentalité (CNP) a eu lieu lorsque David avait 7 mois. Elle a été conseillée par l'infirmière puéricultrice et le médecin de la Protection Maternelle Infantile (PMI) car la mère se plaignait de troubles du comportement chez David depuis que le père avait repris son travail. Le médecin de la PMI décrivait alors des parents « *en difficultés pour décoder les besoins et les signaux de leur enfant* ».

Mme A mettait en avant « *un bébé devenu insupportable depuis que son papa est parti au travail, qui fait des crises et qui tape sa maman* ».

Le compte-rendu de cette première consultation note « *un bébé pas gros, qui peut regarder le médecin, lui sourire, qui babille* », « *un bébé hypertonique, qui s'arc-boute* ».

Pour ce qui est de son sommeil, David s'endort vers 20h30 et peut se réveiller vers midi le lendemain. Il a sa chambre mais dort dans un lit ou dans son cosy dans la chambre de ses parents.

Quant à l'alimentation, il prend le biberon très régulièrement. Mme A explique que David « *est autonome, qu'il tient son biberon seul* ».

La mère décrit donc un bébé « *coléreux, lunatique* », qui « *fait des crises dans la journée* ». Elle explique « *qu'il joue avec ses nerfs, qu'il aime lui tirer les cheveux* ». Elle confie « *qu'ils ne savent pas s'il faut gronder, sévir ou le laisser pleurer dans sa chambre* ». « *On est soumis à ses désirs* » précise-t-elle.

Elle décrit une journée type de David : « *Dès le réveil il a faim, il attrape mes cheveux, il jette son biberon* », puis « *il regarde la télévision* » en marche constamment, il est comme « *gobé* » dit-elle. Enfin, Mme A ne peut rester à la maison, « *ils vont faire des courses, vont prendre un pot. David adore la poussette, c'est le moment le plus calme* ».

Suite à cette première rencontre, des VAD sont proposées aux parents. Elles vont être réalisées par Mme Y, parfois accompagnée d'une étudiante infirmière. Voici quelques extraits des observations thérapeutiques réalisées lors de ces visites :

David âgé de 7 mois :

« David est installé sur le canapé, attaché dans son cosy [...]. La maman nous dit qu'elle est obligée de l'attacher car David a tendance à tomber », « le papa nous dit que David aime bien lui pincer les joues, et se demande s'il le fait exprès pour lui faire mal ».

« David semble tonique, il a les poings serrés, il secoue les pieds. Il ne semble pas rassuré », « les parents souhaitent nous montrer comment David tient son biberon seul, le père commente en disant que c'est un bébé très autonome, qu'il se débrouillera seul très bien quand il grandira ».

David âgé de 9 mois :

« La maman l'installe dans le parc, il reste un moment à plat ventre, tonique, quasiment en extension, et puis il se met sur le côté et rapidement il grogne, il ne semble pas satisfait. La maman lui dit qu'il ne sait vraiment pas ce qu'il veut ».

David âgé de 10 mois :

« David va sur le tapis. C'est un petit bébé qui se débrouille bien, qui est un peu trop tonique, avec parfois des mouvements de flexion en arrière, il a du mal à rester assis », « David est installé dans son cosy qui semble servir de siège [...] je comprendrai plus tard en fin de visite que le cosy sert d'enveloppe et que la plagiocéphalie est peut-être le fait du temps qu'il passe dans le lit mais aussi dans le cosy », « je suis surprise par l'hypertonie de David, je ne l'ai jamais vu à ce point, il saute, il semble extrêmement tendu ».

Devant les signes d'hypertonie, un bilan psychomoteur est proposé. Celui-ci est réalisé lorsque David est âgé de 12 mois, il retrouve : « un petit garçon pâle, avec une plagiocéphalie à l'arrière du crâne, qui présente un retard sur le plan psychomoteur. Le test de Brunet-Lézine le situe aux alentours de 10 mois sur le plan posturo-moteur et 9 mois pour les coordinations, le langage et la socialisation. David ne se protège pas lorsqu'il chute. Il vocalise très peu et interpelle très peu l'adulte ».

Une prise en charge individuelle en psychomotricité est initiée, les VAD se poursuivent.

David âgé de 14 mois :

« David est beaucoup plus réceptif. Je le vois en train de réfléchir à ce qui se passe. Il emboîte les Duplos, il est intéressé pour comprendre le bracelet que j'ai autour du bras, comment on le retire [...]. Il est beaucoup plus calme, plus apaisé », « Je remarque que les parents ont enlevé tous les jouets sonores. Le papa me dit qu'ils ont suivi mes conseils. Le salon est bien aménagé, il y a désormais de l'espace pour David ».

David âgé de 16 mois :

« Je reparle de la halte-garderie. La maman me dit que ce n'est pas le moment [...], elle ne veut pas se retrouver seule ».

« La maman va chercher David, il est mal, il pleure, il se cogne la tête contre sa maman et le moyen que trouve la maman pour le calmer c'est d'allumer et d'éteindre la lumière [...]. Je fais une comptine avec les doigts. David est intéressé. La maman trouve intéressante cette comptine, ils vont la reprendre dit-elle ».

David âgé de 21 mois :

« David essaye de monter sur la table. Sa maman lui dit non. Il recommence. Elle intervient physiquement en le prenant par le bras. Il crie et veut taper sa mère. C'est le seul moment où nous observons un réel échange de regards entre David et sa mère. Elle lui dit non et le lâche. Il recommence à monter sur la table. Le père intervient, soutenu par Mme Y, David crie toujours aussi fort. Mme Y lui montre alors les pots de pâte à modeler. Il prend les pots dans ses mains. Mais un des pots tombe et David crie. Mme Y verbalise qu'il n'est pas content parce qu'il n'y arrive pas. Il veut faire seul ».

« Mme A dit que ça fait presque 2 ans que Mme Y la prépare pour la halte-garderie. Aujourd'hui elles doivent remplir le dossier d'inscription. [...] Mr A dit que sa compagne ne veut plus voir la puéricultrice de PMI, et que les médecins changent tout le temps, qu'ils ne connaissent pas David. Ils ne veulent plus entendre parler de la PMI ».

David âgé de 2 ans :

« Je trouve que David est beaucoup moins agité, moins dans la recherche de limites. Les parents sont moins exaspérés. Ils cheminent. Il semble qu'il y ait plus de rythme. Ils sont très contents de la halte-garderie. Nous sommes toujours dans une bonne alliance ».

David âgé de 2 ans et 2 mois :

« David se lève, me fait un sourire, il fait un câlin à sa maman dans un mouvement plutôt tendre, affectueux », « nous évoquons la grossesse de Mme A et le bébé qui va arriver [...]. Mme A me dit qu'ils vont se débrouiller seuls et que leur petite fille ne verra ni moi ni la puéricultrice de PMI ».

David âgé de 2 ans et 7 mois, Juliette de 3 mois :

« David se met beaucoup en danger. Il est plutôt de bon contact, il répète les mots, on peut instaurer un petit jeu [...]. Juliette est dans les bras de sa maman, elle regarde bien, boit bien au biberon, elle a bien pris du poids et fait des « areu » ».

David âgé de 2 ans et 10 mois, Juliette de 6 mois :

« David reste un petit garçon fragile. Dans l'ensemble il est quand même moins inquiet mais les relations avec les parents restent tendues », « Juliette semble un peu hypertonique ».

David âgé de 3 ans, Juliette de 8 mois :

« Les parents semblent plus calmes. Mme A nous dit que ça se passe de mieux en mieux avec David, et que l'école se passe bien », « Juliette est très éveillée, elle gazouille et essaye d'attraper avec ses mains ce qui l'entoure », « [...] David émet un petit geste brusque envers sa maman qui hausse le ton, en lui expliquant qu'il ne doit pas taper sa maman. Elle lui demande d'aller au coin [...], quelques instants plus tard, Mme A lui explique que la punition est levée, qu'il peut revenir avec nous ».

Aujourd'hui David est âgé de 3 ans et 5 mois, il est scolarisé. Il devrait désormais bénéficier de soins dans un nouveau Centre Médico-Psychologique compte tenu de son âge, Mme Y a proposé de les accompagner lors la première consultation.

Juliette est âgée de 13 mois, les parents pensent peut-être l'inscrire à la crèche.

Les VAD par Mme Y se poursuivent et se sont espacées à tous les mois et demi. Juliette est régulièrement suivie par le médecin et la puéricultrice de PMI.

Après une période d'inactivité professionnelle, Mr A a retrouvé un emploi. Mme A souhaite elle devenir assistante maternelle.

La famille envisage de déménager dans un autre département.

SITUATION CLINIQUE N°2 : MANON B

Manon est née en septembre 2010. Elle est la dernière d'une fratrie de quatre enfants. Deux de ses frères aînés bénéficient d'un suivi pédopsychiatrique pour des retards développementaux.

Leurs parents, Mme et Mr B, sont mariés. Toute la famille vit ensemble.

Mme B a 37 ans, elle est mère au foyer. Elle n'a plus de contact avec ses deux frères aînés dont l'un présenterait des antécédents psychiatriques. Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait 17 ans, elle est toujours en lien avec eux.

Mr B est âgé de 39 ans, il présente une légère déficience intellectuelle et a un emploi. Son père est décédé et il n'a plus de contact avec sa mère.

La grossesse de Manon a été marquée par une menace d'accouchement prématuré à 29 semaines d'aménorrhée (SA) et un diabète gestationnel. Manon est née à 37 SA, l'accouchement, sans péridurale, s'est bien passé. Elle pesait 2kg700 et mesurait 46,5 cm.

Vers 5-6 mois, est constaté un décrochage de la courbe du poids, puis la courbe reprend sous la ligne moyenne mais dans la norme. Les courbes de taille et de périmètre crânien sont dans la moyenne basse.

Manon a été allaitée jusqu'à ses 14 mois. Elle s'est tenue assise à 9 mois et a acquis la marche à 14 mois. A 18 mois elle n'a pas acquis le pointage proto-déclaratif et ne dit pas « non ».

La première consultation médicale aux « Âges Premiers » du CNP a lieu en juin 2012 sur les conseils de Mme Y et de l'infirmière puéricultrice de PMI. Manon est alors âgée de 21 mois.

Mme Y a rencontré Manon de façon officieuse alors qu'elle prenait en charge un de ses frères aînés, Samuel, pour un retard de développement. Un jour, Mme B a amené Samuel à son groupe thérapeutique accompagnée de Manon qui était dans sa poussette. Elle était alors âgée d'environ 8 mois.

Mme Y se souvient : « *Quand j'ai vu Manon dans sa poussette, j'ai été un peu affolée, je me suis dit « on ne peut pas laisser un bébé dans cette situation-là ! » »*. Elle décrit alors « *une petite fille qui dès qu'on la regardait pleurait* ». « *Elle était dans une poussette canne et j'avais l'impression que si elle avait pu passer de l'autre côté de la toile de la poussette, elle serait passée tellement elle voulait s'effacer à tout prix* ». Elle se souvient aussi « *d'un regard triste, d'un visage amimique et d'un côté complètement effrayé* ».

Mme Y et sa collègue de PMI ont alors encouragé Mme B à consulter au CNP pour Manon. Mme Y se souvient « *qu'il a fallu du temps pour que Mme B fasse confiance* » et vienne consulter. Pour Mme B : « *il y avait l'idée que Manon était un bébé et que du coup ça pouvait attendre pour la consultation. Il n'y avait pas d'urgence pour elle* » explique Mme Y.

Le compte-rendu de cette première consultation médicale note « *un retard de développement global chez une petite fille d'allure craintive, silencieuse, qui peut être dans l'échange et qui présente des compétences sous-jacentes* ».

Lors de la consultation, elle parvient difficilement à empiler 2 Duplos et est collée contre sa mère. Manon souffre également de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils nocturnes) et de l'alimentation (elle mange très peu, n'accepte quasiment que le biberon).

Elle est à cette époque principalement gardée par sa mère, et va à la crèche un jour par semaine.

Suite à cette première rencontre, il est proposé des VAD. Celles-ci vont être réalisées par Mme Y que Mme B connaît déjà compte tenu de la prise en charge de Samuel.

Les VAD vont avoir lieu d'août 2012 à août 2013. Mme Y nous raconte :

« Les premières fois où je suis venue, Manon était prévenue par sa mère que j'allais venir, et elle s'endormait sur le canapé juste avant que j'arrive en plein milieu de la journée. J'ai essayé plusieurs horaires, elle dormait à chaque fois. Quand je m'adressais à elle, elle ouvrait les yeux et les refermait aussitôt. Elle s'enfonçait dans le sommeil ».

Les quelques fois où Manon ne dormait pas, *« elle était collée à sa maman, je ne pouvais pas la regarder, je ne pouvais pas l'approcher... Par contre quand ses frères étaient là je me rendais compte que c'était une petite fille avec de la vitalité, alors que quand elle était toute seule avec sa maman j'avais l'impression qu'elle n'avait pas de colonne vertébrale ».*

Dans les observations réalisées lors des VAD, nous lisons : *« Mme B est une maman démunie mais qui cherche à faire du mieux qu'elle peut. Elle a besoin de conseils, elle demande beaucoup de conseils pour Manon... ».* *« Manon est vraiment très collée à sa maman. La maman dit qu'elle est sûrement fatiguée, je suggère à la maman de la coucher. C'est une grande angoisse dans le lit, Manon se relève tout de suite, c'est comme si la maman l'avait laissé tomber ».* *« Manon n'a aucune expression sur le visage, un regard un peu vide, collé dans du rien, collé pour être dedans la maman sans doute ».* *« La maman a du mal à dire non à Manon [qui demande à monter sur ses genoux]. Au bout d'un moment, la maman spontanément va reprendre Manon contre elle, lovée dans elle ».*

Mme Y a le sentiment que les VAD sont trop intrusives pour Manon. Il est alors proposé un travail de séparation mère-enfant aux « Âges Premiers ».

Celui-ci va avoir lieu pendant 8 mois. Voici quelques éléments de cette prise en charge :

« Au départ Manon est une petite fille collée à sa maman. Elle a un visage lisse, elle est mutique » ; « Petit à petit, son visage devient moins sérieux, elle me regarde de

plus en plus et s'intéresse à ce que je fais ». « Puis Manon regarde de moins en moins sa maman. Elle est de plus en plus en lien avec l'infirmière. Il n'y a toujours pas de mots ». « Enfin, Manon vient avec plaisir, elle émet quelques mots, elle prend de plus en plus d'assurance, et semble de plus en plus détendue ».

Suite à ce travail de séparation mère-enfant, Manon va intégrer un groupe thérapeutique animé par une infirmière et une psychomotricienne. *« A chaque séance Manon est inhibée, semble impressionnée [...], les changements de cadre semblent la mettre en difficulté. Lorsqu'elle se sent en sécurité, elle peut s'agiter, voire s'exciter », « ses compétences sont en décalage avec son âge, la structuration du schéma corporel n'est pas bonne. Son langage est pauvre, elle a peu de vocabulaire ».*

Aujourd'hui Manon a 4 ans. Elle est scolarisée en petite section de maternelle à temps plein et va intégrer un groupe thérapeutique dans le nouveau centre médico-psychologique dont elle dépend. Sa mère continue de participer un groupe thérapeutique intitulé « le groupe des mamans » animé par une infirmière et une psychologue.

SITUATION CLINIQUE N°3 : MARTIN C

Martin est né en août 2009. Il a un frère et une sœur aînés issus d'une première union de sa mère, ainsi qu'un petit frère, Arthur, issu de l'union actuelle de Mme C. Sa sœur bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique dans le cadre d'un développement dysharmonieux compliqué d'une encoprésie sévère.

Ses parents se sont séparés lorsque Martin avait 7 mois, Mme C était victime de violences conjugales.

Son père vit dans un autre département, Martin va chez lui un week-end sur deux et la moitié des vacances. Il souffrirait d'une dépendance à l'alcool et au cannabis.

Mme C vit avec ses quatre enfants ainsi qu'avec le père du dernier avec lequel elle s'est mariée. Ce dernier est en période d'inactivité professionnelle. Mme C ne

travaille pas actuellement, elle n'a pas de formation spécifique et a réalisé plusieurs travaux, qu'elle décrit comme alimentaires.

Mme C a été placée dans un foyer suite à des violences conjugales et à des maltraitances sur elle à l'âge de 18 mois. Elle est retournée vivre chez son père de l'âge de 14 ans jusqu'à ses 16 ans, et a été de nouveau placée en foyer suite à des violences physiques de la part de son père, qui souffrait de dépendance à l'alcool.

De ses 18 mois à ses 16 ans, elle voyait sa mère un week-end sur deux, et continuait à subir des maltraitances.

Elle a souffert d'anorexie mentale lorsqu'elle était adolescente.

Elle n'a aujourd'hui plus de lien avec ses parents.

Les parents de Martin se sont rencontrés en juillet 2007, Mme C ne se souvient plus dans quelles circonstances.

La grossesse de Martin n'était pas programmée et a été diagnostiquée à 4 mois.

La grossesse a été marquée par une hypotension artérielle et des bradycardies chez Mme C ayant nécessité un suivi médical régulier.

Martin est né à terme, l'accouchement s'est bien passé. Il pesait 3kg150 et mesurait 49 cm.

Sa mère décrit un bébé qui dormait beaucoup, qui ne babillait pas et qui ne jouait pas. Le carnet de santé est très peu rempli les premiers mois, il est noté que Martin mangeait et grossissait.

La première consultation médicale aux « Âges Premiers » du CNP a lieu lorsque Martin est âgé de 18 mois. Il est adressé par l'équipe de la PMI suite à une information préoccupante ainsi que par le médecin traitant qui retrouve des symptômes autistiques chez Martin.

Lors de cette première consultation, la maman décrit un enfant qui « *crie beaucoup, tape sa sœur, son frère et lui-même* ».

Le compte-rendu décrit « *un petit garçon présentant un strabisme, qui ne marche pas à 18 mois, qui est silencieux, qui a une préhension palmaire maladroite. Martin est raide et tremblant sur ses jambes, restant tonique et vigilant, incapable de se*

plier pour s'asseoir. Il ne regarde pas le médecin à l'interpellation, même s'il est dans l'échange. Mis à quatre pattes, il peut foncer tête baissée et se taper fort contre un obstacle sans pleurer. Dans le bureau, il faut initier l'intérêt pour les duplos, il en prend un dans chaque main, essaie de les rassembler sans succès. Il ne répond pas à une consigne concrète donnée par la mère. Il ne tient pas compte du « non », se fâche souvent et alors se donne des claques, se tire les cheveux. Au son de la musique, il se balance. Au total, Martin est un enfant qui présente un strabisme, un retard psychomoteur important, un retard de langage, pas de jeu ni d'accès au symbolique, un retard de compréhension, une tristesse, une non-réponse à la douleur. Il ne présente pas d'élément en faveur d'un diagnostic d'autisme ou de psychose infantile ».

Il est alors proposé un bilan pédiatrique, un bilan psychomoteur, ainsi qu'une prise en charge individuelle en psychomotricité et un suivi à domicile par Mme Z, infirmière au CNP.

Les VAD ont lieu de mai 2011 à octobre 2013. Voici quelques extraits des observations thérapeutiques réalisées :

1^{ère} VAD, Martin est âgé de 20 mois :

« J'ai eu beaucoup de difficultés à joindre la maman », « L'appartement me semble vide, il n'y pas de décoration aux murs et pas de meuble dans l'entrée, rien ne traîne au sol », « Martin arrive à quatre pattes [...], il se dirige vers l'échelle et essaie de monter. Mme C ne bouge pas, elle le regarde faire. Je signale qu'il pourrait se faire mal s'il tombait. Mme C répond que « oui » ».

« Martin semble très tendu. Ses bras sont tendus, ses poings serrés », « il ne vocalise pas, parfois il gémit [...], son regard est dur ».

Martin âgé de 21 mois :

« Martin baille, il est en pyjama. Il n'a pas de chaussures. Il glisse quand il essaie de se relever. Martin ne vocalise pas. Par moment il « tressaille » en se redressant au niveau du haut du corps et des bras. Assis, il a les jambes tendues ».

Martin âgé de 23 mois :

« Mme C est fière de me faire voir que Martin marche. Il a une démarche chancelante », « Mme C est présente dans la chambre, assise comme moi au sol. Elle regarde Martin. Elle ne propose pas d'activité ».

Martin âgé de 24 mois :

« Martin chouine, Mme C lui propose des Légos, mais cela ne semble pas l'intéresser. Elle sort de la chambre et revient avec un puzzle. Mme C lui montre comment faire, le guide. Martin est plus attaché à retirer les pièces qu'à les mettre. Je félicite Mme C pour ses initiatives ».

Martin âgé de 2 ans et 2 mois :

« Mme C nous dit que Martin crie toujours à la maison. Il marche mais son équilibre est instable, ses jambes hypertoniques », « Il ne joue pas, il est plus dans la manipulation », « Mme C se demande s'il est autiste, car il est « différent de ses frères et sœurs » », « Mme C parle de ses difficultés à faire dormir Martin dans sa chambre [...], à le faire manger », « Elle nous dit qu'elle s'interdit de se reposer après 14h, sinon elle a peur de ne pas se réveiller pour aller chercher les enfants ».

Martin âgé de 2 ans et 5 mois :

« Je trouve que Martin se tient plus droit. Il semble avoir une démarche plus assurée et ses jambes sont moins raides », « Il va faire beaucoup d'allers-retours dans le couloir. Il n'a pas de lunettes, elles sont cassées. C'est un problème d'assurance. Je propose à Mme C d'aller voir l'assistante sociale ».

Martin âgé de 2 ans et 9 mois :

« Mme C me reçoit dans un appartement où les volets sont tous baissés. Je la revois enfin après 3 mois de visites sans succès », « Mme C est enceinte de 4 mois », « Martin encastre quelques Légos mais il crie beaucoup », « Martin a toujours une démarche instable, il ne plie pas les genoux », « il va à la crèche tous les jours ».

Martin âgé de 3 ans :

« En arrivant à l'immeuble, Mme C m'interpelle. Elle est dans le jardin pour enfant avec ses enfants et son mari », « Martin joue à grimper sur le module, descend le toboggan. Il va sur le tourniquet avec les autres enfants. Il shoote dans un ballon. Mme C me répètera à plusieurs reprises « qu'il est beau mon fils ! » en parlant de Martin ».

Martin âgé de 3 ans et 3 mois, Arthur de 1 mois :

« Mme C a Arthur dans ses bras. Il a une jolie couleur de peau. Il semble paisible, détendu [...]. Je félicite Mme C pour son joli bébé, elle me répond « tu ne me le prends pas ! », « Arthur se tortille, gémit un peu. Mme C se demande s'il a faim », « Martin a fait des selles dans sa couche. Mme C lui demande de venir dans la salle de bain, mais il refuse [...]. Elle a une attitude de dégoût, se pince le nez. J'aide la maman à déshabiller Martin ».

Martin âgé de 3 ans et 6 mois :

« Maintenant Martin marche plutôt bien, Mme C ne prend plus la poussette, Martin lui donne la main », « Martin peut prêter une petite voiture à condition qu'il choisisse laquelle ».

Martin âgé de 3 ans et 8 mois, Arthur de 6 mois :

« Martin vient vers moi et dit « hum ! Bébé ». Mme C me dit qu'il veut que j'aie voir Arthur qui est dans le salon. Arthur est dans son transat, il me regarde bien et est plutôt souriant ».

Martin âgé de 3 ans et 11 mois, Arthur de 9 mois :

« Martin essaie de construire une tour, mais il n'enfoncé pas assez les Clipos et la tour chute. Il persévère. Il regarde son petit frère Arthur qui lui prend les Clipos. « Il n'est pas prêteur » commente la maman. Mme C est assise et les regarde. Les deux enfants vont ainsi explorer les jeux tranquillement pendant environ une demi-heure ».

Martin âgé de 4 ans et 2 mois, Arthur de 1 an :

« Mme C me donne le dossier de MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) de Martin, je constate qu'il y a l'accord pour la demande de SESSAD

(Service d'Éducation et de Soins Spécialisés À Domicile) », « *Martin gribouille sur une feuille avec un crayon à papier, Arthur est dans sa chaise haute. Les deux enfants sont calmes, pas de cris* », « *Arthur a pris une pièce donnée par Martin et la porte à sa bouche. Mme C s'en aperçoit, la lui retire, et lui propose un gâteau* », « *Mme C a toujours 8 heures de TISF (Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale) par semaine* ».

Aujourd'hui, Martin est âgé de 5 ans. A la rentrée il devrait intégrer l'école une demi-journée par semaine avec un accompagnement par le SESSAD. Le retard psychomoteur est un peu moins important même s'il demeure. Le retard de langage reste important. Il exprime plus de plaisir et d'autonomie.

Arthur est âgé de 22 mois, il va à la crèche et se porte plutôt bien.

Mme C participe régulièrement au groupe de parole des « mamans ».

Elle bénéficie toujours de l'intervention des TISF et une aide éducative pour chacun des quatre enfants a été mise en place.

Chapitre 3 : ASPECTS CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA NÉGLIGENCE

1. INTRODUCTION

Les conséquences de la négligence sont précoces. Ce phénomène touche déjà la grossesse, avec des atteintes physiques possibles de l'enfant à la naissance : retard de croissance intra-utérin, risque accru de mortalité, troubles somatiques nombreux qui sont retrouvés au cours de la petite enfance.

Les manifestations de la souffrance psychique d'un bébé et des perturbations de son développement peuvent revêtir des aspects multiples et variés. Les formes prises pour exprimer leur détresse, comme l'intensité des signes, ne préjugent pas nécessairement de la gravité. Des signes bruyants ne sont pas forcément profonds. Leur discrétion peut au contraire cacher de grandes difficultés. Ces troubles demandent, pour être reconnus, une bonne connaissance des bébés et de leur développement, mais aussi du temps et une formation à l'observation. Ceci ne peut se faire ponctuellement, sur une consultation. L'observation en milieu naturel est la plus éloquente car elle permet au professionnel de ressentir les mêmes éprouvés que le bébé, en étant plongé dans son environnement quotidien. Cette observation est celle de la relation du bébé avec ses parents, mais aussi une observation de ce qu'il est lui-même. Celle-ci est délicate à réaliser car la mère (et/ou le père) prend souvent le devant de la scène, et peut occuper physiquement et psychiquement l'intervenant. Il peut arriver que ce dernier reparte du domicile sans avoir vu le bébé. Aux premières semaines de vie, trois ou quatre visites sans avoir vu l'enfant peuvent avoir des conséquences dramatiques.

De nos jours, l'impact des négligences parentales sur le développement des bébés est un peu mieux identifié. En revanche, il existe peu d'études de suivi ayant porté

sur le devenir de ces bébés, sur les effets de la négligence à moyen et à long termes. Que deviennent les enfants et les adolescents qui ont été négligés en bas âge ? Les incertitudes au plan pronostique rendent compte de la multiplicité des facteurs en jeu dans l'évolution de ces bébés, notamment des facteurs de protection. Cependant, l'incidence des négligences sur les organisations pathologiques de la personnalité semble se retrouver, en particulier dans les dysharmonies évolutives de l'enfance et le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence.

Une autre question émerge de ce constat, celle de la transmission intergénérationnelle de la négligence. En effet, un vécu de négligence dans l'histoire des parents a été identifié comme facteur de risque de négligence parentale. Quels sont les mécanismes en jeu dans ce phénomène ?

Nous nous attarderons dans un premier temps sur la clinique chez le bébé négligé en nous référant aux travaux de Selma Fraiberg et de Martine Lamour. Puis nous essaierons de préciser l'évolution clinique de ces bébés jusqu'à leur adolescence, en nous concentrant sur le concept de dysharmonie évolutive et de personnalité borderline. Enfin, nous ébaucherons une discussion psychopathologique afin d'éclairer cette clinique peu spécifique et le risque de transmission intergénérationnelle.

2. CLINIQUE DU BÉBÉ NÉGLIGÉ

Le corps du bébé est l'indicateur le plus fin et le plus précoce de la souffrance générée par une inadéquation du système bébé-environnement. Plusieurs auteurs ont décrit les manifestations de la souffrance psychique de ces bébés. Nous nous intéresserons entre autres aux travaux de Selma Fraiberg. Travailleuse sociale formée à la psychanalyse, elle s'est beaucoup intéressée aux familles que nous appellerions maintenant « à difficultés multiples ». Elle est notamment reconnue pour avoir élaboré une méthode originale de traitement conjoint parents-enfant à domicile. Ses nombreuses observations lui ont permis d'identifier chez le bébé souffrant de carences affectives des comportements spécifiques que nous allons décrire.

À noter que dans cette partie nous considérons le bébé de sa naissance à environ l'âge de 3 ans. En effet, la limite de 3 ans correspond à celle que s'est donnée l'Association mondiale de santé mentale du nourrisson (WAIMH : World Association Infant Mental Health) qui considère qu'à cet âge les bases de la personnalité et de l'organisation mentale de l'enfant sont normalement en place.

2.1. Apports de Selma Fraiberg

Sa description des quatre « comportements de défenses pathologiques » (123) est célèbre et marque le début d'une réflexion plus approfondie dans le domaine de la souffrance psychique du bébé. Elle les décrit chez des enfants âgés de 3 à 18 mois dont les mères avaient en commun d'alterner des moments d'absence psychique et de crise de fureur imprévisibles. Le terme de défense est ici utilisé pour désigner un phénomène réactionnel issu du répertoire biologique de l'enfant et non comme un mécanisme de défense classique comme pour les adultes, car le Moi n'est pas encore construit. C'est pour cette raison qu'elle utilise la notion de comportement de défense ou de comportement défensif. Elle en distingue trois relevant précisément du répertoire biologique :

- l'**évitement sélectif** de la mère, dès l'âge de trois mois, notamment du regard comme si l'image maternelle était synonyme de souffrance et de peur,
- la **réaction de gel**, à partir de cinq mois, touchant la mobilité et la voix,
- la **lutte**, lors de l'acquisition de la marche : ces enfants se comportent comme des « petits monstres » dans la journée, tout en étant terrifiés la nuit.

Le quatrième, la **transformation des affects**, reflète la transformation de la souffrance en plaisir. L'enfant, entre 9 et 16 mois, réagit à une situation stressante par une transformation de l'angoisse ou la peur en un sentiment opposé, tel que le rire, interprété comme une forme précoce de déni.

Fraiberg conclut que ces comportements de défense correspondent à « un mécanisme de suppression de la perception qui élimine sélectivement le visage et la voix de la mère et qui sert apparemment à écarter les affects pénibles » (123). Ces derniers peuvent être retrouvés chez les bébés vivant des situations de négligence.

2.2. Le bébé négligé émotionnellement

À partir des travaux de Lamour, quatre catégories de repères cliniques de souffrance psychique précoce du bébé ont pu être identifiées : l'**expression somatique**, les **troubles tonico-moteurs**, les **processus de régulation de la vigilance**, les **troubles émotionnels et relationnels** (124). Nous en rajouterons une cinquième dans le cadre de notre travail : les signes secondaires sur le plan **cognitif**. Ces signes sont variables selon l'équipement initial de l'enfant, son niveau de développement et le contexte environnemental dans lequel il baigne.

2.2.1. Les manifestations somatiques et physiques

Le bébé négligé est parfois gris, état qui reflète des **troubles neurovégétatifs**. Il peut présenter également des marbrures, des cyanoses des extrémités suivies de vasodilatation avec des zones rouges, un grain de peau efflorescent, une peau sèche et irritée, une diarrhée verte. Le mot qui vient à la bouche est qu'il n'est « pas beau », ce qui n'a pas de valeur esthétique mais une valeur d'épanouissement (3)(87).

Le bébé négligé donne peu de signaux indiquant qu'il a faim : il n'exprime pas de plaisir, ne montre pas de mouvements de succion, ne demande rien. Il peut présenter des reflux gastro-œsophagiens, des vomissements. Il éprouve souvent des difficultés à dormir, et peut tomber brutalement dans le sommeil. L'**hypersomnie** constitue un refuge.

Les habits ne sont pas toujours adaptés à la taille ou à la température. L'enfant est mal porté, mal contenu.

Ces enfants souffrent régulièrement d'infections, de fièvres inexplicables, de pathologies des voies respiratoires, de mauvaise croissance staturo-pondérale (10).

2.2.2. Le tonus

Les troubles de la tonicité sont un signe précoce et fréquent de négligence.

- **Hypotonicité**

Ces bébés, parfois trop longtemps laissés dans leur lit, se moulent dans le creux du matelas. Nous retrouvons alors une **plagiocéphalie** latérale, éventuellement une déformation du visage. Ils donnent le sentiment de souffrir de torticolis. Ils ont une hypotonie des quatre membres et un retrait psycho-affectif. Dans les bras, ils coulent et sont difficiles à porter. Ces signes sont généralement les conséquences d'une négligence grave, préoccupante pour le développement ultérieur.

- **Hypertonicité - Agrippements**

Le bébé peut être, à l'inverse, hypertonique, s'agrippant à ses muscles en les transformant en carapace. Il s'agrippe également souvent à une fonction comme le regard, la digestion. Il tourne les yeux vers une source lumineuse et y reste fixé, il garde les poings fermés et les orteils accrochés, il se raidit autour de l'axe vertical, **s'arc-boutant**. Il se tend autour de son axe digestif en provoquant des reflux parfois impressionnants. Les pleurs sont fréquents dès qu'il est posé dans son lit, comme perdu dans le vide, se calmant dans les bras qui le tiennent verticaux, en déséquilibre et soumis à un mouvement qui se voudrait être un bercement mais qui apparaît comme des secousses répétées, les seules à même de le calmer. L'enfant refuse la position de bercement allongé et regroupé que le soignant lui offre et qui nécessite un relâchement tonique. Il se redresse au-delà de ses forces. Sa nuque se raidit pour tenir une tête précocement ballotée (87).

2.2.3. La motricité

De ces troubles toniques peuvent découler secondairement des troubles de la motricité d'un membre, d'un hémicorps ou de la motricité globale.

Chez le bébé négligé, la motricité est souvent pauvre, il n'explore pas son corps. Il présente peu de jeux de mains habituellement accompagnés de vocalises. Après ne pas avoir rassemblé les deux hémicorps, c'est généralement au tour du bas du corps de ne pas être investi. Le **clivage horizontal** dure longtemps par la suite avec un retard d'acquisition à la marche et parfois l'impression d'un trouble musculaire ou neurologique entraînant des investigations. Une fois la marche acquise, il papillonne,

ne réalise pas de vraies explorations, il déambule et ne s'arrête sur rien. Ses activités sont répétées ou stéréotypées, il se cogne.

Dans le registre de la motricité globale, il est observé des **états de désorganisation** du bébé. Ce sont des états d'agitation motrice sans but, globale, survenant dans différents contextes, mais souvent le fruit d'une angoisse importante. Ces états de désorganisation sont inquiétants lorsqu'ils sont fréquents et que le bébé a du mal à se récupérer.

Le bébé négligé cherche souvent des stimulations excitantes ou des agrippements provisoirement sécurisants, mais il n'a guère de répit pour se détendre, s'engager dans des échanges mutuels, des perceptions amodales, des manipulations et découvertes d'objets. Ceux mis à sa disposition par son entourage sont lumineux, sonores et concurrencent souvent une télévision trop proche, trop forte en son et en lumière. Dans un second temps, il trouve dans des rythmes violents la poursuite de ce qui l'apaise en lui donnant une sensation de continuité d'être sans pensée, sans fantasme, sans douleur. La régulation n'est pas modulée et l'enfant est soit trop soit pas assez réactif (87).

La lecture de l'état du bébé négligé est tout en nuance. Il s'agit de tonalités, de convergences : celles du regard, des gestes, des échanges, des jeux, des soins, du sommeil.

2.2.4. La régulation de la vigilance

Les états de vigilance sont des équivalents émotionnels, ils nous renseignent sur les systèmes intégratifs et les états de tension-détente. Le **retrait relationnel bref** est pour le bébé un phénomène normal de régulation dans l'interaction bébé-environnement, par le biais d'une coupure brutale, de façon active, de la relation. Il suit la règle du « tout ou rien » concernant la gestion des flux sensoriels, comme si le bébé ne pouvait supporter le trop plein de flux sensoriels (125). La mère influence le passage entre les états de vigilance. Elle peut l'aider à se calmer ou à l'empêcher d'accéder à certains états. Le retrait relationnel, lorsqu'il persiste, entrave le développement psychique du bébé comme nous allons le voir.

- **Les troubles de la régulation**

Certains bébés oscillent sans transition entre deux états extrêmes (du sommeil aux cris et aux pleurs). Les attentions varient aussi entre une hypervigilance globale ou focalisée. Les bébés souffrant de négligence n'ont généralement pas de souplesse par rapport aux variations de l'environnement et aux tensions internes.

- **Du retrait au retrait relationnel durable**

Selon Antoine Guédénéy, le **retrait** est un « mécanisme important du développement psychique » mais s'il persiste, il devient un « mécanisme défensif coûteux pour le développement », jusqu'à le figer (126). Il propose une durée de une à deux semaines avant de parler de « retrait relationnel durable ». Le retrait place l'enfant dans un temps suspendu, à la fois ni dans le présent ni dans le futur ni dans le passé, et est considéré comme pouvant être un signe de dépression très précoce.

Pour aider le clinicien devant ce phénomène à la base physiologique, A. Guédénéy a créé une échelle : l'Échelle Alarme Détresse Bébé ou ADBB regroupant l'ensemble des symptômes témoignant d'un retrait relationnel durable. Cette échelle est issue des instruments utilisés par les pédiatres pour distinguer le retard de croissance organique ou psychogène et a été conçue comme un outil de dépistage pour la PMI. Elle mesure chez le bébé de 2 à 24 mois les items suivants : l'expressivité du visage, le contact visuel, l'activité corporelle, la présence de gestes d'autostimulation, les vocalisations, la vivacité de réponse à une stimulation, l'aptitude à entrer en contact avec l'observateur. La notion de durée est importante, il faut la coter à nouveau à 1 ou 2 semaines d'intervalle (126)(127)(128).

2.2.5. La sphère émotionnelle et relationnelle

- **La régulation émotionnelle**

Dans son ouvrage collectif, Denis Mellier (129) explique que pour le bébé « l'émotion est le signe d'un devenir sujet alors que son absence traduit le risque d'un processus de clivage ou de déni des expériences ».

L'enfant négligé n'a pas ou peu d'expression émotionnelle. Il présente une pauvreté des mimiques et peu de langage. Lorsque les émotions sont présentes chez le bébé négligé, les troubles de la régulation émotionnelle sont marqués. Il peut exister une

transformation des affects sous forme d'une inversion (expression à l'inverse de ce que nous pouvons anticiper). Dans la deuxième année, l'enfant éprouve plus de difficultés à contenir ses émotions et à les transformer, n'ayant pas à sa disposition un psychisme parental le soutenant dans ce travail. Il utilise la sphère corporelle pour faire baisser les tensions, et présente alors des expressions de désorganisation et des colères. Des **troubles du contact** peuvent aussi être présents : il utilise également les mécanismes de repli que nous venons de décrire ou d'évitement. Les manifestations émotionnelles sont donc disproportionnées et inappropriées en ce qui concerne la peur et la colère (87).

- **Les troubles de l'attachement**

Sur le plan de la construction de ses processus d'attachement, le bébé négligé réagit à la séparation soit en ne manifestant que très peu de détresse, soit au contraire en se montrant complètement inconsolable. Nous observons également une diminution des comportements exploratoires. Les négligences mènent effectivement à une probabilité plus importante chez les enfants de développer un attachement de type **insécure** voire **désorganisé** qui persiste dans le temps. Cette théorie de l'attachement attribue au lien que le jeune enfant noue avec son parent dit négligent une influence sur ses relations ultérieures que nous décrirons dans la prochaine partie.

2.2.6. Les troubles cognitifs secondaires

Concernant le développement cognitif des jeunes enfants ayant été négligés, Hildyard et Wolfe citent l'étude Minnesota Mother-Child (110). Cette étude longitudinale a suivi le développement de 267 enfants, premiers nés de mères identifiées à risque concernant la parentalité. En comparaison avec les autres groupes de maltraitances, les jeunes ayant été émotionnellement négligés entre 9 et 24 mois présentaient les déclinés les plus dramatiques à l'échelle de Bayley passant d'un quotient de développement (QD) de 118 à un QD de 87 à 24 mois (130). Ils ne s'engagent pas dans des jeux appropriés à leur âge. Ultérieurement, leur quotient intellectuel est plus bas, et ce de manière définitive si la carence dure au-delà des 24 premiers mois (131). Il est globalement constaté un ralentissement des acquisitions, voir un arrêt du développement.

Les signes varient selon l'âge de l'enfant et l'importance de la négligence. Après 24 mois, les conséquences sont plus manifestes et repérables. L'enfant présente des retards de développement affectif et cognitif, du langage, de la motricité, de la socialisation ainsi que des troubles du comportement.

3. CLINIQUE DE L'ENFANT NÉGLIGÉ

3.1. Les troubles socio-émotionnels

La négligence a des conséquences néfastes sur la régulation émotionnelle des enfants. En effet, l'enfant négligé ne dispose pas de structures mutuelles ou externes de régulation affective. En l'absence de telles relations utilisées pour co-réguler les émotions il est donc régulièrement exposé à des états émotionnels négatifs qui sont intenses et prolongés. Il doit composer seul avec ceux-ci et cela peut entraîner une instabilité émotionnelle, comportementale et relationnelle. L'enfant négligé va peu différencier ses émotions et celles des autres, et son registre émotionnel s'élargit très peu au fur et à mesure qu'il grandit. Il est généralement confus face aux réactions émotionnelles des autres (132).

Toth et al. (133) ont utilisé les narrations pour explorer les représentations de soi (*self*) et des autres que développe un enfant victime de maltraitance. Il en ressort que les narrations des enfants maltraités contenaient plus de représentations de la mère et d'eux-mêmes négatives que les enfants n'ayant pas été maltraités. De plus, les enfants ayant été négligés auraient des **niveaux de représentations positives de soi plus bas** que les enfants ayant été physiquement maltraités. Ces chercheurs remarquent qu'il se pourrait que les enfants victimes de maltraitements physiques aient plus de possibilités de développer une estime de soi positive, ce qui serait moins le cas des enfants vivant une situation de négligence, recevant une attention minimale.

Enfin, il a été démontré que les enfants négligés éprouvent également davantage de symptômes dépressifs et anxieux (134).

Ainsi, le fonctionnement émotionnel des enfants négligés peut être profondément touché et entraîner des relations sociales dysfonctionnelles. En effet, les difficultés de l'enfant négligé à reconnaître les émotions en lui et chez les autres vont impacter le développement de ses relations sociales. Celui-ci oscille entre deux pôles : d'une part un **retrait social**, caractérisé par peu de moments d'interactions positives avec les pairs, et d'autre part un **comportement plus agressif** lors d'interactions, moins marqué toutefois que celui des enfants maltraités physiquement. Les enfants négligés présentent également des déficits notables sur le plan de la résolution de problèmes interpersonnels (110).

Enfin, Glaser (135) a constaté qu'ils sont plus retirés socialement, plus colériques et se conforment plus difficilement aux règles et aux limites imposées. Ce type de problèmes conduit à des réactions de rejet et à de l'hostilité de la part des pairs, ce qui entretient voire majore les difficultés relationnelles et les représentations négatives de soi de ces enfants et également les troubles anxio-dépressifs.

3.2. Les troubles du comportement

Les enfants négligés adopteraient des comportements adaptés à leur milieu afin d'être en mesure d'y fonctionner, voire même y survivre, mais ceux-ci deviennent des solutions inadaptées lorsqu'ils sont utilisés à l'extérieur de l'environnement négligent. Bien qu'il existe un niveau élevé de troubles extériorisés, les enfants négligés se distinguent aussi par leur niveau élevé de troubles intériorisés (110). Les troubles du comportement se majorent généralement avec le temps. Ils peuvent être distingués de la façon suivante :

- **Les conduites d'inhibition globale**

Les conduites d'inhibition globale prolongent parfois l'atonie motrice du bébé négligé. Les enfants fonctionnant sur ce registre restent passifs, en retrait, isolés, incapables de s'affirmer, de prendre une initiative ou de satisfaire leur curiosité. Ils se montrent parfois hyperadaptés aux attentes des adultes auxquels ils se soumettent dans une recherche constante d'approbation (136).

- **Les conduites d'opposition**

Les conduites d'opposition sont particulièrement fréquentes chez les enfants qui ont été insuffisamment soutenus dans les phases critiques de leur processus de séparation-individuation, comme la majorité des enfants négligés. Elles peuvent parfois s'installer durablement sous la forme d'un « trouble oppositionnel avec provocation » (137). L'intolérance à la frustration, le besoin d'accaparer l'attention d'autrui, le sentiment de n'être jamais pris en compte qui témoignent de l'absence de cicatrisation des blessures narcissiques, provoquent d'inévitables colères où s'intriquent manifestations auto- et hétéro-agressives.

- **Les conduites antisociales**

Des conduites antisociales complètent souvent ce tableau de revendication affective maladroite. Celles-ci sont plus fréquentes à l'adolescence, et nous les décrirons dans cette partie.

- **Les conduites auto-agressives**

Les enfants négligés peuvent présenter des tendances à se frapper la tête soit contre le sol, la tête du lit, soit aussi avec ses mains sur les tempes pour s'accrocher à la sensation ou la fuir. Cela évoque les conduites d'autostimulation, les mouvements de balancement qu'ils peuvent également présenter.

3.3. L'attachement

En moyenne, dans la population générale, 30% des enfants vont développer un attachement insécuré à leurs parents, et 10% un attachement désorganisé. Dans leur étude, Cyr et al. retrouvaient dans une population d'enfants victimes de maltraitance, que plus de 50% d'entre eux présentaient un **attachement désorganisé** (138). Dans une autre étude, Carlson et Cichetti (139) quant à eux retrouvaient un chiffre encore supérieur (80%).

Souvent, le parent dit négligent peut devenir une source de peurs et d'insécurité pour l'enfant. Ce dernier oscille entre deux stratégies : d'une part, exprimer très fortement sa détresse, son besoin de proximité et sa colère de ne pas être réconforté et,

d'autre part, inhiber ces puissants affects quand aucune réponse ne vient ou quand la réponse suscite une augmentation de ceux-ci.

Il a été observé que l'absence de contact avec la figure d'attachement ou la présence de parents « détachés » entraîneraient des effets plus néfastes que la maltraitance physique, où les parents ont des exigences élevées, voire irréalistes, mais demeurent plus engagés. En effet, dans ses relations d'attachement, l'enfant négligé acquiert la conviction qu'il n'est pas suffisamment important pour qu'on se soucie de lui, il se perçoit donc comme n'étant pas digne d'être aimé et se représente les autres comme indisponibles ou rejetants.

L'attachement désorganisé, fréquent chez les enfants négligés, est fortement associé à des difficultés (troubles de l'adaptation socio-émotionnelle, déficits cognitifs, troubles du comportement, faible estime de soi) et à des troubles psychopathologiques (troubles anxieux, troubles dissociatifs, idéations suicidaires) (140). Les études montrent aussi que la désorganisation de l'attachement se maintient dans le temps et peut évoluer en comportement contrôlant. L'enfant est alors plus à risque de devenir agressif et punitif à l'égard de son parent (attachement désorganisé contrôlant punitif) ou à l'opposé, il cherche à prendre soin des besoins affectifs de son parent (attachement désorganisé contrôlant attentionné) (141) (142). Ce phénomène de renversement des rôles parent-enfant est communément appelé « parentification ».

De véritables **troubles réactionnels de l'attachement** peuvent se développer chez les enfants négligés. Deux sous-types sont décrits dans le DSM-IV : le type « **inhibé** » et le type « **désinhibé** ». Le premier est caractérisé par une inhibition de la tendance normale dans le développement à chercher le confort auprès des parents ou des adultes auxquels l'enfant est attaché. Dans les interactions sociales, l'enfant est inhibé, hypervigilant ou ambivalent. Le second mode clinique est caractérisé par une hyperréactivité du système d'attachement, mais avec une très faible discrimination sociale, avec pour résultats des attachements diffus et non sélectifs. L'enfant se comporte avec chacun comme s'il était un proche, et ceci a été appelé « sociabilité sans discrimination ».

3.4. Les troubles cognitifs

Les enfants négligés présentent généralement un QI sous la moyenne et un retard de développement qui s'étend au langage, au graphisme et à la motricité. Ces déficits cognitifs semblent perdurer.

Dans une étude menée par Erickson et al.(80), les enfants qui avaient un vécu de négligence émotionnelle en bas âge obtenaient des résultats sensiblement inférieurs aux évaluations des connaissances durant les six premières années d'école. De surcroît, bien que tant les enfants violentés que négligés réussissent moins bien à l'école, les enfants négligés accusent de plus grands retards scolaires que les enfants violentés (143).

3.5. La notion de traumatisme et de dissociation

Plusieurs chercheurs affirment qu'il est maintenant nécessaire de considérer les enfants sévèrement négligés comme des victimes de traumatismes générant des séquelles pour l'ensemble du développement (79)(144). Il a également été observé chez ces enfants un risque accru de développer un état de stress post-traumatique (145).

Un des éléments développementaux touché par le traumatisme est la **dissociation**. Les expériences de négligence engendrent une charge émotionnelle que l'enfant ne peut ni affronter ni fuir, ce qui favoriserait l'apparition de la dissociation mentale comme mécanisme d'adaptation (146). Selon Putman (147), les enfants maltraités et négligés peuvent présenter un état dissociatif sur trois niveaux. Le premier touche leurs conduites. Il s'agit de déficits dans le jugement, la planification et l'organisation des objectifs poursuivis. L'autre niveau affecte la mémoire. Le troisième niveau touche leurs expériences affectives. L'enfant présente un détachement vis-à-vis de soi et des autres. En conséquence, la mémoire, les pensées, les émotions et les conduites sont fragmentées, ce qui nuit considérablement à l'intégration des expériences subjectives.

L'ensemble des symptômes que nous venons de décrire peut se retrouver chez des enfants avec une organisation en mosaïque de la personnalité, risque évolutif majeur pour les enfants négligés. Pour décrire ces enfants au développement si particulier, il

existe plusieurs terminologies, notamment celle de dysharmonie évolutive ou pathologies limites, concept élaboré par Misès(148) que nous allons décrire maintenant.

3.6. La dysharmonie évolutive

Tous les symptômes peuvent se rencontrer dans ce type de pathologie, qu'il s'agisse de manifestations internalisées, ou externalisées, de troubles d'une des grandes fonctions somatiques, de retard de maturation d'une ligne particulière de développement, de difficultés relationnelles majeures. Nous insisterons sur les points suivants qui paraissent essentiels :

- La **multiplicité** et la **variabilité** des symptômes qui traduisent une altération de la régulation de l'état affectif et de l'anxiété. Les symptômes se caractérisent par leur inefficacité à lier l'angoisse tant d'un point de vue économique que dynamique. Ces enfants qui apparemment restent en contact avec la réalité, qui ne présentent pas de symptomatologie psychotique manifeste, ne paraissent pas en revanche capable d'établir une organisation psychique susceptible de leur permettre une maîtrise et un dégagement d'une angoisse toujours perceptible.
- Un comportement, une sensibilité sociale, constamment altérés. Le passage à l'acte est particulièrement fréquent et représente un mode privilégié d'évacuation de la tension psychique.
- Enfin, un décalage entre les lignes de développement au plan de la maturation neurobiologique ou au plan de la maturation pulsionnelle et de l'organisation de la personnalité, voire une dysharmonie au sein d'une même ligne développementale.

L'ensemble de ces difficultés conduisent également à une altération des processus de pensée alors que l'enfant n'est ni autiste ni schizophrène.

4. CLINIQUE DE L'ADOLESCENT NÉGLIGÉ

Il existe peu d'études publiées en lien avec l'expérience d'avoir été négligé en bas âge et les conséquences sur l'ajustement psychosocial à l'adolescence. Selon Éthier et Milot (149), deux raisons peuvent expliquer ce constat. La première repose sur le fait qu'une majorité d'études ayant porté sur des échantillons d'enfants maltraités (abus physique, abus sexuel ou négligence) ne se sont pas intéressées aux conséquences de la maltraitance au-delà de la période de l'enfance. La seconde raison provient du fait que bien que certaines études se soient intéressées aux effets de la maltraitance à l'adolescence, une majorité d'entre elles a utilisé une méthode de recherche transversale où la maltraitance et les conséquences qui y sont associées sont évaluées de façon soit concomitante (150) soit rétrospective (151)(152)(153).

Les résultats de diverses études (154)(155) ont pourtant démontré l'importance d'utiliser un paradigme de recherche longitudinal afin de mieux comprendre l'effet des mauvais traitements débutant très tôt dans la vie.

Il semble que les troubles décrits chez les enfants négligés persistent généralement dans les domaines cognitif, relationnel et émotionnel chez les adolescents. Nous nous attarderons sur les conduites antisociales qui semblent être plus spécifiques de la période adolescente et sur le risque évolutif vers un trouble de la personnalité borderline.

4.1. Les conduites antisociales

Ce sont les vols, fugues, fabulations, injures, détériorations, cruauté envers les animaux, agressions diverses accomplis sans regret qui risquent d'engager ces adolescents, parvenus à dénier leur souffrance profonde, sur la voie de la délinquance.

Cette relation entre négligence et délinquance est expliquée par une répression massive des émotions que provoque la négligence chez l'enfant. Celui-ci peut devenir incapable d'empathie face à la souffrance d'autrui, ce qui le rend apte à toutes sortes de brutalité. Une sorte de clivage intérieur se creuse entre la souffrance

qu'il a connu enfant et qu'il s'est employé à enterrer au plus profond de lui et les violences dont il devient l'auteur à l'égard d'autrui.

Nous retrouvons également dans les conduites antisociales, des troubles des conduites sexuelles. L'étude menée par Arriola et al. (156) retrouve chez les sujets victimes de négligence grave une activité sexuelle plus précoce, un risque supérieur de maladies sexuellement transmissibles, davantage de grossesses pendant l'adolescence.

Un vécu de négligence dans l'enfance est par ailleurs généralement associé à un risque d'**abus de substances** lors de l'adolescence (157).

4.2. Les troubles émotionnels

Dans une étude populationnelle de 1.419 adolescents, Wolfe et al. (151) démontrent que ceux ayant révélé par questionnaire avoir subi des mauvais traitements tels que de la violence et de la négligence dans leur enfance ont un niveau de détresse émotionnelle élevé. Ces adolescents présentent de l'agressivité, des symptômes dépressifs, de l'anxiété et des traumatismes dans une proportion sept fois supérieure à celle des adolescents non maltraités.

La négligence parentale a été associée également à la présence plus importante d'idéations suicidaires à l'adolescence (158).

Les adolescents ayant un vécu de négligence présentent également des difficultés interpersonnelles et cognitives déjà retrouvées dans leur enfance.

Lorsque ces différents domaines (émotionnel, comportemental, relationnel, cognitif) sont simultanément altérés, la question d'un trouble de la personnalité borderline peut se poser.

4.3. Le trouble de la personnalité borderline

Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline à l'adolescence a fait l'objet de débats passionnés ces dernières années en ce qui concerne sa validité. Certains auteurs ont considéré que la symptomatologie borderline observée à l'adolescence n'était en réalité qu'une forme plus sévère de l'expression développementale

normale de l'adolescence. Cependant, malgré certaines similitudes entre processus d'adolescence et symptomatologie borderline, il existe des différences quantitatives et qualitatives qui permettent de soutenir la validité du diagnostic de trouble de la personnalité borderline à l'adolescence (159).

Ce diagnostic repose sur l'association de perturbations dans quatre domaines différents :

- Les **troubles émotionnels** : si la tristesse et les idées suicidaires sont très fréquentes, ce sont surtout la dysphorie et l'instabilité affective qui sont au premier plan chez les adolescents borderline.
- Les **troubles cognitifs** : ils sont de différents types. Ils peuvent présenter des troubles attentionnels, des difficultés de planification et d'organisation, des difficultés d'introspection. Cela peut être également des distorsions cognitives non psychotiques telles que des croyances négatives rigides sur soi, ou bien des expériences dissociatives de déréalisation et dépersonnalisation en situation de stress.
- L'**impulsivité** : c'est probablement le critère le plus discriminant des adolescents borderline. Il existe régulièrement chez ces adolescents des actes impulsifs auto- et hétéro-agressifs, des conduites toxicomaniaques. Le plus souvent, ces comportements sont vécus sans culpabilité, avec une qualité projective très intense et une faible empathie vis-à-vis des autres.
- L'**instabilité relationnelle** : ces adolescents ont une peur de l'abandon qui se traduit par des inquiétudes intenses autour de la séparation et de l'autonomie. Leurs relations intimes sont tumultueuses, caractérisées par des attitudes contradictoires entre proximité et rejet, idéalisation et dévalorisation, investissement et déception.

La question de l'enfance des sujets souffrant d'un trouble borderline de la personnalité a toujours occupé une place centrale dans la compréhension étiologique du trouble et nous a particulièrement intéressé dans notre travail puisque plusieurs études mettent en évidence un vécu de négligence émotionnelle chez ces adolescents. Nous en discuterons dans la partie psychopathologique qui suit.

5. ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

Nous discuterons dans cette partie des enjeux psychopathologiques chez le bébé négligé, ainsi que dans la dysharmonie évolutive et le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence. Puis nous nous intéresserons aux mécanismes mis en jeu dans la répétition de la négligence de génération en génération.

5.1. Du côté du bébé

5.1.1. Régulation tonico-émotionnelle et construction corporéo-psychique

Lorsque le milieu est sur ou sous-stimulant, plus encore dysstimulant, comme dans les situations de négligence, l'enfant ne peut construire une cohérence, une stabilité du milieu, d'où le fait qu'il ne pourra extraire des invariants qui auraient dû l'aider à régler ses conduites toniques. L'état tonique fluctue alors exagérément ou est désorganisé. La production de régularité est entravée tout comme le sentiment de sécurité qui en découle.

Le **dialogue tonique** permet d'orchestrer les émotions à travers les différentes sensorialités. Les émotions désorganisées et non différenciées aboutissent à des **gels toniques** ou à des **décharges toniques**. La régulation tonico-posturale est atteinte. L'enfant est en retrait, en état de vigilance ou de désorganisation. Les conditions de coordinations entre les différents flux ne sont pas acquises alors que l'équilibre donné aux divers flux sensoriels est pour une part constitutif de l'enveloppe qui s'appuie également sur la modulation tonique dans la relation.

Dans cette configuration, nous pouvons voir comment la construction corporéo-psychique du bébé a du mal à se mettre en place. Le bébé ne peut faire le lien entre la sphère orale, la main et le regard tant que la tonicité n'est pas régulée. Bullinger (29) écrit « la coordination entre les flux visuels et les postures donne accès aux représentations spatiales » et permet autant à l'œil qu'à la main de parler de concert.

Le bébé négligé, dans les états de vigilance ou de désorganisation, présente une hyperextension qui rompt l'équilibre, le rassemblement des deux hémicorps, puis des deux ceintures scapulaire et pelvienne. Cette hyperextension correspond à la recherche d'un axe solide, tendu contre toute modification externe ou interne des flux et des émotions, se tenant dans le rejet ou se plaquant, symétrique, au sol, en croix, parfois touchant les bords du lit. L'hémicorps inférieur est flasque. Ces bébés sont dans l'incapacité de constituer une enveloppe protectrice d'intégration corporelle.

Lors de ces modalités relationnelles fragmentées et discordantes, la maîtrise du corps et son usage expressif sont entravés. Les conflits, les angoisses, les fantasmes, restent comme des conglomérats accrochés au corps qui se fige dans le trop peu relationnel, s'excite dans la surstimulation pulsionnelle, se désorganise dans l'incohérence (87).

Secondairement, quand une tonicité rigide s'appuyant sur un arrière-fond plaqué est intégrée, le bébé reste assis, tout raide, les jambes en équerre, préoccupé à se tenir. Certains demandent à être redressés dans un « jeu » de ressort renforcé par des parents exaltés par la pseudo-précocité de leur enfant. Mis à plat au tapis, ils ne supportent pas cet abandon par manque de relation aux objets et absence d'investissement du bas du corps. Ces bébés ne saisissent pas leurs pieds quand ils sont allongés, ils n'intègrent pas, en effet, leur bas du corps. Les articulations sont figées comme le sont les liens et les capacités de liaison. Les bras ne sont guère libérés. La distance devient impossible sans le jeu d'absence-présence, non expérimenté car entravé par la tonicité et l'imprévisibilité dans lesquelles le bébé est plongé. Le clivage est encore inscrit dans le corps. Les jambes ne peuvent raconter ce qui est au loin. L'enfant a du mal à différencier, à travers le jeu, ce qui est attaché (les pieds) des objets qui tombent. Comment peut alors se construire correctement un espace intérieur, une capacité de pensée réflexive portée sur des boucles, des formes spatiales, des mouvements ?

La représentation ne se détache pas de ce corps vécu comme non différencié. L'enfant n'a pas intériorisé harmonieusement « l'appareil à penser ». Il devient dépendant des mécanismes défensifs qui le protègent des intrusions et des sentiments de dépossession. Il s'adapte grâce au colmatage progressif, par

l'annulation de son monde pulsionnel, une adaptation de surface, une extinction des processus psychiques ou au contraire une explosion comportementale.

L'usage de l'agir est dominant avec perte de distinction entre les mondes interne et externe. Le repérage dans le temps et l'espace s'avère compliqué.

5.1.2. Style et accordage interactif

L'accordage affectif de Stern offre une ouverture sur l'inscription d'un monde représentationnel naissant sur celui de l'autre (la mère) et vice versa. Le style interactif au tout début de la vie est particulièrement important dans la dynamique du soin. Même dans ces familles où la négligence est forte, il existe aux prémises de la vie l'expression d'interactions dont le style est très imprégné par de bonnes compétences infantiles. Le temps de la fusion, pour ces mères vulnérables, est un temps suffisamment fort narcissiquement qui permet d'offrir des périodes satisfaisantes pour les deux partenaires.

Ce style précoce est paradoxalement synchrone de ce court temps fusionnel (les 6 premières semaines). Tout se complique dès que le nourrisson a des temps d'attention plus longs et fréquents auxquels la mère doit s'ajuster dans un nouvel échange interactif. L'harmonisation affective passe par un dialogue transmodal respectant le jeu de chacun son tour, c'est-à-dire la reconnaissance de la capacité qu'a désormais le bébé, émergeant de la fusion, d'initier la relation. Le parent adapté répond sur un autre canal sensoriel à l'enfant en le confortant dans ses émotions qu'il déploie comme les couleurs sur un nuancier. Cela demande au parent interlocuteur d'avoir en lui cette palette, d'être suffisamment tranquille avec ses modèles internes opérants pour y avoir accès et de reconnaître l'enfant comme un interlocuteur suffisamment passionnant pour participer à la réalisation du tableau.

Dans ces familles dites négligentes, rien de tel : les modèles internes opérants révèlent des figures d'attachement fragiles, terrifiantes, variables, persécutrices, imprévisibles.

Ordinairement, à travers l'accordage affectif, les échanges se mettent en place grâce à l'intériorisation de la relation d'objet entre l'enfant et le parent, plongeant dans celle intériorisée du parent avec ses propres parents. Cette relation est, dans les

situations de négligence, fragmentée, parcellaire, et l'accordage affectif la transmettra par des processus bancals. Inconsciemment, la mère propose certaines qualités du système relationnel de son histoire infantile précoce, laquelle infiltre très rapidement la relation à son enfant. Le style d'interaction appauvri et/ou imprévisible et/ou discordant rend très difficile pour le bébé la construction d'un schéma d'attachement, l'extraction d'invariant, la construction d'une représentation d'interactions, la connaissance d'états émotionnels variés et leur représentation.

5.1.3. Interaction et émotion

Comment partager des émotions lors d'interactions si celles-ci sont confuses ? Comment ensuite partager son attention sur un objet commun à découvrir et à raconter ? Le déroulé temporel et spatial ne peut se développer suivant une ligne reconnue.

Si l'attention partagée se met parfois en place, elle peut sans cesse s'interrompre, être suspendue ou être balayée par une bourrasque venue de très loin chez la mère mais dont l'enfant se sent toujours à l'origine puis le coupable. Les affects enracinés dans le corps ont bien du mal à se transformer en émotions partagées avec le parent puis l'interlocuteur. Ils restent inscrits dans le corps avec leur charge pulsionnelle et se transcrivent dans les tensions ou distorsions, associant un minimum de pensée. L'ancrage corporel et relationnel des processus de symbolisation que Golse évoque est relativement bloqué par l'impact massif des éprouvés corporels parentaux. Le détour par l'autre n'est pas toujours heureux et le boomerang des « éléments bêta » de Bion, particulièrement violent. Le bébé intériorise cette fonction contenante défaillante, rejoue la scène dans son corps par ses identifications intracorporelles sans pouvoir mettre la distance nécessaire à l'investissement psychique.

5.1.4. Attachement et enveloppe

Une **base de sécurité** est indispensable pour que l'enfant s'engage dans une exploration de son propre corps, de celui de sa mère et du monde des objets.

La qualité des interactions précoces a un impact direct sur cette exploration. Si les interactions sont inadéquates, l'enfant ne procède pas à une découverte harmonieuse du monde, ce qui a des conséquences directes sur sa maturation

physique et cérébrale. Cela se manifeste chez l'enfant à travers l'usage du regard et des échanges visuels, à travers l'investissement de son corps, ses positions, son tonus, ses mouvements. Cela s'observe également à travers la mise en scène de sa sensorialité, ce qu'il perçoit, ne perçoit pas, met en correspondance, à travers son **enveloppe corporelle** et la fréquente constitution d'une **carapace** que les bébés négligés nous montrent : bébé « planche de bois », bébé « bonhomme michelin », bébé « sans cou », bébé à torticolis et plagiocéphalie latérale. Son attention n'est jamais là où elle pourrait lui offrir le plus de bénéfices. Il s'endort brutalement ou est éveillé « en gendarme » alors qu'il devrait dormir.

Si les facteurs internes interviennent sur les manifestations de l'enfant, les facteurs externes également. L'expérience vécue de la proximité de la figure d'attachement est primordiale pour asseoir son sentiment de sécurité. La violence familiale, l'inaccessibilité de la mère aux moments de crises agissent sur ce sentiment et l'altèrent. Cet état atteint la capacité d'attention mobilisée uniquement par le maintien de la sécurité et du lien. La régulation des affects est comme gelée, immobilisée sur cet effort de vigilance. Les contenus mentaux n'acquièrent aucune souplesse, aucune richesse, aucune créativité. La forme d'attachement qui se crée est au mieux insécure, le plus souvent désorganisée. C'est un facteur de risque pour l'apparition d'un comportement inadapté, l'émergence d'une agitation, d'une agressivité et d'une violence relationnelle à la base des troubles des conduites, notamment chez les enfants souffrant de dysharmonie évolutive. Ces enfants utilisent des réponses restreintes et rigides du fait de leurs débordements émotionnels. Cette régulation des émotions repose sur un attachement sécurisé où la relation précoce dyadique soutient une expérience interne nuancée, de qualité.

5.1.5. Attachement et développement de soi (160)

Le processus de développement de soi est compromis, inscrivant l'enfant dans une vulnérabilité, l'obligeant à développer des mécanismes de défense, le tout créant une **inhibition de la mentalisation**. L'enfant reçoit en retour de ses tentatives d'échanges des images modifiées et non reconnaissables de ses états affectifs, ce qui l'amènera à de grandes difficultés de différenciation de ses états jusqu'à une confusion possible entre ses sensations physiques et psychiques, entre la réalité

extérieure et ses fantasmes. Le retard ou la distorsion à la représentation secondaire de l'affect entrave le développement psychique de l'enfant. Il a alors du mal à identifier les états mentaux de son interlocuteur. Ce qui peut se formuler comme une difficulté d'empathie.

Les enfants carencés et négligés ne peuvent se fier à la réalité interne. L'enfant n'est plus confiant en son monde interne et s'accroche à la réalité physique. Dans la forme d'attachement mise en place, ni sa mère ni lui ne peuvent s'engager facilement dans le faire-semblant, expérience qui demande une distance avec ses affects, sa figure d'attachement et la force de ses projections. Il se situe alors dans une tendance à la répétition continue de ce qu'il a vécu et en particulier la recherche de contact avec le parent dit négligent. En cas de placement, il reproduit ces modalités relationnelles dans la famille d'accueil.

5.2. Enjeux évolutifs

5.2.1. La dysharmonie évolutive

Misès accordait dans la genèse des dysharmonies évolutives une place importante aux conditions environnementales et aux distorsions nées pendant les interactions précoces, mais sans aboutir pour autant à une conception purement psychogénétique.

Les enfants présentant une dysharmonie évolutive ont pour base commune « les failles narcissiques, les échecs dans l'élaboration de la position dépressive, la quête d'étayage, le contournement des conflits d'identification les plus évolués » (148). Ces enfants sont confrontés aux menaces d'intrusion et de perte d'objet et, si les capacités relationnelles sont présentes, elles le sont en secteur.

Nous retiendrons les aspects psychopathologiques suivants (148) :

- **Les défauts précoces d'étayage et de contenance**

Ces derniers peuvent paraître plus subtils dans les situations de négligence parentale que lors d'une situation de placement ou d'hospitalisation. Quelque soit le

contexte, il est relevé une insuffisance des apports libidinaux et des défauts d'ajustement lors des périodes qui exigent une étroite adaptation de l'environnement aux besoins de l'enfant. La perception d'une discontinuité, même relative, du processus de soins maternels fait ainsi entrevoir comment se sont inscrites des failles, des distorsions qui altèrent le déroulement de l'histoire vécue par l'enfant, sans que survienne pour autant une véritable rupture. Les enfants négligés sont dans l'insécurité, ils vivent des moments d'abandon au moins psychique, des discontinuités fréquentes et non assimilables.

Dans les pathologies limites, l'enfant, en dépit des défaillances de son environnement, s'est trouvé capable de mettre en œuvre des capacités d'adaptation et de rétablissement, même si celles-ci se sont développées de façon dysharmonique. Néanmoins ces protections contraignantes, développées dans l'urgence, peuvent se fixer et faire alors obstacle à des remaniements s'inscrivant dans les mouvements normaux. Il en découle ultérieurement des défaillances dans les mécanismes qui assurent l'individuation, la maîtrise des instruments de la symbolisation, l'accès à la vie fantasmatique.

Les **défauts d'élaboration de la fonction contenante** tiennent une place essentielle. La mère n'a pas pu assumer pleinement son rôle de pare-excitation, l'enfant échoue à son tour partiellement dans ses tentatives de mise en place et de maîtrise de sa vie psychique. Il reste soumis à des risques de débordements par des excès de tension interne. Le préconscient n'assure pas alors pleinement les liaisons habituelles entre affect et représentation, à travers le langage. Il y aura une prédominance d'expression par le corps et l'agir.

- **Échecs dans le registre de la transitionnalité**

Les objets transitionnels peuvent faire défaut, être d'apparition retardée ou bien être changeants. L'entourage n'est pas souvent sensible à leur fonction. Il entretient avec l'enfant des modes d'emprise qui le détournent de la construction d'objets transitionnels. Dès lors, l'aptitude à jouer seul est mise en défaut. Les fondements indispensables pour que la vie fantasmatique acquière une fonction signifiante et permette l'accès à un plaisir autonome sont atteints. Le jeu a également pour fonction d'assimiler l'absence, de s'en rendre psychiquement maître, dans un espace intermédiaire entre le monde interne et la réalité externe. Les échecs dans ce registre peuvent laisser des traces durables.

- **Les défauts d'élaboration de la position dépressive**

En dépit des dysharmonies précoces, l'enfant parvient à organiser les rudiments de sa vie mentale et peut aborder la position dépressive au sens de Mélanie Klein, mais celle-ci est vite débordée. Le processus pour dépasser et intégrer les angoisses dépressives et de séparation qui assaillent l'enfant est mis en défaut par les défaillances de l'étayage maternel. L'enfant ne parvient ni à intégrer les angoisses dépressives et de séparation, ni à dépasser le conflit d'ambivalence. L'écart entre réalité psychique et réalité externe reste fluctuant et s'établit seulement dans certains secteurs de personnalité, grâce à des mécanismes de clivage. Des modes archaïques de symbolisation et de relation persistent alors que, sur un autre versant, se dessinent de bonnes capacités adaptatives.

Dans une telle configuration de clivage, la vulnérabilité à la perte d'objet devient un élément essentiel. Il y a prédominance des angoisses dépressives et de séparation relativement aux angoisses de morcellement et de néantisation.

- **Les atteintes narcissiques :**

Les assises narcissiques de l'enfant sont altérées par l'incapacité de la mère à l'investir comme objet réel, à la fois distinct de l'enfant imaginaire et d'elle-même. Certains enfants donneront le sentiment d'un espace psychique vide et d'un manque d'empathie.

5.2.2. Le trouble de la personnalité borderline à l'adolescence

Les conceptions analytiques sont historiquement les premières à s'être intéressées à la question de l'enfance des sujets souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Elles ont mis en avant le dysfonctionnement du lien mère-enfant. Puis des conceptions basées sur des études épidémiologiques descriptives ont retrouvé des traumatismes de la part du père, plaçant la figure maternelle plus en arrière-plan. Enfin, les conceptions attachementnistes ont mis l'accent sur l'importance des dysfonctionnements relationnels très précoces. Les dernières réflexions étiopathogéniques se sont attachées à rechercher des substrats biologiques d'une fragilité tempéramentale. Cependant, bien que les études récentes aient mis l'accent sur ce type de fragilités (161), celles-ci s'exprimeraient d'autant plus dans la rencontre avec des événements de l'enfance dont l'importance reste entière (162).

Des auteurs ont créé un Réseau de Recherche Européen (EURNET-BPD) sur les troubles de la personnalité borderline pour améliorer les connaissances concernant ce trouble à l'adolescence et développer des stratégies de prise en charge. Les résultats sont exposés dans un ouvrage en les confrontant aux connaissances actuelles (163).

A partir de ces données, les différents aspects de l'enfance des adolescents borderline, clairement identifiés et mis en cause dans le développement ultérieur de ce type de trouble, peuvent s'étudier selon 4 axes :

- Le **lien aux figures parentales** (qualité du lien, continuité du lien, mode d'attachement, maltraitance)
- Les événements de vie et **expériences traumatiques**
- Le **fonctionnement familial** (cohésion, stabilité, configuration)
- La présence d'un **trouble psychiatrique chez un ou deux des parents**.

Concernant le lien aux figures parentales, les ruptures et discontinuités apparaissent surreprésentées chez ces adolescents. Une des explications avancées pour déterminer un fil entre la discontinuité du lien parental et le développement d'une organisation borderline de la personnalité à l'adolescence est que la fréquence de l'interruption et de la discontinuité du lien mère-enfant, vers l'âge de 9 mois, période d'élaboration pour l'enfant des processus de séparation-individuation, viendrait profondément perturber ce processus maturatif.

Les études concernant le mode d'attachement démontrent que les adolescents borderline développent beaucoup plus un attachement **insécure** (75%) que la population contrôle (30%). Le mode d'attachement le plus fréquent est le mode **préoccupé** (qui correspond à l'attachement ambivalent-résistant chez le bébé) qui concerne 40% des adolescents borderline, puis **crainitif** (qui correspond à l'attachement **désorganisé** chez le bébé) avec 35% environ. Ces résultats témoignent de graves et fréquentes distorsions dans le lien d'attachement.

L'étude EURNET-BPD (163) s'est intéressée à l'aspect qualitatif de la relation parent-enfant, via un auto-questionnaire, le Parental Bonding Instrument (164), qui interroge le sujet sur ses relations au père et à la mère durant ses 16 premières

années de vie. Les résultats retrouvent un aspect relationnel particulier d'un **manque affectif associé à un sentiment de contrôle**, qui témoigne du sentiment d'**inadaptation des réponses aux besoins de l'enfant**.

Cette étude précise également la présence d'actes de maltraitance dans l'enfance via le Childhood Trauma Questionnaire. L'échelle se subdivise en cinq sous-scores : négligence émotionnelle, négligence physique, abus physiques, abus émotionnels et abus sexuels. Les résultats montrent une différence très significative entre les adolescents borderline et les sujets contrôles sur les cinq aspects traumatiques. Les aspects émotionnels, négligence ou abus, sont les dimensions les plus sévèrement touchées et les plus significatives. Dans les études de Westen (165) et Johnson (166), la négligence est aussi mise en cause et rapportées dans 30% des cas d'adolescent borderline. Les adolescents borderline rapportent des événements actuels et anciens, durant leur enfance, plutôt en terme d'insécurité du lien ou de maltraitance (167).

L'analyse uni-variée des résultats de la recherche EURNET-BPD (163) montre que certains facteurs comme la négligence émotionnelle, un mode d'attachement craintif, des liens au père marqués par le manque de chaleur et le surcontrôle sont les plus significativement impliqués dans l'apparition d'un trouble de la personnalité borderline chez les adolescents.

Ces données témoignent de la multiplicité des facteurs environnementaux négatifs durant l'enfance des adolescents souffrant de trouble borderline. Cependant, il existe un risque certain à énumérer et à mesurer les poids respectifs de ces facteurs environnementaux, et à dériver vers une explication purement externe et événementielle de la pathologie. Cela serait méconnaître la dialectique entre réalité externe et réalité interne, et poids de la transmission. Il convient de rappeler que les interactions comportementales et affectives sont infiltrées par les scénarios fantasmatiques et le monde représentationnel des parents. Par des mécanismes d'identification projective, ces scénarios vont se redistribuer de l'espace intrapsychique des parents à l'espace interpersonnel de la relation au bébé, rendant ce dernier dépositaire des investissements narcissiques et pulsionnels parentaux.

La question de la mise en place de la relation à l'enfant en termes d'ajustement à ses besoins et de réponse adapté et prévisible semble donc au cœur de la pathologie limite.

Lyons-Ruth (168) dans une étude longitudinale s'est attachée à étudier des facteurs précoces de la petite enfance et leurs poids dans le développement ultérieur de la pathologie borderline. L'auteur montre au-delà du poids de la génétique l'effet totalement indépendant de facteurs précoces comme des modes de communication mère-enfant très perturbés, évalués à 18 mois sur des vidéos (situation étrange, codage de l'ambiance) de développer un trouble borderline chez les filles et des troubles des conduites chez les garçons. Contrairement aux prévisions de l'auteur ce n'est pas l'intrusion dans la communication mais plutôt le « retrait de communication de la mère, son absence de réponse face aux relances d'attachement de l'enfant » qui représenterait le facteur prédictif le plus puissant d'apparition du trouble.

Selon Zanarini et al., qui retrouvent que 92% des sujets borderline rapportent des antécédents de négligence dans l'enfance, le trauma dans l'enfance ne constitue une cause ni nécessaire ni suffisante au développement ultérieur du trouble borderline. Ces expériences traumatiques s'inscrivent plutôt dans un territoire familial qui permet leur existence (169). En effet, un certain nombre de patients n'auraient pas d'antécédents de ce genre et tous les enfants négligés ne développeront probablement pas de trouble de personnalité borderline.

Enfin, il faut nuancer ces propos par un aspect supplémentaire : il s'est développé une meilleure connaissance des traits tempéramentaux et des substrats biologiques. La découverte de certaines anomalies génétiques non spécifiques type récepteur à la sérotonine (170), du tempérament de l'enfant (impulsivité et instabilité émotionnelle) a permis de nuancer le rôle de l'environnement dans l'origine du trouble de la personnalité en mettant en exergue le poids des facteurs biologiques. Les facteurs épigénétiques, notamment le fait qu'un gène puisse intervenir dans la susceptibilité à des facteurs environnementaux, constituent une voie prometteuse.

Une dernière question concerne la propre fragilité des parents de ces adolescents borderline. Il est établi que la construction de l'identité s'opère en miroir de l'objet et

que certains parents peuvent présenter des attitudes intrusives ou de lâchage en écho à ce qu'ils ont eux-mêmes vécu. Les facteurs environnementaux parentaux, instabilité et discontinuité des liens, relations négligentes, attachement insécure, sont frappants de ressemblance avec la pathologie limite elle-même. Ceci nous amène à nous interroger sur le risque de répétition de la négligence.

5.2.3. Défaut de mentalisation et risque de transmission intergénérationnelle

La notion de transmission intergénérationnelle est retrouvée dans beaucoup de situations de négligence. Le concept de la transmission intergénérationnelle de l'attachement s'avère être un des éléments fondamentaux de la notion de répétition de la négligence de génération en génération.

Ce concept suppose un processus selon lequel le parent agirait avec son enfant en conformité avec les traitements reçus durant son enfance, lui transmettant ainsi son type d'attachement.

Plusieurs études ont mis en évidence une association significative entre les représentations d'attachement de la mère (modèles internes opérants) telles qu'étudiées à travers l'AAI, et le pattern d'attachement de son enfant observé lors de la situation étrange. La méta-analyse de Van Ijzendoorn démontre que dans 70% des cas il y a une correspondance entre les catégories de la mère à l'AAI (détaché, autonome, préoccupé et non résolu) et celles du bébé à la situation étrange (insécure-évitant, sécure, insécure-ambivalent-résistant et désorganisé) (50).

D'autres auteurs se sont intéressés aux mécanismes sous-jacents à cette transmission. Plusieurs pistes ont été étudiées, notamment la sensibilité maternelle à percevoir les signaux de son enfant et la mentalisation. Nous préciserons cette dernière.

La mentalisation, ou capacité réflexive, peut être définie comme l'habilité des individus à se comprendre eux-mêmes et à comprendre les relations avec les autres en termes d'états mentaux (42). La mentalisation se fonde ainsi sur un désir non défensif à apprécier l'expérience interne de soi et des autres. Elle permet de

percevoir les comportements comme découlant de sentiments, de désirs, de pensées, d'intentions, ou de croyances. Conséquemment, les actions que pose un individu ainsi que celles des autres peuvent être discernées comme étant signifiantes, explicables et prévisibles. Puisque la mentalisation permet de donner un sens à l'expérience interne ainsi qu'au monde qui nous entoure, il s'agit d'une capacité humaine cruciale et intrinsèque à la régulation des affects et des comportements, ainsi qu'à l'expérience des relations sociales productives et satisfaisantes (171).

L'acquisition développementale de la mentalisation est fortement en péril lorsque l'enfant évolue dans un contexte de négligence (172). La négligence, en faisant obstacle à l'établissement d'une relation d'attachement sécurisante au sein de la dyade parent-enfant, interfère ainsi avec les assises du processus d'acquisition de la mentalisation. La négligence représente également un échec majeur de la mentalisation chez le parent : le parent dit négligent devient aveugle aux états mentaux de son enfant et à ses besoins émotionnels (173). L'enfant se voit alors privé d'un parent pouvant l'aider à identifier ses états mentaux, et se trouve d'autant plus laissé seul avec des états mentaux insupportables qu'il ne peut réguler par lui-même (174) (175). Confrontés à des états mentaux primitifs et égocentriques chez son parent et pris avec des sentiments et pensées extrêmement troublants, une réflexion de la victime sur sa propre expérience interne et celle de la personne maltraitante s'avère hautement menaçante. L'enfant victime de négligence devient ainsi fortement susceptible de se couper volontairement, à des fins défensives, de toute réflexion en termes d'états mentaux.

Lorsque l'enfant se prive de sa capacité réflexive, il est suggéré qu'il fonctionne alors à un niveau très précoce du développement de la capacité de mentalisation, soit le niveau de l'équivalence psychique (172). A ce stade, il y a confusion entre la réalité interne et externe (176) et l'individu tend à interpréter toute situation ou tout état mental comme provenant de lui.

Dans un contexte de négligence, l'enfant est ainsi fortement susceptible de se percevoir négativement et ayant causé son malheur puisqu'il interprète les actions de son parent comme reflétant des aspects de lui. L'individu dans un mode d'équivalence psychique est également plus à risque de présenter des symptômes

de reviviscence traumatique puisqu'il revit le traumatisme comme s'il survenait plutôt que de se souvenir du traumatisme.

Alors que la négligence durant l'enfance interfère avec le développement de la mentalisation, il semble au contraire qu'une capacité de mentalisation préservée soit un facteur de protection important dans un contexte de négligence. Des chercheurs ont démontré que 97% des patients ayant une histoire de maltraitance et une faible capacité de mentalisation satisfont les critères d'un trouble de la personnalité limite à l'âge adulte, alors que seulement 17% des patients ayant une histoire de maltraitance tout en ayant préservé leur capacité de mentalisation se voient attribuer ce diagnostic (177).

La mentalisation serait un facteur de haute importance dans la transmission intergénérationnelle de l'attachement. À cet effet, Fonagy et al. ont démontré que les mères rapportant un vécu de carence dans l'enfance, mais ayant développé une bonne capacité de mentalisation avaient un enfant qualifié comme ayant un attachement sécure, alors que 93% de celles ayant un tel vécu et de faibles capacités de mentalisation avaient un enfant présentant un attachement insécure (172).

Ainsi, la conscience réflexive pourrait être le mécanisme qui intervient dans la transmission intergénérationnelle des types d'attachement. En effet, non seulement le parent qui a une conscience réflexive élevée est plus susceptible de fournir des soins sécurisants à son enfant puisqu'il décoderait bien ses signaux et serait plus en mesure de lui donner une réponse appropriée, mais cette relation sécurisante vécue par l'enfant serait une condition favorable au développement de sa conscience réflexive. Gratifié de cette bonne conscience réflexive, cet individu aurait à terme une bonne capacité de développer des relations sécurisantes avec les autres, notamment avec ses propres enfants, ce qui fait généralement défaut dans les situations de négligence.

Les échecs de mentalisation doivent donc être considérés comme des indices de vulnérabilité chez les adultes victimes de négligence durant l'enfance qui risquent d'interférer dans leur relation avec leur propre enfant.

De Tychey (178) conçoit la mentalisation « comme le processus intrapsychique essentiel à la fondation de la capacité de résilience du sujet ». Nous ne développerons pas le concept de résilience dans notre travail, mais il nous a semblé intéressant de rappeler que, lorsque Boris Cyrulnik (179) a développé ce concept, il a indiqué que les sujets présentant un type d'attachement désorganisé ont peu de chance de développer une capacité de résilience. Il pose en effet les conditions suivantes pour le développement d'une capacité de résilience, dont nous voyons qu'elles sont la plupart du temps à l'opposé du vécu précoce des enfants négligés :

- Que le sujet ait pu bénéficier d'un environnement stable et prévisible pendant au moins les trois premiers mois de sa vie
- Que la séduction primaire⁷ ait eu lieu
- Que la confiance primitive ait pu se construire
- Que l'évènement traumatique soit datable, précis et déterminé
- Que le sujet puisse rencontrer et investir un tuteur de résilience dans la durée.

6. CONCLUSION

Les signes de souffrance du bébé sont d'abord un appel à l'aide, ils témoignent d'un déséquilibre avec son environnement et ses tentatives d'y faire face.

La délimitation du champ des négligences émotionnelles reste difficile alors que chacun s'accorde sur la gravité potentielle de leur retentissement sur l'ensemble de l'organisation psychique de l'enfant. Aussi, convient-il de bien connaître les divers registres d'expression de la souffrance induite par un défaut de mutualité dans les inter-relations précoces pour tenter de les pallier au plus vite. L'ensemble des cliniciens spécialisés dans la prise en charge de ces enfants constatent la précocité d'apparition de ces processus pathologiques et leur fixité. Ainsi, Saint-Antoine et Rainville (180) considèrent que rapidement, ces troubles deviennent en eux-mêmes un obstacle à leur traitement, rendant leur prise en charge très difficile, voire impossible, d'où l'importance de prévenir leur apparition avant l'âge de deux ans. Comme le souligne Cyrulnik, « l'avenir est moins sombre quand on dispose autour

⁷ La séduction primaire se mettrait en place par le biais des soins de maternage. Elle jouerait un rôle dans l'évolution libidinale chez le bébé, puis chez l'enfant de part sa fonction essentiellement reliante et pare-excitante.

de l'enfant quelques tuteurs de développement ». Encore faut-il le faire sans tarder pour qu'il ait à nouveau toutes ses chances de devenir un adulte épanoui et un parent attentif.

L'ensemble des recherches actuelles montre que la compréhension de la « pathologie des traumatismes relationnels précoces » que nous retrouvons dans les situations de négligence nécessite de faire appel à différents axes de référence :

- la théorie psychanalytique en ce qui concerne la construction de l'identité, de la transiennalité, de la différence entre pensée et réalité, de la représentation de soi, de l'organisation pulsionnelle
- la théorie de l'attachement pour l'instauration du sentiment de sécurité interne
- les travaux cognitivistes pour certains aspects de l'organisation de la pensée, du schéma corporel et des modalités d'apprentissage
- les références socioculturelles
- et la dimension neurobiologique.

Chapitre 4 : APPORTS DES NEUROSCIENCES

1. INTRODUCTION

Les premières années de vie d'un enfant sont déterminantes dans le développement cérébral. Le déroulement de ce dernier est en partie inscrit dans les gènes, mais il est aussi, dès le début, tributaire de l'environnement de l'enfant et de ses apports : il est ainsi vulnérable à ses carences et à ses agressions.

De nombreux travaux prouvent que les nourrissons vivant dans des milieux familiaux défailnants sont en état de stress permanent à cause des traumatismes relationnels précoces qu'ils subissent. Cela entraîne une perturbation de la sécrétion de certaines substances dont la conséquence est une atteinte des structures cérébrales.

Nous décrirons ce phénomène dans les situations de négligence après de brefs rappels neuroscientifiques.

2. RAPPELS NEUROSCIENTIFIQUES

2.1. Neuroanatomie fonctionnelle

Les mécanismes sous-jacents du développement cérébral tant au plan anatomique que fonctionnel sont multiples, nous ne ferons que citer les principaux : neurogénèse et gliogénèse ; migration, différenciation et apoptose neuronale ; croissance, prolifération et élimination synaptique, dendritique et axonale ; myélinisation des fibres de matière blanche etc. Ces changements cérébraux sont particulièrement intenses pendant les dernières semaines de grossesse et les premiers mois postnataux. Après la naissance, la formation des synapses est très intense. La densité synaptique augmente et diminue à une cinétique variable selon les régions, c'est ce qu'on appelle l' « élagage des neurones ». Il est considéré qu'au cours de l'enfance et de l'adolescence, le cerveau perd environ la moitié de ses synapses, il garde les circuits neuronaux qui sont utilisés et élimine les autres. Le périmètre crânien grandit en moyenne de 14 cm au cours des deux premières

années après la naissance, alors qu'il ne grandit par la suite que de 7 cm jusqu'à l'âge adulte (181). Le cerveau du bébé et de l'enfant n'est pas un cerveau adulte en miniature : sa croissance est inhomogène puisque certaines régions, telles que les régions sensorielles, se développent précocement et très rapidement, alors que d'autres régions associatives, telles que les régions frontales, ont un développement plus retardé et prolongé jusqu'à la fin de l'adolescence.

Le développement cérébral dépend de **facteurs génétiques**, mais aussi d'expériences que l'enfant vit dans son **environnement**.

Nous allons préciser de façon assez schématique la fonction de certaines régions cérébrales :

Les **lobes temporaux** jouent un rôle dans de multiples processus **cognitifs** et **sensoriels** dont notamment l'audition, le langage, la mémoire et la vision des formes complexes. Ils sont également impliqués dans le **vécu émotionnel**. Ils contiennent le **système limbique**, qui est le nom donné à un groupe de structures cérébrales ayant un rôle important dans les domaines **comportementaux** et **émotionnels** ainsi que dans la formation de la **mémoire**. Deux de ses principales composantes sont les structures suivantes :

- L'**hippocampe** qui occupe une place centrale dans **l'apprentissage**, la **mémoire** émotionnelle, la mémoire à long terme, la concentration et la régulation de l'**humeur**. Il est immature à la naissance.
- L'**amygdale** qui est impliquée dans la reconnaissance et l'évaluation de la valence **émotionnelle** des stimuli sensoriels, dans **l'apprentissage associatif** et dans les réponses **comportementales** et végétatives associées en particulier à la peur et à l'anxiété. Elle est fonctionnelle dès le huitième mois de grossesse. Ses connexions avec l'hippocampe sont étroites.

Enfin, le **corps calleux** est une commissure transversale du cerveau. C'est un faisceau d'axones interconnectant les deux hémisphères cérébraux. C'est la plus importante commissure cérébrale car elle relie les deux hémisphères et assure donc le transfert d'information entre les deux hémisphères et ainsi leur coordination.

En parallèle à l'évolution anatomique et fonctionnelle du cerveau, les acquisitions psychomotrices et cognitives sont progressivement observées chez le bébé et l'enfant.

2.2. Neurobiologie

2.2.1. Cortisol

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) comprend trois structures : l'hypothalamus, l'hypophyse et les glandes surrénales qui produisent des réactions hormonales en cascade. Lors d'un **stress**, les hormones hypothalamiques (*Corticotropin Releasing Factor* ou *Hormon*) sont responsables de la libération par l'hypophyse de l'hormone corticotrope, l'ACTH, elle-même responsable de la libération du cortisol par les glandes surrénales. La distribution intracérébrale des récepteurs de ces hormones a révélé une présence relativement ubiquitaire, avec des concentrations massives notamment dans l'amygdale et l'hippocampe.

Le cortisol, avec l'adrénaline, est une des deux hormones secrétées par l'organisme humain confronté à un stress.

2.2.2. Ocytocine

L'ocytocine, synthétisée dans le cerveau, est à la fois un neurotransmetteur qui agit localement sur les cellules du système nerveux par le biais des récepteurs membranaires à l'ocytocine et une hormone qui agit par voie sanguine, à distance du cerveau, sur différents organes.

Au niveau périphérique, les principaux tissus cibles de l'ocytocine sont les cellules myoépithéliales de la glande mammaire et le myomètre.

L'ocytocine libérée au niveau du système nerveux central joue un rôle dans le comportement social, le comportement sexuel et maternel, les différents types de mémoire et d'apprentissage.

L'ocytocine a fait l'objet de multiples recherches scientifiques. Dans une revue de la littérature, Lane et al. (182) énumèrent les différents processus décrits dans les recherches les plus représentatives, dans lesquels l'ocytocine aurait un rôle: les

processus d'attachement, la reconnaissance des visages, la **discrimination** et la **reconnaissance des émotions**, **l'inférence de l'état mental d'autrui**, le traitement des indices sociaux positifs, la confiance, la générosité, la régulation des relations inter-groupes.

2.3. Concepts de plasticité cérébrale et de période critique ou sensible

La plasticité cérébrale ou **neuroplasticité** peut se définir comme la propriété que possède le cerveau, les cellules nerveuses et les réseaux neuronaux qui le constituent, de pouvoir modifier leur structure, leur réseau de connectivité et/ou leur mode de fonctionnement en réponse à des changements intrinsèques (facteurs génétiques, lésions) ou extrinsèques (modifications environnementales). Cette malléabilité des structures et des fonctions cérébrales est surtout l'apanage du cerveau en développement.

La plasticité cérébrale peut être bénéfique même si la trajectoire développementale qui en résulte diffère de la normale, mais elle peut aussi être inadaptée si les connexions qui se forment ne permettent aucune réponse adaptative à l'environnement.

Il a également été défini les concepts de « **période critique** » comme période de temps limitée où des conditions de développement normales permettent le développement normal d'une fonction, et de « **période sensible** » comme la période de temps limitée où des conditions anormales peuvent modifier la structure ou la fonction d'une région corticale.

L'absence d'expérience essentielle proposée à l'enfant lors de ces périodes peut avoir comme conséquence un risque permanent de dysfonction (183), ce qui est le cas comme nous allons le voir dans les situations de négligence.

2.4. Interactions « inné-acquis »

Cette plasticité est-elle valable sur le plan cognitif ? En d'autres termes, si certaines fonctions cognitives n'ont pu se mettre en place pendant les premières années de vie, est-ce rattrapable, et dans quelle mesure ? La connaissance des différents mécanismes du développement cérébral des premières années de vie va dans le sens de l'importance cruciale des premières années. Ces idées ont

cependant été modulées par la mise en évidence de processus de plasticité tardive et de la possible compensation cognitive de déficits précoces par un milieu de vie très stimulant (184).

3. CONSÉQUENCES NEUROBIOLOGIQUES DES NÉGLIGENCES

Les études récentes concernant les effets des négligences sur le cerveau montrent une inscription lésionnelle précoce et rapide. Les négligences privent l'enfant de stimulations dont il a besoin tant sur le plan général que pour le développement de son cerveau.

Il est désormais connu que les traumatismes relationnels précoces par négligence entraînent un stress chronique dont la conséquence est l'augmentation de la sécrétion de **cortisol**. C'est tout l'axe HPA qui est perturbé. Alors que dans des circonstances normales, le sang contient 5% de cortisol libre et 95 % de cortisol lié aux protéines (*Corticoid Binding-Globulin* ou CBG), en cas de stress chronique la production de CBG est dépassée et il se produit donc une augmentation importante du cortisol libre, jusqu'à trois fois le taux sanguin normal (185). Parce qu'elle est liposoluble (186), cette hormone franchit la barrière hémoméningée et inonde le cerveau, en particulier le **système limbique** dont l'**hippocampe**. L'excès de cortisol dans ces régions a pour conséquence une altération structurale.

Au niveau **quantitatif**, Heckmann (187) souligne à partir de scanners cérébraux d'enfants âgés de trois ans qui ont subi d'importantes négligences sans avoir été battus ni secoués, l'ampleur des zones cérébrales **atrophées (figure 2)**. Une étude par IRM montre une baisse du nombre de neurones hippocampiques de 16% par rapport à l'hippocampe de nourrissons témoins vivant dans des milieux familiaux non négligents (189). Teicher et al. (190) remarquent à partir d'observations par IRM une diminution de l'aire du corps calleux d'environ 17% en comparaison au groupe contrôle chez des enfants âgés d'une dizaine d'années et ayant vécu plus jeunes des maltraitances ou des négligences (**figure 3**).

Au niveau **qualitatif**, le processus atteint est celui de la synaptogénèse (87). Ces travaux montrent que si le taux de cortisol est constamment élevé, une atteinte cérébrale est réversible pendant quelques mois, puis définitive.

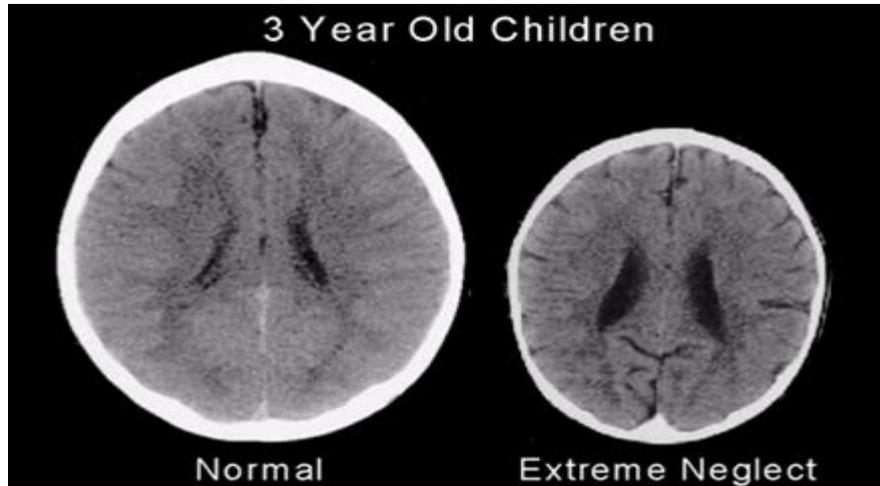


Figure 2. Scanner cérébral d'un enfant âgé de 3 ans non négligé versus sévèrement négligé à partir de (188).

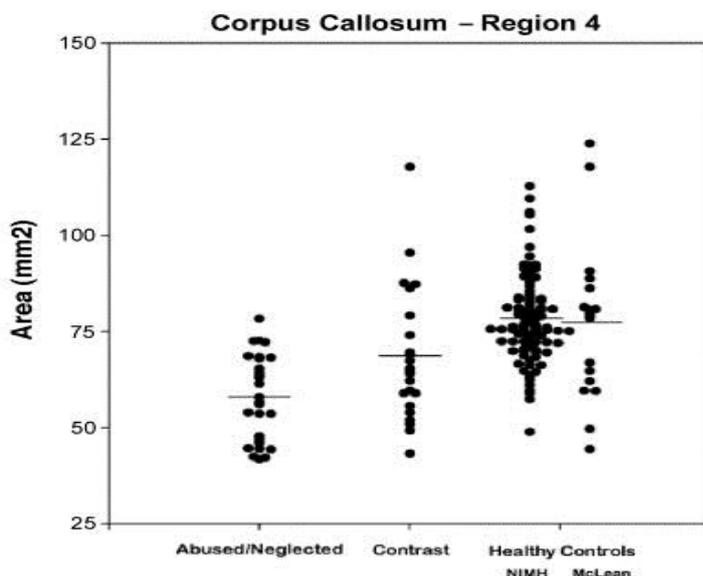


Figure 3. Aire de la région 4 du corps calleux chez des enfants négligés versus non négligés à partir de (190).

Nuage de points représentant la surface de la région 4 du corps calleux chez des sujets pédiatriques aux antécédents d'abus ou de négligence, sans antécédent d'abus ou de négligence mais présentant une maladie mentale (groupe contraste) et chez des sujets pédiatriques témoins (du National Institute of Mental Health (NIMH) et de l'hôpital McLean). L'aire moyenne de la région 4 de chaque groupe est représentée par la ligne horizontale.

Ainsi, les zones cérébrales altérées lors de situations de négligence par l'hypersécrétion initiale de cortisol sont les zones dans lesquelles s'organisent la **mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement et la mémoire des apprentissages**. L'altération de ces zones va donc conduire à des manifestations cliniques diverses comme des troubles de la régulation émotionnelle, des troubles cognitifs, des troubles relationnels.

Plusieurs travaux (191) montrent que le **système limbique** est le siège neurologique des **comportements d'attachement**. Cette zone est activée normalement dès les premiers échanges en face-à-face par le regard entre mère et bébé. Une atteinte de ces structures peut être à l'origine de difficultés dans les conduites de l'enfant et de la « fixation » de sentiments et de comportements pathologiques (angoisse, agressivité, passivité etc.). D'autant plus que d'autres travaux montrent que les affects de peur s'inscrivent au niveau de l'**amygdale**, élément du système limbique. L'atteinte des zones cérébrales en jeu dans le vécu et la régulation des émotions peut se manifester par une impossibilité à tolérer la moindre frustration et de contenir sa violence.

D'autres chercheurs considèrent que l'atteinte du système limbique joue probablement un rôle, non exclusif, dans la genèse des **processus dissociatifs** (192). Enfin, l'absence de stimulation vestibulaire par l'absence de stimulations tactiles et de mouvements, comme pour ces enfants laissés de manière prolongée dans leur berceau, semblent constituer un élément perturbant la maturation précoce du système nerveux central (193).

Concernant la sécrétion de cortisol, il a été constaté qu'au bout de plusieurs années, la sécrétion cortico-surrénale s'épuise. L'hypersécrétion cède et il peut alors même être retrouvé un taux abaissé de cortisol. Or, un taux minimum de cortisol est nécessaire afin que le sujet soit dans un état de vigilance suffisant pour réaliser des apprentissages si les conditions environnementales sont favorables. Dans le même temps, l'hypersécrétion des catécholamines secondaire à un stress chronique, en particulier l'adrénaline, ne diminue pas, ce qui maintient l'enfant sous tension face à des situations qu'il ressent comme une menace, avec comme réaction immédiate la plus fréquente l'agressivité.

D'autres travaux portent une attention nouvelle aux rôles des facteurs endocriniens et neurotrophiques en cas de traumatismes précoces (194). Les conséquences de traumatismes sur la régulation hormonale sont connues en cas de nanisme psycho-affectif, où il est retrouvé un déficit fonctionnel de la sécrétion en hormone de croissance. Ce déficit fonctionnel serait en partie secondaire à la perturbation du sommeil des enfants négligés. En effet, Guillaume (195) a montré la disparition du sommeil lent profond chez les enfants maltraités et négligés, victimes d'un stress important. Or, l'hormone de croissance est justement secrétée durant cette phase de sommeil.

D'autres études portant sur la variation du taux de récepteurs intracellulaires à l'ocytocine en fonction des comportements de maternage sont intéressantes compte tenu du rôle que jouerait ce neuropeptide dans les mécanismes d'attachement précoce (196). Ainsi, la qualité de l'attachement influencerait le développement du système ocytocinergique.

Dans l'étude de Feldman et al. (197), le taux d'ocytocine plasmatique et salivaire était mesuré chez les deux parents et chez leur enfant âgé de 4 à 6 mois avant et après un échange interactif de quinze minutes. Le caractère synchrone de ces échanges était pris en compte. Les résultats montraient que l'ocytocine et les interactions affectives suivaient les mêmes variations. Ainsi, plus l'interaction était affectueuse et synchrone, plus le taux d'ocytocine s'élevait chez les deux parents comme chez l'enfant. A l'opposé, lorsque les interactions n'étaient pas synchrones, l'enfant et les parents avaient un taux d'ocytocine bas.

L'équipe d'Heim et al. (198) a étudié le taux d'ocytocine dans le liquide céphalo-spinal, qui reflète parfaitement l'activité du système ocytocinergique cérébral, chez vingt-deux femmes volontaires ayant subi des maltraitances pendant leur enfance (négligence émotionnelle et physique ou violences psychologiques, physiques, sexuelles). L'étude montre que ces femmes ont une altération du fonctionnement du système ocytocinergique cérébral avec un taux d'ocytocine anormalement bas. Ces résultats suggèrent qu'un dysfonctionnement du système ocytocinergique apparu dans l'enfance peut persister à l'âge adulte et continuer à produire des effets délétères (anxiété, comportements maternels altérés...).

Par ailleurs les conséquences sur le développement cérébral des traumatismes précoces doivent aussi tenir compte des carences **nutritionnelles** souvent associées.

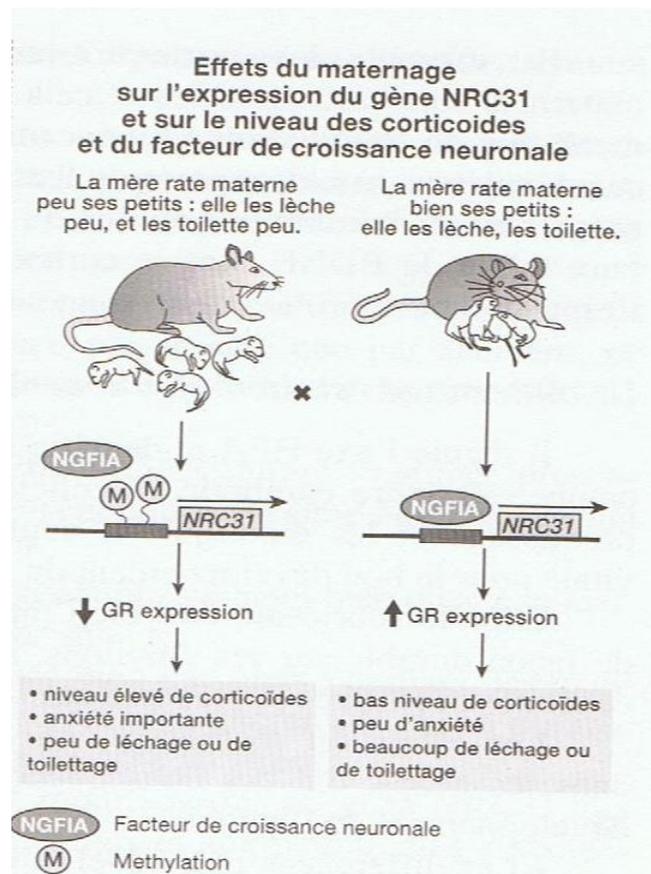
Ces résultats sur les modifications neurobiologiques survenant au décours de maltraitances et de négligences doivent être intégrés dans **un modèle interactionniste** : les négligences, comme nous l'avons vu, peuvent entraîner, soit directement soit indirectement par l'intermédiaire des troubles psychopathologiques causés, des difficultés relationnelles, sociales et scolaires qui altèrent la qualité des échanges avec le milieu, lui-même indispensable pour le développement des aptitudes émotionnelles sociales et le contrôle de l'impulsivité. De fait, la survenue de troubles du comportement qui peut en découler (comme des conduites sexuelles à risque) potentialisent encore davantage le risque d'évènements de vie négatifs et peut engendrer de véritables cercles vicieux, qui expliquent en partie qu'une minorité de patients concentrent les facteurs de risque psychosociaux les plus graves (194)(199)(200).

4. PLACE DE L'ÉPIGÉNÉTIQUE

L'épigénétique est une sous-spécialité de la génétique qui étudie la modification de l'expression des gènes par l'environnement. Elle correspond à l'ensemble des mécanismes moléculaires ayant lieu au niveau du génome et de la régulation de l'expression des gènes qui peuvent être influencés par l'environnement et l'histoire individuelle ainsi qu'être potentiellement transmissibles d'une génération à l'autre, sans altération des séquences nucléotidiques, et avec un caractère réversible.

Dans le domaine de la négligence, l'épigénétique témoigne combien, lorsque l'environnement émotionnel et relationnel est carenciel, l'équipement génétique initial de l'enfant s'exprime insuffisamment jusqu'à mettre en danger ses compétences à se développer au monde. Plusieurs travaux, réalisés essentiellement sur des animaux, mettent en évidence ce constat.

Ainsi, les études moléculaires menées par Meaney et al. (201)(202) chez des rats ont montré que ceux n'ayant pas eu de soins de maternage adéquats (léchage, manipulation par la ratte) présentaient une hyperméthylation⁸ du gène codant pour le récepteur aux glucocorticoïdes dans l'hippocampe, le gène NRC31. Cette réaction a des effets définitifs sur le nombre de récepteurs aux glucocorticoïdes dans l'hippocampe et entraîne une augmentation du taux de cortisol (**figure 4**) dont nous avons vu les conséquences délétères sur certaines structures cérébrales.



GR : Récepteur aux glucocorticoïdes

Figure 4. Effets du maternage sur l'expression du gène NRC31 et sur le niveau des corticoïdes et du facteur de croissance neuronale à partir de (203).

Ces modifications épigénétiques, mises en évidence chez l'animal, le sont maintenant chez l'homme.

Les équipes de Turecki à l'université McGill au Canada et de Meaney se sont intéressées à comparer un certain nombre de paramètres physiologiques dans les

⁸ La méthylation de l'ADN est un processus épigénétique dans lequel certaines bases nucléotidiques peuvent être modifiées par l'addition d'un groupement méthyle. La méthylation conditionne l'expression des gènes dans chaque cellule, elle est généralement associée à une répression transcriptionnelle.

cerveaux de sujets suicidés en fonction de l'existence d'une histoire de maltraitance pendant l'enfance. Ils se sont particulièrement intéressés aux régions hippocampiques. Les résultats sont éloquents et vont tous dans le même sens : chez les sujets morts par suicide avec une histoire de maltraitance dont de négligence dans l'enfance, au contraire des sujets morts par suicide sans histoire de maltraitance et des sujets témoins morts accidentellement, les auteurs retrouvent une **expression moins importante du récepteur aux glucocorticoïdes et une augmentation de la méthylation des cytosines** dans la région du promoteur à une des sous-unités du récepteur aux glucocorticoïdes (gène NRC31) (**figure 5 et 6**) (204). Ces données, bien que non prospectives et exclusivement sur des petits groupes de sujets masculins, sont très conformes à ce que montrent les modèles animaux et sont une première démonstration de l'impact au plan épigénétique des traumatismes précoces, dont l'association avec l'augmentation du risque suicidaire est connue.

La négligence parentale peut donc altérer de façon permanente le fonctionnement cérébral par l'intermédiaire de modifications du fonctionnement des gènes.

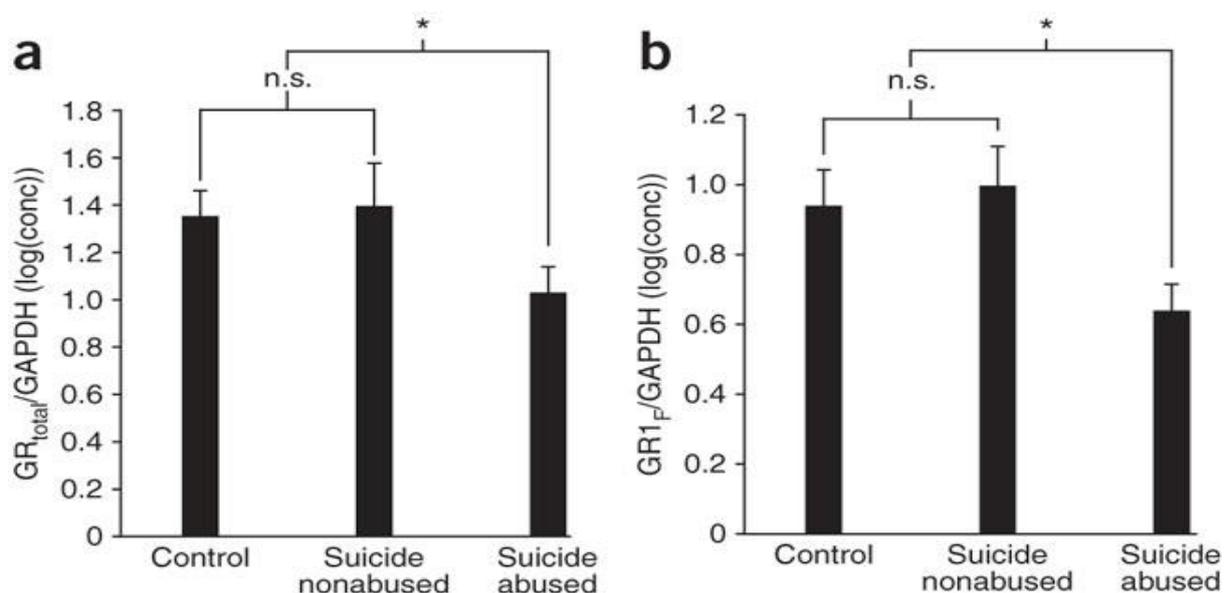


Figure 5. Expression du récepteur aux glucocorticoïdes chez des sujets maltraités décédés par suicide à partir de (204).

Niveau d'expression de l'ensemble des récepteurs aux glucocorticoïdes **(a)** et des récepteurs aux glucocorticoïdes 1_F (GR1_F) **(b)** chez 12 sujets témoins, 12 sujets décédés par suicide sans antécédent de maltraitance et 12 sujets décédés par suicide avec antécédents de maltraitance.

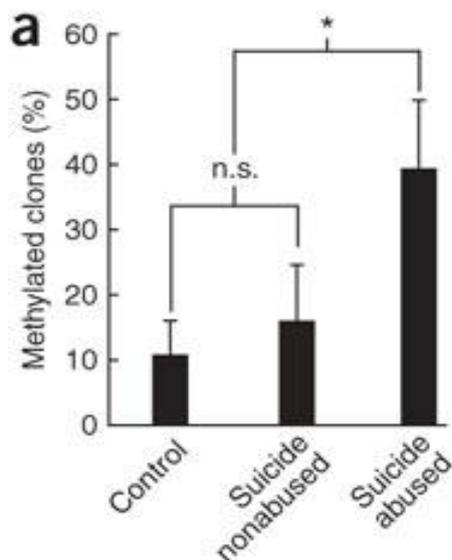


Figure 6. Méthylation du gène NRC31 dans l'hippocampe chez des sujets maltraités décédés par suicide à partir de (204).

5. INTÉRÊT D'UNE INTERVENTION PRÉCOCE

Plusieurs pays accordent désormais une place importante à la dimension neuroscientifique pour la protection de l'enfance, en employant le terme de « **neuroprotection** ». En Belgique et en Espagne, Barudy et Dantagnan (193) indiquent qu'un des objectifs d'une intervention fondée sur les besoins des enfants en protection de la jeunesse, en particulier dans les situations d'incompétence parentale sévère chronique comme certaines situations de négligence, est d'éviter les dégâts cérébraux irréversibles provoqués chez le bébé par l'élévation du taux de cortisol sanguin dû à une situation de stress permanent. Ils insistent sur le fait que tous les enfants de moins de trois ans vivant dans un contexte de négligence et de maltraitance et qui ne sont pas protégés seront des personnes endommagées à vie. Selon eux : « Même s'ils sont, plus tard, protégés de façon adéquate, on ne pourra que réparer certains dommages, mais on ne pourra jamais restituer toutes les fonctions d'un cerveau endommagé ».

Au Québec, le dispositif de formation des professionnels en protection de l'enfance débute par l'exposé de ces dommages cérébraux et les juges des enfants de cette province prendraient en compte ces connaissances dans leurs décisions. Aux États-Unis, une brochure rédigée par la Fondation Reiner et diffusée en français par

l'Institut Canadien de la Santé Infantile à l'intention des parents est consacrée à ce risque. Intitulée « Les premières années durent toute la vie. La recherche sur le cerveau et le développement sain de votre enfant », elle décrit comment le développement du cerveau d'un enfant dépend en partie de la qualité des liens qu'il entretient avec ses parents et son environnement pendant les premières années de son existence.

Les interventions précoces semblent pouvoir jouer un rôle important sur le plan neuroscientifique en apportant des stimulations adaptées ainsi qu'en tentant d'améliorer l'environnement de l'enfant afin de soutenir son développement cérébral.

6. CONCLUSION

Les traces laissées par les blessures psychiques sur le cerveau en développement font aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches et les effets délétères des négligences sur le développement cérébral des bébés et des enfants sont désormais reconnus. Le concept de « neuroprotection » initialement réservé aux molécules protégeant ou prévenant les phénomènes de mort cellulaire peut être maintenant étendu à toutes les actions favorisant un développement cérébral harmonieux et empêchant la survenue de troubles spécifiques. Plusieurs questions se posent quant à ces interventions précoces, notamment : quelle en est la durée souhaitable ? Et faut-il qu'elles soient ciblées sur une fonction ou être appliquées globalement ?

Chapitre 5 : ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

1. INTRODUCTION

Le National Institute For Health and Clinical Excellence (équivalent de la Haute Autorité de Santé en Angleterre) a publié en octobre 2012 une recommandation sur le thème « Bien-être social et affectif - Les premières années »(205). Nous retenons de l'ensemble de la recommandation la nécessité d'identifier les enfants vulnérables et leur famille, d'évaluer leurs besoins afin de mettre en œuvre des interventions multimodales (médico-sociales, VAD, garde d'enfant, programme pour les parents). Plus les familles sont vulnérables et à risque de négligence voire négligentes, moins elles se manifestent et moins elles acceptent le suivi. Elles sont dites « invisibles », « inaccessibles ». L'intervention à domicile représente un moyen d'accès précieux à ces familles. Cette dernière nécessite d'être mise en place précocement, dès la grossesse lorsque cela est possible. Tout ce travail avec ces familles n'est possible que lorsqu'une alliance de qualité est construite avec elles mais également entre les partenaires.

Nous verrons dans un premier temps les programmes multidimensionnels proposés aux familles dites négligentes et les points fondamentaux nécessaires à leur efficacité. Puis, nous nous attarderons sur les VAD et les observations thérapeutiques réalisées dans ces moments singuliers, avant d'exposer les soins proposés au niveau local aux familles dites négligentes par le Centre Nantais de la Parentalité.

2. PANORAMA DES INTERVENTIONS

Des efforts considérables ont été faits par les pouvoirs publics pour les interventions dans les situations de maltraitance active et les abus, mais peu pour les négligences, question qui s'avère plus complexe. Les résultats des actions sont globalement assez faibles, plus faibles que lors de violences physiques (206), et leurs effets n'apparaissent qu'en cas d'**interventions prolongées** (80) (plus d'un an (207)) et cessent souvent à leur arrêt.

La meilleure efficacité est liée à des aides **multidisciplinaires, multidimensionnelles, écosystémiques**. Elles nécessitent d'être complètes, ciblées clairement en fonction des besoins évalués (identification des troubles des parents, en particulier ceux qui concernent l'alcool et la toxicomanie dont l'impact est le plus grave).

Dans les situations de négligence, il est donc primordial d'intervenir simultanément à plusieurs niveaux : au niveau de l'enfant lui-même, des figures parentales, des relations parents-enfant, du groupe familial, et de la collectivité dans laquelle s'insère la famille. Les interventions s'attardant sur une seule « cible », aux dépens des autres (par exemple, soutien psychosocial aux parents en l'absence d'une amélioration des conditions de vie de la famille et d'un soutien direct à l'enfant), ont peu de chance d'être efficaces. L'**intensité**, la **cohérence** et la **continuité** du soutien formel et informel offert aux enfants et aux figures parentales constituent d'importants indicateurs de succès dans l'évolution des enfants négligés et de leurs familles.

Il existe différents types d'interventions précoces. Avant de nous attarder sur les VAD qui sont considérées comme les plus efficaces, surtout si elles sont réalisées par des professionnels formés et supervisés pendant une durée suffisamment longue, nous allons citer certaines modalités thérapeutiques possibles en fonction du niveau d'intervention. Il existe peu de données de la littérature quant à l'efficacité de ces interventions dans les situations de négligence.

2.1. Le soutien à l'enfant

Le soin aux enfants négligés nécessite non seulement la mise en place d'actions thérapeutiques spécialisées pour répondre aux multiples difficultés qu'ils présentent sur le plan cognitif, orthophonique, psychomoteur, affectif et social, mais également d'actions sociales et éducatives pour leur offrir des contextes normatifs à l'intérieur desquels ils ont l'occasion de vivre, comme n'importe quel autre enfant, des expériences alternatives et complémentaires à ce que leur offre leur famille.

Les modalités d'intervention sont multiples et peuvent se faire en individuel ou en groupe thérapeutique. Elles peuvent être psychothérapeutiques, rééducatives, psychoéducatives, cognitives, en fonction des troubles présentés.

Les interventions doivent être précoces (208) compte tenu de l'impact des négligences sur le développement du jeune enfant et du risque de fixité de ces troubles si l'environnement ne s'adapte pas rapidement. Celles orientées sur les parents ne sont pas toujours en mesure d'agir suffisamment vite, c'est pourquoi dans certains pays comme au Canada des soins thérapeutiques en garderie sont fréquemment préconisés comme action directe sur l'enfant et évalués comme relativement efficaces (63).

2.2. Le soutien parental

Le soutien parental est indispensable, compliqué à mettre en œuvre du fait de l'absence de demande et de conscience des difficultés et surtout de la non-perception de leurs propres besoins et de ceux de leur enfant. Le soin à ces parents et à ces mères en particulier porte sur leur santé mentale (dépression, pathologie borderline...), la reconnaissance de leurs propres besoins émotifs et une attention à leur bien-être. Il s'agit notamment d'un soutien à la confiance et à l'estime de soi, très faibles chez ces parents qui ont souvent été eux-mêmes négligés dans l'enfance. Le soutien possible par les grands-parents et l'environnement est rarement efficace et durable.

Ce soutien peut être proposé sous différentes formes :

- Groupe de parents
- Thérapie individuelle : les thérapies cognitivo-comportementales pourraient rencontrer moins de difficultés qu'une approche psychanalytique, et il a été prouvé que les parents négligents ont un fonctionnement cognitif qui diffère fréquemment de celui des autres parents.

2.3. Prise en charge de la dyade mère-enfant

Les traitements psychothérapeutiques conjoints parents-jeune enfant peuvent être d'inspiration théorique variée. Il semble malheureusement que la force des projections parentales dans les situations de négligence est telle qu'un processus de psychothérapie mère-bébé seul ne puisse les modifier (30). Cette approche peut être

bénéfique lors d'une prise en charge globale et nécessite une alliance thérapeutique solide avec les parents. Il semble également important que les parents puissent saisir le sens de ce soin. Enfin, l'approche à domicile que nous précisons plus loin est un élément précieux pour mettre en place un processus psychothérapeutique.

Dans les situations de négligence avérée, où le lien interactif est perturbé et source de désordre chez le bébé, l'objectif est essentiellement curatif. Les parents sont à la fois partenaires et patients. Lorsque le lien est à risque, l'objectif est alors préventif : les parents sont des partenaires actifs et le but de la psychothérapie est en partie de prévenir l'action perturbante des facteurs de risque sur les composantes vitales de la relation (209).

Le modèle pionnier des psychothérapies mère-bébé est celui développé par Fraiberg (210). L'un des points forts de son travail est de considérer les parents comme des alliés et de soutenir leurs espoirs pour leur bébé. La présence de celui-ci est essentielle, il est au centre du traitement. Très vite, Fraiberg fait l'hypothèse que le bébé est un objet de transfert, réveillant chez ses parents des expériences anciennes et des émotions contre lesquelles ils s'étaient jusqu'ici généralement beaucoup défendus. Ainsi, le bébé peut se voir inconsciemment attribuer l'image d'un parent rejetant, sa mère se sentant alors rejetée ou impuissante face à lui. L'objectif psychothérapeutique est de repérer et de chasser les « fantômes du passé » qui font peser sur le bébé le poids de traumatismes ou d'expériences douloureuses précoces subies par la mère et entravant le lien d'attachement à l'enfant. Fraiberg fut aussi l'une des premières à avoir proposé une approche psychothérapeutique à domicile face à des situations de petite enfance à haut risque et pour lesquelles il n'existe pas de demande de consultation de la part de la famille. Il s'agit selon elle d' « une approche psychanalytique non conventionnelle, destinée en particulier à des jeunes mères carencées, ayant une grande défiance à l'égard des institutions de soins ».

La notion de **guidance développementale** constitue un autre aspect important de l'approche de Fraiberg, notamment face à des parents dits négligents montrant une difficulté majeure à répondre aux besoins de leur bébé. Elle s'appuie sur l'idée que le

psychothérapeute est aussi responsable de la santé du bébé et que ce dernier ne peut pas attendre la résolution de la pathologie ou des conflits parentaux.

Les autres modèles psychothérapeutiques peuvent être distingués en fonction de leur base théorique :

- **Les modèles inspirés par la psychanalyse classique**

Ils se réfèrent aux concepts-clés de transfert et de fonctionnement psychique inconscient, de conflit œdipien, de fantasme et de compulsion de répétition. Ils s'appuient sur une idée fondamentale : pour comprendre et traiter les troubles de l'interaction, il convient d'accéder à la problématique parentale inconsciente sous-jacente. C'est par exemple le modèle des consultations thérapeutiques développé par Lebovici (14) durant lesquelles ce dernier s'attachait à une investigation transgénérationnelle destinée à repérer la place de l'enfant imaginaire dans la vie psychique de la mère et la place du bébé dans « l'arbre de vie » de la famille. Ce modèle a en partie inspiré le programme de psychothérapies mère-bébé réalisé en Seine-Saint-Denis par Stoléru et Moralès-Huet (211) aux domiciles des familles à problèmes multiples, également très marqué par les travaux de Fraiberg (210) et Greenspan (212). Enfin, il existe le modèle de l'école de Genève (Cramer et Palacio-Espasa (213)) qui propose des thérapies brèves focalisées sur la conflictualité parentale qui se trouve projetée sur le bébé. Ce modèle genevois s'adresse à des parents ayant des capacités d'insight et d'élaboration suffisantes, ce qui est rarement le cas chez les parents dits négligents.

- **Les modèles inspirés par les courants de pensée développementaliste et destinés aux familles à risques multiples**

A côté du modèle pionnier de Fraiberg, des travaux d'inspiration comportementaliste et développementaliste prennent forme. Greenspan (212) reprend certains principes de Fraiberg en insistant sur les échanges interactifs immédiats et des techniques de soin focalisées sur le développement sensori-moteur, cognitif et socio-émotionnel du bébé. La **guidance interactive** de Mac Donough (214) est un autre modèle d'intervention précoce destiné initialement à des familles vulnérables ayant refusé toute approche thérapeutique traditionnelle. Les parents ont une place décisive dans le déroulement du traitement et dans l'évaluation de son efficacité. Les interactions

observables mère-père-bébé constituent la cible d'intervention, ces interactions étant considérées d'une part comme le reflet de la structure familiale et des soins parentaux, d'autre part comme celui du monde représentationnel interne des parents et du bébé. Une autre spécificité de ce travail est le recours à l'autovidéoscopie. A chaque séance, une courte séquence de jeu parents-enfant est filmée, puis visionnée et discutée avec les parents. Cette technique permet au thérapeute de relever les séquences interactives mettant en évidence la sensibilité de la mère aux signaux et aux besoins de son enfant, et également de montrer aux parents les changements positifs subtiles ou plus manifestes apparus dans les interactions ou les attitudes parentales. Toute critique y est proscrite.

- **Les modèles qui s'inspirent de la théorie de l'attachement**

Aux États-Unis, les nombreux travaux de recherche sur l'attachement ont donné lieu à plusieurs programmes d'intervention précoce. Quel que soit leur cadre théorique et technique, ils ont pour cible thérapeutique les troubles de l'attachement dont souffre le bébé et pour objectif d'améliorer la sécurité du lien avec sa mère. Selon leurs références théoriques, certains, d'inspiration plus « éducative » et comportementaliste, visent à modifier la qualité des réponses parentales, en particulier de la sensibilité maternelle aux besoins de son enfant. D'autres, inspirés par le modèle psychodynamique de Fraiberg, visent à modifier certaines représentations maternelles enracinées dans des expériences d'attachement précoce douloureuses.

2.4. Interventions environnementales

Ces interventions ont pour objectif de développer le réseau social et l'intégration communautaire des ces familles très fréquemment isolées. Cela leur permettrait de bénéficier de ressources et d'un ensemble de services stables et continus lorsque l'intervention thérapeutique par des professionnels ne sera plus nécessaire. Différents dispositifs existent comme la présence d'une famille soutien (aide non professionnelle) désignée dans la collectivité, l'orientation vers le milieu associatif, l'inscription des enfants dans les crèches, haltes-garderies, centres aérés...

2.5. Quelques programmes d'intervention en situations de négligence

Plusieurs programmes ont été développés au Canada et aux États-Unis, en voici quelques uns :

- Le **programme d'aide personnelle, familiale et communautaire** (215) développé par l'équipe de Palacio-Quintin et réactualisé par celle de Lacharité : c'est un programme multidimensionnel qui offre un soutien intensif aux parents et aux enfants. Il vise l'amélioration des habilités parentales, personnelles et sociales des parents, le développement de l'enfant ainsi que celui du réseau social à travers des interventions individuelles auprès des parents, en groupe (séparément pour les parents et les enfants) ou encore par la présence d'une famille soutien.
- Le **programme Homebuilders** développé par Gaudin et al. (60) a comme objectif de prévenir le placement de l'enfant par des mesures intensives. Un même intervenant est disponible pour deux ou trois familles seulement. Les services offerts incluent le développement des habilités parentales, des services directs aux enfants ainsi que des services concrets.
- Le **programme Family connections** développé par DePanfilis et Dubowitz (216) est un programme multidimensionnel qui s'inspire de plusieurs sources théoriques : écologique, psychosociale, cognitivo-comportementale, de résolution de problèmes, de crise, systémique et d'appropriation. L'évaluation de la situation de négligence, présentée à la fois comme un processus continu et un résultat, occupe une place importante dans ce modèle. Elle porte sur la situation familiale dans son ensemble, les besoins des enfants et des parents, les ressources disponibles et le réseau de soutien à la famille. Elle s'appuie sur différentes sources (parents, intervenants, entourage...) et fait appel à l'observation, à des tests, à des mesures d'auto-évaluation remplies par les parents ainsi qu'à des grilles pour systématiser les observations des intervenants. L'évaluation est partagée avec les membres de la famille et sert d'appui pour la planification de l'intervention et l'identification des actions à poser pour résoudre les problèmes identifiés.

3. POINTS DE CONSENSUS

Certains principes de base pour qu'une intervention en situation de négligence puisse être bénéfique ont été mis en évidence.

3.1. Précocité de l'intervention

Différentes études, notamment canadiennes, constatent l'absence étonnante de mise en place de programmes dans les situations de négligence émotionnelle tant que l'enfant ne présente pas de troubles évidents du développement. Pourtant plusieurs études suggèrent qu'une intervention précoce efficace sur les familles vulnérables réduit les troubles externalisés et internalisés des enfants (208).

Les temps qui entourent la naissance et l'arrivée de l'enfant peuvent être des moments de remaniements psychiques intenses. Ils réactivent les « fantômes terrifiants du passé », donnant aux intervenants une occasion unique de les démasquer et d'entraver ainsi la reconduite de leur mandat sur la génération suivante. Antoine Guédeney (217) parle de « lieu d'entre-deux par excellence ». L'arrivée du bébé fait une place privilégiée et inquiétante à la répétition, elle est alors « la chance d'une remise en jeu » des forces présentes. C'est donc bien « un moment potentiellement fécond pour l'intervention ». Bowlby (46) décrivait ce moment comme une chance de « remise en jeu des comportements d'attachement ». Ces moments ne se représenteront qu'à l'occasion d'une autre grossesse, ils engagent la qualité du lien parents-enfant. Ils sont, par leur capacité de remise en jeu du destin, une chance pour la construction de la subjectivité de l'enfant et pour l'évolution de la jeune mère, une chance pour la qualité du lien qui les relie.

Au-delà des remaniements psychiques parentaux possibles, les premiers mois de vie d'un enfant comme nous l'avons vu constituent une période cruciale pour son développement cognitif, psychomoteur et affectif.

Afin de diminuer le risque de maltraitance dont de négligence envers l'enfant, il faudrait mettre en place des interventions extrêmement précoces, si possible en cours de grossesse, ou au plus tard dès les premiers mois de l'enfant (205). L'idéal

serait que ces interventions se poursuivent en tenant compte des grossesses ultérieures (218).

3.2. Alliance thérapeutique et continuité du soin

Pour de nombreux auteurs, il apparaît évident qu'une solide alliance avec les familles peut représenter un mécanisme de changement, en permettant de modifier des modèles relationnels négatifs ou plus simplement en augmentant leur confiance dans les informations et les soins donnés (219)(220).

Malheureusement, il apparaît souvent difficile de construire une alliance de travail solide et durable avec ces familles qui repoussent régulièrement toute forme de lien et peuvent avoir une méfiance massive vis-à-vis des institutions. Ces familles ont souvent connu des expériences précoces douloureuses, voire traumatisantes, qui compliquent la création et le maintien de liens stables (221). Très souvent, dans un vécu d'instabilité relationnelle, ces parents acceptent alors plus difficilement l'aide proposée (222).

Pour Fraiberg et à sa suite, M. David et Moralès-Huet, l'alliance thérapeutique « pré » ou premier transfert, va permettre l'inscription d'une suite possible du lien déjà établi au cours de ces différentes rencontres. L'importance requise de la qualité de ces contacts et de ces attentions « contenantes » et bienveillantes est majeure, puisqu'elles garantissent pour ces familles traumatisées et évitantes la possibilité d'accepter un suivi et d'y participer. Il s'agit, pour Stern (223), de mettre en place un « mode d'être avec », une attitude thérapeutique, qui permet à l'intervenant d'établir une alliance avec la mère dans le but de « rendre possible un travail de pensée, de tenter de mobiliser des capacités associatives » et de « faciliter l'accès au monde interne des affects et de la conflictualité intrapsychique »(224).

Pour les familles dites négligentes, la question de la demande, la continuité d'un cadre et sa fiabilité, la capacité à dire et plus encore à élaborer ne va pas de soi (225). Les différentes études, canadiennes en particulier, montrent que les parents dit négligents sont les moins à même de demander de l'aide et de s'y tenir (226). Les interventions se font donc, la plupart du temps, à la demande d'une institution (PMI, maternité) ou d'une assistante sociale, et peuvent être vécues comme intrusives et menaçantes. Les familles peuvent avoir eu l'expérience répétée de ce que Seligman

(227) appelle le « transfert bureaucratique » : des intervenants interchangeable, qui ne tiennent pas leurs promesses et qui ne sont pas réellement impliqués. En situation de non-demande manifeste, les familles sont souvent réticentes à rencontrer un professionnel, craignant qu'il ne vienne menacer leur équilibre déjà précaire et qu'il ne les déçoive. Les premiers contacts, qui vont faire le nid de l'alliance thérapeutique, se déroulent souvent dans un climat de méfiance, voire même de peur. Ce climat nécessite alors une souplesse, une patience et donc une implication forte de l'intervenant. Si les conditions de rencontre sont trop alarmantes ou réveillent les insécurités, le parent ne s'engagera pas dans la relation (225).

Il faut donc adapter le cadre de travail à ces familles vulnérables et négligentes et proposer des modalités de réponses thérapeutiques adaptées, c'est-à-dire utilisables par elles. Cela passe par des aménagements voire une révision de certains présupposés théorico-techniques sur lesquels s'appuient de nombreuses pratiques institutionnelles traditionnelles (224). Il faut faire preuve d'une grande flexibilité, adapter le cadre et le traitement à ce que peut supporter le patient, avancer à petits pas pour construire l'alliance. L'abord à domicile apparaît comme une stratégie de prévention et de soins particulièrement intéressante pour les familles dites négligentes.

3.3. Travail avec les partenaires

Les parents n'étant pratiquement jamais demandeurs, l'accès aux bébés et aux enfants à risque psychosocial et leur traitement ne sont possibles que grâce à un travail conjoint entre les différents intervenants médico-sociaux et les autres partenaires de la petite enfance et de l'enfance: les services de PMI, les services sociaux dont l'ASE, les centres maternels, les maternités, les pédiatres, les médecins généralistes et les secteurs du soin psychique. Il est essentiel, au cours des suivis de ces familles, de poursuivre ce travail en réseau.

Par leur façon de fonctionner et la maîtrise pathologique de leur environnement, ces familles attaquent également les repères habituels des intervenants en semant la confusion autour d'elles. Les équipes peuvent se retrouver divisées et éprouver elles-mêmes un sentiment d'abandon.

Il peut ainsi exister des discontinuités inter-institutionnelles majeures, voire des clivages entre les institutions (maternité, CMP, PMI, justice, ASE), ne favorisant pas la prise en charge des familles les plus vulnérables. Ces dernières se retrouvent alors face à des incohérences de prise en charge risquant de renforcer les fragilités qui souvent perdurent depuis leur propre enfance.

Les places en crèche, halte-garderie, pour ces familles où souvent la mère ne travaille pas, dépend de la politique de la ville et de facteurs économiques complexes.

Intervenir précocement dans les familles dites négligentes, dès la grossesse lorsque cela est possible, peut parfois être perçu par les professionnels de l'anténatal comme une « prédiction malheureuse », attachant la famille à son passé alors que grossesse et naissance sont des processus mutatifs (30).

L'ASE, interpellée lors des informations préoccupantes, n'a pas toujours les professionnels ou la connaissance clinique pour en prendre la mesure et assurer le suivi.

Les placements, lorsqu'ils ont lieu après signalement et intervention de la justice, ne respectent pas toujours les besoins essentiels et en particulier celui de la continuité du bébé ou du jeune enfant. Il paraît alors compliqué sur le plan éthique de mener une démarche lourde de signalement pour un bébé en détresse psychologique sans être assuré qu'il sera accueilli dans un milieu soutenu qui ne changera pas quelques mois plus tard.

Le premier projet de soins serait de déterminer comment plusieurs institutions pourraient, avec les parents, avoir un projet commun et que ce projet tienne, même si les professionnels changent.

Nous pouvons retrouver un conflit de représentations de l'enfant auprès des différents professionnels d'obédiences et d'appartenances institutionnelles diverses appelés à intervenir et à collaborer. Ce conflit de représentations s'accompagne de sentiments et d'affects différents, de manière de faire, de réagir, de communiquer, qui ne vont pas dans le même sens et qui sont à l'origine d'obstacles, ainsi que de malentendus et de « mal entendus » (228).

Il apparaît fondamental que les institutions parviennent à travailler en collaboration et de façon cohérente. Le travail en réseau apparaît alors comme essentiel, se souciant de la continuité de l'environnement proposé à ces familles. Il participe ainsi à la construction d'un environnement stable et fiable qui soutiendra le développement de l'enfant ainsi que de la parentalité.

Cette nécessaire coordination entre les institutions rend ainsi essentielle les rencontres interéquipes et interdisciplinaires : chacun, avec la spécificité de son regard, apporte des éléments qui, synthétisés, donneront une représentation de l'enfant, des parents et des relations entre eux.

L'établissement des liens entre les professionnels du réseau permet de créer une enveloppe contenant autour de ces familles qui ne répètent plus alors les lâchages habituels induits par leurs propres parents de manière active et reproduits par eux soit violemment soit insidieusement de manière passive avec le bébé.

Au fil du temps, dans le réseau les professionnels constatent qu'ils arrivent à tisser un filet solide, une enveloppe contenant où chacun, peu à peu, occupe une place correspondant à sa fonction.

Le groupe exerce, alors, pour chacun de ses membres, la fonction d'objet/support sur lequel l'enfant va pouvoir se serrer et se tenir. Les parents s'étaient sur cette fonction maternelle qui a été défaillante dans leur petite enfance. La fonction paternelle prend tout son sens dans la confrontation/distanciation où chaque professionnel rend compte aux autres dans la diversité et la complémentarité.

Le réseau constitué par les professionnels permet aux parents d'expérimenter de nouveaux liens de qualité où la continuité, la fiabilité, la durabilité sont devenues possibles et induisent l'initiative et la créativité. La soumission et la honte font alors place au plaisir de prendre, de tenir, de se développer activement.

Enfin, la nécessité d'une collaboration avec les psychiatres d'adultes est à souligner. En effet, peu d'équipes soignantes de psychiatrie adulte se préoccupent des enfants des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques ou provisoires. Les programmes d'intervention intégrant les enfants des personnes hospitalisées sont à peu près inexistantes. Comme l'hospitalisation rend impossible, du moins pour cette période, l'accomplissement direct de certaines responsabilités parentales, une

intervention psychosociale préventive en début d'hospitalisation pourrait permettre de réduire la détresse psychologique et sociale que vit l'enfant, en plus d'améliorer l'observance du traitement chez le parent.

4. FOCUS SUR LES VISITES À DOMICILE ET L'OBSERVATION THÉRAPEUTIQUE

Les familles dites négligentes vivent souvent très isolées. Elles ont généralement rompu les liens familiaux, et n'engagent que très peu de liens sociaux.

Incapables de s'adresser aux institutions officielles qu'elles craignent souvent par-dessus tout, ces familles nécessitent la mise en place d'une stratégie adaptée aux difficultés qu'elles rencontrent et génèrent à la fois. Les échecs successifs des intervenants s'inscrivent dans « l'attaque de tous les liens », car c'est un des modes de défense habituels de ces familles, que de rompre systématiquement les relations. Souvent absentes ou inaccessibles, elles n'offrent pas la possibilité d'évaluer les risques réels que court l'enfant et pourtant, bien évaluer les risques est bien la difficulté ultime lorsque l'on « s'immerge » au sein de la famille.

La question de la méthode, de la manière de tisser ces liens, d'arriver à les inscrire dans la durée se pose d'emblée. Comment approcher ces familles parfois persécutées et inaccessibles, elles qui ne se rendent aux consultations que dans l'urgence. Comment trouver « une manière adaptée d'entrer en relation avec elles, sans provoquer immédiatement leur fuite » ?(229).

De nombreux travaux se sont intéressés à la manière d'atteindre ces familles en grandes difficultés sociales et psychiques et aux moyens d'enrayer la répétition des traumatismes. Un des meilleurs moyens d'accéder à ses familles semble être les VAD. Les moyens thérapeutiques utilisés lors de ces visites sont divers (guidance parentale, psychothérapie, observations thérapeutiques). Nous développerons essentiellement les techniques d'observation après avoir discuté des particularités des VAD dans les situations de négligence.

4.1. Les visites à domicile

4.1.1. Principes

Se rendre au domicile de ces parents que l'on dit « sans qualités », c'est mettre à leur disposition la possibilité de conquérir celles-ci. C'est peut-être une occasion unique qui leur est donnée de pouvoir « éprouver » un sentiment de sécurité, cette « base sûre » dont parle Bowlby. Ceci n'est possible qu'en leur laissant la « maîtrise » de la rencontre, au sein d'un environnement familier duquel elles peuvent rester maîtres. Cet espace non familier pour l'intervenant, qui peut devenir extrêmement mouvant, réclame une sécurité personnelle forte et une grande adaptabilité. Mais parallèlement, ce mode d'intervention facilite la diminution des modes de défenses habituelles de ces familles et autorise à « faire d'eux des partenaires » (230).

Toutefois, ces rencontres à domicile nécessitent avant de se mettre en place un travail d'approche et de mise en confiance. En effet, la présence de personnes extérieures pouvant être vécue dans un premier temps comme intrusive et envahissante, l'intervenant doit donc savoir que ces premiers contacts avec la mère et/ou la famille pourront déclencher des recrudescences anxieuses persécutrices pouvant provoquer leur fuite, ou renforcer leur enfermement.

Ces « familles si difficiles à joindre » sont souvent absentes aux rendez-vous fixés, évitant la présence des intervenants. Ainsi, ces derniers peuvent se retrouver devant des portes et des volets fermés, dans un silence difficile à supporter, avec un sentiment de solitude, d'échec et de découragement. La capacité de ces familles à inverser les rôles, à mettre en échec les aides, contrarie d'autant les initiatives qu'elle se répète (229).

Le travail à domicile représente un outil puissant et efficace d'**évaluation** et d'**intervention**. C'est aussi un outil irremplaçable pour évaluer ce que peut éprouver un enfant, là où le travail dans un bureau de consultation n'en donnerait qu'une idée partielle. Le but, pour ces familles, est de parvenir à réduire l'impact des vulnérabilités psychosociales sur la santé mentale des parents et de l'enfant.

Le plus souvent, pour les professionnels intervenant à domicile, l'objectif est de comprendre et de soutenir la capacité du parent à tenir l'enfant de manière sûre et de renforcer la relation d'attachement. Les stratégies possibles sont multiples et incluent le soutien émotionnel, le soutien par des services concrets, la guidance de développement, les observations thérapeutiques, la psychothérapie parent-enfant d'inspiration psychodynamique, attachementiste, comportementale. Toutes ces interventions, basées sur la **qualité des relations** et de la **confiance** entre thérapeutes et familles, réalisent un **soutien réel de la parentalisation** dans la relation au bébé.

Il s'agit d'accompagner les familles, les mères, les enfants. La capacité d'écoute de l'intervenant favorise une communication nouvelle qui facilite un espace de sécurité pour la mère et son enfant (231). Nous retrouvons par ailleurs régulièrement la notion de **guidance de développement**, initialement proposée par Fraiberg (210), qui a pour but d'encourager et de raffermir l'attachement entre les parents et l'enfant, d'aider les parents à comprendre le « langage » de leur enfant et à trouver de nouvelles méthodes d'éducation.

Ce qui apparaît également très important pour les familles dites négligentes, c'est l'accompagnement du domicile vers l'extérieur. Ainsi, quand les peurs mutuelles s'estompent, quand les liens de confiance s'installent à domicile, le soignant peut proposer d'accompagner parents et enfant vers ce dehors si menaçant pour eux (232). Il s'agit là de traiter la pathologie du lien qui isole ces familles afin de retisser le maillage social qui permettra une meilleure insertion de la famille dans sa communauté de vie. Ceci est vital pour que la famille puisse s'appuyer sur les ressources environnementales, pour développer ses propres ressources et permettre à l'enfant un développement plus harmonieux (221).

4.1.2. Intérêts

Intervenir à domicile permet une évaluation et une intervention dans un environnement qui est familier à ces familles, et donc plus sécurisant. L'évaluation devient plus pertinente, en s'appuyant sur des situations plus diverses et moins artificielles qu'en institution, permettant une appréciation plus fine des dysfonctionnements, mais aussi des ressources de ces familles. Les gestes du

quotidien, les relations interpersonnelles, peuvent y être évalués au plus juste(233) (234).

Être à domicile permet également de positionner clairement les parents comme **co-acteurs** du soin. Cela permet de les conforter dans leur place de parent et de les maintenir dans une certaine maîtrise de la rencontre. Les interventions à domicile semblent respecter la place des parents et participent à leur renarcissisation.

Par ailleurs, le travail à domicile permet une **approche globale** de la situation réelle des familles, notamment la prise en compte de la multiplicité des risques. Elles permettent ainsi une meilleure compréhension de l'organisation matérielle et familiale, ainsi qu'une meilleure évaluation des difficultés sociales qu'elles rencontrent. Or, ces difficultés représentent fréquemment un facteur crucial de leur détresse psychologique et affective, qu'il est nécessaire de prendre en charge, parfois avant tout autre accompagnement. Et comme le soulignait Lamour, « toute aide matérielle bien menée est un soin psychique, mais peut être intrusive si elle n'est pas bien travaillée » (233).

Le travail avec plusieurs membres d'une même famille peut également être facilité, en particulier avec les pères. Dans certaines familles, d'autres membres peuvent être présents au domicile et avoir une place centrale, pour l'enfant et/ou la mère. Il est donc fondamental de les prendre en considération, les entendre, et de pouvoir nouer avec eux une alliance de travail solide et efficace. En effet, cette alliance peut venir renforcer le travail effectué auprès d'une mère et de son enfant. Inversement l'absence d'alliance avec un membre central de la structure familiale (une grand-mère maternelle, par exemple) peut fragiliser, voire empêcher un travail efficace auprès de la dyade.

4.1.3. Limites

Au vu de la littérature, le bien-fondé des VAD précoces semble établi même si leur efficacité s'avère parfois difficile à évaluer précisément.

D'après Fraiberg et son travail auprès des familles en difficulté, les résultats obtenus (après plusieurs années la plupart du temps) plaident pour l'intervention à domicile et la prévention précoce (210). De plus, les programmes de recherche montrent le plus souvent, à des degrés divers, les influences positives sur le développement intellectuel et social des enfants et la qualité des relations parents-enfant (235). En effet, des effets bénéfiques d'une action préventive à domicile ont pu être mis en évidence si celle-ci est **intensive**, **précoce** et mise en œuvre par des **professionnels** formés et supervisés. Les études pionnières de Olds (236) ont montré comment ces interventions précoces réduisent la prévalence des risques morbides ultérieurs, pour la mère et l'enfant, et améliorent la qualité des relations précoces, avec un retentissement certain sur le développement de l'enfant.

Malgré cela, il apparaît parfois difficile d'évaluer précisément l'efficacité des visites à domicile tant les programmes varient en fonction du contexte, de la population ciblée, de l'approche théorique, et de l'équipe intervenante. Beaucoup d'interrogations persistent d'ailleurs quant aux conditions nécessaires et suffisantes permettant aux visites d'avoir un impact réel sur l'évolution de la famille. Récemment et dans cet option, certaines équipes se sont beaucoup intéressées à l'analyse qualitative des visites à domicile, afin de mieux en cerner les enjeux (237)(238).

Selon certains auteurs, l'efficacité des visites à domicile dépendrait de la précocité de l'intervention, de la durée de cette dernière et de l'implication des professionnels (239). Dans la littérature, nous retrouvons que l'impact des programmes serait meilleur dans certains sous-groupes de mères, notamment les plus inexpérimentées, celles ayant le moins de ressources psychologiques, c'est-à-dire ayant un fonctionnement intellectuel limité et/ou une santé mentale fragile (240) et pour les familles confrontées à la violence du partenaire (241).

Par ailleurs, ce qu'a souligné Duggan (242), et qui fût confirmé par Olds notamment, est qu'il existe une variabilité significative dans l'adhésion des mères aux programmes de prévention. Il semble évident que l'efficacité des programmes est particulièrement liée à la motivation et à l'implication des parents dans le soin ainsi qu'au cumul des facteurs de risque familiaux. En effet, selon certains auteurs, les

effets restent peu visibles dans certaines familles où le cumul des facteurs de risque est trop élevé (235).

Indépendamment des difficultés à préciser l'efficacité des interventions à domicile, il existe d'autres limites à cette pratique, davantage liées aux professionnels engagés. En effet, le travail à domicile nécessite une certaine souplesse, une patience et donc une implication forte des intervenants. Il nécessite pour les équipes une adaptation de leur cadre de travail qui, bien que particulièrement enrichissante pour elles, peut se révéler parfois difficile. La place de l'institution et l'encadrement de l'intervenant apparaissent comme des points clés de cette pratique. En effet, les professionnels de la petite enfance sont souvent exposés aux perturbations des relations intrafamiliales et à leur impact sur leur propre fonctionnement, menaçant parfois les relations familles-professionnels, mais aussi les relations entre professionnels. Or, les professionnels sont d'autant plus déstabilisés que leur proximité est grande avec l'enfant et les parents, qu'ils travaillent à domicile, qu'ils sont isolés, que leur formation est insuffisante, que leurs institutions sont fragilisées et que la problématique de la famille entre en résonance avec leur propre fonctionnement (221)(243).

4.1.4. Place de l'intervenant

Une des premières difficultés réside dans la capacité de l'intervenant à trouver la bonne distance professionnelle, à ne pas glisser dans la familiarité. L'intensité des mouvements contre-transférentiels participe à l'exposition accrue de l'intervenant, qui se retrouve en dehors de son cadre de travail habituel et dans lequel il a le plus souvent été formé. L'intervenant à domicile se trouve engagé dans la relation tant physiquement que psychiquement : il est amené à faire des gestes peu habituels, comme de prendre l'enfant dans ses bras ou lui donner le biberon. Il expérimente là un rapprochement physique qui peut déstabiliser. Son comportement face au patient est plus à découvert.

Hors de son cadre habituel, le soignant aura également à travailler avec les nombreuses distractions environnementales qu'il va rencontrer : la télévision allumée, le téléphone qui sonne, les visites du voisinage. L'environnement peut être envahissant ou effractant pour les intervenants et peut les empêcher de penser.

Le cadre, nécessairement plus **souple**, exige de l'intervenant une certaine capacité d'adaptation. Ainsi, des affects très variés, et très différents de ceux habituellement ressentis dans un bureau, peuvent apparaître plus fréquemment : la gêne, le malaise, l'inquiétude, le sentiment de solitude, la colère mais aussi une tendresse pour des gestes d'accueil. Les visites à domicile représentent un espace où il y a potentiellement beaucoup de place pour des émotions partagées.

Les résistances des soignants au travail à domicile s'expriment souvent par la peur de pénétrer à l'intérieur du patient, la peur de l'envahissement et de l'isolement (233). En réalité, à domicile, il y a une « co-crédation » du cadre : dans le choix du rythme et du moment de la venue (incluant le bébé éveillé ou non, le père ou non, le reste de la famille ou non...), dans l'installation progressive de rituels (dans l'espace : où se voir, s'asseoir, et dans le temps : temps d'attention à la mère, puis au bébé...). Le soignant sera le garant du maintien du cadre en assurant par sa venue la continuité du lien et son inscription temporelle.

Les visites à domicile nécessitent, de la part de l'intervenant, une grande **disponibilité** (changement de rendez-vous...) et une certaine infatigabilité, telle une mère envers son enfant.

Elles nécessitent également, pour rester un moyen pertinent d'aide et de soutien aux familles, de s'engager dans un processus de formation pertinente. En effet, le transfert positif avec la famille s'appuie sur des compétences professionnelles plus que sur la personne (il ne s'agit pas de se servir de sa propre expérience, de sa propre parentalité). Les différents professionnels allant à domicile ont ainsi des actions et des engagements très différents, et cela justement en lien avec leur formation, leur institution, mais également leurs expériences professionnelles passées.

Intervenir à domicile sous-entend pour l'intervenant une bonne sécurité intérieure. Il doit en permanence être prudent, se retenir d'agir. L'urgence est « de penser, de donner un sens » aux actes comme aux silences. En effet, tout un chacun, quelle que soit son expérience, s'expose au risque de se trouver dans une difficulté contre-transférentielle dont la famille pourrait faire les frais (244). C'est pourquoi, le maintien

d'un cadre internalisé est si essentiel (233). Le soignant est seul mais avec des représentations de tiers, seul mais non enfermé dans un isolement qui pourrait entraîner des dérapages. L'institution occupe une fonction protectrice pour l'intervenant (internalisation de sa référence professionnelle, de ses représentations). En effet, à domicile, le cadre externe est totalement modifié. Il n'y a plus de cadre architectural (pas de bureau, pas d'équipe environnante). Il est donc fondamental que l'intervenant intériorise la manière dont fonctionne l'institution. Le cadre interne et la supervision sont là extrêmement importants.

L'observation de ces familles peut être éprouvante. L'intervenant alors qu'il peut être sidéré par la scène qui se joue sous ses yeux doit se garder de trop intervenir, sinon que par des conseils. Cependant, en raison de la pathologie des jeunes mères ou des familles, il serait persécuteur pour elles que l'intervenant reste dans une réserve trop silencieuse et qui pourrait devenir insupportable pour l'intervenant lui-même. Devant le « trop-plein » d'excitations traumatiques, il peut prudemment prêter sa voix à la mère et/ou au bébé c'est selon, et tenter d'apaiser la tempête ou interroger le sens de ce qui se passe.

Trop répondre aux demandes (papiers à remplir, aides diverses de la compréhension de courriers...) comporte, avec ces familles, le risque du retournement persécuté/persécutant, dans la mesure où les réponses ne correspondent pas toujours aux attentes en présence. Accueillir et soutenir tout en renvoyant, lorsque cela est possible, vers les intervenants compétents ou sinon répondre prudemment en interrogeant la question même, peut aider à élargir la réflexion vers un ailleurs tout en maintenant le lien et en se donnant le temps d'y répondre. Ces démarches d'aides immédiates, si elles doivent être entendues et parfois aidées ou répercutées vers les instances compétentes, sont aussi des demandes d'un autre ordre qu'il ne faut pas manquer. En cela, l'intervenant se doit de questionner sans cesse sa position.

Une supervision et une analyse des pratiques régulières sont donc indispensables, quelle que soit l'ancienneté ou l'expertise du soignant (231). La supervision est une mesure d'accompagnement des professionnels dans une recherche de sens, visant à les aider à regarder la situation selon plusieurs points de vue, en y rajoutant les

facteurs personnels et les représentations. Elle peut aider les professionnels dans l'appréhension des situations difficiles voire complexes ou à dépasser une période de stress. Le cadre de ces réunions doit être solide et maintenu avec la même rigueur que le cadre d'un traitement : réunions régulières avec les mêmes soignants de référence. Leur durée doit permettre que s'installe un climat de confiance pour que les professionnels expriment des éléments de danger (maltraitance avérée, « situations incestueuses »...), éléments qui peuvent n'apparaître qu'en fin de réunion ou à la réunion suivante, avec la levée des mécanismes de refoulement et de déni (243).

Malheureusement, la supervision reste une mesure d'accompagnement encore trop rare. Bon nombre d'institutions ne la mettent pas en place au risque de fragiliser leurs équipes, voire l'institution toute entière.

4.1.5. Exemples de programmes d'intervention à domicile

Il existe tout un panel d'interventions à domicile : en fonction de l'objectif à atteindre, du type d'intervenants (professionnels, bénévoles...).

La littérature anglo-saxonne est riche en matière de promotion de la santé mentale du bébé et rend compte de nombreux programmes d'intervention précoce, notamment à domicile.

Le modèle le plus célèbre, celui des visites à domicile visant l'éducation parentale développé par Olds et al.(240), a démontré son efficacité à travers des études longitudinales randomisées. Ce type de visite à domicile, assuré par des infirmières ou des bénévoles formés, s'adresse aux parents vulnérables à risque de négligence pendant la grossesse jusqu'aux 24 mois de l'enfant. Le modèle vise plusieurs objectifs : prévention de la maltraitance, des problèmes de santé et de développement de l'enfant, prévention des difficultés de santé mais aussi sociales des mères. Les résultats montrent des effets positifs et significatifs sur la qualité de vie des parents et sur la santé physique et psychologique des enfants. Certains effets sont toujours observés 15 ans après la naissance de l'enfant (diminution des troubles du comportement, moins d'actes de délinquance, moins de comportements addictifs).

Olds et al. tirent un ensemble de conclusions concernant les actions de prévention et d'intervention précoces en se basant sur les résultats de leurs recherches, mais aussi sur une revue de littérature analysant les résultats de différents programmes menés aux États-Unis. Les auteurs constatent que le programme a plus d'effets et qu'il est mieux suivi par les familles si les intervenants sont des professionnels de santé plutôt que des bénévoles. Un fondement théorique solide et une définition précise des buts semblent être nécessaires dans l'élaboration du programme. Ces auteurs insistent également sur l'importance de l'engagement des parents et sur la confiance partagée avec l'intervenant pour favoriser les effets escomptés.

Au niveau européen, Davis et al.(245) ont développé un projet de promotion précoce de la santé (European Early Promotion Project), qui se déroule dans cinq pays différents (Serbie et Monténégro, Finlande, Chypre, Grèce et Royaume-Uni). Ce programme a pour objectif de « promouvoir l'interaction entre parent et enfant, et ce faisant, d'améliorer la santé mentale des enfants » et se base également sur des visites à domicile réalisées par un professionnel de santé et dont le rythme est adapté en fonction des besoins identifiés pour le parent. Les premiers effets de ce programme s'observent par le niveau de satisfaction des parents mais aussi directement sur les professionnels qui ont été formés : ceux-ci apparaissent plus sensibles aux besoins des familles. Puura et al.(246) constatent des effets positifs significatifs sur l'interaction mère-enfant à 24 mois, en Grèce et au Royaume-Uni, et en plus sur l'environnement familial en Finlande.

L'équipe d'Antoine Guédeney a formalisé un programme de soutien à la parentalité et de prévention des troubles psychologiques de la petite enfance, destiné à des familles à risques (247). C'est le programme CAPEDP qui propose une intervention précoce à domicile, évaluée régulièrement, débutant au cours du troisième trimestre de grossesse et se poursuivant jusqu'aux deux ans de l'enfant. Les intervenantes à domicile sont des psychologues supervisées toutes les semaines par des professionnels. Les premiers résultats de cette étude mettraient en évidence une meilleure utilisation du réseau de soins (notamment de la PMI) et donc une meilleure inscription des familles dans leur environnement (248).

4.2. Les observations thérapeutiques

L'observation à domicile pour les enfants en situation de négligence demande une régularité, une continuité et une durée. Dès le début, pour que ce soin puisse se maintenir, un minimum d'alliance doit pouvoir se créer avec l'infirmière. Un des motifs est le bénéfice et la compréhension que le parent peut avoir directement (immédiatement presque) de ce travail.

4.2.1. Observation selon Esther Bick

C'est en 1948 qu'Esther Bick, une psychanalyste polonaise vivant en Angleterre et élève de Mélanie Klein, a introduit dans la formation à la psychothérapie d'enfants, dans le cadre de la Tavistock Clinic à Londres, l'observation régulière d'un bébé dans sa famille, de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans. L'observateur se rend une fois par semaine dans la famille où il observe le bébé dans son environnement, en essayant de ne pas influencer le cours normal des interactions entre le bébé et ses parents. L'observation dure une heure et fait, peu après, l'objet d'une prise de notes extensive et détaillée de tout ce que l'observateur a pu voir, entendre et ressentir. Ces notes seront discutées dans un séminaire hebdomadaire qui réunit trois ou quatre observateurs et un psychanalyste formateur ayant lui-même été initié à cette formation.

Pour interférer le moins possible dans les relations entre parents et enfant, l'éthique de la méthode créée par Esther Bick exige que l'observateur ne fasse aucune interprétation ni remarque critique ou déplacée et ne donne pas de conseils. Cela ne veut pas dire qu'il doive se cantonner dans un silence absolu qui serait lourd à supporter par la mère. Au contraire, il peut faire sentir à la mère et au bébé qu'il participe avec empathie à leurs échanges et comprend leurs émotions. C'est par une attitude de participation affective discrète, une écoute attentive et un comportement calme et mesuré qu'il donnera à la mère le sentiment qu'elle est comprise et soutenue dans un période cruciale mais parfois difficile de sa vie et de celle de son bébé.

Esther Bick conseille aux observateurs d'oublier leurs théories et de faire table rase de leurs connaissances pour être dans un état qui permet de se laisser surprendre

par de l'inattendu. Ce n'est évidemment jamais tout à fait possible, l'épistémologie moderne nous rappelant qu'il est impossible d'observer sans avoir une théorie en tête. Il est néanmoins utile d'essayer d'atteindre cet état où rien n'est prévu d'avance. Il s'agit aussi de développer une « capacité négative », c'est-à-dire la capacité de supporter de ne pas comprendre tout de suite. L'observateur doit aussi pouvoir supporter que certaines choses aient lieu sans intervenir, mais résister à des demandes inopportunes. Il est pris entre l'éthique de la méthode consistant à ne pas intervenir et l'éthique morale d'aide à une personne en danger.

Pour Esther Bick, « l'éthique de l'observation directe situe par ordre de priorité le bien-être de la mère et du bébé, les formations des personnes et seulement en dernier les objectifs de la recherche » (249).

L'observation d'Esther Bick est appliquée pour en faire un instrument d'évaluation et de soin grâce à la capacité d'attention et à la fonction de pare-excitation jouées par l'observateur devenu à la fois récepteur et filtre. Cette formation met en jeu les éprouvés internes de l'observateur centré sur la relation mère-bébé.

Elle utilise de la même manière que la pratique analytique le contre-transfert du thérapeute comme outil de travail. Elle oblige le clinicien à trouver un lieu pour son élaboration afin de ne pas s'encombrer des angoisses primaires, des sensations et émotions dont il s'est chargé lors de ces rencontres.

4.2.2. Observation selon Emmi Pikler (Lóczy)

Il y a soixante ans, dans son livre destiné aux parents, Emmi Pikler, pédiatre hongroise, invitait ceux-ci à observer et à connaître leur propre enfant. La méthode d'observation qu'elle a développée est celle pratiquée à la pouponnière Lóczy. L'observation est une attitude fondamentale, permanente chez les *nurses* et les praticiens du bébé dans cette pouponnière de Budapest, qui a fait école. L'attitude recherchée est basée sur un profond respect des besoins du bébé et du rythme de son développement, et consiste à toujours être au plus près de ses besoins, de son rythme et de ses potentialités, en le laissant notamment se mouvoir en toute liberté dès le plus jeune âge. L'activité spontanée librement exercée par le bébé est en effet, pour Pikler, une composante fondamentale et essentielle de sa construction psychique élémentaire.

L'observation préconisée est ainsi une observation **empathique**, qui alimente la relation au bébé, le sécurise, favorise son bien-être et son épanouissement, et l'ouvre vers l'extérieur. La prise de notes est aussi utilisée pour soutenir l'**attention** et assurer une **continuité des soins**, ainsi que pour alimenter la synthèse mensuelle de chaque enfant (qui est retranscrite dans un cahier que l'enfant pourra emporter à son départ de l'institution).

L'observation selon Lóczy se centre sur le bébé. Elle place le soignant comme un acteur. L'infirmière touche le bébé, s'en occupe mais est attentive au monde affectif et émotionnel de l'enfant. À Lóczy, il semble que le soignant est formé à une grande prudence face à ses projections. Quelle place ont les affects, les sensations, les émotions ? Esther Bick donne cette place aux émotions non dans leur expression mais dans leur ressenti comme indicateur de ce que ressentent les partenaires de la relation.

4.3. La fonction d'attention et de contenance

La fonction d'attention doit être soutenue. C'est un outil particulièrement important dans le suivi de situations à risques, l'attention portée par l'observateur au bébé « permet de mettre en place les conditions nécessaires à l'expression de ses comportements compétents » (250). Pour Nicole Guédeney, l'observation d'Esther Bick permet au clinicien, en s'intéressant au bébé, de se décentrer de la mère et ainsi d'être moins ressenti comme persécuteur. Le bébé devient alors objet transitionnel de la relation, objet « d'entre-deux », qui sépare et protège. Il est intéressant de voir que ces comportements compétents d'attention et d'observation peuvent se développer aussi chez les parents lorsqu'ils s'identifient progressivement à la fonction observante du thérapeute et proposent alors à leur tour leurs propres observations. C'est ainsi que Geneviève Haag (251) parle de « matrice observante » et Didier Houzel (252) de « support identificatoire ». Houzel souligne que « le contexte d'observation peut entraîner, chez les parents, une identification à la fonction observante qui va leur permettre d'investir et donc de favoriser le développement psychique de leur enfant ». Ce processus ne peut s'engager que dans le cas où les parents se sentent suffisamment en confiance et qualifiés dans leurs rôles.

L'adaptation des différentes méthodes d'observation autorise à soutenir inconditionnellement la mère, tout en pointant les compétences du bébé et en trouvant parallèlement les moyens, parfois discrets, de le contenir. Au fur et à mesure du changement chez la mère, le clinicien fait évoluer sa position en « essayant » de respecter le cadre et les données essentielles de l'observation. C'est donc une intervention « contenante » des processus archaïques et des angoisses de la mère et du bébé qu'il faut privilégier afin que ceux-ci n'en viennent pas à déborder dans la relation les résistances fragiles de l'enfant.

L'intervenant doit être attentif au développement du bébé, aux interactions précoces, et au vécu de la parentalité. Il s'agit à la fois d'observer et de valoriser l'enfant réel dans son développement psychomoteur et affectif, dans ses originalités et dans la mise en place de ses liens d'attachement mais aussi d'être à l'écoute de l'enfant imaginaire, rêvé et fantasmé par ses parents. Houzel (253) souligne l'importance de « verbaliser l'affect », c'est-à-dire de faire un retour sur l'émotion que l'intervenant observe sans pour autant donner une solution, simplement manifester au parent ou à l'enfant qu'il est reconnu dans son vécu affectif ce qui peut parfois suffire à apaiser.

L'intervenant peut inviter l'enfant et ses parents au jeu, à l'échange, au plaisir partagé. Dans une perspective à plus long terme, il incite également la famille à entrer dans la narrativité.

Ainsi parce qu'ils ont été répétés et réguliers, les actes du professionnel peuvent fonctionner comme des leviers psychothérapeutiques en permettant la mise en place de représentations des enjeux affectifs et interactifs. La **fonction contenante** représentée par la forme de sécurité dans le lien à l'autre et l'élaboration des contenus se soudent progressivement et sont incarnées par la présence régulière du professionnel. Les professionnels ont besoin des parents pour comprendre comment se développe leur enfant. Il s'agit de s'effacer devant leurs ressources et leurs compétences mais d'être présent comme levier facilitateur.

5. SOINS PROPOSÉS PAR LE CENTRE NANTAIS DE LA PARENTALITÉ

Le CNP a été créé en 2000 avec comme principal enjeu de répondre en termes de prévention et de soins aux très jeunes enfants de familles dites « à problèmes multiples ». Il réunit un Centre Médico-Psychologique (CMP) ciblé sur les femmes enceintes et les enfants de zéro à trois ans, « les Âges Premiers » et un lieu d'hospitalisation de la mère et de l'enfant, le « HOME ». Il existe une convention avec le conseil général et la mairie, et le CNP travaille en collaboration avec un large réseau de partenaires. Les liens se font, en effet, avec le champ de la périnatalité (maternités publiques et privées, sages-femmes...), le champ de la petite enfance (PMI, TISF, les multi-accueils, les pédiatres libéraux et des différents services hospitaliers...), le champ de l'ASE et de la justice, et enfin le champ de la psychiatrie adulte.

5.1. Mise en œuvre d'une procédure diagnostique et thérapeutique

Les premiers intervenants sont généralement les professionnels de la PMI (sage-femme à domicile et/ou infirmière puéricultrice, pédiatre, assistante sociale...). Ils identifient les familles à risque de négligence lorsqu'elles présentent trois facteurs parmi les critères de Heaman décrits précédemment.

Une aide intensive est préconisée par la PMI (avec visites à domicile et consultations rapprochées par le pédiatre, proposition d'aide par des TISF, mise en crèche avec convention entre les partenaires), si l'une des conditions suivantes est retrouvée :

- Soit à la grille des problèmes de sensibilité maternelle concernant des enfants de 0 à 12 mois (254), trois items significatifs sont cochés conjointement, l'item 2 étant à lui seul prépondérant :
 - *Item 2* : le parent interprète selon ses propres désirs et ses états d'âme les signaux du bébé.
 - *Item 5* : les réponses du parent aux efforts de communication du bébé sont imprévisibles et incohérentes.

- *Item 11* : le contenu et la cadence des interactions avec le bébé semblent être déterminés par le parent plutôt que par les réponses du bébé.
- Soit dans la grille d'attachement précoce (0-24 mois) (68), les items 1 et 4 sont atteints :
 - *Item 1* : ne regarde pas dans les yeux (item précoce qui disparaît ensuite).
 - *Item 4* : a des troubles du sommeil dont la différence de nature est significative : troubles du sommeil à type de refuge dans le sommeil (l'enfant tombe brutalement dans le sommeil ou dort beaucoup plus que la normale).

Si, de plus, lors de la mise en place de ce dispositif de prévention l'évaluation donne un grand nombre d'items cochés dans les grilles de compétence générale de la mère, mais aussi de la maîtrise des impulsions, de la capacité à soutenir la régulation interne du bébé et de la capacité pour aider l'enfant à différencier les sensations corporelles des émotions, alors un soin complémentaire est mis en place par l'unité consacrée aux tout-petits en pédopsychiatrie (226).

L'arbre décisionnel (**figure 7**) suivant, élaboré par les différents intervenants de PMI et du CNP, schématise la procédure diagnostique.

5.2. Interventions thérapeutiques proposées par le CNP

Plusieurs formes de soins ont été définies en fonction de l'âge et de la gravité de la situation. Toutes ces familles et enfants sont soignés en complémentarité avec la PMI, qui est la référence la plus stable, la plus continue et la plus large.

Pour les enfants à naître, l'équipe pédopsychiatrique est sollicitée lorsque d'autres enfants de la fratrie sont déjà en souffrance ou lorsque les conditions, appréciées durant la grossesse, révèlent de nombreuses carences, des difficultés dans le lien, une émergence du bébé réel absente même à la fin de la grossesse, la future mère restant centrée sur elle-même et le bébé idéal. Elle propose alors une hospitalisation mère-bébé dans le service du HOME dès la sortie de la maternité.

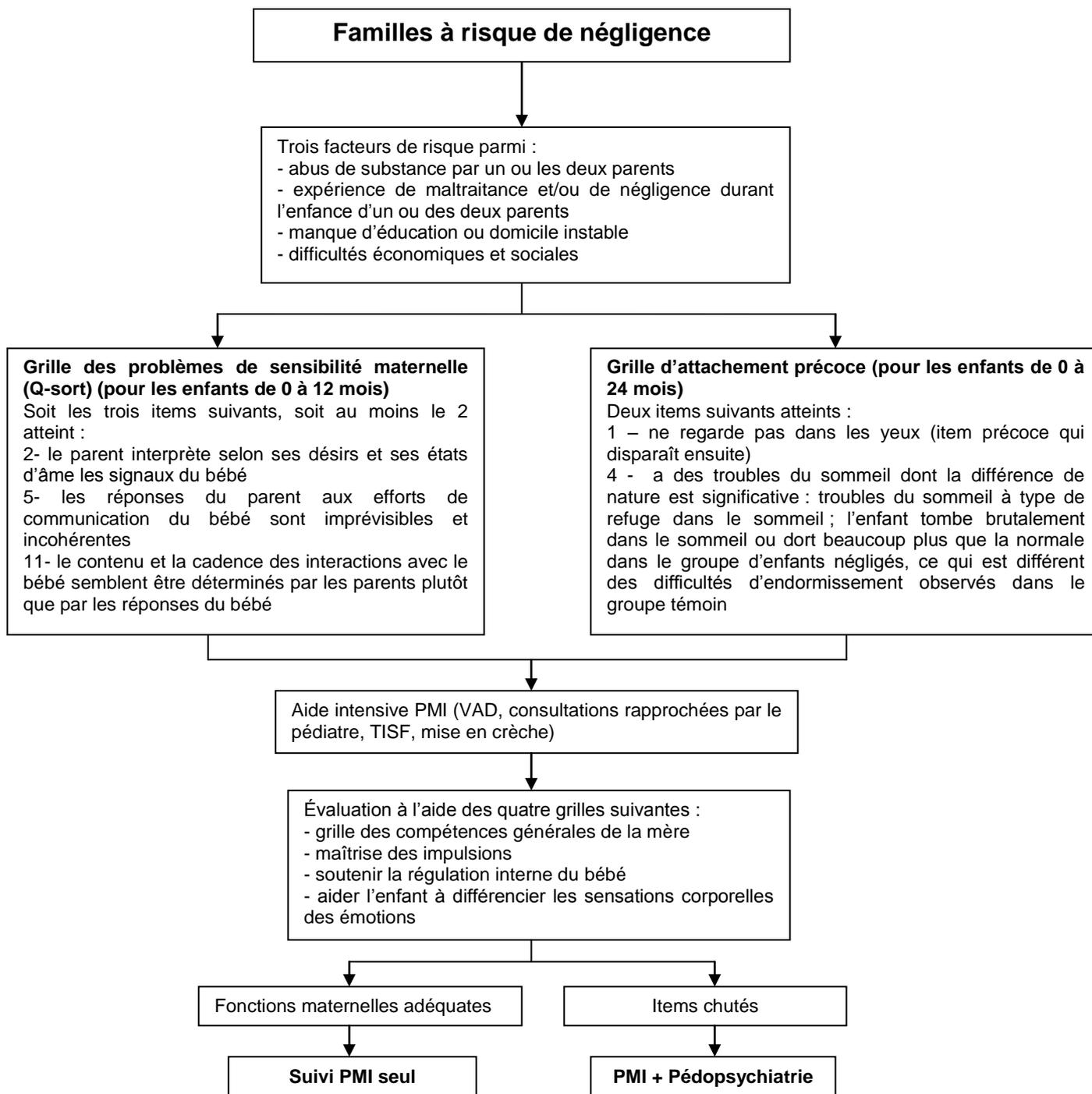


Figure 7. Arbre décisionnel pour la prise en charge des familles à risque de négligence repérées par la PMI à partir de (87).

L'équipe rapporte qu'il est bien rare que les parents comprennent la nécessité de cette hospitalisation et qu'ils s'appuient sur cette opportunité. Il semble que les parents l'acceptent d'autant plus facilement lorsque l'équipe du HOME a été présente dans l'anténatal.

Si les circonstances sont alarmantes, une information préoccupante est rédigée à la naissance ou même un signalement judiciaire. Dans ce cas, il est indispensable que les professionnels concernés (PMI, maternité, ASE) soient dans la même compréhension de la gravité de la situation. Un cadre établi avant l'entrée au HOME est le garant d'un soin et d'une alliance de meilleure qualité. Alors, le soin peut se mettre en place, laissant de côté la décision déjà prise. Dans le cas contraire, la mère peut se représenter les soignants comme des évaluateurs, le soin maternel comme un apprentissage, l'observation comme une surveillance, le pédopsychiatre comme une personne qui peut les trahir. Le soin dans l'unité est couplé avec l'observation à domicile.

Cette dernière est également mise en place pour les enfants plus grands en ambulatoire. Les visites à domicile sont complémentaires d'autres soins, en particulier ceux dispensés par le (ou la) psychomotricien(ne), ceux prodigués lors des groupes thérapeutiques et ceux délivrés par les psychologues.

Les observations thérapeutiques à domicile telles qu'elles sont proposées au CNP reposent sur l'observation selon Esther Bick (255) et selon Emmi Pikler (256). Ce choix du croisement conditionne la formation des infirmières. Elles peuvent également être réalisées sur les lieux d'accueil comme les crèches.

5.3. Exemple d'application des observations thérapeutiques au CNP

Lorsqu'un bébé pleure de façon importante, que ce soit au domicile ou plus fréquemment au HOME, le premier mouvement du professionnel est de consoler ce bébé aux prises avec une détresse non entendue et non contenue. Le soignant formé à l'observation pourra préciser la nature de ces pleurs et être suffisamment solide pour ne pas intervenir afin de s'appuyer sur les possibilités qu'il connaît de ce bébé. En effet, le bébé, une fois le soignant parti, ne pourra être aidé que par sa propre partie interne consolante pour être apaisé. Si le professionnel console l'enfant, il devient la consolation et se met en place de cette consolation. Mais comment mettre en œuvre, chez le bébé, cette capacité d'auto-consolation ? Pour chaque bébé, les questions suivantes doivent se poser : qu'est-ce qui va être utile ? A quelle distance ? Que faut-il supporter ? Contenir, supporter serait le premier

temps pour offrir une capacité de consolation à ce bébé. Le regard de l'infirmière, les mots parfois, l'environnement stable (ambiance légèrement transformée par la présence du soignant), l'accès à ce qui est à l'intérieur de soi sans s'effondrer permettront au bébé de trouver en soi les capacités pour émerger et se reprendre. Si, auparavant, le soignant a eu un accès aux compétences, aux moments de bien-être du bébé, alors il peut les lui redonner à petites doses (257). L'enfant sait que cette personne incarne cette mémoire. Les limites de la possibilité de supporter cette souffrance seraient la résignation brutale (chute dans le sommeil, hypotonie) ou la désorganisation de l'enfant. La question pour chaque bébé est ce qu'il va faire de sa peine, de sa douleur.

Ainsi, la méthode de Lóczy apprend à bien connaître les bébés, à leur faire confiance et leur donner les moyens de développer leur capacité de façon autonome. Esther Bick apprend à recevoir les émotions, les sensations, les affects pour mieux être à l'écoute des bébés et de leur mère. Le bébé que les soignants connaissent peut se déployer. Il sait que les professionnels peuvent recevoir sa tristesse et l'exprime.

6. CONCLUSION

Actuellement, les travaux de recherche en psychiatrie de l'enfant mettent de plus en plus en évidence, d'une part l'importance des processus développementaux, d'autre part la nature multidimensionnelle et « écologique » des troubles chez l'enfant. Parallèlement, l'évolution des programmes thérapeutiques montre une tendance croissante à considérer l'ensemble du système dans lequel vit l'enfant, plutôt que de se focaliser sur sa seule symptomatologie, et également une tendance de plus en plus marquée à combiner différentes modalités de traitement.

L'accent est mis sur l'implication de la famille dans le traitement, l'approche contextuelle et environnementale du trouble, une égale importance accordée, et aux émotions, et aux processus cognitifs et développementaux, et enfin l'intérêt de ne pas se focaliser soit exclusivement sur le passé de la mère (et de l'enfant), soit sur la seule situation actuelle.

Dans les situations de négligence, une des difficultés majeures est l'accès à ces familles chez lesquelles il n'existe pas de demande de consultation voire même un évitement des institutions de soins. L'établissement d'une alliance thérapeutique solide avec les parents est un préalable indispensable.

Les visites à domicile permettent de prendre en compte le contexte culturel et social où vit la famille, et elles permettent également une observation fine du bébé, des interactions avec ses parents. Il y a lieu de souligner la dimension thérapeutique d'une observation. Seule une observation approfondie, nuancée, répétée, tenant compte des particularités de la situation et essayant d'intégrer les dimensions affective et relationnelle impliquées dans celle-ci permet d'apporter des éléments de réponse aux questions concernant l'évolution psychique de cet enfant, la connaissance, bien difficile parfois, de son monde subjectif et du climat dans lequel il évolue.

Les parents sont considérés comme des partenaires actifs, ils sont invités à « monitorer » le traitement. Il s'agit par ailleurs de développer une approche sensible aux forces et aux ressources de chacun, plutôt qu'à leurs points de vulnérabilité. Néanmoins, même si l'abord à domicile apparaît comme une approche adaptée et rassurante pour les familles négligentes, son efficacité reste difficile à évaluer. La dimension qualitative de ces visites, notamment du point de vue des parents, semble intéressante à analyser afin de mieux en cerner les enjeux.

PARTIE B

LE VÉCU DES VISITES À DOMICILE :

**ÉTUDE QUALITATIVE À PARTIR DU
TÉMOIGNAGE DE 3 MÈRES ET
D'INFIRMIÈRES DU CENTRE
NANTAIS DE LA PARENTALITÉ**

1. INTRODUCTION

Les principaux travaux concernant les prises en charge précoces des familles vulnérables, notamment celles ayant lieu à domicile, mettent en avant le concept d' « **alliance thérapeutique** », définie comme la « relation de **confiance** et de **collaboration** qui se met en place entre le soignant et le patient » (258). Ils soulignent l'importance d'instaurer une alliance thérapeutique de qualité, aussi bien avec les parents qu'avec l'enfant, alliance thérapeutique qui est fortement corrélée à l'évolution favorable de celui-ci, en particulier lorsqu'elle est précoce (259)(260)(261).

Malheureusement, les familles dites négligentes sont généralement peu enclines à adhérer d'elles-mêmes aux soins qui leurs sont proposés. L'adaptation des interventions à ces familles à haut risque psychosocial est un postulat théorique commun à l'ensemble des prises en charge médico-psycho-sociales. Ce souci d'être au plus près des besoins des populations visées a conduit de nombreux pays à mettre en place des programmes centrés sur les visites à domicile par des infirmières spécialisées et/ou des bénévoles. Leurs évaluations ont montré des effets stables à plus ou moins long terme, avec une efficacité d'autant plus grande qu'ils avaient été mis en place de façon précoce et qu'ils proposaient des services concrets aux familles (235)(262).

Pour ce qui concerne la méthodologie de l'évaluation des pratiques, les travaux récents concluent aux limites de l'application au champ des prises en charge psychothérapeutiques de la méthodologie de l'Evidence Based Medicine (EBM) reprise à la médecine somatique (263)(264) et conseillent l'utilisation des méthodologies qualitatives (265)(266). Cela souligne l'importance de la pluralité des sources et des modalités de recueil des données. Ainsi, pour Fishman cité par Constantin-Kuntz (267), une évaluation appropriée ne doit pas se fonder uniquement sur des études basées sur les principes de l'EBM mais, selon ses termes, intégrer la réalité complexe des données subjectives : « la réelle défense psychiatrique de la qualité des soins psychothérapeutiques passera par une démarche véritablement scientifique, où la parole des patients et l'expérience objectivable des cliniciens

seront reconnues comme le fondement rationnel de la clinique » (268). Il recommande ainsi « le recours incontournable à l'analyse sémantique des récits, car [...] le changement opéré n'est ni nécessairement exprimé par le sujet, ni factuellement observé par le clinicien ». Déjà, Hougaard (269) avait insisté sur l'importance d'intensifier les études qualitatives intégrant des interviews de patients. Depuis, les études sur l'évaluation des services médico-socio-éducatifs accordent une importance croissante au point de vue des usagers (270)(271)(272), pour le recueil duquel la pertinence de l'utilisation d'entretiens semi-directifs a été démontrée en sciences sociales (273)(274).

Ces recommandations peuvent être étendues à l'évaluation des effets des accompagnements et interventions thérapeutiques précoces auprès des familles vulnérables. Ainsi, Korfmacher (220), cité par Constantin-Kuntz (267), estime que comprendre en quoi une intervention peut être une expérience transformante impose de « s'intéresser au sens de l'intervention pour l'individu ». Voir « comment cette participation peut motiver une famille pour faire bien » est le véritable cœur d'une évaluation qualitative.

En effet, les familles bénéficiant d'interventions à domicile restent relativement peu associées à l'évaluation des résultats de ces soins, les études portant sur les professionnels ont dans ce champ pris le pas sur les études qualitatives centrées sur les bénéficiaires (275)(276)(277). Il est intéressant de partir du point de vue des usagers pour apprendre, même si c'est dans l'après-coup, ce dont ils ont bénéficié et repérer la manière dont ils se sont appropriés les soins reçus. Ce qui est le plus thérapeutique n'est pas forcément ce que nous croyons, le point de vue des professionnels sur ce qui peut être défini comme une amélioration de la situation n'est sans doute pas exprimé de la même façon par les usagers.

Ainsi, dans notre travail, nous avons décidé de nous intéresser à la perception et au vécu des parents lors des soins à domicile délivrés par l'équipe infirmière du CNP dans les situations de négligence. A partir de l'analyse d'entretiens semi-structurés, nous avons essayé de dégager les points considérés comme aidants par les bénéficiaires. Nous avons ensuite confronté ces perceptions à celles des infirmières réalisant ces visites à domicile.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif principal

À partir du recueil des témoignages, notre objectif principal était d'analyser le vécu des parents lors des visites à domicile pour des situations de négligence en le confrontant aux perceptions des infirmières référentes et de dégager les similitudes et les divergences de ces regards croisés.

2.2. Objectif secondaire

Notre objectif secondaire était de mettre en évidence les éléments qui nous ont paru nécessaires pour qu'une alliance thérapeutique de qualité entre les familles et les infirmières se développe.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Population

Notre recherche se centrait sur des familles actuellement suivies au CNP. Pour être incluses, elles devaient répondre aux critères suivants :

- Suivi actuel au CNP
- Présenter aux moins trois des critères de Heaman et un diagnostic de négligence confirmé par le médecin référent
- Qu'il se soit déroulé au moins un an depuis la première visite à domicile
- Que la fin de la prise en charge à domicile soit actée ou très proche.

3.2. Procédure

La sélection de ces familles a été réalisée par l'équipe soignante du CNP (médecin et infirmières) selon les critères d'inclusion définis.

L'abord de ces familles a été étudié avec les infirmières référentes : elles ont été contactées directement par l'infirmière effectuant les visites à domicile chez elles. Lors de cet échange, les infirmières présentaient succinctement notre travail de recherche et nous introduisaient. Elles demandaient aux familles si elles étaient d'accord pour que nous les contactions. Il leur était précisé que nous étions indépendants de l'institution et que la confidentialité des entretiens était garantie.

Après avoir contacté chacune d'entre elles pour fixer un rendez-vous à leur domicile en fonction de leurs disponibilités, nous leur adressions un courrier pour confirmer la date de la rencontre.

Nous fixions également un rendez-vous avec les infirmières référentes, celui-ci pouvait avoir lieu avant ou après le rendez-vous prévu avec la famille.

Les entretiens se sont déroulés durant les mois de mai et juin 2014.

Les entretiens réalisés étaient des entretiens semi-dirigés. L'ensemble des entretiens ont été enregistrés après un consentement éclairé avant d'être intégralement retranscrits par informatique et anonymisés. Ils duraient environ une heure.

Les entretiens avec les parents étaient réalisés à leur domicile. Les deux parents étaient invités, il leur était laissé libre choix de participer seul(e) ou à deux.

L'entretien était réalisé selon la grille suivante :

- Contexte d'arrivée au CNP
- Le vécu, le sentiment global par rapport aux visites à domicile
- La qualité des relations avec l'intervenante à domicile
- Les bénéfices perçus des visites à domicile
- Les problèmes et limites rencontrés
- Les recommandations pour le développement de ces soins à domicile

L'entretien avec les infirmières était réalisé sur leur lieu de travail. La grille était construite en miroir de celle pour les parents.

Les parents et les infirmières étaient invités à répondre le plus librement possible. L'examineur respectait au maximum la narration spontanée mais s'autorisait par

moment à faire préciser certains points ou à guider le témoignage pour s'approcher au plus près de leur vécu.

3.3. Analyse

Les témoignages retranscrits dans leur intégralité ont été lus plusieurs fois et annotés en détails. Ces notes étaient résumées et commentées par unités spécifiques de narration. Elles ont fait l'objet d'une analyse thématique. Des catégories de réponse étaient identifiées pour chacune des questions de la grille de l'entretien semi-structuré.

Des sous-thèmes ont pu être dégagés et classés selon une dimension chronologique du soin (contexte d'arrivée, mise en place, arrêt) et qualitative (qualité de la relation, bénéfiques et évolution).

3.4. Aspects éthiques

Une note d'information était signée par chaque participant avant le début de l'entretien. Leur anonymat était par ailleurs garanti pour le travail à suivre, l'examineur leur attribuant à chacun un prénom au hasard. Les éléments révélés au fil des entretiens permettant de les identifier étaient par ailleurs masqués lors de la retranscription.

4. RÉSULTATS

4.1. Caractéristiques de l'échantillon

Initialement, il n'y a pas eu de refus de la part des quatre familles sollicitées pour participer à notre étude. Mais finalement, lors d'une rencontre, une mère n'a pas souhaité que l'entretien soit enregistré et a demandé à ne plus participer à notre étude. Trois familles ont donc été recrutées.

L'ensemble des entretiens ont été réalisés auprès des mères. Un seul père était présent physiquement lors de notre venue à domicile, mais il ne s'est joint à nous qu'en toute fin de discussion.

Les infirmières sont au nombre de deux, une étant référente de deux familles.

4.2. Témoignages des mères

4.2.1. Le contexte d'arrivée sur la structure

Avant d'aborder les soins à domicile proprement dits, il semble essentiel de resituer le contexte et l'état d'esprit dans lesquels les parents ont pris contact avec le CNP.

Les trois mères se souviennent d'une symptomatologie « bruyante » chez leur enfant (*« du jour au lendemain, David a changé de comportement. Il a commencé à me tirer les cheveux, à me taper, à hurler [...], ce n'était plus le même bébé [...] » ; « Manon criait beaucoup, elle faisait des crises tellement fortes, elle hurlait et se faisait pipi dessus » ; « Martin se tapait, se tirait les cheveux, piquait des crises, il se jetait contre les murs »*).

Mme A et Mme B évoquent le fait qu'elles ne parvenaient plus à supporter les troubles de leurs enfants (*« je n'en pouvais plus, je n'avais plus envie de m'en occuper » ; « c'était fatigant, je ne supportais plus »*).

Nous retrouvons par ailleurs dans leur témoignage le sentiment que ces symptômes pouvaient leur être adressés (*« il était devenu méchant envers moi » ; « elle était toujours collée à moi »*).

Mme C, quant à elle, exprime des inquiétudes par rapport à l'étiologie des troubles du fait d'antécédents familiaux (*« pour moi, tout ça c'était l'autisme »*).

Toutes ressentent le besoin de dire qu'elles ont été à l'initiative de cette aide envers leur enfant. Pour cela, elles se sont chacune tournées vers un tiers professionnel de la petite enfance qu'elles connaissaient et en qui elles avaient déjà confiance pour évoquer les troubles présentés par leur enfant. Le rôle de la PMI apparaît alors primordial (*« du coup, j'en ai parlé à l'infirmière de PMI » ; « j'ai demandé appel à un*

psychologue » ; « la PMI m'a stimulée pour que je consulte au CNP » ; « j'en ai parlé à la psychologue scolaire de ma fille »).

Chaque mère se souvient globalement de l'âge de son enfant au début des soins.

4.2.2. Les visites à domicile : de la méfiance à l'acceptation

Les trois mères évoquent une crainte avant la mise en place des visites à domicile d'intensité variable, allant d'une simple appréhension à une grande méfiance (*« j'avais une petite appréhension mais minime » ; « j'étais stressée » ; « ça nous a fait pensé aux trucs sociaux, donc on a eu très peur »*).

Ces craintes sont sous-tendues par plusieurs raisons, la peur d'être jugée dans leur fonction maternelle et d'être considérée comme une mauvaise mère étant présente chez les trois mères (*« je pensais qu'elle allait me juger, qu'elle me dise que je suis une mauvaise mère » ; « on avait peur d'être de mauvais parents »*).

Pour Mme A et Mme C, nous retrouvons également une grande méfiance à l'encontre de certains lieux de soins, en raison de propres expériences infantiles négatives de placement dont l'impact traumatique se trouve alors ravivé (*« on avait peur d'être jugés et qu'on nous enlève notre enfant »*, *« on est sortis tous les deux de ces milieux de foyer... » ; « Moi-même, je n'ai pas eu de mère, de père, on ne m'a pas donné le mode d'emploi, je croyais qu'on pouvait me juger par rapport à ça »*). Pour Mme A, la méfiance provient également de la stigmatisation ressentie par rapport à son milieu social (*« parce qu'on est des parents sortis de ce milieu-là, on s'est dit qu'on allait être beaucoup plus surveillés »*).

La crainte du placement de leurs enfants a probablement conduit certaines de ces mères, elles-mêmes « anciennes placées », à éviter jusqu'alors les institutions médico-sociales susceptibles d'émettre un signalement.

Formuler explicitement une demande et entreprendre une démarche de soins s'avèrent particulièrement difficiles pour ces trois familles. L'accord de Mme et Mr A pour la mise en place de visites à domicile est teinté d'une grande ambivalence (*« ça a été très dur d'accepter, ça a été très long avant qu'on accepte vraiment. Mme Y*

venait quand même mais... »). Mme B et C se souviennent avoir accepté facilement ce qui contraste avec les éléments du dossier et les témoignages des soignants (« *il fallait qu'on nous aide, moi comme Martin* » ; « *j'ai accepté avec une petite appréhension* »).

Ces mères expliquent avoir surmonté leurs réticences pour :

- **Le bien de leur enfant** (« *Martin en avait besoin, quand c'est pour mon enfant, c'est vital* » ; « *pour le bien de David* » ; « *pour le bien de ma fille* »).
- **Montrer leur enfant « tel qu'il est à la maison » et être crue dans leur récit** (« *elle a vraiment vu comment Manon était* », « *c'était à l'intérieur de la maison que c'était difficile* » ; « *il y a des choses qu'elle a pu voir, et heureusement d'ailleurs, et du coup me croire en même temps* »)
- **Rompre leur isolement** (« *être moins seule* »)

Le fait de ne pas avoir « *le mode d'emploi* » de la parentalité du fait de leur propre histoire avec peut-être la volonté de ne pas s'inscrire malgré eux dans une répétition transgénérationnelle semble également avoir facilité leur accord (« *moi-même, je n'ai pas eu de mère, de père, on ne m'a pas donné le mode d'emploi* »).

Elles expriment également comme attente importante des visites à domicile de « *comprendre* » le fonctionnement de leur enfant (« *pour comprendre David* » ; « *pour comprendre le comportement de Martin, comprendre tous ses gestes* », « *je ne savais pas pourquoi il était comme ça* »).

4.2.3. La mise en place des visites à domicile : le poids des premières impressions et l'importance du temps

La mise en place des visites à domicile se fait après une consultation avec le médecin qu'elles ne peuvent décrire précisément. La fonction de cet intervenant est repérée, mais elles ne peuvent le nommer.

Les premières impressions, le premier contact, semblent déterminants pour la mise en place et la poursuite des soins à domicile (« *elle m'a mise à l'aise tout de suite* » ; « *ça passe ou ça passe pas la première fois. Moi c'est passé, c'est important la* »)

première fois. Quand on ne connaît pas, que cela ne se passe pas bien la première fois, on n'a pas envie que cela continue »).

Lors des premières rencontres, l'« intervenant-observateur » est observé. La **dimension sensorielle** est très présente (*« elle aurait eu une grosse voix, je ne pense pas que j'aurais été à l'aise. C'est vraiment à la voix et au regard [...] les siens sont doux » ; « Dans les yeux, on voit ce qui se passe. Dans son regard, ça passe bien »*).

Puis les parents semblent investir les soins progressivement, la dimension du temps est alors très importante pour les plus méfiants au départ (*« et puis au fil des jours, Mme Y venait et on a réussi à avoir confiance en elle et à plus se confier », « il y a eu besoin d'un petit temps pour la connaître »*).

Le rythme se met alors en place, et il semble que globalement les parents apprécient que cela soit régulier et fréquent (*« ça suffisait, car on avait aussi la psychomotricienne tous les 15 jours, du coup c'était limite comme si on les voyait toutes les semaines » ; « C'est bien une fois par semaine car on arrive à gérer entre deux visites [...], si c'était plus souvent, on serait trop pressés »*).

4.2.4. Le contenu des visites à domicile : être observée, être guidée, être soutenue, être accompagnée

La dimension de l'observation lors des visites à domicile est très présente pour les trois mères. Observer permet de multiples choses :

Lorsque ce sont les infirmières qui observent, cela permet de **préciser la clinique** (*« elle regardait comment il se débrouillait sur le tapis » ; « elle regardait comment elle jouait avec ses frères » ; « elle regardait son comportement », « on allait voir comment il jouait »*)

Lorsque les observations sont partagées entre l'infirmière et les parents, elles semblent permettre à ces mères de **(re)découvrir les compétences de leur enfant**, et ce avec un certain plaisir voire un enchantement (*« on prenait plus de plaisir à le voir jouer tranquillement et calmement » ; « j'aimais bien le regarder essayer de faire des choses »*). Cette dimension du jeu lors des visites à domicile est souvent

évoquée par ces mères, jeu qui leur permet un moment d'interaction avec leur enfant, un plaisir partagé (« *on jouait ensemble, c'était assez magique [...] on était vraiment en train de jouer* »).

Les parents vont ensuite à leur tour observer les interactions entre leur enfant et l'infirmière et eux-mêmes commenter. Les parents vont en effet observer pour reproduire, s'inspirer, intégrer, apprendre (« *on observait pour essayer de reproduire un petit peu après, pour essayer de réagir un peu pareil* » ; « *j'écoutais, voir Mme Y ça m'a donné des idées* »).

Ils tentent de reproduire la sensorialité de l'intervenant, celle avec laquelle ils se sont sentis à l'aise (« *il [Mr A] a pris pour habitude d'imiter Mme Y, il essaye d'imiter sa voix [...] et ça marche* » ; « *j'ai trouvé que ça portait plus ses fruits de parler calmement que de hurler* » en faisant référence à la façon de parler de Mme Y et en l'imitant).

Ces temps à domicile sont aussi pour ces mères des moments de guidance parentale, voire d'« apprentissage » auprès de l'infirmière (« *elle nous apprenait, elle nous disait comment réagir lorsque David [...]* » ; « *on reprenait Manon ensemble* »). Leur savoir de professionnelle est respecté (« *ce sont des spécialistes, des personnes qui ont l'habitude, elles s'y connaissent* » ; « *parce qu'elle est infirmière, elle va dire des choses justes et bien me les faire comprendre* »).

Les mères se saisissent aussi de cette visite comme d'un temps de soutien, d'écoute et d'échange qui vient souvent rompre leur isolement socio-familial (« *parce que quand on se sent toute seule, qu'on a tout sur ses épaules, c'est dur à gérer. Et quand elle vient, ça soulage quand même. C'est dur, c'est lourd de tout porter toute seule. Donc quand Mme Y venait, ça me permettait de me poser, de souffler* » ; « *à la finale je me sentais toute seule. Du coup j'ai pu les remercier car ils étaient là au moins* » ; « *c'était très important les moments où on parlait* »).

La rupture de leur isolement social se fait également à travers des accompagnements à l'extérieur (« *on est allées à l'école un midi chercher ensemble David et puis elle a fait un bilan rapide avec la maitresse...* » ; « *Elle m'a accompagnée à la crèche... C'était pas mal car en même temps elle a vu des* »).

choses »), extérieur qui est parfois perçu comme menaçant par ces mères (« j'ai hyper peur des étrangers » ; « car dehors il y a beaucoup de danger que Martin ne voyait pas à ce moment-là... »).

4.2.5. La relation avec l'infirmière : un « entre-deux » structurant

La relation entre les familles et les intervenantes a été largement renseignée dans le cadre de ces entretiens qualitatifs.

Lorsque les mères évoquent leur relation avec l'infirmière venant à leur domicile, elles décrivent une relation « entre-deux », à mi-chemin entre professionnel et personnel, en parlant d'une proximité importante, tout en restant dans un cadre professionnel (« on ne va pas dire que c'est une amie qui vient à la maison mais ça fait tout comme », « c'est notre super nanny », « on l'accueille comme si on accueillait des amis », « ce n'est pas comme si c'était une tante car ça reste du sang mais... » ; « je ne peux pas la prendre comme une amie mais... »).

La dimension professionnelle reste importante et rassurante pour ces mères avec l'idée que les difficultés de leur enfant pourront être comprises par un soignant (« une personne plus adaptée », « ma mère n'est pas professionnelle »).

Les mères accordent une place importante aux qualités personnelles de l'infirmière ainsi qu'à ses qualités professionnelles. Nous retiendrons les suivantes :

- La **capacité d'écoute** (« elle écoute » ; « elle nous a beaucoup écouté »).
- La **capacité à réassurer** (« elle m'a beaucoup rassuré dans ce qu'elle disait » ; « elle m'a beaucoup rassuré sur pas mal de choses », « elle nous a toujours dit qu'il y avait des solutions, elle nous réconfortait »).
- La **disponibilité** (« je sais que je peux l'appeler et qu'elle sera là pour m'écouter » ; « je savais que si ça n'allait pas il y avait quelqu'un »).
- La **bienveillance** (« elle ne venait pas là pour nous juger » ; « elle ne m'a jamais jugé »).
- La **sollicitude** (« j'ai le souvenir qu'elle m'a appelé à la maternité pour avoir des nouvelles. Ça reste une personne qui est dans son travail mais elle n'oublie pas [...], j'ai trouvé ça super gentil de sa part de prendre des nouvelles »).

- L'**adaptabilité** (*« quand on voyait qu'elle était fatiguée, ça durait moins longtemps »*).
- La **ténacité** (Au sujet de l'inscription à la halte-garderie de David *« elle s'est battue un an et demi avec moi pour qu'il y aille, elle ne m'a pas forcée, au contraire ! »*).
- Le **respect de leur résistance** ou refus (*« encore aujourd'hui, quand c'est non, c'est non »*).
- La **douceur** (*« elle est douce » ; « sa voix est douce »*).
- La **gentillesse** (*« elle était gentille »*).
- La **sérénité** (*« elle était très zen », « elle est restée calme »*).
- La **capacité à respecter la place et le rôle des parents**, de les considérer comme des partenaires actifs du soin dispensé à leur enfant et ainsi à les valoriser. (*« Elle a toujours respecté mes décisions. Comme elle dit « ce sont des conseils qu'elle donne après on les respecte ou pas » » ; « Elle m'a toujours demandé si ça me convenait, mon avis. C'était important qu'elle me demande si j'étais ok. On était en bonne coordination », « Elle me disait « s'il y a des choses qui ne vont pas ou avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord, il faut me le dire », « elle laisse s'exprimer, elle nous demande toujours notre avis et après on discute » ; « parfois elle me répondait comme ça à mes questions « je n'ai pas besoin de vous répondre car vous avez la réponse » »*).
- L'**empathie** et la sensibilité (*« elle l'a ressenti » ; « elle a senti direct que je n'allais pas bien. Elle a bien vu que nous étions à bout »*).

Cette relation semble se consolider avec le temps, avec parfois un risque d'investissement massif. Certaines participantes ont évoqué une relation proche, à la limite de la dépendance, avec leur intervenante en mettant en avant une dimension de manque (*« [...] il y a des moments où je demandais à la secrétaire si Mme Z pouvait venir parce que du coup ça nous manquait à moi et à Martin... C'était juste un manque quoi », « c'est un manque parce que du coup on ne pouvait pas parler » ; « il ne faudrait pas qu'elle parte en retraite. On lui a dit de ne pas partir en retraite », « on va avoir du mal à s'en séparer... »*).

La relation de confiance que certaines de ces mères ont avec l'infirmière semble favoriser le travail en réseau. En effet, la perception d'un travail d'équipe coordonné avec cette infirmière privilégiée les rassure (« *Et même-là Mme Y connaît la halte-garderie de la commune donc du coup... c'est elle qui me dit « mais si, ils sont super gentils » » ; « c'était aussi pour transmettre à la psychomotricienne »*).

De façon générale, les autres soins délivrés par le CNP sont mentionnés et décrits comme importants et bénéfiques (« *la psychomotricienne a fait un travail énorme avec David » ; « les séances au CNP pour travailler la séparation » , « c'est bien le groupe des mamans » ; « un jour le groupe et dans la même semaine après un autre jour il était pris tout seul. En fait c'était deux fois par semaine au CNP »*).

En revanche, l'important travail de partenariat avec les autres professionnels (PMI, école, crèche, TISF) n'est peu voire pas mentionné.

4.2.6. Les effets des visites à domicile perçus par les parents : la relation comme levier thérapeutique

Les trois participantes ont trouvé que les visites à domicile avaient été globalement bénéfiques.

Dans les effets que les mères attribuent à la prise en charge à domicile sur l'enfant, nous retrouvons la diminution de la symptomatologie « bruyante » initiale et l'acquisition de compétences (« *David on le voit maintenant il est beaucoup plus calme... Même s'il y a des moments où il est encore speed, il arrive plus à se concentrer... Il arrive à aller à l'école, il a compris que non c'est non... » ; « Martin ne crie plus [...] il essaie de parler » , « il y a eu des progrès : la marche, l'équilibre » , « il est devenu propre »*).

Ces mères perçoivent aussi des effets sur elles-mêmes tant sur le plan personnel que maternel. Elles décrivent un mieux-être (« *ça m'a apporté quelque chose intérieurement. Je me sens plus légère, mieux dans ma peau » , « j'ai moins de stress, je suis plus apaisée » ; « ça m'a remonté le moral » ; « je pouvais prendre du temps pour moi »*).

Elles ressentent également une évolution dans le processus de parentalité (« *elle m'a beaucoup aidé dans mon rôle de maman* » ; « *[ça m'a aidé] à comprendre un peu plus les besoins, les signaux* » ; « *ça m'a aidé à utiliser le mode d'emploi que j'avais en moi-même sans le savoir* »).

Le travail à domicile a permis à certaines d'entre elles de voir et d'accepter l'enfant réel (« *elle m'a appris à me dire que mon fils est comme ça* » ; « *maintenant je suis mieux avec lui [Martin] comme il est vraiment* »).

Avec la revalorisation progressive des parents, les réponses aux besoins des enfants sont devenues plus adéquates, notamment au niveau des limites (« *Et en même temps je disais oui à tout à Martin et ça ce n'était pas bon... je disais oui pour éviter les crises et les cris...* » ; « *Je ne voulais pas la mettre au coin si elle faisait une crise d'angoisse mais je savais plus trop [...] mais maintenant je la mets au coin quand elle insiste trop à faire ses caprices* » ; « *Alors que maintenant lorsqu'il tombe et qu'il n'a rien je me dis que ça sert à rien de le chouchouter pendant des heures et des heures...* »).

Ce développement des compétences parentales se traduit notamment par les effets perçus sur les enfants nés pendant la prise en charge (« *du coup, on ne fait pas les mêmes erreurs avec Juliette. La plupart des conseils qu'elle a pu nous dire pour David, on les utilise pour Juliette. Je vois David à l'âge de Juliette, il était dans le cosy à longueur de journée, il n'était pas sur le tapis comme Juliette* » ; Mme C en parlant d'Arthur le petit frère « *je touche du bois pour l'instant il n'est pas suivi* »).

Ces mères ont également acquis la capacité à demander de l'aide, à oser poser des questions (« *je ne suis pas gênée pour leur poser des questions* » ; « *on n'hésite plus à lui poser des questions* »).

Concernant le travail autour de la relation parent-enfant, et plus précisément mère-enfant, la dimension de séparation est centrale. Le travail de séparation entre Mme B et sa fille Manon s'est finalement réalisé aux « Âges Premiers », celui-ci n'étant pas possible à domicile. Mme B a désormais le sentiment d'avoir « *repris le dessus* » sur sa fille. Mme A a quant à elle le sentiment « *d'être beaucoup moins sur lui* », elle dit ne plus « *avoir tendance à lui courir sur le dos pour le moindre truc* », ne plus « *être*

une maman qui étouffe son fils ». Cette séparation, cette « dé-fusion » semble avoir été favorisée par l'observation de compétences chez leur enfant (« *on a pu voir que David adorait la halte-garderie, il ne voulait plus repartir* »). Enfin, Mme C ne perçoit pas de changement relationnel avec son fils Martin (« *Non on est toujours très liés ensemble... on a une très forte... Comment dire ? On ne va pas dire amitié (rires) mais une très forte... on est complices* »).

Les trois mères expérimentent une relation sécurisée avec une infirmière privilégiée et disponible (« *On pouvait appeler quand ça n'allait pas, téléphoner et elle pouvait venir...* » ; « *enfin je sais que si à tout moment je n'en peux plus avec les enfants, que je n'ai pas envie de les confier à ma famille, je sais que je peux l'appeler et qu'elle sera là pour m'écouter ou même si elle n'est pas là qu'elle me rappellera... Sur ça je sais que je peux lui faire confiance* »).

4.2.7. L'arrêt des visites à domicile : un moment difficile ?

L'arrêt des visites à domicile, et avant lui l'espacement, sont des moments singuliers de la prise en charge. Ceux-ci sont rendus moins pénibles pour les mères par le fait :

- qu'elles aient été **concertées** (« *on était toutes les deux d'accord pour dire que Manon n'avait plus besoin de ça et qu'il fallait passer à autre chose* »),
- qu'il ait été motivé par une **évolution positive** de l'enfant et/ou de la relation mère-enfant (« *Manon n'avait plus besoin de ça* » ; « *elle voyait que des choses avaient changé justement* »),
- que les infirmières restent **joignables** si besoin (« *et je sais qu'à tout moment je peux l'appeler* »),
- qu'un **relais** vers une autre forme d'intervention ait lieu (« *il va avoir le SESSAD à la place* » ; « *je savais que les séances du CNP allaient continuer. Il y avait quelque chose derrière* », « *du moment que la prise en charge derrière continue* »).

A la question, « *et si c'était à refaire ?* », chaque mère répond favorablement, l'une d'entre elle peut signifier qu'a posteriori, elle aurait souhaité que la prise en charge commence plus tôt (« *je crois même que si ça avait pu se mettre en place*

avant, ça aurait été mieux pour David. On n'avait pas le mode d'emploi. Du coup, si on avait pu éviter des erreurs avant avec David, ça aurait été avec plaisir »).

4.2.8. Les critiques et les recommandations

Ces trois mères émettent peu de critiques négatives, elles ne repèrent globalement pas de limites aux visites à domicile, hormis la durée qui peut être perçue trop longue au début, et généralement trop courte par la suite (« *au début, les visites, c'était une éternité, maintenant ça passe trop vite* » ; « *des fois elle pouvait venir que 10 minutes et repartir... c'est vrai que des fois c'était trop court. Une heure au moins ça aurait été mieux !* »). Toutefois, les perceptions temporelles de ces trois mères semblent erronées puisque selon les soignantes et le « protocole » les visites à domicile durent systématiquement 45 à 60 minutes. Les temps à l'extérieur sont également jugés insuffisants (Mme C aurait aimé « *faire plus de sorties* » ; Mme A aurait « *peut-être aimé que Mme Y soit là dans ces moments à l'extérieur* »).

Enfin, elles conseilleraient toutes à des familles dans leur situation d'accepter s'il leur était proposé une intervention thérapeutique à domicile (« *c'est dommage d'avoir des a priori* » ; « *je leur dirais d'essayer au moins une visite, au moins une fois. Ça passe ou ça ne passe pas mais je lui dirais quand même d'essayer* » ; « *je leur dirais d'y aller, de foncer, car c'est la bonne maison* »).

4.3. Témoignages des infirmières

4.3.1. Le contexte d'arrivée des familles au CNP

La PMI a une place centrale dans le récit du contexte d'arrivée de la famille au CNP des deux infirmières rencontrées (« *c'est à la demande de la PMI, le médecin de la PMI avait un très bon lien avec les parents et il a pu faire en sorte qu'ils viennent consulter ici* » ; « *la puéricultrice de PMI [...] que je connais bien et [...] qui se souciait pour Manon [...] elle l'a encouragée à aller au CNP* » ; « *Martin a été adressé ici par la PMI suite à une information préoccupante* »).

Le premier symptôme dont se souviennent les infirmières est la dimension de tristesse de l'enfant, particulièrement observée dans son regard (« *David était un petit garçon très pâle, avec des cernes importants, un regard triste* » ; « *une petite fille qui dès qu'on la regardait pleurait. Elle avait un visage amimique, une grande tristesse dans le regard* » ; « *un regard triste* »).

Elles décrivent également des troubles psychomoteurs, des troubles du sommeil et de l'alimentation.

4.3.2. Le « temps » de la mise en place des visites à domicile

Pour les familles B et C, les infirmières se souviennent que la mise en place des visites à domicile a nécessité du temps (« *il a fallu un temps pour que Mme B me fasse confiance* »). Ainsi « *une petite année* » s'est écoulée entre le moment où l'infirmière de PMI et Mme Y ont parlé du CNP à Mme B et la première consultation médicale.

Pour la famille C, en plus du temps, il a fallu « *aller la chercher* » explique l'infirmière. « *Le départ a été chaotique* », Mme Z explique avoir « *eu énormément de difficultés à contacter Mme C* ». Et même après la première visite à domicile, il y a eu au début « *beaucoup de portes fermées, soit parce que Mme C ne voulait pas [lui] ouvrir, soit parce qu'elle avait oublié* ». Puis finalement, une fois ces difficultés passées, « *l'alliance s'est mise en place assez facilement, Mme C leur faisait confiance* ».

Pour la famille A, l'infirmière se souvient que les « *parents ont accepté tout de suite* ». La confiance qu'ils avaient dans le médecin qui les avait orienté vers le CNP semble avoir facilité la mise en place des visites à domicile. Mme Y ne se souvient pas « *avoir senti de résistance* » chez ce couple parental qu'elle décrit comme « *mettant beaucoup de temps à faire confiance aux professionnels et une fois qu'ils ont confiance c'est bon* ». Elle n'a pas « *senti qu'ils pouvaient avoir l'idée qu'elle était quelqu'un qui puisse faire une information préoccupante ou un signalement* », ce qui contraste fortement avec le vécu des parents.

Généralement, les infirmières réalisant les visites à domicile n'ont eu que des contacts téléphoniques avec les familles avant la première visite. Mme Z explique que la première visite à domicile est également « *la première rencontre avec les familles, ce qui n'est pas toujours facile car on ne sait pas trop où on met les pieds,*

on ne connaît pas la personne, la personne ne nous connaît pas ». C'est le cas pour la famille A et la famille B. En revanche, Mme Y connaissait déjà Mme B étant donné qu'elle animait le groupe thérapeutique où allait un de ses fils.

Le fait que ça soit Mme Y qui réalise les soins à domicile pour Manon est apparu comme « *une évidence pour l'équipe du CNP* », « *le fait que Mme B connaisse déjà la personne et qu'elle ait pu observer des progrès chez son fils Samuel a du la rassurer* ».

Avant la première rencontre, les infirmières ont « *des informations par le médecin souvent sur le contexte familial, les antécédents* ».

4.3.3. Intervenir chez les familles : au-delà des apparences

Concernant les premières impressions, les infirmières relatent le sentiment d'être « *bien accueillies* », voire même « *attendues* » et que le « *moment était investi* » par les parents.

L'intervention à domicile est l'occasion d'accéder à la réalité des familles, à une certaine intimité, à des éléments concrets qui ne correspondaient pas forcément à ce qu'elles avaient pu imaginer (« *j'ai découvert un appartement qui était tout vide, rien sur les murs, pas de tapis, pas de tableau, pas de photo, très peu de meubles* », « *un frigo vide* », « *une famille qui vivait dans le noir, les volets fermés* » ; « *un domicile plutôt bien entretenu, accueillant, adapté pour les enfants* »).

4.3.4. « Apprivoiser » le(s) parent(s) pour permettre le soin à l'enfant

D'une façon qui semble assez intuitive, les infirmières ont ressenti le fait qu'il était nécessaire d'être d'abord « *très vigilante aux parents avant d'avoir accès au bébé* », « *qu'il fallait d'abord prendre soin d'eux avant de s'occuper du bébé* ».

(« *le premier objectif [de l'infirmière] était de s'occuper de la maman pour qu'elle [...] puisse prendre soin de lui* » ; « *[l'infirmière] sentait que c'était important qu'elle vienne pour Manon, mais sentait qu'il fallait qu'elle ait de l'attention pour cette maman aussi* »).

Toutefois, l'intérêt de l'enfant reste au premier plan pour les infirmières.

Ainsi lorsque Mme Y s'est rendue compte que David pouvait « dormir » selon la mère de 21h à 12h « *sans se réveiller* », elle a été « *très inquiète car cela voulait dire qu'il sautait des repas, il ne grossissait pas* », elle a alors « *été très ferme* » avec Mme A en lui expliquant que « *ce n'était pas possible qu'un bébé ne se réveille pas, qu'il avait sûrement appelé et qu'elle ne l'avait peut-être pas entendue car elle était trop fatiguée* », elle a alors demandé à Mme A « *qu'elle mette son réveil tous les matins à 9h et qu'elle réveille son bébé* ».

Pour Martin, Mme Z a demandé à sa mère « *d'enlever le barreau du bas de l'échelle du lit superposé pour éviter que Martin monte et chute* ».

4.3.5. Le contenu des visites à domicile : observer, s'adapter, s'appuyer sur le concret, soutenir, permettre, accompagner

L'observation a une place centrale lors des visites. Elle permet d'affiner la clinique de l'enfant, celle de l'interaction, d'initier le lien avec les parents (« *quand je regardais David bébé, la maman ramenait les choses à elles* »).

Cette observation a aussi des dimensions thérapeutiques. Elle permet à l'infirmière d'inviter le parent à voir, à percevoir les compétences de leur enfant mais également leurs difficultés, et ainsi de s'approcher de l'enfant réel (« *cela a permis d'identifier que Manon avait bientôt 24 mois, que ce n'était plus un bébé de 2-3 mois qui prend le sein de sa maman, qui est dans les bras de maman [...] qu'elle marche, qu'elle sait faire toute seule* » ; « *elle a pu voir son enfant grandir avec ses propres ressources et compétences* » ; « *elle découvrait son petit, elle voyait qu'il pouvait faire ça ou ça et puis en même temps voir tout ce qu'il ne pouvait pas faire* » ; « *elle ne regardait pas son enfant, il fallait être avec elle pour le regarder* »).

Une autre dimension thérapeutique de l'observation est l'identification des parents au soignant (« *du coup en me voyant jouer avec leur enfant, ils ont joué avec lui* »).

L'observation à domicile permet aussi à l'intervenante d'accéder un peu à ce que l'enfant peut vivre. Mme Y explique avoir été marquée par « *la lenteur de Mme B* » un jour où elle lui a proposé un verre d'eau et servi celui-ci au bout de trente minutes. S'en est alors suivie la réflexion suivante chez Mme Y « *je me suis dit que quand on*

est enfant et qu'on attend quelque chose de sa maman et que c'est long à venir ça doit être compliqué ».

En partageant un instant du quotidien de ces familles, des informations précieuses peuvent être délivrées, informations qui sont rarement obtenues dans un bureau de consultation.

Les visites à domicile demandent aux intervenants une grande **adaptabilité**, ils doivent faire preuve de créativité et doivent être attentifs aux demandes des parents pas toujours formulées explicitement.

Ainsi ces temps de visite à domicile sont, en plus de l'observation, des temps de guidance parentale (*« les parents ont des questions sur comment il faut réagir avec leur enfant, comment faire dans telle situation... » ; « ils ont des questions autour du sommeil, de l'alimentation [...] de comment on joue avec ses enfants »*).

Les infirmières sont amenées à transmettre certaines connaissances sur les enfants en prêtant parfois leur voix à ces derniers. Ainsi Mme Y a pu expliquer à Mme B qu'à partir d'un certain âge, *« un enfant peut manger à table avec les autres, que c'est plutôt plaisant pour lui, qu'il peut prendre du plaisir à manger comme les autres »* et aux parents de David *« qu'un bébé pouvait ressentir du manque, qu'il pouvait avoir plus besoin de ses parents à certains moments mais qu'il ne pouvait pas le dire avec des mots... Qu'un bébé pouvait parfois ressentir de la souffrance »*.

Mme Y a remarqué que ce travail de guidance était facilité lorsqu'elle faisait un détour par le ressenti des parents, *« il faut passer par eux pour qu'ils puissent se représenter ce que David vit »* parfois en utilisant des *« images »*. Elle a pu *« faire le lien avec leur histoire, ce que eux ont pu ressentir. La maman elle était sensible à ça, le papa aussi »*.

La dimension de soutien, lors de temps d'écoute, apparaît également comme primordiale. Ces temps aident les mères à verbaliser sur leurs propres difficultés (*« c'étaient des parents qui avaient besoin de beaucoup parler, notamment d'eux » ; « elle avait beaucoup de choses à dire sur sa difficulté à être maman, à faire ce qu'il faut pour ses quatre enfants »*).

Les soignants adaptent donc leur intervention en fonction des difficultés qu'ils perçoivent chez l'enfant, chez les parents et dans la relation, ou celles formulées par les parents.

Ainsi Mme Z a réalisé tout un travail d'accompagnement vers l'extérieur avec Mme C. Elle l'a d'abord « *accompagné à pieds pour qu'elle amène son fils à la crèche [...] puis après c'était prendre le tramway pour l'accompagner jusqu'au CNP* ». Elle a également accompagné cette mère « *pour faire des démarches : dossier MDPH, l'inscription au SESSAD* ».

Mme Y précise qu'elle avait « *l'idée de faire des choses où David puisse se poser, d'être plus dans la pensée* » car c'est un enfant qui « *était toujours dans le mouvement, dans l'agitation motrice* ».

Le passage par le concret est très présent dans les interventions des infirmières (« *elle avait beaucoup de questions très pratiques, elle disait toujours qu'elle était débordée, qu'elle n'avait pas le temps pour elle [...] alors on a calculé ensemble à quelle heure elle devait mettre son réveil pour avoir du temps pour elle [...]. Il fallait être très pratique, très concret avec cette maman* »).

Enfin, un autre élément qui semble central lors des différentes prises en charge est le travail autour de la séparation mère-enfant. Celui-ci apparaît au premier plan dans la situation de Manon et de sa mère, et a été proposé assez rapidement devant la clinique « *dès que Manon avait quelque chose qui n'allait pas, Mme B la prenait contre elle donc elle était collée à sa mère, elle était même « dans sa maman »...* ». Ce travail de séparation s'est alors réalisé au CNP dans le cadre d'une procédure thérapeutique précise.

Pour Mme A et C, c'est le travail autour des inscriptions de David et Martin à la halte-garderie puis à l'école pour David et au SESSAD pour Martin qui a permis d'aborder la question de la séparation mère-enfant. Cela a également permis à ces enfants de créer des liens en dehors de leur milieu habituel, notamment avec des pairs.

4.3.6. Identifier les compétences parentales et y croire

Dans les témoignages des infirmières, nous relevons aussi leur capacité à identifier les ressources des parents et à s'appuyer sur leurs forces.

Les parents de David sont décrits comme des parents « *courageux* », « *qui ont des choses à dire, qui peuvent dire leur désaccord sans rompre le lien* », ce qui leur était dit pour le bien-être de leur fils « *était forcément entendu* ». L'infirmière les décrit comme « *très sensibles à l'image de parents qu'ils peuvent donner [...] faisant attention* ».

La mère de Martin est elle décrite comme une mère « *qui n'était pas opposée à apprendre* », qui pouvait « *être très pertinente [...] et surprenante dans les démarches qu'elle réalisait* ».

Enfin, la mère de Manon est elle aussi décrite comme « *hyper pertinente* » à certains moments, notamment lors de ses interventions dans le groupe des mamans, et « *qui se rendait bien compte qu'il y avait quelque chose qui ne collait pas* ».

Le fait que les parents aient compris le sens des interventions semble faciliter les soins. Mme Y a eu le sentiment que les parents de David avaient bien intégré que les visites à domicile « *étaient dans l'intérêt de leur enfant, pour qu'il grandisse mieux* ». Mme C avait quant à elle « *très bien compris le sens de ce travail* ».

Les infirmières font très attention à leur laisser leur place de parents. Ces derniers sont considérés comme des partenaires du soin, dans un souci de co-construction. Mme Y leur demandait régulièrement « *Et vous comment vous auriez fait ? Comment vous voyez les choses ? Comment vous imaginez faire ?* » ou bien « *Comment vous pourriez faire ? Qu'est ce que vous en pensez ?* ». Elle précise que Mme B « *aimait bien qu'on réfléchisse ensemble, qu'on cherche ensemble des réponses* ».

Enfin, la dimension contre-transférentielle est présente et semble nécessaire dans la mise en place et la poursuite des soins. Mme Z dit avoir « *été touchée par cette maman* », Mme Y qualifie la mère de Manon comme une femme « *touchante, attachante* ». Concernant la famille A elle pourra dire que « *ça valait le coup de faire cette route pour aider ces gens-là parce qu'ils sont demandeurs, ils ne sont pas dans quelque chose de faux, ils ont une honnêteté* ».

Les infirmières sont très attentives au « *fonctionnement personnel* » des parents. Ainsi, elles adaptent leur façon d'être, de faire avec eux (« *il ne faut pas y aller franco avec cette maman, si on est trop direct, c'est grillé. Il faut louvoyer* » ; « *il fallait se*

mettre à leur rythme, ne pas les bousculer » ; « un jour un médecin remplaçant leur a dit quelque chose qui ne leur a pas plu et donc ils ont arrêté d'aller à la PMI »).

4.3.7. Un lien fragile, qu'il faut entretenir

Elles retrouvent cette fragilité du lien avec la menace d'une rupture en suspens.

Ainsi lorsqu'il est proposé une hospitalisation au HOME à Mme C qu'elle refuse catégoriquement, Mme Z commente : *« heureusement que j'avais un très bon lien avec elle sinon elle aurait rompu les soins ici parce qu'elle a cru qu'on allait lui placer ses enfants ».*

Mme Y se souvient qu'un été, la famille A *« est partie s'installer dans le Sud-ouest en disant « qu'il fallait partir loin d'ici » [...], ils sont finalement revenus au bout de deux mois et ils ont appelé le CNP pour dire qu'ils étaient revenus ».*

Un autre moment où la prise en charge a été menacée est celui du départ en congé maternité de la psychomotricienne et l'arrivée d'une remplaçante : *« il a failli y avoir une rupture de soins totale [...] ils sont dans des mouvements qui nous surprennent [...], les liens peuvent se distendre un peu mais ça se raccroche ensuite », « Ils ont un type d'attachement aux personnes, et en fonction des personnes ça marche ou ça marche pas ».*

Pour entretenir ce lien, Mme Y signifie qu'il *« faut le respecter », « en les prévenant notamment de nos absences, nos retards... ».*

Après l'arrêt des visites à domicile pour Manon, Mme Y continue finalement d'y aller l'été *« pour garder un lien »* quand les groupes thérapeutiques sont suspendus. Elle explique : *« Manon a beaucoup connu la discontinuité, et donc de garder un lien par les visites à domicile cet été ça permet que l'arrêt des soins au CNP compte tenu de son âge ne soit pas vécu comme une rupture mais plutôt comme un moment aménagé autour du passage vers le CMP dont elle dépend ».*

La situation des parents ayant finalement refusé de participer à notre étude lorsque nous leur avons demandé de les enregistrer illustre bien cette fragilité du lien, qui dans ce cas est menacé par la crainte d'un placement de leurs enfants.

4.3.8. La relation avec les mères : l'étayage quasi-maternant

Les infirmières décrivent une relation particulièrement forte avec ces mères, dont il faut réguler l'intensité.

Pour Mme Y, la relation entretenue avec les parents de David est une « *relation de confiance, d'aide, de soutien et de guidance* ». Elle précise qu'elle a le sentiment d'avoir été placée dans une « *position pas surmoïque, mais un peu d'autorité parentale* ». Dans cette position, Mme Y est aussi par moment la « cible », « le réceptacle » de projections parentales. Ainsi par rapport à une chute que David a faite à l'école, Mme Y raconte que Mme A lui avait dit « *que c'était de sa faute car il ne fallait pas qu'elle le mette à l'école* ».

La relation avec Mme B est quant à elle qualifiée de « *relation de confiance, d'un étayage grand-parental* ».

Mme Z évoque une « *relation positive* », avec l'impression « *d'être la maman de Mme C* ». Elle se reprend en signifiant que décrire cette relation de « *maternelle* » est trop fort et précise qu'elle avait le sentiment que Mme C ne la considérait « *pas comme une maman mais comme quelqu'un à qui elle peut faire confiance, quelqu'un avec qui elle était sûre d'avoir une réponse si elle demandait quelque chose* ». Enfin, elle précise que « *c'est très compliqué pour cette maman de gérer la proximité* », ainsi Mme Z mettait un point d'honneur à « *ne pas être la copine qui vient prendre le café, mais l'infirmière* ».

4.3.9. Une évolution clinique modérée

Les infirmières décrivent certes une amélioration clinique chez les enfants et leur mère, toutefois celle-ci reste mesurée.

Pour la famille A, Mme Y décrit une évolution chez David même « *s'il lui reste des difficultés* ». Elle décrit un enfant avec « *une carapace un peu moins dure, même si elle est restée* », qui a désormais « *de l'intérêt pour les autres, pour découvrir les jeux, les livres* », « *qui peut demander de l'aide et prendre en compte les autres* ».

A propos de l'évolution de sa mère, Mme Y a le sentiment qu'aujourd'hui « *elle a plus confiance en son fils, et ainsi qu'elle le laisse plus* ».

Elle décrit aussi une évolution dans le processus de parentalité avec des parents qui ont découvert et appris à jouer avec leur enfant (*« je pense qu'ils ne devaient pas imaginer que c'était quelque chose qu'on puisse faire et peut-être qu'ils ne savaient pas faire »*). Désormais ce sont des parents qui jouent avec leur enfant. Mme Y a aussi constaté une amélioration dans le rythme de vie quotidien (les repas, le coucher...). Et globalement, elle a l'impression *« qu'ils se rendent mieux compte des besoins de la petite sœur Juliette. Ils s'identifient plus vite à elle, à ce dont elle pourrait avoir envie, ce dont elle pourrait avoir besoin, ce qu'ils n'ont pas pu faire avec David », « ils ont intégré des choses »*.

Concernant la situation de Manon, Mme Y a constaté peu d'évolution pendant les visites à domicile. C'est finalement l'ensemble des soins proposés qui a permis à Manon d'évoluer. Elle est désormais *« moins dépendante de sa mère, moins exigeante »*.

Sa mère paraît quant à elle *« plus solide. Elle peut dire non à Manon et elle sait que Manon ne va pas s'effondrer »*. *« Elle peut se représenter les besoins de ses enfants et ses besoins à elle aussi »*. *« Elle prend soin d'elle, elle va au sport, elle a maigri, elle présente un mieux-être »*. La relation mère-enfant n'est plus dirigée par Manon, qui n'est plus *« dans un lien tyrannique »*.

Enfin, concernant la situation de Martin et de sa mère, l'infirmière décrit une évolution chez Martin. C'est désormais *« un petit garçon qui tient debout, qui marche, qui est moins triste »*.

Sa mère peut désormais *« prendre les transports en commun », « l'appartement s'est meublé »*. Concernant la fonction maternelle, Mme Z a le sentiment *« qu'au début Mme C faisait des bébés pour faire des bébés « objets »... Elle ne savait pas forcément qu'un bébé a des besoins, et pas forcément tous identiques d'un enfant à l'autre [...] et ça, ça va mieux, notamment avec le petit frère Arthur »*. *« Dans sa tête elle sait que Martin a besoin de soins »*. Les parents sont désormais *« conscients des troubles de leur enfant et ils ont dans leur tête les difficultés de Martin, le fait qu'il n'ira pas à l'école comme les autres enfants »*.

4.3.10. L'arrêt des visites à domicile : à condition d'un relais

L'arrêt des visites à domicile semble avoir été facilité voire rendu possible par le relais vers un autre type de prise en charge (« *les visites à domicile se sont arrêtées quand le travail de séparation au CNP a commencé* » ; « *quand la maman a intégré le groupe des mamans, elle n'avait alors plus besoin des visites à domicile* »). Pour la famille A, les visites à domicile se sont espacées mais continuent. Mme Y anticipe déjà le relais vers le CMP en imaginant les accompagner vers cette nouvelle structure « *sinon ça ne va pas marcher* ».

La poursuite de l'étayage par les autres intervenants (éducateurs, TISF...) est extrêmement importante au moment de l'arrêt des VAD par les infirmières du CNP.

4.3.11. Les difficultés et les suggestions des intervenantes

Les difficultés rencontrées par les infirmières sont les moments où elles se sentent assez démunies devant la souffrance psychique de l'enfant, des parents, de la famille. (« *Lorsque je repartais de chez elle, je me sentais seule. Je repartais avec la tristesse de Manon et de la maman et ce sentiment de vide* » ; « *il y a des fois quand on sort de la visite, on se dit mais par quel bout on commence ?* » »).

Elles exposent aussi parfois leurs difficultés à être suffisamment attentives à chaque membre de la famille présent. Ainsi Mme Y décrit « *un besoin de concentration énorme avec Mme B* », Mme Z décrit ses difficultés pour « *garder un œil sur les deux [Martin et son petit frère Arthur] surtout le petit dernier pour voir comment il évoluait* ».

Elles suggèrent que dans certaines situations intervenir en binôme pourrait être intéressant « *pour partager cette souffrance, cette douleur* » mais nuancent cette idée en pointant le risque d'un plus grand sentiment d'intrusion. Elles soulèvent également la place centrale de la supervision des intervenants à domicile en expliquant que parfois « *on reste avec ce qu'on a vu, ce qu'on a vécu et puis on se dit on aurait pu faire différemment. On est tellement la tête dans le guidon...* ».

5. DISCUSSION

Ces résultats soulignent la complexité du vécu et de la perception des soins par les parents bénéficiaires et les soignants intervenant. L'entretien semi-directif se révèle être une méthode adaptée pour explorer cette complexité et en restituer la richesse. En effet, des éléments essentiels échapperaient très probablement à des approches plus quantitatives, telles que le questionnaire, tandis que les questions ouvertes laissent la place pour des thèmes non anticipés par notre subjectivité.

Nous allons dans un premier temps tenter de dégager les similitudes et divergences dans les témoignages des mères et des infirmières puis nous discuterons des éléments qui nous semblent avoir été nécessaires pour la création d'une alliance thérapeutique de qualité. Enfin, nous évoquerons les biais de cette étude avant de conclure par les éventuels axes d'améliorations des visites à domicile dans les situations de négligence.

5.1. « Regards croisés »

5.1.1. Travail en réseau et risque de clivage

La PMI est une institution souvent nommée par les mères et les soignantes au sujet du contexte d'arrivée des familles au CNP. Elle reste ensuite très présente dans le récit des infirmières comme un étayage complémentaire à celui apporté par le CNP, ce qui apparaît moins évident dans les témoignages des mères. Ceci est également retrouvé pour les autres partenaires comme les TISF, les éducateurs, le travail réalisé par les professionnels de la crèche. Nous pouvons relier ces oublis dans les récits des mères à des souvenirs pénibles ou au désir de masquer leurs difficultés personnelles à s'occuper de leur enfant, mais également penser que ces moments de prise en charge restent très extérieurs à ces parents, dont le fonctionnement peut parfois relever du **clivage**.

Un des risques de ce fonctionnement pathologique de clivage est de le retrouver dans les relations des professionnels entre eux. Ainsi, il apparaît primordial qu'une place importante à l'analyse de ces phénomènes soit faite afin de les identifier et de

les traiter au long cours. C'est tout l'enjeu du travail en réseau: il doit établir un véritable maillage sécurisant indissociable de la pratique de la visite à domicile.

La question de la continuité et de la cohérence entre les différents partenaires est cruciale pour les familles dites négligentes qui peuvent être prises dans des rivalités, des modalités d'intervention, des discours complètement différents, qui les laisseront d'autant plus démunies qu'elles n'en comprendront pas les enjeux.

5.1.2. L'acceptation et la mise en place : des souvenirs divergents

Les souvenirs de la mise en place des visites à domicile divergent entre bénéficiaires et intervenantes.

Ainsi, les parents de David se souviennent d'avoir ressenti une grande méfiance à l'égard de ce projet de soins et de l'avoir accepté très difficilement alors que l'infirmière référente dit ne pas avoir perçu de résistance dans cette famille ni de méfiance lors de la mise en place des visites à domicile.

A l'inverse, les mères de Martin et Manon se remémorent d'avoir accepté facilement et rapidement, alors que les infirmières se souviennent soit d'avoir eu des difficultés pour joindre une des mères pour prévoir la première visite à domicile, soit d'avoir eu besoin d'une année pour accompagner une des mères consulter pour la première fois au CNP.

Ces divergences peuvent peut-être s'expliquer en partie par la possibilité d'une **reconstruction mnésique**. Ainsi, une lecture a posteriori d'un soin qui s'est bien passé après la mise en place pourrait-il modifier le souvenir d'un début « chaotique » ?

La **dimension intersubjective** est également à prendre en considération, les perceptions et vécus d'un même phénomène pouvant être différents pour chaque acteur.

Toutefois, infirmières et mères s'accordent sur un point : l'importance des premiers contacts. En effet, dès la première véritable rencontre, grâce à la posture qu'adoptent les infirmières, les mères se rendent compte qu'elles viennent sincèrement dans une proposition d'aide et de soutien.

5.1.3. Le contenu des visites à domicile : concordance des témoignages

Les éléments fondamentaux de l'intervention (observation thérapeutique, guidance parentale, soutien, accompagnement vers l'extérieur) ont été retrouvés dans le discours des participantes, de manière cohérente avec ce qui a pu être identifié dans le contenu des visites à domicile effectivement réalisées par les infirmières.

Concernant l'observation thérapeutique, l'attention portée par l'observateur au jeune enfant « permet de mettre en place les conditions nécessaires à l'expression de ses comportements compétents » (250). Il est alors intéressant de voir que ces comportements compétents d'attention et d'observation des infirmières peuvent se développer aussi chez les parents lorsqu'ils s'identifient progressivement à la **fonction observante** de l'intervenante et proposent à leur tour leurs propres observations. Nous retrouvons ainsi les notions de « matrice observante » développée par Geneviève Haag (251) et de « support identificatoire » de Didier Houzel (252).

Cette cohérence de contenu peut s'expliquer en partie par le fait que les familles engagent à mettre en place une stratégie adaptée aux difficultés qu'elles rencontrent et génèrent à la fois. Ainsi les infirmières doivent faire preuve de capacités d'adaptation importantes, tout en maintenant au premier plan l'intérêt de l'enfant.

5.1.4. L'intérêt de l'enfant, l'approvisionnement des parents et l'adaptabilité des infirmières

S'il est essentiel pour les infirmières de se préoccuper des soins primaires que l'enfant reçoit et de s'exprimer sur ses besoins affectifs et émotionnels pour aider les parents à les reconnaître, elles ont perçu de façon quasi-intuitive qu'il fallait d'abord prendre soin des parents pour prendre soin de l'enfant, ce qui se manifeste subtilement chez les parents par leur besoin d'écoute et de soutien.

L'**adaptabilité**, la capacité de **distanciation** et la **bienveillance** de l'intervenante sont fondamentales dans les soins qu'elles délivrent. Ainsi, les infirmières

parviennent, sans pour autant nier les dangers encourus par l'enfant, à ne pas accabler les parents. Chacune avec son style et sa sensibilité utilisera des « astuces » comme la voix *off* qui verbalise ce que le comportement de l'enfant lui révèle de ses émotions, de son vécu ou toute autre façon d'exprimer son ressenti. Il est important de maintenir pour le jeune enfant cet accès à son domicile, car c'est l'occasion de l'observer dans son contexte familial, de voir ses compétences, ses façons de réagir, de s'organiser dans son environnement, de se construire psychiquement. Une attention particulière lui est portée et c'est avec une certaine souplesse que les infirmières interviennent, en commentaire plutôt qu'en interprétation.

Il leur faut discerner ce qui est tolérable pour l'enfant de ce qui ne l'est pas et jusqu'où il peut aller tout en s'inscrivant dans un soutien inconditionnel des mères.

Les infirmières semblent avoir fait le choix de rencontrer les parents en tant qu'individus souffrants avant de les aborder en tant que parents défaillants ou déficients, maltraitants... Cela demande une grande souplesse d'adaptation aux circonstances, un aménagement renouvelé du cadre, une « résistance » à toute épreuve.

5.1.5. La relation au cœur du soin

L'ensemble des mères et des infirmières décrivent une relation particulièrement forte et privilégiée mais emploient des qualificatifs évoquant une coloration transférentielle différente.

Ainsi, les mères perçoivent l'infirmière venant à leur domicile « *presque comme une amie* » alors que les infirmières ont recours à la dimension maternante, voire « grand-maternante ».

L'intervenante doit être dans une certaine proximité tout en évitant de se laisser aller à la familiarité, elle est une « invitée professionnelle » dans la famille.

Cette dimension de professionnalisme est importante aux yeux des mères. En effet, les infirmières sont mises en position de « sujets supposés savoir » pour reprendre la formule de Lacan (278). Cela concorde avec les résultats de l'étude menée par Olds et al. (240) qui montrent que des soins à domicile ont plus d'effets et qu'ils sont mieux suivis par les familles lorsque les intervenants sont des professionnels de santé plutôt que des bénévoles.

L'intervenante court également le risque d'être idéalisée massivement par la famille, peut-être en contre-position défensive à la peur qu'elle a pu leur inspirer au début.

Ces résultats concernant la relation mère-infirmière font écho à différentes recherches qualitatives portant sur l'évaluation de programmes de visites à domicile précoces auprès de familles à haut risque psychosocial dans la période postnatale.

Ainsi, dans une étude centrée sur le programme Healthy Families America et une étude centrée sur le programme CAPEDP, Krysik et al.(276) et Saïas et al. (279) ont identifié auprès des participantes des représentations semblables à celles que nous retrouvons. Ces similarités portent notamment sur la perception des intervenantes privilégiées comme des personnes compétentes et très proches (« amie... »).

Ces auteurs rapportent également que près de la moitié des participantes ont exprimé des difficultés à entrer dans le programme (méfiance lors des premières visites notamment). Dans un autre programme de visites à domicile irlandais, les auteurs de Preparing For Life (280) ont également identifié que des parents suivis lors du 6^{ème} mois de leur enfant témoignaient d'une relation avec leur intervenante de nature comparable à celle décrite dans notre travail et dans les autres études (qualité de la relation de soutien, capacité de support...).

Lorsque les mères évoquent la relation qu'elles entretiennent avec l'infirmière, elles font référence à ses **qualités personnelles** et **professionnelles**.

Dans la façon dont les mères décrivent alors les infirmières, nous pouvons distinguer les éléments renvoyant à une **fonction maternelle** (contenance, chaleur de l'accueil, bienveillance, écoute, disponibilité, réassurance...) et d'autres se rapportant à une **fonction paternelle** (guider et donner des repères, verbaliser, accompagner vers l'extérieur et resituer dans le lien social...).

Ces qualités nous semblent également manifester toute la **dimension transférentielle** à l'œuvre dans une relation thérapeutique, aussi bien par les résistances soulevées que par la **dimension projective** et les mécanismes d'**identification** nécessaires à son instauration.

Du côté de l'intervenant, nous pouvons facilement imaginer que l'observation dans ces familles est par moment éprouvante, qu'il y a parfois « une véritable violence

dans la rencontre » (281). D'un côté, les mères mettent en place des défenses contre leur jeune enfant et projettent leurs angoisses à la fois sur lui et sur l'intervenante. De l'autre côté, la souffrance du jeune enfant est difficile à supporter d'autant que les infirmières se gardent bien d'agir, sinon que par des conseils.

Cette rencontre engage l'intervenante dans une relation contre-transférentielle, parfois angoissante, la défaillance des fonctions maternelles ayant des conséquences traumatiques pour l'enfant.

Les sentiments d'impuissance, d'inutilité et la sensation de solitude que font parfois vivre ces familles ne sont que le miroir de ce qu'elles peuvent éprouver.

Mais cette relation contre-transférentielle est aussi imprégnée par le fait que ces infirmières ont été « touchées », émues par ces familles, et qu'elles croient en leur capacité de changement. Les infirmières travaillent avec cette compassion qu'elles éprouvent contre-transférentiellement pour la détresse du bébé et celle de la mère dont elles perçoivent les failles et une ancienne souffrance d'enfant meurtri. Tout ceci semble être nécessaire pour supporter les attaques contre l'enfant et pour lutter contre les ruptures menaçant le lien établi (281). Pour chacune, prendre en compte sans honte ses émotions, ses sentiments, son contre-transfert, est un outil clinique important : indicateur sémiologique, il est aussi source d'évolution par la prise de distance qui s'ensuit, comme le préconise Bick dans sa méthode d'observation.

5.1.6. Et l'attachement ?

Les relations entretenues entre les infirmières et ces familles sont peut-être des occasions uniques qui leurs sont données de pouvoir « éprouver » un sentiment de sécurité, cette « base sûre » dont parle Bowlby. Ceci n'est possible qu'en leur laissant la « maîtrise » de la rencontre, au sein de cet environnement familial duquel elles peuvent rester maîtres.

Les intervenantes ont à maintenir activement la relation clinique pour permettre à ces familles d'expérimenter une autre forme de lien, stable et sécurisant pour les adultes et pour l'enfant, qui rompt avec la répétition des échecs, des séparations et des ruptures passés.

La formule « prendre soin de celui qui prend soin » de Kobak et Mandelbaum (282) traduit une préoccupation majeure du courant attachementiste : tout en étant à

l'écoute de leurs propres besoins de réconfort et de soutien l'intervenant doit permettre aux *caregivers* de retrouver des capacités de protection et de soutien auprès de l'enfant, ou d'utiliser ces capacités de manière plus efficace (210)(282). Ceci ne peut se faire que sur la base d'une relation thérapeutique sécuritaire, qui est en soi un véritable vecteur de changement.

Le modèle de l'attachement souligne la place centrale faite à l'établissement d'une alliance thérapeutique avec les parents. Pour Seligman et Pawl (283), cette alliance implique qu'ils aient confiance dans la préoccupation thérapeutique et la capacité à les aider des soignants. Elle repose sur des modalités de soins spécifiques et sur l'attitude disponible, empathique et sensible du thérapeute. C'est ainsi que Bowlby et ses successeurs conçoivent le cadre du traitement comme devant être une base de sécurité construite par l'intervenant et pouvant seule permettre aux parents l'engagement dans un travail durable et en profondeur.

Cette capacité du thérapeute et sa flexibilité à jouer son rôle de base de sécurité et à faire vivre aux parents et à l'enfant une expérience interpersonnelle qui ne confirme pas les attentes de ces derniers sur la relation sont affectées par son propre système d'attachement (284). Malgré son importance dans la compréhension du contre-transfert, la question de la manière dont l'attachement de l'intervenant joue sur la conduite des soins reste encore peu étudiée (285).

5.1.7. L'évolution et les bénéfices

Les résultats ont mis en évidence que de nombreux bénéfices étaient perçus par les mères, ceux-ci sont plus nuancés pour les infirmières. Si les enfants ont pu reprendre leur processus développemental, tous les trois conservent des séquelles. Le temps du soin, de sa mise en place est du temps durant lequel l'enfant peut continuer à souffrir. Les effets pathogènes ne sont pas tous réversibles. Ainsi, soigner ne permet pas d'effacer les effets mais permet de les atténuer et de reprendre le processus évolutif, et de rendre possible la poursuite du soin et de l'éducation.

Un des effets les plus criants est la renarcissisation des parents avec la valorisation de leurs compétences parentales.

L'impact positif sur les enfants suivants est également remarquable pour deux des situations, les parents paraissant plus réceptifs à leurs signaux et à leurs besoins.

Un autre effet, plus intangible que les modifications comportementales et les réaménagements psychiques amenés, est le sentiment de soutien et de sécurité apporté aux participants.

5.1.8. L'arrêt de la prise en charge : symbolique de l'attachement qui a pu se créer ?

Pour les mères et les infirmières, l'arrêt des visites à domicile est un moment singulier de la prise en charge. Celui-ci a lieu progressivement, avec d'abord un espacement des rencontres. Cela permet d'éviter à ces familles de vivre une rupture, évènement douloureux qu'elles ont généralement déjà beaucoup expérimenté. Cet arrêt est anticipé et préparé. Les familles ainsi que les autres intervenants sont concertés. Les infirmières s'assurent toujours qu'un étayage déjà connu se poursuit (PMI, TISF, mesure éducative) et accompagnent les mères et leurs enfants vers la nouvelle structure dont ils dépendent compte tenu de leur âge. Malgré ces précautions, des angoisses de séparation peuvent émerger, et nous retrouvons alors la dimension de manque chez ces mères qui ont pu entretenir une relation proche de la dépendance.

5.1.9. Les critiques et les recommandations

Les mères formulent très peu de critiques à l'encontre des visites à domicile. Elles les recommanderaient à des mères à qui elles seraient proposées. Ce recueil de discours uniquement positifs sur les prises en charge amène à s'interroger sur les biais possibles que nous préciserons un peu plus loin.

Les soignantes quant à elles suggèrent la possibilité de réaliser les visites à deux, ainsi que l'augmentation des temps de supervision. Nous discuterons ces deux derniers points dans les axes d'amélioration.

Nous allons désormais nous attarder sur les éléments qui nous ont semblé indispensables pour la bonne réalisation des soins à domicile, soit une bonne alliance thérapeutique.

5.2. « Ce qui fait alliance »

Approcher les familles négligentes et établir une relation durable est la condition première non d'une simple rencontre, mais d'un suivi des parents et de l'enfant. Pourtant, il apparaît souvent difficile de construire une **alliance thérapeutique** solide et durable avec ces familles, qui repoussent régulièrement toute forme de lien et peuvent avoir une méfiance massive vis-à-vis des institutions. L'alliance thérapeutique correspond à la relation de confiance et de collaboration qui se met en place entre le thérapeute et le patient. Elle est un contrat tacite à travers lequel les personnes en présence marquent leur accord afin qu'une rencontre soit possible et constructive.

Pour de nombreux auteurs, il apparaît évident qu'une solide alliance avec les familles peut représenter un mécanisme de changement, en permettant de modifier des modèles relationnels négatifs ou plus simplement en augmentant leur **confiance** dans les informations et les soins donnés (220).

Comment trouver une manière adaptée d'entrer en relation avec elles, sans provoquer immédiatement leur fuite ? (229) De quelle façon une alliance thérapeutique de qualité avec ces familles peut-elle se développer et se maintenir ? Nous allons tenter d'y répondre à partir des témoignages des mères et des infirmières.

5.2.1. Les premières rencontres : l'enveloppe sensorielle

Les premières impressions parentales ont joué un rôle déterminant dans l'instauration et la pérennisation de l'alliance thérapeutique, comme plusieurs auteurs l'ont indiqué (259)(261) (267)(286).

Dans ces premières rencontres, la **dimension sensorielle** apparaît au premier plan. Ainsi la douceur des intervenantes, ressentie dans leur voix, leur regard, a marqué positivement les mères. Cette sensorialité évoque la création d'une **enveloppe**, d'une contenance pour ces mères et ces enfants négligés.

L'importance requise de la sensorialité de ces contacts et de ces **attentions contenantes** est majeure, puisqu'elles semblent participer, chez ces familles évitantes et traumatisées, à la possibilité d'accepter un suivi et d'y participer.

5.2.2. La bienveillance

Les infirmières semblent avoir laissé se dérouler ces rencontres sans a priori, même si elles connaissaient l'histoire infantile et les antécédents des parents. Les parents semblent s'être impliqués dans les soins d'autant plus que les relations avec les soignants étaient basées sur la confiance réciproque. Le fait qu'ils se soient sentis traités avec humanité les a aidé dans la restauration d'une certaine estime de soi et de leur image narcissique. Les mères se sont (re)senties aidables par des soignantes qui les ont bien traités, qui ne les ont **pas jugés**, elles ont alors d'autant plus adhéré aux soins.

5.2.3. L'indispensable temps

En laissant aux familles le **temps** de la découverte, elles peuvent libérer leurs angoisses et exprimer leur questionnement.

La honte, la pudeur, la culpabilité, la méfiance ou un certain niveau de conscience empêchent certaines mères de s'ouvrir et d'aborder la réalité du contexte qu'elles subissent ou qu'elles font subir à leur enfant. Cette réaction défensive paraît légitime et il faut la comprendre en relation avec le cadre référentiel du système familial.

Toute action précipitée n'entraîne que confusion, résistance et chaos.

Durant les visites à domicile, les infirmières peuvent parfois expliquer de manière claire et très pédagogique les règles et les limites de leurs interventions et cela peut amener les mères à entrer dans le jeu de la rencontre et parfois même à faire des propositions auxquelles les intervenantes n'avaient pas pensé.

5.2.4. Les compétences des parents : un partenariat pour le soin

Les infirmières privilégient l'abord des parents par leurs **ressources**, par leur « partie saine » et non pas par leurs carences ou leur pathologie. Leurs regards se portent sur des parents en souffrance, des parents à qui il faut redonner confiance en soi et estime de soi, des parents qui ont des compétences et des savoirs sur leurs enfants et non uniquement des parents maltraitants.

Face aux soins défailants, la tentation pourrait être d'agir autoritairement alors que les infirmières réfléchissent à comment amener les parents à se construire eux-mêmes comme protecteurs de leurs enfants et leur prêter une intériorité psychique. Elles prennent le temps, celui supportable par l'enfant, celui de trouver les mots ou le ton pour aborder ce qui les inquiète dans les attitudes inadéquates des parents, et eux-mêmes peuvent arriver tout doucement à verbaliser leurs difficultés. Les parents retrouvent peu à peu des possibilités à la fois de s'identifier à leur enfant et de mieux **s'ajuster à ses besoins** et de **se différencier**.

De cette manière, les infirmières s'autorisent à faire des parents des « **co-acteurs** » **du soin**. Elles les renarcissent en permanence dans ce qu'ils font de bon pour l'enfant, tout en répondant aux demandes de celui-ci.

En considérant les parents comme partenaires, détenteurs d'un savoir et d'un pouvoir, elles leur offrent un autre statut. La mise en commun de certains objectifs, la discussion, les divergences et la négociation participent à l'élaboration d'un rapport d'alliance. Partant de cette élaboration, l'objectif principal se recentre sur un mieux-être de l'enfant.

Cette reconnaissance de la famille comme interlocuteur valable la situe en position d'observateur privilégié de l'enfant et des événements le concernant. Une fois intériorisés, les messages prennent sens et peuvent alors converger de manière plus efficace que s'ils étaient imposés par un savoir extérieur.

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude québécoise menée par René et al. (287) dans laquelle est présenté le point de vue de parents vivant en contexte de pauvreté et bénéficiant de soins médico-psycho-sociaux. Les parents expriment de la colère en évoquant les prises en charge durant lesquelles ils ont eu l'impression que les intervenants faisaient à leur place de parent, sans jamais les concerter. L'intervention idéale selon eux est marquée par le sentiment « d'être plutôt guidés », d'être dans « une relation égalitaire où l'on fait confiance en leur capacité de faire et d'apprendre ».

5.2.5. La ténacité et la conviction des intervenantes

La **ténacité** dont ont fait preuve les intervenantes, ténacité aussi patiente et convaincue que ces familles sont insaisissables, semble avoir joué un rôle déterminant dans le développement de l'alliance thérapeutique. En effet, leur patience pour surmonter les résistances des mères, leur démarche profondément humaine a permis aux familles de se rendre compte de la sincérité et de la solidité de cette **relation d'aide**. Elles ne se sont jamais senties forcées mais toujours respectées.

Cela rejoint les récits des visites à domicile de Fraiberg (210) dans lesquels elle montre combien l'**obstination** des soignants est payante en termes de soutien et de transformation des liens. Fraiberg appuie essentiellement sa pratique thérapeutique sur la mise en place d'une alliance thérapeutique autour du bébé, sur l'utilisation du contre-transfert pour la maintenir, comme sur la disponibilité à éprouver, pour les comprendre, les mouvements de liaison et de déliaison qui traversent les rencontres.

5.2.6. La disponibilité des intervenantes

Les résultats mettent en évidence qu'il est important de rester disponible si un besoin urgent se fait sentir pour le bébé, mais pas seulement pour lui, également pour sa mère et chacun des membres de la famille dont il faut « se préoccuper » individuellement. Cette **disponibilité** et cette réactivité participent grandement à l'alliance et à la confiance thérapeutique.

5.2.7. L'adaptabilité et la créativité des soignantes

L'alliance thérapeutique a pu se mettre en place grâce à l'adaptation des professionnels aux familles visées : grande souplesse du cadre, **passage par le concret**.

Il s'agit de faire preuve de créativité pour les soignants, sollicités dans leur « **fonction d'attention** » (288) et de passer par le niveau concret, dans lequel fonctionnaient les parents, pour aborder le niveau symbolique. Le passage par le concret apparaît d'autant plus adapté que les parents concernés fonctionnent peu dans l'introspection et la verbalisation.

5.2.8. Le respect du lien et la sollicitude prévenante

La moindre des absences, le moindre des retards des infirmières peuvent être vécus comme un abandon, une rupture et alors sanctionnés dans l'instant. En effet, la plus petite défaillance quant à la régularité des rendez-vous peut réactiver des vécus d'abandon et ainsi être sanctionnée par une porte fermée et la crainte que la rupture de soins puisse être définitive.

Ainsi les infirmières sont très vigilantes à ce lien fragile et précieux. Elles en prennent soin. Il leur faut rester présentes même absentes, en rappelant combien le souci de ces mères, de leur bébé et de ces familles leurs tiennent à cœur.

Ces divers éléments ont été d'une aide certaine pour établir une alliance thérapeutique avec ces familles dites négligentes. Cette alliance, au-delà de la méfiance et des ruptures de liens, a garanti la durée et l'évolution des soins.

Les intervenantes, devenues progressivement celles à qui les parents s'autorisent à demander de l'aide, celles qui reconnaissent les progrès de l'enfant et se préoccupent du « bien-être de chacun », ouvrent à l'acceptation d'un suivi institutionnel après leur départ, montrant par là même qu'elles ont pu être, pour ces familles, une première expérience d'un « **objet parental** » **fiable et bienveillant**, et que cette expérience de **nouveau lien** a pu être intériorisée.

5.3. Les biais

L'interprétation des résultats doit être nuancée au regard des limites liées au **recrutement** des participantes qui a sans doute favorisé les familles bien engagées dans les soins.

En effet, il est connu que les non-participants aux recherches présentent souvent des profils moins bons que les répondants et que les personnes acceptant directement de participer à des évaluations de soins sont globalement satisfaites de la prise en charge et moins critiques (289).

La très petite taille de l'échantillon est également à prendre en considération. L'échantillon de ces familles rencontrées ne reflète pas l'ensemble des populations bénéficiant des visites à domicile pour des situations de négligence.

Le critère d'inclusion des sujets ayant bénéficié d'une prise en charge pendant au moins un an nous apparaît également significatif comme biais : il est probable que seules les personnes les plus compliantes et les plus satisfaites aient poursuivi leur prise en charge aussi longtemps. Il serait intéressant de tester cette hypothèse auprès des personnes ayant rapidement mis un terme aux accompagnements et d'explorer leurs motivations et leur vécu.

La courte durée depuis la fin de la prise en charge à domicile voire la poursuite de ces soins peuvent également avoir biaisé les résultats. En effet, le peu de recul depuis la fin des soins à domicile empêche peut-être certaines mères de fournir une pensée plus élaborée et aboutie, à distance des bouleversements émotionnels de fin de suivi. Cela a toutefois l'avantage de limiter les **remaniements mnésiques** même si ces derniers sont inévitablement présents chez les mères et les infirmières.

L'existence d'autres soins, pour les enfants et parfois pour les mères, réalisés en parallèle des visites à domicile est à prendre en compte pour nuancer les effets perçus des VAD par les parents. En effet, l'évolution positive décrite est probablement le résultat de l'ensemble des prises en charge concomitantes et il paraît difficile de différencier précisément des liens de cause à effet thérapeutique.

Enfin, d'autres biais sont à prendre en compte : effet de désirabilité sociale, **conflits de loyauté** à l'égard des intervenants et des institutions. En effet, la participation à cet entretien est peut-être motivée pour ces mères par le désir de rendre quelque chose à ceux qui les avaient aidés ou de montrer les aspects positifs de leur évolution. Notre statut, même si notre indépendance de l'institution a bien été précisée, a peut-être également été de nature à influencer la nature des réponses fournies.

5.4. Des axes d'amélioration ?

L'importance des **premiers contacts** pour la mise en place d'une alliance thérapeutique entre les familles et les soignants invite ces derniers à être particulièrement attentifs à ces moments. La question de la **sensorialité** semble être une piste intéressante à travailler, les soignants pourraient y être sensibilisés.

L'intolérance de certaines familles à toute interaction potentiellement vécue comme un reproche car trop directe et pressante incite à sensibiliser les professionnels à cette difficulté particulière, et un travail sur la reformulation des interventions verbales pourrait être entrepris et intégré dans leur formation.

La préparation de la fin de la prise en charge demanderait elle aussi une attention particulière.

La supervision des infirmières est un soutien indispensable à la sécurité nécessaire de ces dernières pour effectuer, le plus souvent d'une manière solitaire, ces interventions parfois difficiles.

Les intervenants à domicile ne doivent pas être des électrons libres et ne doivent pas intervenir « seuls ». L'institution doit leur permettre d'avoir un cadre interne suffisamment sécurisé. Des réunions de différents types (supervision, analyse de pratiques...) paraissent indispensables. Elles aident à prendre le recul nécessaire pour poursuivre de manière cohérente le suivi de ces familles. Les synthèses régulières entre les différentes équipes qui interviennent sont aussi essentielles.

Dans certains cas, des visites à domicile sont mises en place avec deux intervenantes. Elles permettent de partager leur attention entre les adultes et l'enfant. De plus, l'impact des projections à absorber et à transformer, et celui de la souffrance ressentie, peuvent être diminués en partageant le ressenti et en rétablissant le sens dans l'après-coup.

Mais intervenir à deux peut se révéler trop persécuteur et impossible à mettre en place chez certaines familles. Dans ces situations, une « co-intervention » décalée triangule la relation, fait le lien avec l'extérieur, protège l'intervenant d'une position trop exclusive et solitaire et permet une élaboration commune à des moments importants du suivi.

Enfin, le lien doit toujours être maintenu avec les autres intervenants, d'autant que ces familles peuvent inquiéter de façon inégale les professionnels des différents champs.

6. CONCLUSION

Cette étude met en évidence l'intérêt d'intégrer le discours des usagers dans l'évaluation des prises en charge. En effet, la représentation des soins à domicile par des bénéficiaires complète et affine les données issues des dossiers institutionnels, des questionnaires, des entretiens avec les soignants. Ainsi, nous retrouvons un sentiment global des interventions positif pour l'ensemble des participantes. Les résultats de cette étude qualitative soulignent l'intérêt des visites à domicile pour les mères bénéficiaires interrogées. Ils contribuent à mettre en évidence les éléments nécessaires à l'alliance thérapeutique entre « patients » et professionnels dont le rôle n'est pas négligeable dans la réussite de telles interventions. Ces interventions basées sur la qualité des relations et la confiance entre intervenantes et familles réalisent un soutien réel de la parentalisation dans la relation à l'enfant. En (re)trouvant appui sur la relation, ces familles se sont réinsérées dans les circuits de soins. Enfin, ces résultats autorisent à penser des modalités d'amélioration de ces interventions.

Par ailleurs, nous nous sommes interrogés sur les effets corollaires de la participation de ces mères à notre étude.

Nous pouvons imaginer qu'obtenir leur accord et leur participation pour une recherche est une source narcissique importante pour ces familles dites « sans qualités » à qui il est demandé aide et collaboration, ce qui peut-être rare. Avoir besoin de leur appui est une bonne façon de valoriser ces familles qui ne cessent de se dévaloriser elles-mêmes. L'entretien a peut-être permis aux personnes rencontrées de revisiter une période de leur histoire, de faire des liens avec leur passé, leur évolution. Ce travail de reprise en présence d'un tiers n'avait pas été effectué auparavant.

Ainsi, de tels entretiens de recherche ont peut-être d'éventuels aspects thérapeutiques corollaires. Ils nécessiteraient d'être menés selon une grille élaborée avec le souci des processus psychiques sollicités chez les participants et par des chercheurs sensibilisés par leur formation aux aspects cliniques sous-jacents (267).

Toutes ces interrogations constituent d'intéressantes hypothèses pour des recherches ultérieures.

CONCLUSION

Ainsi, la négligence est un phénomène fréquent, touchant profondément les individus. Elle est la source de nombreux troubles chez le bébé dont la construction psychique est dépendante de ses liens avec son environnement, puis chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte, le parent qu'il deviendra. Elle modifie le développement cérébral en profondeur. Ces troubles, une fois fixés, deviennent en eux-mêmes un obstacle à leur traitement, rendant leur prise en charge très difficile, d'où l'importance de prévenir leur apparition très précocement et par des moyens spécifiques. La négligence n'est donc pas une affaire négligeable tant à l'échelle de l'être qu'en termes de santé publique.

Cependant, construire des actions de prévention, d'aide et de soin s'avère compliqué car les familles en question ne demandent pas, puis souvent n'acceptent pas l'aide proposée. En effet, de par leur organisation psychique fragile, leur histoire et leurs expériences passées, elles sont souvent habitées par l'idée obsédante du risque de retrait et de placement de leur enfant. Cette crainte les engage dans l'évitement et non dans une recherche active d'être aidées.

La question de la méthode pour entrer en relation avec ces familles, sans provoquer immédiatement leur fuite, a fait l'objet de nombreux travaux. Les visites à domicile font partie des modes d'approche opérants.

Se rendre au domicile de ces parents que l'on dit « sans qualités », c'est mettre à leur disposition la possibilité de conquérir celles-ci. Cela permet également de les maintenir dans une certaine maîtrise de la rencontre, au sein d'un environnement moins insécurisant.

Cet espace non familial pour l'intervenant, qui peut être instable et mouvant, réclame une sécurité personnelle forte et une grande adaptabilité.

Mais parallèlement, cette immersion dans la famille permet de mieux appréhender la pathologie familiale et d'être davantage sensible à ce que vit chacun des protagonistes, particulièrement le jeune enfant.

En visite à domicile, le professionnel voit de manière plus crue les problèmes de ces familles qui peinent à reconnaître l'individualité de leur enfant et ses besoins. Apparaissent clairement dans ce cadre les difficultés dans les interactions, les négligences et les dangers encourus.

Pour que ces visites à domicile soient bénéfiques pour l'enfant, sa fratrie et ses parents, il faut qu'elles puissent se dérouler dans le temps et nécessitent donc une alliance thérapeutique solide entre la famille et le soignant.

Recueillir le point de vue des usagers et celui des intervenants pour tenter de comprendre les processus à l'œuvre dans le développement d'une alliance soignant-parents lors de visites à domicile pour des situations de négligence est une méthode intéressante compte tenu de la richesse des résultats. Ces derniers offrent une représentation plus précise et nuancée du vécu des interventions et de leurs effets.

Nos résultats mettent en évidence l'importance des premières impressions des parents lors de la rencontre avec l'intervenant dans l'instauration et la pérennisation de l'alliance. Dans celles-ci, la dimension sensorielle est très présente.

Interrogées sur les caractéristiques des intervenants, les familles mentionnent comme particulièrement aidantes les capacités d'écoute et d'échange, l'absence de jugement, la bienveillance, la sollicitude, l'adaptabilité et la disponibilité.

Sur la base de ces qualités relationnelles, l'infirmière peut exercer son rôle de contenance, de soutien émotionnel, de guidance parentale et d'aide à l'élaboration des difficultés.

La relation entre l'infirmière, l'enfant et les parents est au cœur du soin. Elle apporte soutien et sécurité à ces familles aux attachements souvent désorganisés.

Être à domicile permet de positionner clairement les parents comme co-acteurs du soin. Cela les conforte dans leur place de parent et les renarcissise, ce à quoi ils sont particulièrement sensibles.

Les infirmières doivent s'adapter au fonctionnement de ces parents dont il faut prendre soin pour accéder aux enfants, mais toujours dans l'intérêt de ceux-ci et en respectant les limites de ce qu'ils peuvent tolérer. Le développement le plus harmonieux de l'enfant, le respect de sa sécurité et de sa continuité psychique restent leur priorité.

La position éthique est d'engager un dialogue constructif avec les parents, de chercher à créer un climat de confiance qui s'appuierait sur la recherche du « meilleur souhaité » par eux pour leur enfant et par le fait que les infirmières « s'inquiètent avec eux ».

Les bébés et les enfants souffrant de négligences montrent que s'inscrivent rapidement dans leur développement, dans leur fonctionnement interne, dans leur construction psycho-affective et psychomotrice, dans leur structure, des traces de la négligence de leur parent à leur égard. Le temps compte différemment pour eux et pour leurs parents, pour eux et les institutions. Ainsi, les infirmières doivent trouver le bon rythme, elles doivent respecter les résistances des parents sans être spectatrices. Elles cherchent à répondre à la fois au principe de la prépondérance des besoins de l'enfant et à celui de la nécessité de soutien parental.

Prendre soin de ces familles nécessite des temps pour penser et supporter les affects éprouvants que ces situations suscitent. La place de l'institution et l'encadrement de l'intervenant apparaissent comme des points clés de la visite à domicile. Des réunions de différents types (supervision, analyse des pratiques etc...) sont indispensables. Elles aident à prendre le recul nécessaire pour poursuivre de manière cohérente le suivi de ces familles.

Soigner des enfants dans des familles dites négligentes signifie travailler avec de nombreux partenaires, dont les principaux sont la PMI, l'ASE et la justice. Les synthèses régulières entre ces différentes équipes sont elles aussi essentielles. Le fonctionnement en clivage, fréquent dans ces familles, risque de se retrouver dans le fonctionnement des partenaires entre eux. Un travail en réseau cohérent et coordonné permet aussi à ces familles d'expérimenter la solidité des liens entre les différentes institutions.

Les mères rencontrées ont toutes les trois un discours positif concernant les effets attribués aux prises en charge à domicile. Certains biais doivent évidemment être pris en compte (limites de la méthode de recrutement, conflits de loyauté à l'égard des intervenants, temps limité depuis l'arrêt des VAD, remaniements mnésiques), mais la méthode qualitative utilisée offre l'accès à la richesse du vécu subjectif.

Ces interventions réalisées avant tout dans l'intérêt de l'enfant ont permis d'infléchir leur évolution vers des voies plus apaisées, plus harmonieuses, même s'il persiste bien évidemment des difficultés séquellaires.

Ainsi, Manon, David et Martin sont de jeunes enfants désormais reconnus comme différents et autorisés à se différencier. Leurs besoins sont plus identifiés et pris en compte.

Nous retiendrons également comme effet à leurs égards, la (re)découverte du plaisir narcissique et relationnel qui a donné aux parents le désir de réinvestir leur fonction parentale. Cela se perçoit notamment au travers des inter-relations précoces avec les enfants nés pendant la prise en charge à domicile comme Juliette et Arthur, qui sont des enfants qui, pour le moment, se développent bien tant sur le plan psychique que physique.

En prenant appui sur la relation, ces familles se sont réinsérées dans les circuits de soins. Cette année Manon et David vont bénéficier de soins dans le centre médico-psychologique pour enfant dont ils dépendent. Martin va bénéficier d'un SESSAD. Arthur continue d'aller à la crèche, et Juliette va très probablement y être inscrite.

ANNEXES

Note d'information aux parents



Note d'information pour la participation à une étude non interventionnelle

« Vécu des parents des soins dispensés par
le Centre Nantais de la Parentalité lors des visites à domicile »

Médecin responsable de l'étude

Nom : Mme Claire Pérouze (interne, DES de psychiatrie, DESC de pédopsychiatrie)
Service : Pédopsychiatrie II - Centre Nantais de la Parentalité – CHU de Nantes
Adresse : 1 rue Marmontel 44000 NANTES
Téléphone : 02 28 08 84 90

Madame, Monsieur,

Le service de Pédopsychiatrie II du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une étude sur le ressenti et le vécu des parents lors de la prise en charge à domicile de leur enfant réalisée par le Centre Nantais de la Parentalité.

Il s'agira d'un seul entretien individuel durant lequel est enregistré votre ressenti de la prise en charge dont vous et votre enfant avez récemment bénéficié.

Cette étude s'étalera sur une période de 2 mois, le nombre de familles requis étant de 3 à 5. Cette étude est réalisée également à partir de données médicales collectées au cours de la prise en charge.

L'objectif est de contribuer à l'évaluation de l'efficacité des soins tels qu'ils sont proposés au sein du service et de dégager des axes d'amélioration pour le futur.

Cette étude ne présente pas de risque pour votre santé ni pour celle de votre enfant.

Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour votre santé ou celle de votre enfant en particulier. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé et dans les méthodes de travail qui sont mises en œuvre au CNP.

Le médecin du CNP pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette étude.

Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée et celle de votre enfant, les données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge du suivi de votre enfant auront connaissance de ses données nominatives.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude qui vous est proposée.

Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge de votre enfant.

Le médecin qui vous a proposé l'étude et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

A compléter par l'un des titulaires de l'autorité parentale

Je soussigné(e) :

Prénom/Nom :

.....

Mère

Père

de l'enfant (ou représentant légal), accepte que les données de mon enfant soient utilisées pour cette étude et accepte de participer personnellement à l'étude en répondant au questionnaire

oui **non**

Date :/...../.....

Signature :

Entretiens

DAVID

ENTRETIEN AVEC MME A, MÈRE DE DAVID :

Le rendez-vous a été décalé. Le jour J, Mme et Mr A avaient oublié ma venue. Lorsque j'arrive chez eux, ils sont en plein emménagement, ils arrivent à l'instant de leur précédent logement, le coffre de leur voiture chargé de meubles et d'affaires.

Mme A s'excuse, me demande de patienter quelques minutes dehors afin de mettre de l'ordre dans l'appartement.

L'accueil est chaleureux. Juliette la petite sœur est présente. David est à l'école.

La pièce de vie est en cours d'aménagement, il y a encore des cartons.

Mme A s'installe avec Juliette à la table pour notre entrevue. Je propose à Mr A de s'installer avec nous, il ne le souhaite pas. Il continue à décharger la voiture et fait du rangement dans la pièce où nous sommes installées. Il semble écouter nos échanges, et intervient par moment sur sollicitation de Mme A. A la fin, il se joint à nous.

L'entretien sera émaillé des vocalisations de Juliette qui reste assise sur la table ou contre sa mère le temps de notre rencontre.

Pouvez-vous m'expliquer le contexte de la première consultation au CNP ?

Quand David avait six mois son papa a trouvé un travail du jour au lendemain. C'était lui qui s'en occupait, moi je m'en occupais presque pas ou très très peu. Et du jour au lendemain, David a complètement changé de comportement, il a commencé à me tirer les cheveux, à me taper, à hurler. Il a changé totalement, ce n'était plus le même bébé.

Est-ce que vous étiez aussi à la maison avec Mr A et David avant que Mr A ne trouve un travail ?

Oui, oui. Mais comme j'ai été très malade à la sortie de la maternité et que Mr A était là, il s'occupait beaucoup de David. Donc du jour au lendemain, il s'est retrouvé tout seul à la maison avec moi, c'est moi qui m'en occupais la nuit et je pense qu'il n'a pas trop aimé cette séparation avec papa. Ensuite, quand son papa rentrait le soir du travail il était fatigué donc il s'occupait aussi moins de David. Son changement de comportement, je pense que c'était une façon pour David de montrer qu'il n'était pas d'accord. Il se mettait beaucoup en danger. Quand il était sur la table à langer, tellement il bougeait il a manqué de tomber plusieurs fois. Il était devenu vraiment dangereux pour lui et méchant envers moi, il faisait des crises très fortes.

Quel âge avait-il à cette période là ?

Il devait avoir à peu près six-huit mois. Il a vraiment changé du jour au lendemain.

Du coup, moi je me suis dit au début « bon c'est une petite phase » et puis j'ai eu une consultation à la PMI. Elle m'a demandé comment ça se passait et je lui ai dit « voilà avec David moi c'est plus possible, à la maison je n'en peux plus ». Je n'avais plus envie de m'en occuper, enfin ce n'est pas vraiment « plus envie de m'en occuper » mais plutôt je n'avais

pas le même désir que quand il ne me tapait pas. Du coup j'en ai parlé à la PMI et elle m'a conseillé d'aller voir justement au CNP.

C'était qui cette personne à la PMI ?

C'était la puéricultrice qui m'a envoyé sur le CNP.

Donc on a eu une première consultation avec le Dr Ga...(?) Garret ? (*j'acquiesce*) C'était avant que David marche, il avait donc moins d'un an.

Et pour comprendre David, pour me comprendre moi et Mr A, ils ont proposé de venir chez nous. Et puis ensuite ils se sont aperçus que quand David essayait de marcher, il était sur la pointe des pieds, que quand il tombait il ne se rattrapait pas, il tombait la tête la première, il ne mettait pas du tout les mains.

David quand il était contrarié il se mettait la tête contre les murs. Enfin il y avait plein de petites choses comme ça. Du coup, ils ont proposé de la psychomotricité. La psychomotricienne a fait un travail énorme avec lui. Il tenait mal avec ses mains, on voyait vraiment qu'il avait beaucoup de difficultés et elle a beaucoup aidé, surtout à marcher. Le premier truc c'est qu'elle l'a aidé à bien mettre ses petits pieds à plat, à le canaliser parce qu'encore aujourd'hui c'est un petit garçon qui est assez speed. Elle l'a beaucoup canalisé, il n'était pas capable de rester cinq minutes sur un jeu, il fallait que toutes les une ou deux minutes il change d'activité et elle a beaucoup travaillé sur ça, le fait qu'il se canalise sur une activité et rien d'autre autour.

Et quand on vous a proposé les VAD, vous étiez directement d'accord ?

Ca a été très dur d'accepter car ça nous a fait directement pensé aux trucs sociaux donc on a eu très peur. Ca a été très long avant qu'on accepte vraiment. On avait accepté qu'elle vienne mais on avait toujours peur d'être de mauvais parents.

Vous aviez peur d'être jugés ?

Oui, d'être jugés et aussi peur qu'on nous enlève notre enfant.

Qu'est ce qui vous faisait craindre qu'on vous enlève votre enfant ?

C'était plein de choses car j'ai fait un déni de grossesse, donc David n'était pas un enfant désiré à la base et du coup il y avait plein de choses qui pesaient.

Moi, en tant que maman, ce n'était pas un enfant désiré donc je me disais « peut-être qu'ils croient que c'est moi, que c'est de ma faute, que je ne fais pas bien ».

On se pose plein de questions, on se remet en question. Avec Mr A, on s'est dit « peut être qu'un jour ils vont venir et ils vont prendre David ». Il y avait plein de choses : David était à la PMI, il y avait Mme Y qui arrivait chez nous, il y avait la psychomotricienne. Et on voyait que David était très nerveux, David a été méchant envers la psychomotricienne, il l'a tapé, il l'a mordu je crois. Donc on se dit « qu'est ce qu'ils croient dans leur tête ? », « Peut-être qu'ils pensent qu'on le tape ? » ou des choses comme ça. Et du coup c'est vrai qu'on a eu beaucoup de peur au début. Et puis au fil des jours, Mme Y venait et on a réussi à avoir confiance en elle et à plus se confier.

Et on vous avait expliqué pourquoi on vous avait proposé des VAD ?

Oui, oui mais quand même... pour nous ça restait un truc social.

D'accord. Et comment cette confiance avec Mme Y s'est mise en place ?

Je pense que Mme Y nous a beaucoup écouté, elle nous a donné beaucoup de conseils. Et une fois qu'on a vu que, vraiment, elle ne venait pas là pour nous juger ou quoique ce soit, ça a été. Nous maintenant, Mme Y c'est devenu comment on peut dire ? On est super contents maintenant quand elle vient, même David est super content quand elle vient. On ne va pas dire que c'est une amie qui vient à la maison mais ça fait tout comme. David c'est comme si pour lui c'était une personne qu'on connaissait qui vient à longueur de temps. C'est au fil du temps qu'on a réussi à avoir confiance, elle a réussi à nous faire changer.

Mr A intervient : « C'est notre super nanny ! »

Vous parliez de la peur de vous sentir jugés, la peur qu'on enlève vos enfants, est-ce qu'il y a eu des moments durant les VAD où vous vous êtes sentis « réellement » jugés ?

Non, non en aucun cas. Dès qu'on lui disait des choses qu'on pouvait se reprocher, elle essayait toujours de nous redonner confiance. Elle nous a toujours dit qu'il avait des solutions, elle nous reconfortait. Là, on s'est dit « ouais elle n'est pas là pour nous dire qu'on est des mauvais parents, non au contraire ! ».

Il y a même des fois où je lui disais « moi je n'en peux plus » et elle me disait « non, vous ne pouvez pas baisser les bras » et là je me suis dit « ok si c'était une personne qui venait pour enlever mon enfant, elle n'aurait pas dit ça ».

Par exemple, moi je sais qu'il était hors de question que David sorte de la maison. Je ne voulais pas qu'il aille en halte-garderie, elle pourra vous le dire Mme Y, elle s'est battue un an et demi avec moi pour qu'il aille en halte-garderie !

Là-dessus je ne lâchais pas et finalement je pense que ça l'a aussi beaucoup aidé. Car David on l'a beaucoup surprotégé, c'était le bébé pas désiré, pas envie mais un bébé qu'on a couvé, qu'on a eu envie de pourrir, un enfant pourri quoi.

Et vous ne souhaitiez pas alors qu'il aille en halte-garderie ?

Oui, toujours pareil, j'avais peur qu'il lui arrive quelque chose. Enfin moi, j'ai hyper peur des étrangers. Le fait que mon fils soit hors de ma vue c'est une catastrophe.

C'est très angoissant ?

Oui, même pour elle (*elle désigne sa petite fille Juliette âgée de 10 mois*)...

Et Juliette, est-ce qu'elle va à la halte-garderie ?

Rires... Non, mais Mme Y commence à se battre.

Mais même pour l'école pour David ça a été très dur, j'ai été très longue à me décider.

Pour moi, quand David allait en halte-garderie, je pensais qu'il allait lui arriver quelque chose. J'avais cette peur, pourtant je veux être assistante maternelle, mais j'avais tellement peur qu'il ait quelque chose, qu'un autre enfant le bouscule. Et puis, vous ne l'avez pas vu mais il est tellement menu, c'est un enfant qui fait tout fragile. Et puis David a été gravement malade. Donc, il y avait aussi un petit peu cette crainte qu'il lui arrive quelque chose, qu'on puisse avoir de nouveau des hospitalisations et qu'il y ait alors un lien entre lui et moi qui soit cassé.

Et puis moi finalement le fait de ne pas vouloir qu'il aille à la halte-garderie, c'était égoïste, c'était pour moi, ce n'était pas pour lui. C'était aussi pour ne pas me retrouver toute seule à la maison.

Et donc Mme Y pendant un an et demi elle m'a titillé tout le temps. Et puis il y a eu la grossesse de Juliette durant laquelle j'étais très fatiguée. Entre temps, Mr A qui avait perdu

son travail en avait retrouvé un autre au début de ma grossesse, et c'est à ce moment-là que je me suis dit « je ne peux pas ». C'était devenu trop fatiguant. J'étais très fatiguée avec Juliette. Et David était beaucoup demandeur encore à l'époque et du coup je me suis dit « oui, pour moi, pour mon fils, pour me reposer, pour pouvoir souffler, pour pouvoir prendre un peu de temps pour moi », je me suis décidée et j'ai accepté que David aille à la halte-garderie.

Au début il y est allé la moitié d'une après-midi avec nous pour visiter, et on a pu voir qu'au contraire David adorait la halte-garderie, il ne voulait plus repartir et donc je me suis décidée à le mettre.

Il s'est vraiment très bien adapté, il y avait plein d'autres enfants de son âge. C'était un petit peu le parc de loisir j'ai envie de dire. C'était comme si vous emmeniez un enfant dans un zoo et qu'il pouvait courir partout. Surtout que David était enfermé tout le temps dans l'appartement donc à la halte-garderie, il était dans un espace totalement différent.

Et Mme Y vous a accompagné dans ces moments-là ?

Je ne me suis pas du tout sentie forcée, au contraire. Elle m'a laissé beaucoup de temps Mme Y. Au début c'était hors de question. Mr A était d'accord mais lui aussi il a ramé pendant un an et demi.

Je savais qu'il fallait le faire pour David, ce n'était pas pour moi, c'était pour David et moi. Et puis elle a même été très surprise le jour où je lui ai dit « Bon Mme Y on est partis, c'est bon ».

Et puis suite à l'arrivée de Juliette, il a fallu déménager parce que dans l'appartement il n'y avait que deux chambres. Donc c'est vrai David il n'a pas fait beaucoup de halte-garderie, peut être trois mois en tout. Et puis une fois qu'on avait déménagé, c'était au tour de l'école !!! Donc Mme Y m'a de nouveau titillé, et là je lui ai dit « non Mme Y », David n'était pas propre en plus. Pour moi c'était hors de question qu'il aille à l'école.

Et puis un beau jour elle voulait prendre contact avec l'école pour aller visiter mais j'y étais déjà allée. David a fait sa rentrée en février 2014, et ça se passe très bien.

Et Mme Y vous a accompagné avec David à l'école ?

Oui, elle est venue un jour pour une visite et on est allées à l'école un midi chercher ensemble David et elle a fait un bilan rapide avec la maîtresse. Et elle s'est rendue compte qu'il s'était très bien adapté.

Et alors maintenant c'est pour Juliette que Mme Y commence à vous « titiller » pour la halte-garderie vous dites ?

Oui, elle commence à négocier depuis la dernière visite. Au dernier rendez-vous elle m'a dit qu'il était temps. Elle négocie beaucoup avec moi, parce que, vous savez je ne suis pas une personne qui veut confier ses enfants un petit peu à n'importe qui... Comme à la PMI moi il était hors de question que j'y aille pour Juliette mais finalement on n'a pas trop eu le choix car elle est née prématurément, donc pour la santé de Juliette on y est allés.

Et vous avez dû changer de PMI avec le déménagement ?

En fait les deux PMI travaillent ensemble donc ça n'a pas changé grand-chose, ce sont les mêmes secrétaires. Et j'ai une bonne puéricultrice qui est aussi en relation avec Mme Y. Elles travaillent toutes ensemble en fait.

Donc je ne regrette pas d'être allée à la PMI, et Juliette y va encore.

Et vous étiez d'accord pour que la PMI soit en contact avec Mme Y ?

De toute façon, même sans moi je crois qu'à la base elles travaillent ensemble. Enfin elles se connaissent déjà avant que j'y aille avec Juliette. Et même-là Mme Y connaît la halte-garderie de la commune donc c'est elle qui me dit « mais si, ils sont super gentils ».

Et vous vous souvenez des premières visites à domicile ? Est-ce qu'il y a une visite à domicile qui vous a plus marqué ?

Je crois que la visite qui m'a le plus marqué, c'était une au début de ma grossesse, je ne pouvais plus porter David suite à un début de grossesse très difficile. Et cette fois-là j'aurais pu craquer. Mme Y a bien senti que je n'en pouvais plus. Elle a vraiment senti qu'il y avait un gros truc à la maison et qu'on n'en pouvait plus, qu'avec David on était à la limite d'exploser. Elle a essayé un peu de réprimander David parce qu'en plus ce jour-là il a eu la malheur de me mettre une gifle devant elle. Elle lui a bien fait comprendre que ça marchait peut être avec nous mais que ça n'allait pas marcher avec elle et là elle m'a remonté d'un coup. Je pense que si elle n'était pas venue ce jour-là j'aurais été obligé de confier mon fils à quelqu'un de la famille peut-être à regret. Arrivée dans la maison elle a senti direct que je n'étais pas bien. Elle a bien vu que moi et Mr A on était à bout. Elle nous a reboosté ce jour-là et je crois que c'est une des visites qui m'a le plus marqué. Ce jour où je n'en pouvais plus, et elle m'a reboosté.

Et si Mme Y ne l'avait pas senti, vous auriez pu lui dire que vous ne vous sentiez pas bien ?

Non je ne pense pas.

Non elle l'a bien vu sur mon visage que ça n'allait pas du tout, elle l'a bien senti, elle l'a bien vu que ça n'allait pas.

Et les VAD comment elles se déroulaient ? Elle venait toute seule Mme Y ?

Ca dépend. Elle venait souvent avec des étudiantes mais ça ne me gêne pas, il faut bien qu'elles apprennent. Des fois elle vient toute seule, des fois elle vient avec des étudiantes mais elle me demande quand même tout le temps.

Et après comment cela se passe ?

Donc depuis qu'il y a Juliette, elle fait son petit coucou à Juliette, ou à David finalement, ça dépend de celui qui se présente en premier.

Mais les VAD elles sont pour qui ?

Rires... Je dirais un petit peu pour les deux maintenant, elle prend aussi des nouvelles de Juliette.

Et puis souvent elle prend des nouvelles vis-à-vis de David vu que maintenant il commence à bien parler. Donc elle prend de ses nouvelles, elle voit comment cela se passe, et puis elle peut donner quelques conseils pour Juliette, enfin pas pour Juliette vraiment mais plus la relation frère-sœur qu'ils peuvent avoir.

Et elle peut dire des fois « oh la la Mme A j'ai peur quand vous faites ça avec Juliette ». Elle dit un petit peu ses avis.

Et les premières VAD quand Juliette n'était pas encore née et que les VAD étaient uniquement pour David ?

Avant que David marche, elle regardait surtout comment il se débrouillait sur le tapis. Je pense que c'était aussi pour transmettre à la psychomotricienne.

Elle a beaucoup joué avec lui, j'ai le souvenir qu'elle lui a appris à empiler les boîtes les une sur les autres, parce que David avait pour habitude de mettre trois boîtes et si ça tombait c'était la catastrophe il jetait tout. Mme Y lui a appris à empiler les boîtes calmement, elle jouait beaucoup avec lui, à la pâte à modeler aussi.

Et vous, vous faisiez quoi durant les moments où Mme Y jouait avec David ?

On observait pour essayer de reproduire un petit peu après, on essayait de participer mais c'est vrai que quand je voyais que David était vraiment très calme, très apaisé, je préférais le laisser pour qu'il ait aussi un petit moment d'apaisement, tranquille pour une fois. Parce que c'est vrai qu'avec nous on l'entendait beaucoup plus crier. On prenait plus de plaisir à le voir jouer tranquillement et calmement.

Donc vous disiez que vous essayiez de reproduire un peu ?

Enfin pas reproduire, mais essayer de réagir un peu pareil.

Une fois que Mme Y était partie ou pendant qu'elle était là ?

Ça dépendait, mais c'est vrai qu'on était plus dans l'observation. Et puis elle nous apprenait, elle nous disait comment réagir lorsque David était dans la négation.

Et dans les moments où Mme Y jouait ou observait, vous vous sentiez comment ? Vous vous sentiez à l'aise ou gênée ?

Au début c'est vrai que ça me gênait un peu. Enfin quand il était à quatre pattes, pour moi c'était une façon qu'elle vienne jouer avec, c'était son petit moment de liberté si on peut dire. Non en fait ça ne m'a jamais gênée, pour moi c'était une personne qui jouait comme il aurait pu jouer à la halte-garderie ou comme il aurait pu jouer avec une personne qu'on ne connaissait pas chez des amis.

Juliette, à ce moment-là, porte ses chaussettes à sa bouche. Mme les lui prend, et lui dit « donne à maman », « Mme Y te verrait elle te dirait « non non non non, Mme Y elle ne veut pas » (Mme imite Mme Y avec une voix douce, une prosodie enveloppante), « elle dit comme ça Mme Y ».

Quand Mme Y n'était pas là il vous arrivait de reprendre ses paroles ?

Mr A avait pour habitude d'imiter Mme Y.

Il disait « non, non, non, non, Mme Y elle ne veut pas » et figurez vous que ça marchait beaucoup. Ou alors il disait « Bonjour David » à la façon de Mme Y, il l'imitait un peu. Ça faisait rire Mme Y quand il lui disait d'ailleurs.

Et puis c'était une façon de dire à David que Mme Y allait venir car David a mis beaucoup de temps à parler.

Vous étiez suffisamment à l'aise pour poser des questions à Mme Y ?

Au début non parce qu'on était très accrochés au médecin de la PMI. Elle m'avait beaucoup aidé dans mon rôle de maman au début, beaucoup rassuré sur pas mal de choses et puis David a été un enfant très malade petit, à n'importe quel moment je savais que je pouvais l'appeler.

Et vous osiez le faire ?

Oui. Totalement, elle était le seul médecin, je crois, que David a réussi à supporter.

Parce qu'après une fois qu'elle n'était plus là, c'était catastrophique. Plus aucun médecin ne pouvait le toucher. C'était des crises de hurlement. Et ça a duré. Il commence tout juste à prendre confiance dans le nouveau médecin de PMI.

J'avais plus tendance à me confier à elle au début, et puis elle a été mutée sur Nantes. Et puis je savais qu'après elles se parlaient, elles se communiquaient nos ressentis avec Mme Y donc ça allait encore, mais il y a eu besoin d'un petit temps pour la connaître. Maintenant on peut dire qu'elle l'a remplacé.

Et le nouveau médecin de PMI ?

Elle est gentille mais on la voit moins souvent. David était un enfant très très fin, il est né à 2.4kg donc il était suivi toutes les semaines à la PMI. Il était beaucoup suivi du fait aussi qu'il a été très malade. Moi il me faisait des fièvres catastrophiques à son âge, il m'a fait une infection pulmonaire bébé, donc il a été doublement suivi. Après il m'a fait une gastro, du coup il était suivi toutes les semaines, elle venait à la maison, ou on y allait ça dépendait mais moi j'ai été très affaiblie après la grossesse de David et du coup on y allait très souvent donc la confiance ça a été plus rapide avec le précédent qu'avec le nouveau médecin car lui on le voit qu'une fois par mois car malgré le fait que Juliette est un bébé prématuré elle a mieux pris que son frère. David était plus souvent suivi.

Et Mme Y venait à votre domicile à quel rythme au début ?

Je crois qu'elle venait tous les 15 jours.

Et le fait qu'elle vienne tous les 15 jours, ça vous convenait ?

On allait aussi en rendez-vous au CNP pour la psychomotricité tous les 15 jours, donc on savait que si ce n'était pas Mme Y c'était la psychomotricienne. Non ça suffisait, c'était comme si on les voyait toutes les semaines finalement.

Et quand elle venait à votre domicile, combien de temps duraient les visites ?

Oh ça durait entre 1h et 1h30.

Et qu'est ce que vous pensez de cette durée ?

Au début c'était une éternité ! Alors que maintenant ça passe trop vite !

Au début, on avait envie de la voir mais avec la crainte, donc plus vite elle partait mieux c'était. On se disait « allez, elle est partie et c'est bon au moins on a encore notre fils ! ». Alors que maintenant, une fois qu'elle est partie on se regarde et on se dit « oui ça faisait au moins une heure qu'elle était là ! ».

Et puis c'est vrai on s'est aussi un peu éloignés de Nantes donc elle a du trajet, et puis on n'est pas les seules familles.

Y-a-t-il eu des moments où vous auriez aimé qu'elle parte plus tôt ?

Il y a même eu des moments où j'aurais aimé qu'elle ne vienne même pas du tout.

Et ça vous pouviez lui dire ?

Non parce que pour le bien de David ça aurait été égoïste de notre part de refuser qu'elle vienne. Donc au début on se forçait un peu, enfin on pensait surtout à David.

Y-a-t-il eu des moments où la confiance était moins là ?

Oh non en aucun cas.

Et cette période où Mme Y vous parlait souvent de la halte-garderie ?

Franchement je peux vous dire que j'en avais marre. Et puis je ne lui ai jamais caché mon caractère donc elle avait compris que par Mr A c'était plus simple. Et encore aujourd'hui elle le dit « quand Mme A a dit non, c'est non ». Je pense qu'elle avait très bien compris comment j'étais, moi aussi j'avais compris son fonctionnement. Enfin on ne s'est jamais cachés vis-à-vis de Mme Y. Je lui ai toujours dit les biens ou les pas biens.

Vous pouviez lui dire quand vous n'étiez pas d'accord ?

Oui, et elle le sait. Encore aujourd'hui malgré que ce soit Mme Y, quand c'est non c'est non.

Et vous aviez le sentiment que Mme Y respectait votre décision ?

Oui, elle a toujours respecté mes décisions. Comme elle le dit « ce sont des conseils qu'elle donne après on les respecte ou pas ». Mais je sais qu'elle n'a pas tort quand elle me dit qu'il faut que Juliette aille à la halte-garderie. Mais c'est le temps aussi. Enfin c'est ma dernière, moi je n'en veux pas d'autres après. C'est encore une fois égoïste. Et puis je me dis maintenant il y a David qui est à l'école et tout. Mais Juliette va y aller, on va essayer de faire ce beau cadeau à Mme Y pour la rentrée de septembre, hein ? *(elle embrasse Juliette, et lui dit « ca serait bien qu'est ce que tu en penses ? »)*.

Et donc est-ce que vous trouvez que les VAD ont servi à quelque chose ?

Sincèrement oui. Parce que David c'était un enfant qui dès qu'on le contrariait se mettait en danger. On a vu David se mettre des coups de boule contre les murs. Et pour moi, moins pour Mr A je pense, elle m'a appris à me dire que mon fils est comme ça et que même si je me bute contre lui ça ne changera rien. Et je pense qu'elle m'a beaucoup aidé dans mon rôle de maman, sur plein de choses. Pour moi, David il était hors de question que je le rouspète, c'était mon David quoi, et au contraire, elle m'a dit « il faut que ça soit maintenant que vous le rouspétiez car plus tard ça sera trop tard ».

La plupart des conseils qu'elle a pu nous donner pour David, on les utilise pour Juliette. Je vois David à l'âge de Juliette il était dans le cosy à longueur de journée il n'était pas sur le tapis. Donc on se dit que Mme Y a fait du bien quoi.

Et puis David on le voit maintenant même s'il y a des moments où il est encore speed il arrive à faire plus de choses, avant il ne se concentrait pas sur un jeu maintenant oui, il arrive à aller à l'école, il a compris que le non c'était non. Oui je pense que c'est Mme Y qui nous a aidé, et la psychomotricienne aussi.

Sans la psychomotricienne, je ne pense pas qu'il aurait réussi à se retenir quand il tombait. Et puis j'avais aussi l'habitude de chouchouter David avec son biberon à n'importe quelle heure, à n'importe quel moment, n'importe où. Ca a été très long mais on est arrivés à changer. Mme Y me disait « non Mme A, la tétine et les doudous... ». Elle nous a appris un peu comment faire.

Et du coup on ne fait pas pareil avec Juliette. Et puis même encore quand on a des questions pour Juliette ou pour David on n'hésite pas à lui poser. On voit qu'elle a fait du bien à David donc on se dit elle fera pareil avec Juliette.

Et est-ce que vous trouvez que les VAD ont modifié la relation que vous avez avec David ?

Totalement, oui totalement. J'aurais tendance à dire que je suis beaucoup moins derrière lui, j'étais plus une maman qui étouffait son fils, qui avait tendance à lui courir sur le dos au

moindre truc. Alors que maintenant lorsqu'il tombe et qu'il n'a rien je me dis que ça sert à rien de le chouchouter pendant des heures et des heures.

Et ça c'est parce qu'elle vous a expliqué Mme Y que ce n'était pas grave si David tombait sans se faire mal ou c'est parce que vous l'avez vu faire ? Comment cela s'est transmis ?

Un peu des deux. Il n'est jamais vraiment tombé devant elle. Mais oui elle nous expliquait que quand David tombe, on regarde et s'il n'a rien voilà.

Et justement, dans les moments où Mme Y vous disait qu'il fallait peut être faire autrement, comment vous le preniez ?

Du coup, comme on avait confiance je l'ai pris comme si c'était une personne très proche qui me l'aurait dit.

Ca ne vous vexait pas ?

Non, parce que je m'étais rendue compte que ce qu'elle pouvait dire c'était bon pour mon fils et aussi bon pour moi du coup. Maintenant Juliette même si elle ne fait pas encore de crises, elle n'aura pas la chance que maman lui court toujours après (*Rires*).

Je pense qu'il n'aurait pas fallu qu'elle arrive quand David était un peu plus vieux pour faire des remarques comme ça, j'aurais peut être rien dit mais je n'en aurais pas pensé moins, je n'aurais pas aimé connaissant mon caractère.

Et Mme Y a bien compris mon caractère, et qu'il fallait un petit peu (*mime un contournement avec ses mains*)... Elle me dit franchement mais elle sait qu'il ne faut pas me braquer parce que moi je me heurte et ça elle l'a très bien compris je pense.

Je n'ai jamais caché aucun truc, quand il y avait un truc bien ou pas bien. Et même du côté de nos familles quand il y a eu des problèmes, on ne lui a jamais rien caché.

Et vous disiez tout à l'heure « ce n'est pas comme si c'était une amie qui venait à la maison mais... » ?

Oui, ce n'est pas comme si c'était une tante car ça reste du sang mais oui, je n'arrive pas vraiment à définir. Pour vous dire ça nous arrivait de lui proposer un café tellement on se sent bien avec elle et David aussi. David il lui fait des bisous. On l'accueille comme si on accueillait des amis.

Et le fait que maintenant les VAD aient lieu une fois par mois qu'est-ce que vous en pensez ?

Du fait que David aille à l'école, les journées sont remplies car le matin on le voit pas mais c'est vrai que pour moi les matinées sont longues, enfin il y a Juliette dont il faut s'occuper. Et puis l'après-midi c'est la sieste. On s'est éloignés de Nantes, donc elle a un peu plus de route, une fois par mois c'est bien et puis David a fait des efforts. Il n'aurait pas fallu que David soit comme avant. Là je pense que ça aurait été beaucoup plus compliqué.

Mais non c'est bien comme ça et je sais qu'à tout moment je peux l'appeler. Je vois l'autre fois j'ai eu des soucis avec ma maman, elle était au courant et je lui ai dit. Et elle m'a dit « si vous avez un souci vous n'hésitez pas à m'appeler moi ou mes collègues ».

Enfin je sais que si à tout moment je n'en peux plus avec les enfants, que je n'ai pas envie de les confier à ma famille, je sais que je peux l'appeler et qu'elle sera là pour m'écouter ou même si elle n'est pas là qu'elle me rappellera. Sur ça je sais que je peux lui faire confiance.

Et puis même à un moment j'ai du arrêté les rendez-vous en fin de grossesse car je devais restée le plus longtemps allongée, j'ai le souvenir qu'elle m'avait appelé à la maternité pour avoir des nouvelles (*émue...*).

Et qu'est ce que vous aviez ressenti ?

Ca fait plaisir, ça reste une personne qui est dans son travail mais elle n'oublie pas, elle savait que c'était dur, que j'avais une grossesse très difficile. Et du coup moi j'ai trouvé ça super gentil de sa part de prendre des nouvelles. J'ai même le souvenir que quand elle est venue et que Juliette était tout bébé, de lui avoir dit « vous voulez peut-être voir la petite crevette ? ». J'ai bien senti qu'elle voulait la voir et qu'elle était contente de voir comment elle allait. Et moi j'étais super contente de lui montrer la petite sœur de David, et je pense que David aussi était content de lui montrer, depuis le temps qu'il en parlait.

Et est-ce qu'il y a des choses que vous et Mr A auriez aimé changer dans les VAD ?

Non. Enfin peut-être les fois où elle venait et que je n'en avais pas forcément envie. Et puis si le truc de la halte-garderie (*rires*).

Et est-ce que vous auriez aimé avoir des temps différents lors des VAD, peut-être à l'extérieur ?

J'ai envie de dire oui mais pas tous. David lorsqu'il a commencé à marcher avait décidé de ne pas nous tenir la main et Mme Y nous avait dit que pour que David comprenne qu'il faut qu'il ait papa ou maman à côté il faut qu'il prenne conscience qu'il a absolument besoin de nous dans certaines choses. David buvait son biberon tout seul donc il y avait déjà ce lien maman-papa-enfant cassé. Et du coup elle nous disait il faut que David comprenne qu'il a encore besoin de vous, que c'est un grand garçon mais qu'il reste quand même un petit et elle nous avait dit de mettre David sur un petit muret et de lui tenir la main pour qu'il comprenne que pour faire ça il a besoin de nous. Pareil pour qu'il traverse la route.

Et oui j'aurais peut être aimé qu'elle soit là dans ces moments dehors, parce que nous c'est vrai qu'on a bien galéré avec David pour ça.

Mais après aller jouer au parc et tout ça non parce qu'on habitait en ville et le seul parc qui était proche, en bas de l'immeuble, je n'y allais pas avec mon fils en temps normal car ce n'était pas propre. Il avait aussi ses temps avec la psychomotricienne donc ce qu'il ne faisait pas avec Mme Y il le faisait avec la psychomotricienne. Mme Y venait à la maison pour voir comment David se comportait et la psychomotricienne était un peu sa récré si je peux dire parce que là-bas il pouvait se défouler, il y avait le toboggan.

Et des moments du quotidien que vous auriez aimé pouvoir lui montrer ?

Je crois qu'elle a assisté à un repas à notre demande. J'ai le souvenir car nous on ne mangeait pas le midi et David avait un peu pris ce rythme et il mangeait très peu et du coup elle a assisté à un goûter à notre demande. J'ai le souvenir de lui demander si cela ne la gênait pas de venir sur un temps de goûter pour qu'elle puisse nous donner des conseils.

D'une visite à l'autre vous réfléchissiez à ce que vous vouliez demander à Mme Y ?

Oui, pas trop au début, on n'osait pas, mais aujourd'hui pas de souci. Au mois de mai par exemple on lui a dit comment on organisait le baptême des enfants en gros on ne l'immisce pas dans notre vie de famille mais on lui dit beaucoup de choses. On n'a pas de crainte à aborder certains sujets avec elle, sur tout ce qui concerne les enfants.

Et si c'était à refaire vous le referiez ?

Oui entièrement. Et je crois même que si ça avait pu se mettre en place avant ça aurait été mieux pour David, qu'on ne loupe pas certains trucs, car on ne devient pas parents comme ça, on n'a pas le mode d'emploi. Si on avait pu éviter de faire certaines erreurs avec David ça aurait été avec plaisir. Du coup on ne les fait pas avec Juliette, c'est déjà l'essentiel je pense. C'est pour ça aussi qu'on continue avec elle. Je pense que David en a encore un peu besoin. Et puis c'est devenu la petite visite du mois, et quand on a besoin on sait qu'on peut lui demander des conseils pour Juliette et David.

Dernièrement, quand on a emménagé, le papa a eu la bonne idée de mettre la télé dans la chambre de David. Moi je n'étais pas d'accord et figurez-vous que David s'endormait très tard avec la télévision donc j'ai dit « peut-être que pour une fois Mme Y ne va pas se mettre contre moi car d'habitude ils sont tous contre moi ». Et Mme Y a dit « non non Mr A, Mme A a raison pour une fois ». J'étais contente, elle était de mon côté.

Vous aviez souvent l'impression que Mme Y n'était pas de votre côté ?

Ah mais je sais que ce n'était pas méchant du tout. Mais voilà moi j'ai un caractère plus têtue. Mr A lui au contraire était d'accord pour que les enfants aillent à la halte-garderie. Moi aussi je sais que c'est mieux, c'est de l'égoïsme de les garder pour moi.

Vous étiez toujours présents tous les deux durant les VAD ?

Oui tout le temps. Mr A s'arrangeait pour ne pas travailler à ce moment-là. Même quand on allait à Nantes il n'y a jamais eu un seul moment sans lui.

Et puis bon Mr A souhaite être présent pour tout ce qui concerne ses enfants.

Et puis même moi maintenant avec les deux petits ce n'était pas possible que j'aie toute seule à Nantes surtout pendant ma grossesse et que David était très speed... il m'aurait fait accouché avant...(rires). Donc Mr A a toujours été présent. Quand il ne pouvait pas on décalait pour trouver une bonne date.

Et est-ce que vous aimeriez rajouter quelque chose sur les VAD ?

Qu'elles continuent. Après c'est dommage d'avoir des a priori, je regrette d'en avoir eu au début. Mme Y et l'équipe sont toutes là pour faire leur travail sans juger. C'est vrai que parfois elles peuvent paraître agaçantes car elles sont là à rabâcher mais pour nous en tous cas ça a vraiment été que du positif avec des moments un peu durs mais que du positif.

Là elle nous a trouvé des solutions pour David donc je pense que quand David sera un bon petit garçon, que Juliette n'aura pas eu de soucis, je pense qu'on pourra lui dire un grand merci. Ça fera bizarre le jour où on ne l'aura plus car du coup on a pris notre habitude de l'avoir.

Mr A : « tout ce qu'elle a dit c'est ce que je pense de Mme Y, c'est que du positif, c'est bien les gens comme ça, on appréhendait au début, on pensait que ça allait être plus dur que ça ».

Mme A intervient : « on est sortis tous les deux de ces milieux de foyers donc Mme Y le savait aussi, on s'est dit est-ce qu'avec ça on ne va pas être jugés ? Parce que des parents sortis de ce milieu là, on s'est dit « on va être beaucoup plus surveillés... » et non au contraire »

Mr A : « elle nous a bien pris, elle nous a bien cernés »

Et ça, ça a pris combien de temps, combien de VAD ?

Mme A : « ça a été assez rapide, moi j'ai l'impression que parfois elle me connaît mieux que certaines personnes que je vois très souvent. Elle n'a pas mis si longtemps que ça on a été vite confiants »

Mr A : « elle est très bien Mme Y ».

Mme A : « il ne faudrait pas qu'elle parte en retraite. On lui a dit de ne pas partir en retraite »

Mr A : « On va avoir du mal à s'en séparer ».

Vous appréhendez ce moment-là ?

Oui c'est ce que je vous disais tout à l'heure, le départ du médecin de PMI a été compliqué. Et après Mme Y c'était pour nous comme elle.

Mr A : « je ne sais pas si c'est possible après de rester en contact hors de son travail, et si on a besoin de conseils »

Mme A : « Comme on disait tout à l'heure, c'est notre super nanny »

Mr A : « je pense que ça sera plus fort que nous on lui demandera son numéro personnel »

Et vous y pensez à ce moment-là ?

Mme A : « moi personnellement je ne préfère pas y penser »

Mr A : « moi pareil, même si je pense que j'aurais moins de mal que Mme A »

Juliette babille de plus en plus fort. Mme A lui dit « Mme Y elle dirait non, non, non, Mme Y ne veut pas... »

ENTRETIEN AVEC MME Y, INFIRMIÈRE :

Dans quel contexte les visites à domicile se sont mises en place pour cette famille ?

C'est à la demande du médecin de la PMI qui avait un très bon lien avec les parents et qui a pu faire en sorte qu'ils viennent consulter ici. La première fois qu'ils sont venus David avait cinq, six mois.

Qu'avait-il remarqué?

Des difficultés du côté des parents pour décoder les besoins de David. Ce que j'avais en tête c'est que c'était des parents qui avaient un grand souci de bien faire pour leur bébé et qui étaient très en difficulté en lien avec leur histoire personnelle, car tous les deux avaient connu des placements avec des mauvais souvenirs et ils voulaient tout faire pour éviter que leur fils connaisse la même chose. Donc ils ont eu un bon accrochage avec le médecin et la puéricultrice de la PMI et quand ce médecin leur a proposé un soutien autour du lien à leur bébé ils ont accepté tout de suite, ça n'a pas posé de problème.

Ils sont venus voir tous les deux le Docteur Garret qui leur a proposé que je fasse des VAD, toutes les semaines au départ puis tous les 15 jours.

David était un petit garçon très pâle, qui avait des cernes importants, un regard triste. Il y avait des problèmes au niveau de l'alimentation c'était tout à fait anarchique autour des biberons, au niveau du sommeil aussi. Et puis quand il a commencé à se mobiliser, il se cognait beaucoup donc on a demandé un bilan psychomoteur. Il avait aussi une plagiocéphalie. Et ils ont adhéré complètement et sont venus. Puis il y a eu un suivi psychomoteur régulier.

Les deux parents l'accompagnaient en taxi, ils sont venus toutes les semaines. La prise en charge a eu lieu surtout autour de la mobilisation debout, le quatre pattes. Dès qu'il y avait un obstacle David ne le voyait pas et tombait. Il tombait toujours sans mettre les mains donc il tombait sur le front en premier. Il avait toujours des bosses pas possibles.

Et il pleurait quand il tombait ?

Non justement il ne pleurait pas. Donc ça nous inquiétait.

Quand il y a eu la prise en charge en psychomotricité j'ai espacé les VAD à tous les 15 jours. C'était vraiment un travail de guidance et ils l'acceptaient très bien.

Et justement comment se passaient les VAD ?

Mme Garret a proposé une observation thérapeutique à domicile comme très souvent, pour mieux connaître le bébé. Le lien s'est établi de façon assez aisée dans mon souvenir.

C'était facile de venir chez eux, de les joindre, de fixer un rendez vous ?

Oui, oui. Je n'ai pas senti de résistance. J'ai toujours été bien accueillie, avec une maman qui m'a fait confiance rapidement et un papa aussi. Il a fallu que je sois très vigilante à eux, bienveillante avec eux avant d'avoir accès au bébé. Ça je l'ai senti très fort. Il fallait d'abord que je prenne soin d'eux avant de m'occuper du bébé.

Et à quoi vous l'avez senti ça ?

Ils avaient besoin de beaucoup parler, de parler d'eux. Quand je regardais le bébé et que je faisais des remarques sur le bébé, souvent la maman ramenait les choses à elle, pour elle.

Elle ramenait des choses à elle bébé ?

Non, pour elle maintenant. Non elle ne faisait pas du tout de lien avec elle bébé. Non, elle avait même plutôt tendance à balayer : la grossesse s'est passée sans problème, l'accouchement s'est passé sans problème. Mais ils étaient quand même en difficulté autour du sommeil, et je crois que David avait des régurgitations.

En tous cas ils étaient très fidèles à la PMI et avaient une grande confiance dans le médecin.

Et cette confiance a permis quelque chose ?

Ah oui, oui.

Ils ne se sont pas sentis menacés que quelqu'un vienne chez eux, pour faire une observation ?

Non, non. Quand je suis allée chez eux au début, je n'ai pas senti qu'ils pouvaient avoir l'idée que j'étais quelqu'un qui puisse faire une information préoccupante ou un signalement qui conduise à un placement. Par contre, là où c'est venu cette question là, où ça a été plus délicat, c'est quand j'ai évoqué la question d'un temps d'accueil en garderie. Car à ce moment là David était exclusivement gardé par ses parents, les deux, puis après le papa a trouvé un petit emploi de réinsertion dans une maison de retraite mais il y était qu'à mi-temps. Et puis quand j'ai évoqué la question de la garderie, ça évoquait la question de la séparation et là, la maman a été plus virulente avec moi, et j'ai senti que les liens se sont tendus un petit peu et elle m'a vécu plus comme une menace et du coup j'ai mis un an à travailler la question de la garderie. Donc je les ai accompagnés concrètement. Pour faire le dossier d'inscription je lui ai demandé d'aller le chercher, elle a du mettre quatre mois, on la remplit ensemble, on est allées le déposer ensemble et le premier accueil on l'a fait

ensemble parce que ça ce n'était pas envisageable sinon. Ceci dit ils étaient courageux car ils n'avaient pas de voiture et là où ils vivaient il n'y a pas de transport en commun. Pour aller à la halte-garderie il fallait marcher plus d'une demi-heure avec la poussette et par tous les temps.

Et comment vous les aviez compris à ce moment-là les résistances de la maman par rapport à la halte-garderie ?

Alors la première image qui lui est arrivée en tête ça a été le rapt d'enfant. L'idée c'était qu'il puisse ne pas être surveillé et que quelqu'un vienne le prendre.

Et ça elle pouvait vous en parler ?

Ah oui. Qui pouvait venir le prendre ? « Quelqu'un ». Les portes seraient mal fermées, ils ne surveilleraient pas bien et de toute façon pas comme moi je le fais donc il va se faire mal. Il y avait vraiment quelque chose autour de ça.

Et le papa aussi avait ces craintes ?

Un peu moins, mais quand même. Il ne pouvait pas soutenir la maman dans l'autre sens. C'était moins fort chez lui.

Comment la maman a évolué par rapport à ce projet de crèche ?

Je lui en ai beaucoup parlé, le médecin de la PMI aussi.

En fait je pense que c'est de voir son enfant grandir avec ses propres ressources et compétences grâce à la prise en charge en psychomotricité qui lui a permis d'avoir plus confiance dans son enfant pour le laisser aussi.

Mais au début quand ils le laissaient les parents marchaient autour de la garderie, ils ne rentraient pas chez eux, ils avaient toujours l'idée qu'ils allaient être appelés.

Et après, ils ont pu l'amener à la garderie et ne pas rester autour ?

Oui car ils le confiaient à une dame qui avait mon âge m'ont-ils dit. Madame a dit clairement qu'elle n'aurait pas supporté que ce soit une jeune qui s'occupe de son fils. Ce n'était pas rien.

Et là du coup c'était bon, ils avaient confiance en cette femme mais il fallait qu'ils lui confient dans ses bras à elle et que ce soit elle qui leur reconfie à nouveau à la fin. Il n'y avait plus de crainte de rapt. C'est un couple qui met beaucoup de temps à faire confiance aux professionnels et une fois qu'ils ont la confiance c'est bon.

Du coup, il a fait un peu de halte-garderie. Et quand il était bien adapté et que ça se passait bien, ils ont déménagé dans un petit village à 25km de là, donc il n'y avait plus de halte-garderie. Quand on faisait des concertations ici on se disait que c'était vraiment dommage que David ne bénéficie plus de collectivité et que dans son développement cela allait être compliqué. Du coup j'ai appelé l'école publique de ce village et je leur ai demandé s'ils faisaient des accueils avant trois ans, et la directrice m'a dit « oui pas de problème je peux l'accueillir » et elle a accepté de l'accueillir de mars-avril à juin.

La maman m'a dit « vous êtes trop dure avec moi ce n'est pas possible mais qu'est-ce que vous vous êtes mis dans la tête ? N'importe quoi ! ». Je l'ai accompagné et en fait ça s'est bien passé. Elle avait eu de nouveau des résistances à laisser son enfant. C'est violent pour elle de le confier, ça fait une violence pas possible à l'intérieur d'elle mais du coup je l'ai accompagné, on est allées voir la directrice ensemble et elle a confiance en cette personne et ça se passe très bien, et du coup c'est bon.

Et là avec le nouveau déménagement ?

Je leur ai demandé de rester à l'école de ce village jusqu'à la fin de l'année scolaire comme c'est à 5 km et que maintenant le papa a une voiture. J'espère que ça va tenir.

Et leurs déménagements ils sont motivés par des raisons particulières ?

En cinq ans ils ont déménagé quatre ou cinq fois. Et là ils envisagent de partir en Vendée je ne sais pas pour quelle raison. Ils disent toujours que c'est pour une question de jardin. Moi je ne sais pas. Quand ils m'ont dit qu'ils déménageaient à nouveau ils devaient partir en Vendée et ce qui les a décidé c'est la marraine de David qui n'a pas voulu qu'ils s'éloignent. Je crois que financièrement ce n'est pas simple, peut être qu'il y avait des factures trop lourdes dans le logement qu'ils occupaient avant.

Et au niveau professionnel ?

Elle voudrait être assistante maternelle, elle est jeune, elle doit avoir 22 ans. Elle a eu David quand elle avait 18-19 ans.

Le papa doit avoir 30 ans et a conservé son emploi.

Et les VAD si nous parlons plus précisément des temps d'intervention ? Comment ils vous accueillait ? Et après ?

Ils m'accueillaient toujours tous les deux, j'étais attendue, je sentais que c'était un moment investi. Je sentais qu'ils y pensaient avant car ils avaient préparé des questions, des réflexions, des impressions.

Souvent ils me disaient : « ah ça tombe bien que vous arriviez car en ce moment ça ne va pas » ou autre chose.

Alors dans la première maison on se mettait dans le salon, j'avais toujours le même fauteuil, les parents étaient dans le canapé et David était au milieu de nous avec des objets, des jouets.

Et moi j'alternais entre écouter, parler et puis jouer avec David. C'était véritablement un travail de guidance. Et puis là c'est un peu différent dans leur nouvelle maison depuis quelques temps, c'est la maman qui organise ça comme cela, ça ressemble plus à une réunion. On se met autour de la table, on a chacun notre chaise, elle a préparé des questions et on parle. David est soit assis à côté de nous à la table, soit il est assis sur le canapé et il va et vient. Il est toujours présent

Elle a des questions, des impressions, mais elle donne volontiers la parole à son mari. Son mari qu'elle appelle toujours Mr A en ma présence, elle ne dit pas « le papa » ou « mon ami » ou son prénom, d'ailleurs je ne connais pas son prénom.

Et les premiers temps, comment ça se passait ?

C'était basé sur l'observation et puis pour moi aussi l'idée que je puisse faire des choses avec David qui était beaucoup dans le mouvement. J'avais souvent l'idée de faire des choses où il puisse se poser dans quelque chose de plus constructif, plus dans la pensée, parce que c'était quand même un petit garçon qui ne s'arrêtait jamais. Il était pâle avec des cernes, il chutait beaucoup et était toujours dans l'agitation motrice.

Et il y avait des retards sur le plan développemental ?

Oui parce qu'il a eu un quatre pattes pas du tout harmonieux, la marche il l'a acquise avec beaucoup de déséquilibres, de chutes. Par exemple il n'avait pas les positions

transitionnelles quand il s'asseyait, il se laissait tomber comme ça directement (*mime*), il n'anticipait pas en fait. Il tombait, se tapait contre les coins de table, c'était compliqué.

Et les parents ils se saisissaient comment de ces temps ?

Ils regardaient beaucoup. Ils me regardaient moi interagir avec David. Et puis au bout d'un moment ils ont pu participer. En tous cas, même s'ils n'ont pas beaucoup de moyens, ils ont acheté du matériel en me demandant. Par exemple des legos, de la pâte à modeler car David aimait bien. Ils m'ont demandé quelle pâte à modeler il fallait acheter. Oui ils faisaient assez attention. Pour la chambre ils me demandaient comment il fallait l'aménager. Ils étaient vraiment dans la demande de guidance.

Et quand ils ont commencé à participer après avoir observé, vous les sentiez dans quel état ?

A l'aise. Je les ai sentis à l'aise. Par exemple en lisant des histoires. C'était une de mes questions je ne savais pas s'ils savaient lire et moi je lisais des petits livres à David et en fait volontiers ils lisaient.

Non je les ai trouvés même dans le plaisir, dans le plaisir de jouer avec David. Et ça a évolué. Au début, je pense qu'à l'intérieur d'eux ils n'avaient pas l'idée que jouer avec un enfant ça pouvait se faire. Je pense qu'ils ne devaient pas imaginer que c'était quelque chose qu'on puisse faire, et peut être qu'ils ne savaient pas comment faire. Je ne sais pas comment eux ils ont joué en tant qu'enfant. Et du coup me voyant jouer avec David, le papa je pense qu'il avait plus ça à l'intérieur de lui, le jeu. La maman c'était dur, c'est une maman blessée quand même, avec de la maltraitance. D'ailleurs le papa aussi. Ils ont évoqué tous les deux leur passé de maltraitance. Et des fois quand c'était difficile avec David au niveau des limites, le papa je pense qu'il y a eu des moments où il a donné de bonnes fessées en disant « moi j'ai grandi comme ça, je m'en suis bien sorti, ce n'est pas ça qui va le fragiliser ».

Et par rapport aux besoins de David ?

Au niveau du rythme par exemple, je me souviens, le papa a trouvé un emploi et il partait travailler. Et la maman était très démunie quand elle était seule sans son conjoint, elle ne supportait pas qu'il s'éloigne, je pense qu'elle paniquait d'être toute seule à la maison et du coup quand il était du matin elle dormait, et je me suis rendue compte en l'interrogeant précisément qu'il n'y avait pas de rythme de sommeil, que David pouvait se coucher en même temps qu'eux après la télévision. Et surtout un jour la maman m'a dit « ah bah il est cool David il se réveille à midi » et là j'étais très inquiète et j'ai été très ferme. Je lui ai dit que ça n'était pas possible qu'un bébé ne se réveille pas, que sûrement il l'avait appelé et qu'elle-même ne l'avait peut-être pas entendu car elle était trop fatiguée mais je lui ai demandé que pour la visite suivante elle mette son réveil tous les matins à neuf heures et qu'elle réveille son bébé. Et elle l'a fait.

Et à votre avis comment la maman a vécu cette « autorité » ?

Je pense que sur le coup elle ne devait pas être très contente et puis après ça a continué de fonctionner. Je vois bien elle m'identifie un peu comme quelqu'un qui aurait de l'autorité quand même. Je sens bien que je porte quelque chose comme cela. Des fois elle dit « Ah on s'est dit avec mon conjoint que Mme Y n'allait pas être contente ». Ils m'ont dans la tête. Et puis des fois elle dit « moi je ne suis pas d'accord avec vous je n'étais pas contente contre vous quand il a fallu l'emmenner à l'école ». A l'école David a fait une chute et elle m'a dit « je

n'étais pas contente je me suis dit Mme Y va se faire remonter les bretelles, c'est de sa faute, fallait pas qu'elle le mette à l'école ». Mais la fermeté et l'autorité n'ont pas empêché les VAD suivantes.

Et après, vous vous êtes toujours sentie bien accueillie ?

Oui et j'ai gardé cette position là, pas surmoïque mais un peu d'autorité parentale et ils s'en sont saisi. Ils m'ont mis à cette place là et finalement je l'ai prise et je me suis rendue compte que ça fonctionnait. Ca n'a pas rompu le lien ni la confiance.

Alors à chaque fois j'essayais de leur redonner leur place de parents en leur demandant « vous, comment vous auriez fait ? Comment vous voyez ça ? Comment vous imaginez faire ? ».

Quand elle m'a dit qu'il dormait de 21 heures à midi j'étais très inquiète. Ca voulait dire qu'il sautait un repas, qu'il ne grossissait pas et qu'il se réfugiait dans le sommeil. Sa courbe de poids m'inquiétait.

Et vous pensez qu'elle a compris pourquoi vous disiez que ça n'était pas possible ?

Oui parce qu'en fait ce sont des parents qui sont très aimants avec leurs enfants, très attachés. Et donc comme il y a ce lien affectif fort avec David je pense que ce que je pouvais leur apporter pour le bien être de David c'était forcément entendu. Ce qui n'est pas évident dans les familles où il n'y a pas ce lien affectif fort.

Ce n'est pas une question d'amour. En fait elle, elle se disait « c'est un bébé facile ».

Et donc au niveau du sommeil il y a de l'évolution suite aux VAD ?

Oui car elle mettait son réveil et du coup elle le réveillait et après il a repris un rythme de sommeil. J'ai mis en place des choses très fermes : il doit se coucher à telle heure, si il se réveille la nuit vous l'entendez vous allez le rassurer et le matin vous le réveillez à telle heure. L'après-midi il doit se coucher à telle heure, il doit prendre ses biberons à heure fixe. Il doit manger à table car il ne mangeait pas à table.

Ils le suivaient avec la cuillère, il n'y avait pas du tout de limites pour lui. Ils ne se mettaient pas à table non plus avec lui car eux ne déjeunent jamais le midi. Ils dînent le soir seulement, le midi c'est cigarette-café donc David se nourrissait comme ça. Ils lui couraient derrière dans la pièce, moi j'ai demandé que même si c'était dans le salon qu'il y ait une petite chaise. Donc ils ont acheté une petite chaise ils ont mis une petite table, une assiette, une fourchette, et il est resté à table.

Et maintenant les temps de repas ?

Maintenant ils prennent des repas en famille.

Il y a eu la petite sœur après. Elle a 9 mois.

Ce que j'ai travaillé aussi avec eux c'est que, il avait un biberon le matin au petit déjeuner et le biberon pouvait durer jusqu'à midi. Donc après il y avait le repas et dans la matinée il avait des gâteaux non stop et le midi le repas, l'après-midi il faisait une sieste et puis il avait son biberon au goûter qui durait jusqu'au repas du soir avec des gâteaux aussi. Donc je leur ai demandé de mettre un rythme et ça le papa il n'était pas du tout d'accord avec moi de supprimer le biberon. Parce qu'il m'a dit « il aura bien assez tôt de se priver de son biberon quand il ira à l'école, on ne peut quand même pas le priver de tout, c'est son biberon, il l'aime ».

Je leur ai expliqué pourquoi c'était important qu'il n'ait pas un biberon tout le temps. On a eu du mal mais après le papa a réussi à comprendre que c'était important que David ait un

rythme et ils ont supprimé le biberon permanent. Il était toujours à disposition avec des gâteaux.

Il y a eu des frictions par moment. Le papa pouvait me dire directement qu'il n'était pas du tout d'accord, que les privations et les frustrations arrivaient assez tôt dans la vie et qu'il ne s'agissait pas de frustrer son petit garçon. Ils pouvaient dire leur désaccord sans rompre le lien. Je revenais tranquillement vers eux avec ça, pas toujours à chaque fois et ils ont compris au bout d'un moment.

Et comment vous qualifieriez la relation que vous avez avec les parents ?

Une relation de confiance, d'aide, de soutien, de guidance. Et d'ailleurs souvent je me dis, parce que c'est loin quand j'y vais le soir en hiver, je reviens et souvent je me dis que ça vaut le coup de faire cette route pour les aider ces gens-là parce qu'ils sont toujours demandeurs. Ils ne sont pas dans quelque chose de faux, ils ont une honnêteté par rapport à nous, je me sens pas utilisée, je sens que c'est vraiment dans l'intérêt des enfants, pour que les enfants grandissent au mieux.

Vous pensez qu'ils pensaient que les interventions étaient destinées à qui ?

Pour les enfants et pour eux. D'ailleurs c'est étonnant car c'est toujours un peu centré sur David mais quand Juliette est née, la mère m'avait dit « de toute façon nous allons déménager et c'est fini Mme Y, finie la PMI on ne veut plus entendre parler de personne et vous n'aurez jamais accès à Juliette. Maintenant on sait faire, on n'a pas besoin de vous ». On a refait un rendez vous médical avec le Docteur Garret en qui ils ont confiance et ils ont accepté que je continue. Et finalement ils sont très fiers de me montrer Juliette, ils m'en parlent toujours.

Alors le moment délicat ça a été pour le passage de David à l'école. Il y a eu des moments difficiles car David tapait sur sa maman et la maman réagissait très vite, de façon très épidermique, elle pouvait taper David sur la main. On a repris ça ensemble j'ai expliqué pourquoi ce n'était pas possible de taper David car du coup lui en boomerang c'était la seule réponse qu'il pouvait donner à sa maman. Qu'il fallait plutôt lui dire non de façon tranquille et expliquer pourquoi, et que le papa puisse soutenir la maman en disant « Ce n'est pas possible David, tu n'as pas le droit de taper maman ». Et du coup ça c'était amélioré, et ça la maman elle m'avait remercié, elle a reconnu que ce que j'avais pu faire auprès de David, car j'avais expliqué aussi à David, était bien. Ça a marché et je pense c'est aussi ça qui a permis de maintenir le lien de confiance.

Et vous trouvez que les VAD ont permis une amélioration ?

Ah oui...

Pour David ?

Oui, oui. Bon il lui reste des difficultés c'est quand même pas simple. Mais peut-être que la carapace de petit dur qui pouvait s'installer de façon très précoce peut-être qu'elle est un peu moins dure même si elle reste tonique.

Quand même la maitresse me dit que c'est un petit garçon à l'école qui est intéressé par les autres, qui est intéressé pour découvrir les jeux, intéressé par les livres, je me dis s'il n'y avait pas eu ce travail-là de soins, d'accompagnement des parents peut-être qu'il aurait été plus mal David je pense. Parce qu'il était vraiment dans une construction psychique très dure, se faisant mal, ne pleurant jamais, se prenant des bûches, ne demandant pas d'aide,

jamais. Tandis que maintenant il peut demander de l'aide, il peut prendre en compte les autres, il peut anticiper un peu plus même s'il a encore des difficultés.

Je pense que si les parents n'avaient pas été stimulés dans leur fonction parentale, c'est un petit garçon qui aurait pu vite tomber dans quelque chose, pas l'hospitalisme mais pas loin quand même, parce qu'il ne demandait rien bébé, il était complètement résigné.

Et cette évolution vous avez pu l'observer au fur et à mesure des VAD ?

Oui, il pouvait interpeller ses parents quand il avait des besoins

Et les parents par rapport aux besoins de David ?

Ils cherchaient en tous cas, ils se sont interrogés de savoir quels étaient ses besoins parce que moi je les ai aussi amenés vers ça en interpellant David « Ah bah oui peut-être que tu veux ça ? Qu'est-ce que tu veux nous dire ? Ce n'est pas facile tu ne peux pas te faire comprendre alors qu'est-ce que tu voudrais dire à papa et à maman tu voudrais peut-être ci ou ça ? ». D'ailleurs c'était drôle, un jour, j'arrive en VAD, et David s'était opposé la veille et puis le père m'a dit « David faisait la tête, il boudait hier après-midi, alors moi je vous ai imité et il m'a écouté, j'ai pris ma voix douce comme ça et je lui ai parlé tranquillement mais j'étais bien décidé à me faire entendre et il m'a écouté ». J'ai imité Mme Y ! Donc ça veut dire qu'il avait mis à l'intérieur de lui quelque chose de moi : « j'ai pris ma voix douce mais j'étais décidé ! ».

Je pense que ces parents-là jeunes étaient pris dans quelque chose de paradoxal. C'est-à-dire « surtout il ne faut pas qu'on soit des parents qui font n'importe quoi avec notre enfant parce que nous, on a connu une enfance désastreuse et on sait que ça peut conduire au placement donc il ne faut pas qu'on fasse ça », et puis en même temps ils étaient très jeunes et dans des besoins de jeunes. Elle, elle était adolescente.

Et donc avec tous ses manques, toutes ses carences à elle, ne pouvant pas identifier les besoins de son enfant et du coup de se dire « avoir un bébé cool qui dort tout le temps qui ne demande rien c'est bien ». Et je pense qu'ils étaient pris là dedans. Mais du coup ils pouvaient aussi laisser David très seul, sans stimulation.

Et vous avez pu mettre des mots sur ce que vivait David ?

Oui très clairement. Je leur disais que c'était important de parler au bébé, de le regarder, de le porter. Et la maman elle en tenait compte.

Elle pouvait faire le lien avec les signes que David présentait et l'absence de stimulation ?

Non je ne crois pas.

Et vous avez pu parler avec eux de négligence, de carence ?

Alors j'ai jamais utilisé le mot carence ou négligence. Par contre j'ai utilisé le terme de « manque ». Que le bébé pouvait ressentir du manque, qu'il pouvait avoir plus besoin de ses parents à certains moments mais qu'il ne pouvait pas le dire parce qu'il n'avait pas les mots pour le dire ni la façon de le dire, et que c'était important de dire des mots, de stimuler. Ça j'ai pu le dire comme ça mais je n'ai jamais utilisé le terme de négligence et de carence. Le terme de « souffrance » aussi j'ai pu l'utiliser. Que David pouvait à certains moments ressentir de la souffrance quand papa et maman se fâchaient ou quand papa et maman n'étaient pas là, alors qu'il en aurait eu besoin et j'ai fait le lien avec leur histoire, ce qu'eux ont pu ressentir. Et ça la maman elle était sensible à ça, et le papa aussi.

Ils sont très sensibles à l'image de parents qu'ils peuvent donner. Par exemple le papa quand il a trouvé du travail, il était très fier, il faisait 25km en mobylette hiver comme été et il me disait « je veux que mon fils soit fier de moi, pas comme moi ce que j'ai pu vivre avec mon père ».

Après la mère elle m'a raconté son histoire, qui est une histoire affreuse.

Elle vous la racontait pendant les VAD ?

Oui

En présence de David ?

Oui. Et quand elle me parlait de son histoire à elle, c'était comme une digue qui s'ouvrait fallait prendre le paquet de mer.

Et c'est terrible ce qu'elle a connu. Elle est l'aînée de 3 enfants, avec une mère qui prenait de l'alcool, des toxiques, qui était quasiment jamais à la maison, les enfants étaient livrés à eux-mêmes et le père travaillait toute la journée. Et un matin les enfants se sont réveillés, et elle, elle s'est rendue compte qu'ils étaient tous seuls dans l'appartement fermé à clé. La mère était partie, et il a fallu qu'ils attendent le soir le retour du papa. Elle est encore effrayée quand elle raconte cet évènement, elle raconte qu'elle avait tellement peur, qu'avec son frère et sa sœur ils sont allés dans un petit coin d'une chambre et qu'ils ont attendu toute la journée. Elle était petite, elle avait 9 ans. Elle était vraiment effrayée quand elle en parlait, un évènement traumatique non résolu.

Elle a été placée, elle n'a jamais parlé des familles d'accueil, mais je pense que ça a été difficile. Elle est toujours en conflit avec sa mère avec des moments de lune de miel, mais là en ce moment il y a un très gros conflit.

Et il y a des personnes ressources dans leur entourage ?

Oui ils ont des copains. Il y a la marraine de David, les parrain et marraine de Juliette qui sont des copains aussi. Lui du côté de sa famille il peut compter sur personne, elle non plus d'ailleurs.

Il y a eu des obstacles pendant la prise en charge?

Non je sentais que par moment il fallait que je sois prudente, que je n'aille pas trop vite. Il fallait se mettre à leur rythme, ne pas les bousculer.

Là où il y a eu une difficulté peut-être c'est quand la psychomotricienne est partie en congé maternité, elle a eu une remplaçante et ça a été difficile de créer le lien et là il a failli y avoir une rupture de soins totale. A chaque changement de personne c'est risqué.

Et pendant vos congés quelqu'un d'autre réalisait les VAD ?

Non non...

Ah si il y a eu un autre épisode compliqué. C'était quand le médecin de la PMI est parti, il y a eu un médecin remplaçant et ils n'ont pas accroché car on leur a dit quelque chose qui ne leur a pas plu, donc ils ont arrêté d'aller à la PMI et la puéricultrice est partie au même moment. Ça faisait beaucoup de changement. Ils se sont tournés vers leur médecin généraliste en qui ils avaient confiance.

L'assistante sociale leur demandait des choses qu'ils n'avaient pas envie de dire ou de faire et comme elle était en lien avec la PMI ils ont fermé la porte à tout ça.

Mais quand ils ont changé de PMI récemment, ils ont accepté la nouvelle puéricultrice avec qui ça se passe bien. Ils ont un type d'attachement aux personnes et en fonction des personnes ça marche ou ça ne marche pas.

Je suis venue une fois en VAD avec une stagiaire, et c'était une période où j'allais partir en vacances, je les préviens toujours longtemps avant mes vacances. Et donc je les avais prévenu que j'allais partir en vacances et lors d'une VAD avant l'été je viens avec une stagiaire, et ils me disent en arrivant, alors qu'ils savaient que c'était une stagiaire, « alors comme ça c'est votre remplaçante ? », je leur dis non et eux me disent « ah bah parce que nous on s'est dit que vous alliez partir, que vous alliez nous lâcher comme le médecin de la PMI alors on s'est dit quand même pas tout le monde », donc je les ai rassuré en leur disant que j'allais restée dans le service. Mais ils expriment quand même assez facilement leur crainte d'être lâchés finalement. Ce n'est pas évident d'établir le lien, mais une fois qu'il est établi il faut bien le tenir, bien le respecter, en les prévenant de nos absences, de nos retards. Je fais toujours très attention, si je suis en retard je les préviens.

Et eux, sont-ils toujours présents quand vous allez les voir ?

Oui, toujours présents. Jamais de portes fermées. Et si jamais il y a un problème, ils appellent pour prévenir.

Il y a eu quand même, à propos de lâchage, ils sont partis dans le sud-ouest l'été dernier en disant « qu'il fallait partir loin d'ici ». Ils ne m'ont pas dit pourquoi. Ils sont partis à Bordeaux en se disant qu'ils allaient reconstruire une vie et que tout allait être formidable, que lui allait trouver un travail, et que tout allait être parfait.

Et puis on a beaucoup craint car du coup il n'y avait pas de suivi. Donc on avait fait une concertation pour se mettre en lien avec la PMI de là-bas. Et puis en fait ils sont revenus au bout de deux mois et ils ont appelé pour dire qu'ils étaient revenus.

Ils sont dans des mouvements qui nous surprennent mais ce n'est pas des mouvements qui amènent une rupture dans le soin.

Les liens peuvent se distendre un peu mais ça se raccroche ensuite.

Et là pour le moment les VAD se poursuivent ?

Oui. Je ne sais pas trop comment.

Car David il va falloir lui proposer un temps de soins, et comme c'est un petit garçon avec un retard développemental il faut envisager une prise en charge au CMP. Ils habitent loin donc ça veut dire une prise en charge taxi. Donc je vais leur parler du CMP mais en leur disant que je continue car sinon ça ne va pas marcher au CMP.

Juliette a 9 mois, il me semble qu'elle se développe mieux que David au même âge. Je la vois comme ça, elle est plus replète, elle a moins de difficultés de rythmes.

Et les parents avec elle ?

Je pense qu'ils se rendent mieux compte des besoins de Juliette. Ils s'identifient plus à elle, à ce dont elle pourrait avoir envie, ce dont elle pourrait avoir besoin, ce qu'ils n'ont pas pu faire avec David. Ils ont intégré des choses.

Et est ce qu'il y a des choses qui auraient pu améliorer le soin à domicile ?

Alors peut-être je me dis en y repensant, peut être que ce qui pourrait être intéressant dans le travail ça serait d'accompagner des moments de bain, des moments un peu plus long dans ce type de travail.

Moi j'ai plus axé sur l'éveil, s'adresser au bébé, le jeu, des moments de biberon où j'étais là, où j'ai pu dire ce que David pouvait ressentir. Mais par exemple j'ai jamais fait des moments au niveau du bain, des moments plus longs, les couchers aussi.

En tout cas oui des temps comme ça plus longs.

Ce qui marche bien avec eux, ce sont les images. Des fois ils ne comprennent pas toujours alors j'utilise une image. Je leur dis « bon si moi par exemple je viens chez vous et je m'adresse comme ça (*mime*) sans vous expliquer pourquoi, vous n'allez pas comprendre ? Et bien là ce que vous faites avec David c'est comme ça donc il ne peut pas vous comprendre ». Quand je leur dis ça, imaginez si je fais comme ça avec vous, la mère elle dit « oui bien sûr ».

Il faut passer par eux pour qu'ils puissent se représenter ce que David vit, sinon ils ne peuvent pas.

Ou par exemple : David est puni, il se met en colère, il boude de plus en plus, il est sur le canapé, et puis il grogne. Et les parents n'arrêtent pas d'aller vers lui « Tu es toujours fâché ? Tu n'es plus fâché ? Etc... » Les parents vont toujours vers lui, sa colère continuait et elle augmentait, et les parents ne décodaient pas du tout donc ils se fâchaient encore plus « mais qu'est ce que tu as, il y en a marre » et puis après ils changeaient de registre, donc je leur disais peut-être qu'il a envie d'être tranquille, peut-être qu'il n'a pas envie qu'on s'occupe de lui, peut-être qu'il faut le laisser se récupérer tout seul, sans intervenir. Les parents ne comprenaient pas trop. Et du coup j'ai utilisé une image « imaginez-vous Mme A vous êtes très en colère contre moi, vous êtes assise sur le canapé et moi je viens sans arrêt vous dire « bah alors vous êtes toujours fâchée, bah alors ? Alors ? » ». « Bah non je ne supporterai pas » et là du coup ils ont compris donc ils l'ont laissé, et lui David il entendait, il écoutait ce que je disais, donc ils l'ont laissé, il s'est récupéré et puis après il est venu avec nous tranquillement.

Et vous pensez que maintenant lorsque David fait des colères ils peuvent reproduire ce moment-là ?

Je ne suis pas sûre. Mr A je pense que oui, la maman quand elle est toute seule ça doit être plus compliqué. Quand David fait une colère contre eux, c'est vraiment l'enfant blessé en eux qui est touché, Mme A pense que son petit garçon ne l'aime plus du tout, c'est terrible. Et du coup on est vite dans un rapport de force c'est ça qui m'inquiète pour le développement de David.

Et la mère bénéficie d'un espace pour elle ?

Non. J'avais du en parler. Et elle m'avait dit « oui mais moi quand j'étais petite des psycho et des éducateurs j'en ai vu plein ça n'a servi à rien ». Il faut peut être passé par son enfant.

Et puis quand je m'adresse à eux comme ça c'est vraiment à l'enfant blessé en eux que je m'adresse. C'est vraiment leur partie infantile vulnérable, blessée, cassée... et c'est sans doute pour ça que le lien il continue je pense, car je prends soin d'eux en même temps. Je prends soin de David mais je prends soin d'eux...

Pour prendre soin de David, il faut prendre soin d'eux d'abord. Et en ce sens là ils sont touchants car ça fonctionne, c'est vraiment des parents qui prennent et quand on se met autour de la table, on travaille, ce n'est pas un temps perdu. Ils se mettent autour de la table, ils ont des choses à dire, ils y ont pensé, ils savent ce qu'ils vont dire, de quoi ils vont parler, ils sont étonnants.

Et ce sont quels genres de question ?

Ce sont des questions beaucoup sur des comportements de David, comment réagir, comment faire dans telle situation ?

Et les parents eux-mêmes ont vu les progrès chez David ?

Oui, alors avec des phases compliquées. Car par exemple là en ce moment ils sont très agacés car à l'école tout va bien, alors qu'à la maison il ne va pas aux toilettes, il fait des bêtises etc.... Ça les touche.

Bon il fait des grosses bêtises quand même, par exemple il a mis le chat dans la machine à laver, et il ne s'en rend pas compte. C'est ça qui m'ennuie quand même, c'est qu'au niveau de sa pensée il est quand même en difficultés sérieuses.

MANON

ENTRETIEN AVEC MME B, MÈRE DE MANON :

Mme B m'attendait. Elle est venue à ma rencontre dans le lotissement car je ne trouvais pas sa maison. Elle avait demandé à son fils aîné de s'absenter le temps de notre rencontre.

Mme B semble assez intimidée, et assez rapidement s'excuse de ne pas avoir eu le temps de préparer notre rencontre, de ne pas avoir pris de notes.

Est-ce que vous pouvez m'expliquer dans quel contexte vous êtes allée consulter au CNP pour votre fille ?

Parce que Manon toute petite avait comme des problèmes un peu d'angoisse, elle criait beaucoup. Le soir, elle avait du mal à s'endormir et ça persistait, ça persistait. C'était fatiguant, je ne supportais plus.

Elle avait quel âge Manon ?

Elle était bébé. Je l'allaitais aussi. L'allaitement ça la calmait un peu, mais dès que j'arrêtais c'était de nouveau dur.

La nuit, elle se réveillait beaucoup, je pensais que c'était des angoisses. Dans la journée c'était compliqué aussi, je pensais que c'était un peu des caprices. Comme je n'arrivais plus à gérer entre des caprices et des angoisses, j'ai fait appel à un psychologue, à une personne plus adaptée.

Et comment vous avez connu le CNP ?

Bonne question, j'ai plus trop le souvenir.

Ah si, c'est par le biais des soucis de Samuel (*son grand frère*) au niveau du langage. Il était suivi dans un CMP. Le lien s'est fait comme ça. Ce sont les infirmières du CMP qui m'ont orienté au CNP.

Et vous vous souvenez de la première consultation ?

Oui, ça s'est bien passé.

C'était une consultation avec Mme ... Comment elle s'appelle ? Mme...

Mme Garret ?

Oui, c'est ça, Mme Garret. Et après la consultation on a lancé les séances au CNP. Et pour la maison, c'est Mme Y qui a proposé de venir à mon domicile.

Qui faisait les VAD ?

Il y avait Mme Y et Mme Z. Elles étaient à deux je crois bien...

Et qu'est ce qu'on vous avait expliqué concernant les VAD ?

Que c'était pour voir un peu l'attitude de Manon vis-à-vis de moi car elle était très collée à moi à cette période là. Elle était toujours à crier et collée à moi.

Et vous étiez d'accord avec le principe des VAD ?

J'ai accepté, avec une petite appréhension mais minime. Je me suis dit c'est pour mon bien, le bien de ma fille. Après une fois que c'est lancé ça se passe bien.

La petite appréhension c'était par rapport à quoi ?

C'était par rapport à Manon, j'avais peur qu'elle fasse trop de crises, qu'elle soit trop insupportable pendant les visites. C'est ça que j'avais du mal à supporter moi. Alors je me suis dit si pendant la séance c'est pareil, ça va être dur pour moi d'expliquer le problème. Mais ça s'est bien passé, il n'y a pas eu trop de crises.

Et le fait que cela ait lieu dans votre maison ?

Non, non. Ma maison est comme ça, je suis comme ça. Je n'ai pas de complexe là-dessus. Non, ça ne me dérangeait pas qu'elle vienne à la maison.

Vous connaissiez déjà Mme Y ?

Oui, oui c'est elle qui s'occupait du groupe où Samuel allait au CMP.

Et Mme Z ?

Je l'ai rencontré pendant cette période des visites.

D'accord. Et comment les VAD se déroulaient-elles ?

J'étais un peu perturbée avec ma fille.

On parlait, Manon était à côté, on parlait toutes les deux avec Mme Y.

Il y a eu un moment important lors d'une des visites. C'était une qui a eu lieu en début d'après midi, c'était l'heure de la sieste. Manon a fait une bonne crise. Mme Y a voulu essayer de la coucher, et elle n'a pas arrêté de hurler. Et plus on disait les choses à Manon, et plus elle hurlait. Plus je haussais la voix, plus les hurlements étaient forts.

Donc Mme Y était avec vous ?

Oui, elle a vu comment Manon se comportait.

Et elle faisait quoi Mme Y à ce moment-là ?

On reprenait Manon ensemble.

Manon, comment vous expliquer, elle joue avec les gens. Elle les teste beaucoup. Elle n'a pas voulu que Mme Y la couche.

Et comment vous vous-êtes sentie en présence de Mme Y ?

Un peu impuissante. Je me disais « je ne sais pas comment faire pour la calmer ». On a été obligées de la prendre. Dans ces moments-là je n'avais pas trop le dessus. Maintenant je l'ai mais à cette époque-là c'était dur.

Et est-ce que vous avez pu être gênée que Mme Y soit présente dans ces moments-là ?

Non, j'étais plutôt gênée que ma fille hurle devant elle.
Je ne savais pas comment arranger les choses avec Manon.

Vous trouviez que Mme Y vous aidait ?

Oui, elle essayait.

Est-ce qu'il y a d'autres VAD qui vous ont marqué ?

Non, c'est surtout celle-ci. Là, elle a vraiment vu comment Manon était.

Est-ce que cela vous rassurait de savoir que Mme Y voyait ce qui se passait dans votre quotidien ?

Ah oui, beaucoup. Mais ce n'est pas dans les débuts qu'on voit les problèmes, les vrais problèmes.

Quand est-ce qu'a eu lieu cette VAD dont vous venez de parler ?

Vers la fin je dirais...

Et les premières VAD, comment se passaient-elles ?

Manon était toujours là, mais au début il n'y a pas eu de gros soucis pendant les VAD. Je n'ai pas le souvenir. Cela se passait plutôt pas mal.

Vous auriez aimé que Mme Y voit plus rapidement les moments compliqués que vous viviez parfois avec votre fille ?

Oui, car c'était très fatigant.

Et donc avec Mme Y vous parliez toutes les deux ?

Oui, on parlait de Manon toutes les deux. Et Manon écoutait, car on parlait d'elle. On parlait de mes problèmes que j'avais avec elle, elle écoutait. Et après Mme Y parlait à Manon.

Et vous qu'est-ce que vous faisiez quand Mme Y parlait avec Manon ?

Je restais là, j'écoutais.

Un autre souci, c'était la séparation entre Manon et moi. Donc elle était aussi venue pour ça, pour que la séparation se fasse bien.

Et comment elle vous a aidé pour que cette séparation se passe bien ?

Il y a eu aussi des séances au CNP, elles m'ont beaucoup apporté. On était dans la pièce avec Manon et puis petit à petit on a fait l'éloignement.

Et je trouve que c'est au CNP que ça a le mieux fonctionné pour la séparation car à la maison Manon ne faisait pas toujours voir que c'était difficile.

Vous faites une différence entre la prise en charge au CNP et les VAD ?

Oui, oui. Car le souci c'était vraiment les hurlements et le fait qu'elle soit toujours collée à moi. Mais pendant les visites Manon était rarement comme ça sauf ce fameux moment de la sieste. Celui-là je ne l'ai pas oublié.

Vous vous souvenez comment était Mme Y lors de cette visite avec le moment de la sieste ?

Oui, elle était très zen.

Ca vous a aidé qu'elle soit zen ?

Oui, parce que le calme c'est mieux. On comprend mieux les choses, car moi des fois je n'étais pas toujours calme, je haussais le ton mais non en fait il ne fallait pas. Plus je haussais le ton, plus elle hurlait.

Et alors comment vous vous-êtes rendue compte que quand vous haussiez le ton, Manon hurlait plus fort ?

Quand une fois j'ai voulu lui expliquer, lui parler que « Maman elle en avait marre et tout ça ». J'ai trouvé que ça portait plus ses fruits de parler que de hurler.

Et comment vous est venue cette idée de lui parler ?

Je pense que voir Mme Y le faire ça m'a donné des idées.

Et est-ce que Mme Y vous a conseillé de parler à Manon dans ces moments-là ?

Peut-être qu'on a eu une discussion là-dessus, je ne me souviens pas trop, ça fait longtemps ! En tout cas, lui parler ça fonctionne.

Et est-ce qu'il y a eu des moments lors des visites de Mme Y où vous vous êtes sentie un peu jugée ?

Non, non jamais.

Vous aviez eu peur de cela ?

Oui parce que quand on est maman, on a envie d'être parfaite avec les enfants, mais on ne l'est pas en fait.

Donc vous avez pu craindre d'être jugée ?

Oui, mais en fait non, je ne l'ai pas été.

A quoi vous avez senti que Mme Y ne vous jugeait pas ?

Je ne sais pas. L'attitude quand elle regarde. Dans les yeux, on voit ce qui se passe. Dans son regard, ça passe bien.

Il y a d'autres choses que Mme Y faisait qui vous ont mis à l'aise ?

Oui, dans sa façon de parler, elle parle de façon posée. Elle écoute, elle est douce. La façon dont elle parle c'est important.

Et avec Mme Z ?

Elle est venue qu'une seule fois au domicile. J'ai moins de souvenirs. En fait, elle était là aux séances au CNP pour travailler la séparation.

Elle est venue chez moi qu'une seule fois quand Mme Y était en vacances et ça s'est bien passé.

Et qu'est ce que vous diriez de la relation que vous aviez avec Mme Y ?

Bien, une bonne relation.

Vous osiez lui poser des questions ? Lui demander des conseils ?

Oui, oui. On sait que ce sont des spécialistes, que ce sont des personnes qui ont l'habitude, qui s'y connaissent. Donc avec elle on a envie de parler. Mais je n'irais pas forcément parler avec une autre personne.

Vous aviez confiance en elle ?

Oui, oui. J'ai encore un suivi avec elle sur le groupe de parole des mamans.

Et les VAD se sont arrêtées alors ?

Oui.

Et comment s'est passé l'arrêt des VAD ?

Bien, parce que on était toutes les deux d'accord pour dire que Manon n'avait plus besoin de ça et qu'il fallait passer à autre chose. Elle est plus grande, il faut qu'elle change de type de séances.

Et elle venait à quel rythme Mme Y ?

Elle venait toutes les semaines je crois bien à un moment. Puis après on a espacé.

Et est-ce que cela vous convenait qu'elle vienne toutes les semaines ?

Bah oui, c'était bien. Car au début, on a envie qu'elle vienne voir ce qui se passe car des fois c'est vraiment dur.

C'est bien une fois par semaine car on arrive à gérer entre deux visites et on arrive à gérer son arrivée. Si c'était plus souvent, on serait trop pressées...

Et elle venait combien de temps ?

20 minutes. C'était très court. Peut-être même des fois 15 minutes. Après ça dépendait du comportement de Manon. Quand ça se passait bien, ça allait. Mais quand on voyait qu'elle était fatiguée, ça durait moins longtemps.

Et puis la fois où elle hurlait très fort, on a été obligées de la coucher.

Et est-ce que la durée des visites vous convenait ?

Oui, parce que quand ça se passe bien, c'est un contrôle en fait. Je considère ça comme cela. Elle vient voir si ça va.

Et vous auriez aimé qu'elle reste plus longtemps parfois ?

Non, non je trouve que c'était bien.

Et donc après les VAD se sont espacées, vous étiez d'accord pour cela ?

Oui, oui. Et puis on en a parlé ensemble. Mme Y m'a toujours demandé si ça me convenait, mon avis. C'était important qu'elle me demande si j'étais d'accord. On était en bonne coordination.

Y-a-t-il eu des moments où vous n'étiez pas d'accord avec ce que Mme Y disait ?

Non, je n'ai pas de souvenir comme ça. Il y a peut être eu des moments où j'ai du annuler mais ce n'est pas parce que je ne voulais pas qu'elle vienne.

C'est arrivé que des fois vous n'avez pas très envie qu'elle vienne ?

Non, non. Après il y a des moments où je me disais « je suis un peu fatiguée et tout... ». Mais comme ça se passe bien avec la personne on fait un effort.

Et est-ce que vous trouvez que les VAD vous ont aidé ?

Oh oui ! A comprendre un peu plus car je ne savais pas vraiment si c'était des caprices ou des angoisses que Manon faisait. Des fois c'était des caprices, des fois c'était des angoisses. Et elle en a encore des angoisses par moment. Elle a peur dans sa chambre en ce moment pour s'endormir.

Quand ils sont tous petits, on ne sait pas ce qu'ils ont. Là, elle est plus grande, elle peut le dire maintenant. Là elle dit « j'ai peur... ». Alors que quand elle était bébé, elle ne pouvait pas le dire, elle faisait des crises. Ca m'a aidé à mieux la comprendre.

Qu'est ce qui vous a aidé dans les visites de Mme Y à mieux comprendre Manon ?

Ah c'est difficile. En fait il faut vivre la scène pour le savoir. C'est difficile à expliquer.

Par exemple, si on reprend le moment de la sieste dont vous avez parlé, qu'est-ce que Mme Y a fait qui a pu vous aider ?

Elle est restée calme. Elle essayait de parler à Manon. Elle devait lui dire « Manon c'est l'heure de la sieste il faut te coucher ! » (*imite Mme Y en modulant sa voix*).

Et comme Mme Y a vu que cela ne marchait pas on a arrêté la séance et Mme Y est partie.

Vous auriez aimé qu'elle reste plus longtemps ce jour-là ?

Non, non car il y avait trop de cris. La seule solution c'était que je reste allongée à côté d'elle jusqu'à ce qu'elle s'endorme. (*Soupirs*) Il y a eu une période où c'était dur.

Et est-ce que vous trouvez que les VAD ont aidé Manon sur d'autres choses ?

Ca je ne sais pas. Je ne vois pas.

Et vous, elles vous ont aidé ces visites ?

Oui, je savais que si ça n'allait pas il y avait quelqu'un. On pouvait appeler quand ça n'allait pas, téléphoner et elle pouvait venir.

Et vous l'avez fait ?

Non, je n'ai pas eu besoin. Mais savoir que c'est possible, qu'il y a quelqu'un c'est bien.

Par exemple, si un jour vous aviez eu besoin d'appeler et que Mme Y n'était pas disponible ?

Ah (*rires gênés*). Je ne sais pas. J'ai toujours ma mère. Peut-être que je l'aurais appelé pour savoir quoi faire. Mais elle, elle m'aurait donné des conseils mais ce n'est pas pareil, elle n'est pas du métier.

Et si une autre infirmière du CNP était disponible vous auriez pu lui demander de l'aide ?

Oui, à Mme Z par exemple. J'aurais pu demander même à quelqu'un d'autre.

Est-ce que vous trouvez que les VAD vous ont aidé vous ?

Oui, j'ai moins de stress, je suis plus apaisée.

Moins de stress par rapport à quoi ?

Parce que quand on se sent toute seule, qu'on a tout sur ses épaules, c'est dur à gérer. Et quand elle vient, ça soulage quand même. C'est dur, c'est lourd de tout porter toute seule. Donc quand Mme Y venait ça me permettait de me poser, de souffler.

C'est un moment que vous attendiez la visite ?

Des fois oui, des fois c'est vrai que je l'attendais !

Et est-ce que vous prépariez les visites d'une visite à l'autre ?

Non, non. C'était sur le coup quand elle venait. Mais ça me permettait d'être moins seule.

Et est-ce que les VAD ont permis de changer des choses dans la relation que vous avez avec Manon ?

Oui. Mais finalement ce sont surtout les séances au CNP pour travailler la séparation. Maintenant avec moi ça va mais c'est avec le papa que c'est compliqué.

Et justement le papa il était là pendant les VAD ?

Non, il n'était pas là. Il n'était jamais là.

Et vous auriez aimé qu'il soit là ?

Non, non, je ne lui ai pas proposé.

J'aimais bien que ça soit comme ça. C'était un peu mon moment.

Et Mme Y elle a déjà demandé que le papa soit présent ?

Non je ne crois pas. De toute façon, il travaille toute la journée.

Et est-ce que vous lui racontiez comment se passaient les visites ?

Oui, je lui disais. Je lui ai expliqué le jour où elle a fait sa crise.

Et est-ce que Mme Y a assisté à d'autres moments particuliers de la vie quotidienne comme la sieste ?

Ah oui, une fois elle est venue lors d'un repas. Et elle a vu Manon en train de manger. Et c'est là que Mme Y a vu que Manon se tenait bien à table. Elle l'a dit, elle a dit qu'elle mangeait bien. Elles étaient contentes. (*Rires*)

Et c'était par hasard que Mme Y assiste à un repas ?

Je ne sais plus. Je pense que ça devait être prévu.

Est-ce que il y a d'autres choses que vous auriez aimé faire en présence de Mme Y ?

Elle a du la voir jouer.

Y-a-t-il eu des moments à l'extérieur du domicile ?

Non, il n'y a pas eu de sorties.

Vous auriez souhaité en faire ?

Bah déjà il y a le temps. Après Mme Y elle a d'autres rendez-vous.

Le souci de toute façon c'était vraiment dans la maison. Il n'y en a pas trop à l'extérieur, j'arrive à gérer. Mais alors dans la maison (*soupirs*) il y avait beaucoup de crises. Des crises limite caprices, c'était dur à gérer. Je ne voulais pas la mettre au coin si elle faisait une crise d'angoisse mais je ne savais plus trop. Mais maintenant je la mets au coin quand elle insiste trop à faire ses caprices. Tellement la crise est forte, elle hurle et elle fait pipi. A l'école aussi elle le fait, et à la halte-garderie aussi.

Et il y a aussi eu une visite à la halte-garderie par Mme Y pour voir comment elle se comportait. C'est un point très important.

Et vous étiez présente pendant cette visite à la halte-garderie ?

Non Mme Y était toute seule, elle y est allée plusieurs fois je crois.

C'est vraiment à l'intérieur de la maison que c'était difficile !

Et est-ce que les VAD correspondaient à ce qu'on vous avez expliqué au début ?

Oui, je n'ai pas été surprise. Ca a été bien expliqué dès le début.

Et les VAD, elles étaient pour qui ?

Et bien c'était un peu pour nous deux (*rires*). Enfin moi je l'ai pris un peu comme ça. C'est vrai que c'était pour Manon à la base mais pour moi aussi ça m'a aidé. Et comme le souci c'était entre nous deux. Ca a apporté à l'une et à l'autre.

Et Samuel, un des grands frères, était-il présent lors des VAD ?

Oui il y a eu des périodes où il était là, pendant les vacances. Et puis il y a eu des moments avec les autres frères. Et Mme Y regardait comment ça se passait, comment ils jouaient ensemble. Elle était venue pour ça aussi.

Et donc après les VAD se sont espacées, jusqu'à penser à un arrêt. Comment cela s'est-il passé ?

Ca a été. Je savais que les séances au CNP allaient continuer. Il y avait quelque chose derrière. Ils auraient tout coupé, là je n'aurais pas été bien.

Y-a-t-il des moments où vous auriez aimé que les VAD reprennent ?

Non, non du moment que la prise en charge derrière continue, ça va.

Et vous pensez que si les VAD n'avaient pas eu lieu les choses seraient différentes ?

Oh oui, ça ne se serait pas passé pareil si je n'avais pas fait cette demande-là. Ca se serait sans doute aggravé. Et puis je ne sais pas si j'aurais fait les autres prises en charge.

Et le fait d'avoir consulté pour Manon, quelqu'un vous l'avez conseillé ?

Oui, il y avait la PMI qui m'avait un peu stimulé pour que je consulte au CNP. Elle voyait que je n'étais pas très bien avec Manon, que ça ne se passait pas toujours très bien. La PMI m'a aidé aussi.

Et si cela n'avait pas été Mme Y pour les VAD ?

Ah c'est vrai que je ne m'entends pas forcément avec tout le monde. Le contact c'est important.

Et le fait de la connaître déjà par rapport à la prise en charge de Samuel ?

Ca m'a aidé car je savais que c'était quelqu'un de bien, qui nous convenait.

Si on vous avait dit que les VAD auraient lieu avec une autre personne que vous ne connaissiez pas encore ?

Franchement, je ne sais pas si j'aurais accepté.

Il y a des moments qui ont été plus compliqués pendant les VAD, notamment avec Mme Y ?

Non, non jamais, elle ne m'a jamais énervé. Même maintenant aux réunions du groupe maman, je ne sais pas comment elle fait (*rires*).

Elle m'a toujours dit « Mme B, s'il y a des choses qui ne vont pas ou avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord, il faut me le dire ». Elle m'a toujours dit ça.

Et vous auriez osé lui dire s'il y avait des choses qui ne vous plaisaient pas ?

Sans doute. Mais comme ça se passait bien, je n'ai jamais eu besoin de lui dire que ça ne passait pas bien.

Et Manon, comment était elle pendant les visites ?

Je pense que Manon aime bien Mme Y.

Qu'est-ce qui vous fait penser ça ?

Le fait qu'elle ne faisait pas ses caprices. Je ne sais pas. Ca se passait plutôt pas mal avec Mme Y. Cela aurait été quelqu'un qui ne lui plaisait pas, ça aurait été difficile.

Mais il y a quand même eu des moments difficiles en plus de celui de la sieste. Ca me revient ! Quand on l'avait prise et qu'on l'avait déplacé, Mme Y a vu que Manon hurlait dès qu'il y avait un changement.

Même maintenant, un changement dans la journée qui n'est pas comme d'habitude, ça y est elle prend peur et les angoisses commencent.

Et donc une fois avec Mme Y, Manon était assise et elle gênait, je l'ai prise pour la poser sur la chaise d'à côté et rien que pour ça elle hurlait.

Et aujourd'hui, elle garde un peu son caractère. Quand quelque chose ne lui plaît pas elle fait une crise. Même avec ses frères, elle est sur le canapé, elle veut sa place, et bien elle va faire sa crise.

Il y a par contre un peu moins d'angoisse. Sauf le soir, mais je pense que c'est une période de cauchemars et de peur en rapport avec son âge.

Si vous pouviez changer quelque chose dans les VAD, ce serait quoi ?

Honnêtement, rien. Ces gens-là ils viennent pour nous aider.

Et la peur d'être jugée ?

Ca, on l'a toujours. Même durant les séances du groupe de parole des mamans, on a toujours cette petite appréhension qu'on nous dise « ça faut pas faire ça comme ça ». C'est

vrai on sait qu'il ne faut pas faire comme ça mais on a toujours cette appréhension. Après une fois qu'on parle, qu'on évacue, qu'on pleure, qu'on rit. Après on comprend.

Et le groupe des mamans, qu'est-ce que vous en pensez justement?

C'est bien. C'est bien d'être avec d'autres mamans. On a des soucis lourds des fois, quand ça ne se passe pas bien à la maison, avec les enfants, le mari, enfin tout quoi.

C'est pouvoir en parler avec quelqu'un d'autre, se décharger.

Tout ça (*tous les soins*), ça m'a apporté quelque chose même intérieurement. Je me sens plus légère, mieux dans ma peau.

Si vous aviez un ou des conseils à donner à une maman à qui on proposerait des VAD ?

Ca apporte un plus. Je lui dirais d'essayer au moins une visite, au moins une fois. Ca passe ou ça ne passe pas mais je lui dirais quand même d'essayer.

Moi, c'est passé. C'est important je pense la première fois.

Comme je connaissais un petit peu Mme Y, je savais que ça se passerait bien. Quand on ne connaît pas, que cela ne se passe pas bien la première fois, on n'a pas très envie que cela continue.

Et puis Mme Y elle laisse s'exprimer, elle nous demande toujours notre avis, et après on en discute. Elle me demandait mon avis aussi quand elle voulait faire quelque chose avec Manon. Elle m'a demandé mon avis si elle ne pouvait pas essayer elle-même de la coucher pour la sieste quand Manon faisait sa crise, pour voir la réaction de Manon. Elle m'a demandé avant de le faire et puis j'ai dit oui et elle a vu que la crise continuait. Manon était fatiguée, elle voulait dormir mais elle ne voulait pas de la présence de Mme Y, elle voulait que ça soit moi comme d'habitude, couchée à côté d'elle à attendre qu'elle s'endorme.

ENTRETIEN AVEC MME Y, INFIRMIÈRE :

Est-ce que vous pouvez m'expliquer dans quel contexte Mme B et sa fille ont été amenées à consulter au CNP ?

Samuel, le grand frère et 3^{ème} de la fratrie, a consulté au CMP à l'initiative de l'école et on l'a reçu sur le groupe NEMO qui est un groupe qui s'adresse à des enfants plutôt carencés (un groupe où actuellement on reçoit les parents en 2^{ème} partie). Et la maman est venue accompagner Samuel les premières fois avec Manon qui était dans la poussette, et pour la première séance de groupe il y a avait également la puéricultrice de PMI qui était présente que je connais bien et qui m'avait dit qu'elle se souciait aussi pour Manon bébé. Manon devait avoir 6 mois et quand je l'ai vu dans sa poussette j'ai été un peu affolée, je me suis dit « on ne peut pas laisser un bébé dans cette situation là ! » et donc on a continué de voir la maman de Manon et Samuel régulièrement, puis de son côté la puéricultrice de la PMI l'a aussi encouragé à aller au CNP et quand on s'est bien connues, la maman a accepté d'aller consulter au CNP avec Mme Garret. J'étais présente à cette première consultation, et c'est comme ça que Manon est venue au CNP.

Et qu'est-ce qui vous a interpellé chez Manon quand vous l'avez vu dans la poussette la premières fois ?

Manon était une petite fille qui dès qu'on la regardait pleurait. Même notre regard de loin avec une distance, le simple regard vers elle faisait qu'elle pleurait. Et puis, elle était dans

une poussette canne et j'avais l'impression que si elle avait pu passer de l'autre côté de la toile de la poussette elle serait passée tellement elle voulait s'effacer à tout prix. Elle avait un visage amimique, une grande tristesse dans le regard. Et puis un côté complètement effrayé.

Et qu'est-ce que vous avez pu expliquer à cette maman pour qu'elle aille consulter au CNP pour Manon ?

Comme le suivi des parents sur le groupe NEMO se fait domicile, on est allées assez rapidement chez Mme B donc on a vu assez vite Manon à domicile. On a vu ses difficultés à être en lien avec nous, et puis la maman se plaignait beaucoup de manifestations bruyantes chez Manon : des pleurs, des cris, une impossibilité à s'endormir, des réveils nocturnes, des difficultés pour manger, elle ne prenait que le sein jusqu'à ses 14 mois. Et dès que la maman proposait quelque chose au repas, Manon ne voulait pas et elle terminait par prendre le sein ou un biberon. La maman se rendait bien compte qu'il y avait quelque chose qui ne collait pas, que l'alimentation ne pouvait être que le sein ou le biberon.

Pour le groupe NEMO, comment se déroulent les VAD ?

Il y a un temps de prise en charge en groupe pour l'enfant au CMP, on reçoit ses parents à la fin du groupe. Et puis il y a un temps de visite à domicile, on essaye de faire deux VAD par trimestre.

Mme B nous a tout de suite bien accueillies. La première fois lorsqu'on lui a proposé les VAD, elle nous a dit « le problème c'est que ce n'est pas un château chez moi », elle avait un peu honte de nous montrer sa maison. Et nous, vu les difficultés de la maman, avec ma collègue on s'était imaginé un domicile avec peut-être un peu de laisser aller. Et on a été très surprises car ce n'est pas du tout le cas. C'est un domicile plutôt bien entretenu, accueillant, adapté pour les enfants. Et en plus, elle avait acheté pour notre première VAD une bouteille de coca et une brioche. On était attendues. Et donc lors de cette première VAD dans le cadre du groupe NEMO on a pu parler de Manon qui quand même avait des manifestations bruyantes le temps qu'on était là. Elle était collée dans les bras de sa maman, sans jamais nous regarder, le visage collé contre la poitrine de sa maman tout le temps de la visite.

Et cette maman comment a-t-elle réagi lorsque vous lui avez proposé de rencontrer le médecin du CNP ? A-t-elle été d'accord immédiatement ?

Je n'ai plus trop les dates en tête, mais ça a dû mettre une petite année quand même. Il a fallu le temps qu'elle nous fasse confiance, déjà pour son frère. Parce que Samuel était en grandes difficultés aussi. Il faisait vraiment petit oiseau tombé du nid. On ne pouvait pas le regarder non plus, il avait la tête qui était toujours enfoncée dans les épaules comme ça. Il ne parlait pas. Il a fallu le temps qu'elle nous fasse confiance.

Et comment cette confiance a pu s'installer selon vous ?

Par l'intermédiaire de Samuel qui avait beaucoup de plaisir à venir sur le groupe NEMO. Et puis on racontait à la maman ce qu'on faisait sur le groupe avec son fils, on racontait de façon très pratico-pratique ce qu'on avait fait, combien de temps cela avait duré, si Samuel avait joué, comment, et ça, ça l'a beaucoup intéressé qu'on lui raconte les détails du groupe, mais vraiment les détails. Elle était très sensible qu'on lui raconte ces détails.

Et pour la mise en place des VAD ?

Elle est venue voir le Docteur Garret au CNP pour Manon vers le mois de mai. On a quand même mis une petite année pour qu'elle consulte pour Manon parce qu'il y avait l'idée que Manon était un bébé et que du coup ça pouvait attendre pour la consultation selon la maman. Il n'y avait pas d'urgence pour elle.

Et donc j'ai commencé les VAD pour Manon en mai ou juin, au rythme d'une fois tous les 15 jours et puis parallèlement Manon est allée à la halte-garderie car Manon restait toujours avec sa mère. Donc on avait fait avec la puéricultrice une inscription à la halte-garderie, Manon a pu y aller.

Et moi au domicile, les premières fois où je suis venue, Manon était prévenue par sa maman que j'allais venir et elle s'endormait sur le canapé juste avant que j'arrive en plein milieu de la journée. J'ai essayé plusieurs horaires, elle dormait à chaque fois. Je la laissais dormir au début, et quand je m'adressais à elle, elle ouvrait les yeux et les refermait aussitôt, elle dormait vraiment. Elle s'enfonçait dans le sommeil.

La maman me disait à chaque fois « elle vient juste de s'endormir ».

Et comment vous compreniez le fait qu'elle venait juste de s'endormir avant votre arrivée ?

Une fuite à mon égard. Après quand elle ne dormait plus, qu'elle était bien réveillée, elle était collée à sa maman, je ne pouvais pas la regarder, je ne pouvais pas l'approcher. Par contre quand ses frères étaient là, je me rendais compte que c'était une petite fille qui avait de la vitalité. Mais quand elle était toute seule avec sa maman, j'avais l'impression qu'elle n'avait pas de colonne vertébrale.

Et combien de temps cela a mis pour que Manon ne soit plus endormie lors des VAD ?

Elle a dormi quelques visites au début mais assez rapidement je me suis rendue compte que cela allait être très compliqué au domicile, parce que je pense que je faisais une intrusion trop massive pour Manon. Et que quand elle était seule avec sa maman mon intrusion était trop forte. Quand ses frères étaient là, c'était mieux. Mais du coup, j'ai proposé assez rapidement qu'on fasse un travail de séparation mère-enfant au CNP avec une de mes collègues. Et la maman a facilement accepté, elle a très bien compris le sens de ce travail-là. Et donc on a fait des séances où la mère et l'enfant sont ensemble. Manon a été mutique pendant au moins 8 mois. C'est-à-dire qu'elle faisait, elle jouait avec moi ou ma collègue mais sans jamais un mot, et juste quelques regards. Puis les regards se sont intensifiés après. Et puis on avait vu qu'au bout d'un moment, quand Manon était suffisamment en confiance, que Manon reste avec ma collègue et que moi je sorte de la pièce avec la maman, qu'il y ait finalement une séparation physique. Au début on est sorties 5-10 minutes, et puis après on a pu sortir toute la séance. Et Manon a pu se séparer de sa maman.

Et je reviens aux VAD. Durant les premières VAD lorsque Manon dormait, qu'est ce que vous faisiez ?

Je discutais avec la maman. Elle avait beaucoup besoin de parler. Manon avait des troubles du sommeil, des troubles alimentaires. La maman me faisait part de son ras-le-bol, son grand ras-le-bol de Manon, elle n'en pouvait plus.

Et ça elle pouvait le dire ?

Oui, oui. Elle en parlait très bien. Et Manon était toujours dans ses bras. Et si Mme B ne la prenait pas dans ses bras, elle hurlait, elle pleurait.

Les VAD se sont finalement arrêtées au moment du travail de séparation. Sauf l'été, quand certaines d'entre nous étaient en vacances et qu'on ne pouvait pas faire les consultations au CNP, on faisait des VAD pour garder un lien. Là aussi par exemple Manon vient de faire une année de groupe thérapeutique. On ne va pas attendre le mois de septembre prochain pour reprendre contact, on va se voir cet été pendant des VAD pour garder le lien.

C'est un soutien à la maman aussi car je pense que l'été peut être long avec ses quatre enfants à la maison. Et puis par rapport à Manon aussi, lui dire qu'on est là, qu'on ne l'oublie pas. Elle va aller sur le groupe NEMO l'année prochaine. Je pense que la temporalité pour Manon n'est pas simple, elle a beaucoup connu la discontinuité et donc de garder un lien par les VAD même si c'est toutes les trois semaines de façon à ce que la fin des soins au CNP compte tenu de son âge ne soit pas une rupture mais plutôt un moment un peu aménagé autour de la fin des soins au CNP, et le passage au CMP dont elle dépend.

Et le papa pendant les VAD ?

Je ne l'ai pas vu beaucoup. C'est un monsieur très discret, qui souffre d'une déficience intellectuelle. Il a un emploi aménagé. C'est un très gentil papa qui ne doit pas avoir trop de fonction paternelle au sens de mettre des limites et quand la maman disait qu'elle en avait marre d'avoir Manon dans les bras, et bien Manon passait la soirée dans les bras de son papa.

Et il était présent lors des VAD ?

Je ne l'ai vu qu'une seule fois je crois.

Et cette maman, comment était elle lors des VAD ?

Je sentais une maman qui avait besoin de recevoir mon attention. Je sentais que c'était important que je vienne pour Manon, mais je sentais qu'il fallait que j'aie de l'attention pour cette maman aussi. Elle avait beaucoup de choses à dire sur sa difficulté d'être maman, sa difficulté de faire ce qu'il faut pour les quatre enfants, son incompréhension du comportement de Manon, pourquoi elle pleurait la nuit, pourquoi elle a tant de mal à s'endormir. Et en fait tout ce qu'elle me disait de ses difficultés ça avait à voir autour de la fonction paternelle que ni l'un ni l'autre des parents ne pouvait incarner et personne ne peut dire non à Manon. Et comme ils acceptaient tout, Manon était perdue. Donc on a quand même réfléchi autour de ça, comment dire non à Manon, lui expliquer qu'elle peut s'endormir avec Samuel à ses côtés, qu'elle n'a pas besoin de sa maman pour s'endormir. Et puis assez rapidement, la maman a intégré le groupe des mamans. Et là avec le groupe des mamans, elle n'a vraiment plus eu besoin des VAD.

En fait si on reprend, il y a eu : les VAD qui ont amené le travail de séparation au CNP, et après le groupe des mamans pour elle. Et puis il y avait le groupe thérapeutique NEMO pour Samuel pour lequel il y avait encore quelques VAD.

Et c'est une maman qui avait beaucoup de questions très pratiques à poser. On cherchait ensemble les réponses, je la faisais participer en lui demandant « Et vous ? Comment vous pourriez faire ? Qu'est ce que vous en pensez ? ». On réfléchissait ensemble, elle aimait bien qu'on cherche ensemble.

Y-a-t-il eu une visite qui vous a plus marqué que d'autres ?

Je crois que celle qui m'a le plus marqué, c'est celle où elle a dormi et quand on est allées la voir avec sa maman, elle a ouvert les yeux, et elle s'est rendormie. J'ai trouvé cela très triste. D'une grande tristesse.

Et qu'est-ce que pouvait dire la maman à ce moment là ?

Elle disait qu'elle était très fatiguée car elle dormait peu la nuit.

Et cette VAD qui a beaucoup marqué Mme B ?

Oui cette VAD me revient. Je m'en rappelle bien. Et le souvenir qui me revient, c'est que j'ai eu l'impression que Mme B avait laissé tomber Manon dans son lit, qu'elle avait lâché, c'est le sentiment que j'ai reçu à ce moment-là.

Ca me fait penser à quand on parle des transitions de ces mamans qui ne peuvent pas s'établir. Là par exemple Manon est dans son lit, c'est une rupture. La maman n'existe plus pour Manon. J'ai un sentiment assez précis de cette VAD où elle l'avait laissé tombé dans le lit.

On avait aussi réfléchi autour de l'idée que la maman pouvait lire un livre. Et ça la maman l'avait fait et cela avait fonctionné. Car avant cette maman n'apportait pas de livre mais un biberon.

Et vous avez pu voir une évolution pendant les VAD ?

Non très peu. Il a fallu attendre le travail de séparation avec en parallèle la halte-garderie pour voir une évolution. Et je ne sais pas ce que je représentais pour Manon, mais sûrement un danger.

Je suis allée la voir une fois à la garderie, et la directrice de la crèche m'avait dit « vous allez voir Manon n'est pas du tout comme vous la décrivez », « elle peut tout à fait être gaie, dans la vie, elle parle avec les autres ». Donc cette description ne correspondait pas du tout à la petite Manon que je connaissais. Et puis elle m'a dit « par contre quand elle voit quelqu'un qu'elle ne connaît pas elle peut se fermer complètement ». Donc moi j'étais dans la pièce, Manon arrivait du temps de la sieste, et quand elle m'a vue elle est devenue mutique, prostrée, figée, c'était l'heure du goûter et Manon n'a rien mangé. La directrice m'a dit « effectivement quand il y a quelqu'un dans la crèche qu'elle ne connaît pas elle peut être comme cela ».

Mais moi elle me connaissait, elle m'avait vu plusieurs fois pendant les VAD. Je représentais sûrement une personne dangereuse, intrusive. Je sentais qu'elle était tellement fragile, c'était comme si j'allais la détruire en la regardant. C'était très profond la souffrance de Manon. Et du coup je n'étais pas restée à la crèche, je créais un trop gros malaise, je la persécutais. Voyant ça j'étais partie, et j'avais proposé que ça soit une autre collègue qu'elle ne connaissait pas qui passe à la crèche la voir.

Et alors ?

Ma collègue avait pu le faire, et Manon avait été plus naturelle.

Et puis finalement les VAD se sont arrêtées pour faire le travail de séparation. Celui-ci n'aurait pas pu avoir lieu au domicile ?

Oh non, je percevais qu'il y avait quelque chose de trop dangereux de venir à la maison pour Manon. Les VAD ont duré plusieurs mois.

Et pendant les VAD, vous n'avez pas forcément perçu d'évolution chez Manon. Mais est-ce que chez la maman des choses ont évolué ?

Enfin, chez Manon quand même elle a arrêté de dormir. Et puis pour moins la persécuter je venais quand ses frères étaient là, et je voyais une petite fille qui était dans la vie. J'étais rassurée sur son état psychique. C'était vraiment quand elle était seule avec sa maman que

c'était compliqué. Et la maman parlait d'une petite Manon qui la tyrannisait. La maman demandait de l'aide, du soutien. Elle pouvait dire combien elle était débordée par tous ses enfants. Et Manon qui la prenait encore plus que les autres. Et donc on a réfléchi ensemble pour le coucher, l'endormissement, le rituel de l'histoire.

Et puis ce qu'on a aussi réussi à travailler lors des VAD, c'est que Manon ne soit pas toujours dans les bras de sa maman, qu'elle soit parfois au sol.

Comment vous avez travaillé cela ?

En fait Manon se mettait au pied de sa maman, elle geignait et la maman la prenait. Elle ne s'en rendait même plus compte, elle était fatiguée, elle avait mal au dos. Et je lui disais « mais Manon elle marche » et Mme B me répondait qu'elle avait l'habitude. Mais petit à petit elle a pu dire non au portage. Et puis Manon s'est habituée à ne plus être dans les bras de sa mère. Ca a été très progressif.

Et comment vous avez pu expliquer à la maman la nécessité du travail de séparation ?

La maman avait tout bien compris de ce travail. On avait mis en place un taxi pour qu'elles viennent régulièrement. On avait mis un jour et un horaire qui convenait à la maman où elle n'avait pas les grands à récupérer, pour qu'elle soit tranquille et qu'elle ait du temps avec Manon. C'était vraiment leur temps à elles deux.

Y-a-t-il eu des moments où vous perceviez la maman plus réticente à la prise en charge, notamment par rapport aux VAD ?

Non, elle était toujours partie prenante. Même si elle était en difficulté, elle m'accueillait toujours bien. Il n'y pas eu de moments où nous ne nous sommes pas senties accueillies. On n'a jamais eu de portes fermées.

Finalement ce que je sentais surtout c'était plutôt le côté grande tristesse, désespoir. C'était ça que je ressentais et c'est avec ça que je repartais. C'était ça qu'elles me transmettaient toutes les deux : une grande tristesse, un désespoir. Je me disais « elle est où la pulsion de vie chez Manon ? ». Je ne la trouvais pas. Chez la maman tout juste aussi.

Et les VAD que vous avez faites après le travail de séparation ?

C'était pendant l'été. C'était sympa. J'étais avec une étudiante. Les enfants étaient contents qu'on soit là. Manon venait plus facilement vers moi. Elle était moins dépendante de sa maman, elle était moins exigeante, elle n'était plus dans ce lien tyrannique à sa maman. Les troubles du sommeil avaient aussi disparus.

Manon se levait souvent la nuit et allait dans la chambre de ses parents donc j'avais dit à Mme B que Manon ne pouvait pas rentrer comme cela, qu'il fallait qu'elle frappe. Mme B disait que nous avions tout à fait raison et donc elle se levait et la recouchait. Car avant Manon allait dans le lit de ses parents, et Mme B disait « je m'en rends même plus compte quand elle vient ».

Et comment Mme B pouvait prendre vos remarques ?

Elle les comprenait. Est-ce qu'elle comprenait tout ? Je n'en suis pas sûre, il fallait que je fasse avec elle, mais en tous cas elle voyait bien que c'était de l'aide pour elle et pour Manon pour qu'elle grandisse.

Moi je disais tout le temps « on ne peut pas laisser Manon comme ça, elle est trop malheureuse, vous aussi, vous ne trouvez pas de manière de vous ajuster, il faut qu'on vous

aide ». Et ça elle le comprenait bien. Je n'ai jamais eu le sentiment qu'elle était persécutée. J'y allais prudemment mais je le lui disais.

Ce qui m'a frappé aussi chez cette maman c'est sa lenteur. Et je me disais que ça devait quand même être compliqué pour les enfants. Une fois lors d'une VAD qui m'a marqué, la maman m'a proposé un verre d'eau et entre le moment où elle m'a proposé le verre d'eau et le moment où elle me l'a servi il a du se passer trente minutes. Je me suis retrouvée dans la situation de vivre ce qu'un de ses enfants pouvait vivre avec cette maman si lente et je me suis dit « quand on est un enfant et qu'on attend quelque chose de sa maman et que c'est si long à venir ça doit être compliqué » et c'est là que je me suis dit elle a quelque chose autour de sa lenteur qui fait penser à des défenses quand même un peu particulières.

Et justement en parlant de temps, combien de temps duraient ces visites à domicile ?

Une heure.

Mme B avait elle l'impression que ça durait 15 minutes.

15 minutes ?! (*Rires*) C'est étonnant. Toujours une heure. C'est intéressant car la fois où j'ai attendu un verre d'eau pendant 30 minutes, elle s'est servi un café mais 15 minutes après. Et là je me suis dit que la question du temps pour cette maman était compliquée alors avec quatre enfants où ça demande d'être réactive, de s'ajuster à chacun...

Et qu'est-ce qu'elle a fait entre le moment où elle vous a proposé un verre d'eau et le moment où elle vous l'a servi ?

Elle parlait. Alors soit elle avait oublié soit je ne sais pas. Elle a quand même une lenteur d'idéation, je pense qu'elle a un ralentissement de ce côté-là.

On sent le temps qui passe chez Mme B, les VAD sont longues. J'étais plombée. Je recevais toute cette détresse, cette tristesse, cette lenteur, mélangées avec un vide.

Et pour vous dire au revoir quand vous partiez de la VAD ?

Je convenais du prochain rendez-vous, ça permettait de dire au revoir avec l'idée qu'il y ait une continuité.

Et comment s'est passé l'arrêt des VAD ?

Et bien, j'ai expliqué que c'était le travail de séparation qui prenait le relais et que les VAD allaient finalement continuer mais dans le cadre de NEMO.

Et Mme B était d'accord pour que les VAD s'arrêtent pour Manon ?

Oui, mais en même temps quand nous allions pour Samuel en VAD pour le groupe NEMO on parlait aussi de Manon. Nous n'étions pas dans la séparation des enfants. En fait c'est allé crescendo : les VAD, le travail de séparation couplé par des VAD pour le groupe NEMO, les VAD l'été après le travail de séparation, le groupe thérapeutique pour Manon et celui pour Samuel, et le groupe des mamans pour la maman. On voit bien l'évolution.

Et on voit aussi comment vous avez pu repérer via les VAD les difficultés qu'il fallait travailler. Vous avez pu percevoir ce que la maman et ses enfants vivaient.

Oui, et que pour Manon le mutisme était extrafamilial. Elle a été mutique au moins six bons mois pendant les séances. Elle avait une bonne compréhension mais aucune émission. Et moi j'observais que Manon parlait bien avec ses frères en VAD. Et à la halte-garderie on me

disait qu'elle parlait bien aussi. Et elle était complètement mutique en séance, elle nous a inquiété.

C'est même un mutisme très sélectif car si elle parlait à la halte-garderie ?

Oui c'est vrai ce n'était pas vraiment extrafamilial, mais qu'en séances au CNP.

Je pense que ça avait à voir avec la question de la séparation avec sa maman. Je pense que s'il n'y avait pas eu le suivi pour Manon, la maman aurait été dans l'incapacité de sevrer son bébé. Elle l'a allaité jusqu'à 14 mois, et elle n'avait pas l'idée que cela puisse s'arrêter.

Et vous trouvez que les VAD ont servi à quelque chose malgré le fait de les avoir arrêtés plutôt rapidement pour le travail de séparation ?

Oui, bien sûr. Elles étaient nécessaires pour identifier Manon dans ses difficultés de développement parce que je pense, je fais le lien avec les défenses particulières de cette maman, mais je pense que cette maman elle pouvait ne pas voir. C'est-à-dire que Manon, à 22 mois, qui prenait le biberon le matin, le midi et le soir et qui ne pouvait se coucher qu'avec sa maman, elle était comme un bébé de 3 mois, et la maman laissait faire, seule elle ne pouvait pas interrompre ou amener quelque chose d'une séparation dans leurs liens à ce moment-là. Donc les VAD si elles n'ont pas permis de régler la question de la séparation, elles ont permis de pointer, d'identifier ensemble que l'état psychique et la façon dont Manon était dans le lien avec sa maman ce n'était pas possible pour un enfant de 22 mois.

Et le papa n'avait pas cette fonction de tiers ?

Non, la maman disait qu'il était encore plus cool qu'elle. Qu'il cédait tout à Manon car il ne pouvait pas supporter de l'entendre pleurer et si elle voulait être dans ses bras toute la soirée, elle était dans ses bras toute la soirée. Donc je trouve que le travail à domicile a permis d'identifier que Manon avait bien 22 mois, que ce n'était plus un bébé de 2-3 mois qui prend le sein de maman, qui est dans les bras de maman. Il y a 20 mois qui se sont passés, et il faut qu'on l'aide. Et ça on l'a verbalisé comme cela.

Et la maman l'a entendu en disant « oui effectivement ».

Dès que Manon avait quelque chose qui n'allait pas, Mme B la prenait contre elle donc elle était collée à sa mère, elle était même « dans sa maman ». Ce qu'on a travaillé à domicile aussi, c'est que lorsque Manon était dans sa chambre et qu'elle se levait le matin ou après sa sieste elle était en haut de l'escalier et elle criait pour que sa mère vienne la chercher. C'était un moment où elle marchait, où elle se débrouillait bien dans les escaliers, mais la maman elle accourait. Donc je lui avais dit « non, vous pouvez dire à Manon que vous êtes en bas » et « viens Manon, je t'attends je sais que tu es capable de faire toute seule » des choses comme cela.

Oui les VAD m'ont permis d'avoir accès à des choses du quotidien. Les repas normaux aussi. Dès qu'elle ne voulait pas quelque chose elle avait un biberon. Et ça j'avais dit à Mme B « mais non il faut qu'elle mange comme ses frères ».

Manon en fait elle était sur les genoux de sa maman quand j'ai commencé le travail à domicile à table et elle geignait devant l'assiette, et la maman lui donnait le biberon.

Et comment vous pointiez ça à la maman ?

La maman était persuadée que si elle ne donnait pas à Manon tout ce qu'elle exigeait (par exemple le sein ou le biberon), Manon allait lui en vouloir ou de manquer de quelque chose.

Donc moi je lui expliquais qu'un petit enfant de bientôt 2 ans peut manger à la table avec les autres et que c'est plutôt plaisant, et que si papa, maman et les frères mangent en même temps qu'elle, elle allait avoir du plaisir à manger comme les autres, et ça elle l'a intégré la maman. Et j'ai du aller à un moment de repas aussi un midi.

Et le lien avec cette maman ? La relation que vous aviez avec elle, comment vous la qualifieriez ?

Je dirais une relation de confiance et puis peut-être d'étayage grand-parental, des repères. Car en fait c'était ça qu'elle me demandait, c'était des repères de compréhension pour son enfant mais qui correspondait à quelque chose qu'elle n'avait pas à l'intérieur d'elle, et du coup elle n'arrivait pas à décoder ses enfants. Et moi je lui permettais de décoder les besoins de Manon.

Et y-a-t-il eu des moments où vous sentiez que cette maman ne voulait plus des soins ?

Non, je n'ai pas senti ça. Des fois on a des parents qui annulent des rendez-vous en nous disant que leur enfant est malade, on devine que ce n'est pas tout à fait ça. Et avec cette maman, je n'ai jamais senti ça. Elle a toujours été très assidue aux rendez-vous, aux VAD. Non même si des fois cela devait être pénible car il y avait les quatre enfants présents qui faisaient du bruit, elle s'organisait. Elle ne m'a jamais fait comprendre que le temps que je restais chez elle était trop long, ou que c'était pesant.

Et cela vous a paru évident que ça soit vous qui fassiez les VAD pour Manon ?

Oui, il fallait que ça soit une personne qu'elle ait connue au groupe NEMO. Enfin « il fallait » ? Non mais il se trouve que ça pouvait être comme ça et du coup ça a bien aidé. Car je pense que le fait que cela soit la même personne qui connaisse déjà Samuel et puis elle avait pu observer les progrès de Samuel sur le groupe NEMO et ça l'a rassuré je pense. En fait c'était une évidence avec l'équipe du CNP que ça soit moi la référente des VAD.

Et est-ce que vous pensez que le soin à domicile aurait pu être amélioré ?

Je ne sais pas. J'étais quand même très démunie. Je me souviens je repartais de chez elle, je me sentais seule. Je repartais avec la tristesse de Manon et de la maman et ce sentiment de vide. Non vraiment de pouvoir proposer le travail de séparation aux Âges Premiers ça m'a quand même soulagé. Je sentais que Manon mettait beaucoup de force dans sa capacité d'inertie, à ne rien bouger. Elle amenait sa maman sur ce terrain-là et la maman y allait. Et du coup j'étais confrontée à une inertie totale. Alors par moment la maman avait envie de parler des courses qu'elle avait fait, des choses comme ça. Et moi, je me disais je peux l'écouter un peu mais ce n'est pas pour ça que je viens.

Et y aller à deux comme pour les VAD du groupe NEMO ?

Non car du coup quand on y allait à deux Manon était encore plus persécutée. Donc on voyait bien qu'il y avait quelque chose à imaginer d'une autre façon. J'ai vraiment représenté quelque chose de fort au niveau de l'intrusion.

Quand ma collègue était là, Manon se cachait dans ses frères, elle disparaissait.

Et puis, la maman quand on venait à deux, pour parler des choses très difficiles au sujet de Manon et de son développement c'était compliqué. Elle avait un regard particulier cette maman, elle avait parfois un regard qui traversait, qui tombait dans moi comme ça, et je me disais si on avait été deux dans ces moments-là elle aurait été perdue.

J'avais l'impression que son regard me demandait beaucoup et du coup j'avais l'idée que si on était deux elle se serait dispersée, elle avait besoin d'accrocher comme ça par le regard. J'avais vraiment le sentiment que son regard passait effectivement.

Je sentais un besoin de concentration avec Mme B qui était énorme et je pense qu'à deux on ne l'aurait pas eu cette concentration.

Pour le travail de séparation c'est différent. Car il y en a une qui est plus du côté de l'enfant et l'autre du côté de la maman. La première fois où je suis sortie de la pièce avec Mme B et que Manon est restée seule avec ma collègue, je n'ai fait que consoler la maman. Elle était dans le bureau avec moi elle me disait « mais elle va pleurer », elle entendait pleurer alors que ce n'était pas elle. Elle me disait que sa fille allait lui en vouloir, elle était hyper angoissée.

Et ce travail de séparation fait au CNP, Manon et sa maman sont-elles parvenues à le transposer à la maison et en dehors ?

Oui. Quand Manon est allée à l'école cela s'est bien passé. Et puis, désormais elle s'endort toute seule dans un grand lit, elle mange comme ses frères. Oui, elle a bien évolué. La maman est plus solide aussi, elle peut dire non à Manon et elle sait que Manon ne va pas s'effondrer si elle lui dit non.

Et je me rappelle à un moment elle me disait « moi je ne fais que gueuler quand elle m'appelle. Dès le matin, Manon crie alors je me mets en colère ». Et on avait cherché ensemble autour des émotions qu'est-ce qu'on pourrait faire pour ne pas se mettre en colère dès le matin ? Et on avait eu une idée c'était de répondre un peu en chantant. Cela l'avait fait rire. Et ça avait marché un peu.

Du coup, ça me fait penser qu'au niveau guidance parentale, je n'ai jamais été aussi pratique avec les mamans qu'avec Mme B.

Le matin son mari se réveille très tôt pour partir travailler, et elle se réveille après pour s'occuper des enfants. Donc comme elle est lente elle mettait beaucoup de temps à s'occuper des garçons puis de Manon et donc elle était toujours en retard et elle, elle ne se lavait pas le matin, elle s'habillait comme elle pouvait pour accompagner ses enfants à l'école à pied. Et donc elle disait toujours qu'elle était débordée, qu'elle n'avait pas le temps pour elle. Et on avait calculé ensemble à quelle heure elle devait mettre son réveil pour avoir du temps pour elle, et on avait planifié : à telle heure vous prenez votre petit-déjeuner, à telle heure vous faites votre toilette et puis après vous êtes disponible pour les enfants, mais il a fallu faire les choses comme cela. Il fallait être très pratique, très concret avec cette maman. Elle n'avait pas pensé à faire cela, alors penser les besoins de son enfant. Et même ses besoins à elle ! Et ça a changé car maintenant elle peut se représenter les besoins de ces enfants et ses besoins à elle aussi ! Désormais elle va au sport deux fois par semaine, elle a maigri, et puis je ressens son mieux-être. Le matin, elle peut maintenant ne plus être débordée. Etre à l'heure, habillée, lavée quand elle emmène ses enfants à l'école. Je pense que c'était la confusion totale avant. J'ai vraiment le souvenir d'un chaos pour Manon.

Et avec ses trois aînés ?

Ca devait être compliqué. Et d'ailleurs elle a dit « c'est bien dommage que ce que j'ai connu pour Samuel et Manon je ne l'ai pas connu pour mes aînés, c'est dommage que je ne savais pas que ça existait ».

Y-a-t-il autre chose que vous aimeriez rajouter ?

C'est vraiment une maman attachante, touchante. Mais il y a un côté qu'on n'arrive pas à percevoir. Il y a un certain vide. Je pense qu'elle a des troubles du cours de la pensée. Il y a quelque chose de la discontinuité dans sa pensée. Et avec ses enfants elle a été comme cela.

En groupe elle est mieux, elle peut être hyper pertinente. Elle peut dire une phrase qui va avoir un effet sur les autres mamans. Elle est valorisée dans ce groupe.

Elle dit des choses vraiment pertinentes, elle est écoutée comme une personne qui a des choses intéressantes à dire.

Je repense à des exemples concrets, elle me disait qu'elle en avait marre de faire la vaisselle, marre de ranger la maison. Et je lui disais qu'elle avait trois grands garçons et que dans la famille ils peuvent aider. Et elle ne savait pas ça, elle n'avait pas imaginé que ça puisse se faire comme ça. Et du coup j'ai essayé de mettre ça en place, mais elle ne peut pas demander ça à ses enfants, car quand elle fait une tâche j'ai l'impression qu'il faut qu'elle soit concentrée uniquement sur cette tâche. Elle ne peut pas la faire et demander aux garçons d'en faire d'autres. Donc elle a trouvé la solution, elle a acheté des assiettes en carton, et chaque repas ils mangent dans des assiettes en carton qu'ils jettent après. Elle ne lave que les couverts et les verres. Elle m'a dit ça lors d'une VAD, et je ne l'aurais probablement jamais su lors d'une consultation dans un bureau. Et j'ai essayé de travailler ça avec elle, que les garçons l'aident, mais on n'a pas réussi. Elle préfère que les trois garçons soient devant la télévision, et de gérer sa tâche toute seule, car pour elle c'est deux tâches de « distribuer le travail des garçons et faire la vaisselle ».

MARTIN

ENTRETIEN AVEC MME C, SA MÈRE :

Mme C m'ouvre la porte. Dans l'entrée elle m'attend avec Martin à côté d'elle « *je vous avais dit que mon fils ne serait pas là mais...* ». Je lui signifie qu'il n'y a pas de souci.

Martin me regarde, Mme C m'invite dans le salon pour s'installer autour d'une table. Les chaises sont sur la table, elle en descend deux. Nous nous installons face à face. Martin est devant l'ordinateur situé dans la même pièce. Mme C s'installe de façon à ce que Martin soit en face d'elle.

Martin regarde des vidéos sur internet, des vidéos très variées, parfois en anglais. Il semble surtout intéressé par la forme (sons, couleurs...) que par le contenu.

Il vient près de moi, je me présente, il pointe ma pochette, et cherche à attraper les papiers dedans. Il retourne ensuite à l'ordinateur.

L'entretien sera émaillé de demandes de Martin pour que sa maman change de vidéo, Mme C me regarde à chaque fois comme pour avoir mon approbation pour qu'elle se lève. Martin enchaîne les vidéos.

Est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi vous avez consulté au CNP ?

La première fois que j'ai consulté le CNP c'est parce que je me posais beaucoup de questions par rapport à Martin, j'en ai parlé à la psychologue de l'école de ma fille, elle m'a envoyé là-bas.

Vous vous posiez quel genre de questions ?

En 2010 Martin se tapait dessus, se tirait les cheveux, piquait des crises, il ne marchait pas, il était à quatre pattes et il se jetait contre un mur ou même contre ma porte que j'ai enlevé car c'était une porte avec carreaux car il aurait pu donner un coup de tête dedans.

Et aussi, dans son lit avant de s'endormir il tapait comme ça contre le mur avec sa tête (*elle montre en balançant sa tête de gauche à droite*) et du coup, pour moi, tout ça c'était l'autisme.

Vous pensiez à l'autisme ?

Oui parce que j'ai un neveu qui est autiste, et du coup la façon dont était Martin ça m'a choqué.

Cela vous faisait penser à votre neveu ?

Oui, car mon neveu pouvait se taper dessus, se tirer les cheveux, jouer avec la nourriture. Voir Martin se taper dessus, se tirer les cheveux, crier pour avoir quelque chose car la parole n'était pas là, ça m'a inquiété. C'est la psychologue elle-même qui a appelé au CNP pour prendre un rendez-vous et du coup la secrétaire m'a rappelé pour me donner un rendez-vous avec le médecin.

Donc pendant la consultation, le médecin vous a parlé de visite à domicile par une infirmière ?

Elle m'a proposé que l'infirmière vienne la première fois, et après elle m'a proposé un groupe, en fait c'était un jour le groupe et dans la même semaine après un autre jour il était pris tout seul. En fait c'était deux fois par semaine au CNP.

Et les visites à domicile ?

J'ai aimé les visites d'ailleurs.

Est-ce que vous vous souvenez d'une visite en particulier ou de la première visite ? Comment les visites se passaient-elles ?

Toutes les visites se sont faites pareilles, et très très bien.

La personne qui venait c'était ?

Mme Z, elle est infirmière.

Elle venait seule ?

Toute seule. Elle m'a demandé pour une stagiaire mais les stagiaires j'ai toujours refusé.

Pourquoi vous refusiez ?

Parce que je n'en voyais pas l'inconvénient (*sic*) qu'elles viennent à deux juste pour un enfant.

Donc elle venait seule. Et comment se passait une visite à domicile ?

Très bien. Elle regardait son comportement à la maison, et après elle regardait aussi le comportement qu'il avait au Centre qui n'était pas du tout le même.

Et donc quand Mme Z venait comment cela se passait ?

J'étais avec Martin. On allait dans la chambre de Martin. On y allait pour voir comment il jouait déjà, pour jouer avec lui, pour comprendre son comportement.

Vous regardiez Martin avec Mme Z ?

Pour comprendre tous ses gestes.

Et comment se passaient ces moments-là ? Mme Z disait des choses ?

Non on le regardait, c'est tout. Et puis après on partait de la chambre, on laissait Martin tranquille, on allait parler toutes les deux.

Et comment vous vous sentiez pendant les visites à domicile ?

Très bien parce qu'en même temps elle m'a un peu rassurée et puis bien accueillie donc du coup ça a été.

Vous étiez parfois stressée ?

Au début oui. La première fois qu'elle est venue à la maison oui. Parce que du coup je n'ai pas eu l'habitude de ça. J'ai quand même quatre enfants donc...

C'était la première fois qu'il y avait des VAD ?

Oui. Pour les autres enfants, il n'y en a pas eu.

Vous saviez ce qui vous faisait stresser ?

J'avais peur de ce qu'ils me disent, qu'il soit autiste ou autre. Là pour l'instant je n'ai toujours pas de réponse.

Donc vous avez toujours des inquiétudes ?

Oui, voilà.

Et ça vous pouviez en parler avec Mme Z quand elle venait à domicile ?

Je lui en ai parlé il n'y a pas longtemps car elle est venue me voir pour me dire au revoir car elle partait pour un an, donc on a beaucoup discuté. Du coup je lui ai dit « est-ce que vous êtes remplacée ou pas ? » et elle m'a dit que oui mais que j'en aurais peut-être pas besoin car le CNP pour Martin se finit la 2^{ème} semaine de juillet et il va avoir le SESSAD à la place.

Donc pendant les VAD, vous étiez stressée la première fois, un peu peur de ce que Mme Z pouvait vous dire. Et est-ce que vous ressentiez d'autre chose après ?

Ensuite, elle m'a mis à l'aise tout de suite. Ca s'est très bien passé.

Qu'est ce qui vous a mis l'aise ?

Les paroles, les paroles surtout. Par contre elle aurait eu une grosse voix je ne pense pas que j'aurais été à l'aise. C'est vraiment à la voix en fait, la voix et le regard !

Sa voix, elle était comment ?

Douce, douce...

Et dans ce qu'elle disait ?

Elle m'a beaucoup rassurée.

Et vous arriviez à lui poser des questions, à lui parler de vos craintes par rapport aux difficultés de Martin, vous pouviez lui demander des conseils ?

Oui, oui, j'ai demandé beaucoup de choses à Mme Z. Elle m'a beaucoup aidé sur mes questions, car j'avais mes questions mais je savais en même temps les réponses. Et ce qu'elle me disait c'était « je n'ai pas besoin de vous répondre car vous avez la réponse ».

Et vous étiez plus à l'aise pour lui poser des questions à elle ?

Oui, parce que c'est une infirmière et qui va dire les choses justes en fait et bien me les faire comprendre.

Et le fait qu'elle vienne chez vous, dans votre appartement, est-ce que cela a pu vous déranger ?

Non, non, ce n'était pas gênant.

En fait elle voyait le comportement de Martin à la maison, et je pouvais lui dire ce qui me gênait. Il y a pleins de choses qu'elle a vu qu'on ne voit pas quand il allait au CNP car c'était pas du tout la même chose. Donc du coup il y a des choses qu'elle a pu voir et heureusement d'ailleurs et du coup me croire en fait en même temps.

Car vous aviez l'impression parfois qu'on ne vous croyait pas ?

Je leur avais dit « mon fils je suis sûre qu'il a de l'autisme car il a des signes qui me le montrent. Et on me disait « ah mais non madame, votre fils n'est pas autiste ». Du coup il y a pas longtemps j'ai reparlé de 2010 à Mme Z et elle m'a dit « oui c'est vrai il avait des signes d'autisme ».

Et vous trouvez qu'il y a des choses qui ont changé chez Martin depuis les rencontres ?

Oui parce que aujourd'hui il ne crie plus. Il essaie de parler mais on voit bien que la parole elle ne vient pas, pas pour l'instant.

Il y a eu des progrès par rapport à la parole ?

Oui oui il y a eu des progrès mais il ne fera jamais une seule phrase, il ne peut pas, c'est juste mot par petit mot.

Est-ce qu'il y a eu d'autres choses qui ont changé chez Martin ?

La marche déjà, mais on voit encore son problème, la jambe gauche, elle part en fait. L'équilibre aussi, dans les escaliers. Avant je devais porter Martin et son petit frère.

Il est aussi devenu propre il n'y a pas longtemps.

J'ai été très contente du CNP. Je leur ai dit il y a pas si longtemps que ça « c'est grâce à vous qu'on en est là tous les deux ».

Et est-ce que vous ça vous a aidé ?

Oui, oui car à côté de lui je me sentais mal, je savais plus quoi faire, je baissais les bras. Et du coup il fallait vraiment que quelqu'un me remonte et que moi je remonte la pente mais je me suis dit « est-ce que quelqu'un peut m'aider ? » je me sentais toute seule. Du coup j'ai pu les remercier car ils étaient là eux au moins. C'est grâce à eux qu'aujourd'hui mon fils et moi on est là. Et maintenant je suis mieux avec lui comme il est vraiment. Ca a été très important.

Comment vous pourriez décrire la relation que vous aviez avec Mme Z ?

La décrire je ne sais pas comment.

Est-ce qu'il y a un mot qui vous vient à l'esprit quand vous pensez à Mme Z ?

Elle est adorable c'est tout. Je ne peux pas la prendre comme une amie car ça ne l'est pas.

Vous avez confiance en elle ?

Oui carrément.

Dès le début ?

Toujours ! Et quand elle m'a dit au revoir ça m'a un peu touché car je ne la reverrais plus et c'est émouvant. Elle est venue la semaine dernière, ça m'a beaucoup choqué, je lui ai demandé pourquoi, elle m'a répondu mais c'est vrai que ça fait chaud.

Ca fait chaud parce que ?

Parce que je me sentais bien avec elle.

Ca va me manquer, le CNP ça va beaucoup me manquer. En même temps j'avais pris l'habitude de laisser Martin au Centre, et moi d'aller prendre un café à l'hôpital. Moi ça me permettait de prendre du temps pour moi en fait.

Et est-ce que quand Mme Z venait à domicile ça correspondait à ce que vous vous attendiez ?

Oui, oui.

Vous auriez aimé qu'elle fasse d'autres choses ?

Non, franchement non.

Il y a eu des moments difficiles pendant les visites ?

Non, franchement très bien. Moi j'ai eu peur que ça soit une autre dame avec qui je ne m'entendais pas du tout. Mais non là franchement Mme Z elle était super. Elle était gentille.

Et des moments où vous auriez pu vous sentir « jugée » ?

Non du tout ! Elle ne m'a jamais jugé. Moi je pensais qu'elle allait me juger, j'ai eu ses craintes oui mais non ils ne m'ont jamais jugé, jamais dit « vous êtes une mauvaise mère » ou quelque chose comme ça.

Vous aviez peur qu'on puisse vous dire cela ?

Oui parce que moi-même je n'ai pas eu de mère, de père, du coup on ne m'a pas donné le mode d'emploi, donc oui.

Vous avez le sentiment que les visites vous ont aidé avec ce « mode d'emploi » ?

Oui, ça m'a aidé à utiliser le mode d'emploi que j'avais en moi-même mais sans le savoir. Et en même temps je disais oui à tout à Martin et ça ce n'était pas bon. Je disais oui pour éviter les crises et les cris, parce que la voisine du dessous rouspétait quand même.

Et maintenant ?

Ca va. Parce qu'il crie plus déjà, c'est quelque chose qui a bien évolué.

Et est-ce qu'entre Martin et vous vous trouvez qu'il y a des choses qui ont changé ?

Non, on est toujours très liés ensemble, on a une très forte... Comment dire ? On ne va pas dire amitié (*rites*) mais une très forte... on est complices.

Et les moments où vous étiez dans la chambre de Martin avec Mme Z lorsque vous regardiez Martin, c'était des moments comment pour vous ?

J'aimais bien le regarder essayer de faire des choses. Et on jouait ensemble, c'était assez magique, ce n'est pas compliqué, ce n'est pas facile mais assez magique. Il ne se tapait pas dessus, et on était vraiment en train de jouer et non en train de se taper dessus parce que Martin c'était ça. J'étais toujours là « Non Martin faut pas te taper, faut pas te tirer les cheveux » et ça c'était des moments super durs, super compliqués pour moi, et dès qu'il dormait je craquais parce que je savais même pas pourquoi il était comme ça.

Et Mme Z elle a pu voir des moments où Martin n'était pas bien ?

Oui elle en a vu pas mal, même beaucoup, et elle a vu que pour moi c'était compliqué en même temps, elle l'a ressenti.

Et vous comment vous vous sentiez dans les moments où Martin n'allait pas bien et que Mme Z était là ?

Bah je me sentais mieux parce que déjà on était deux c'était bien pour moi.

Est-ce que Mme Z intervenait dans ces moments-là ?

Oui parce qu'en même temps elle voyait que moi je baissais les bras parce que je n'y arrivais plus, c'était très compliqué ces moments-là et aujourd'hui je craque aussi quand j'y repense. C'est pour ça j'ai envie d'oublier là je vous en parle mais voilà je suis passée à autre chose et je me sens mieux.

S'il n'y avait pas eu les VAD, vous pensez que ça aurait été différent ?

Ah oui ça aurait été dur, trop dur.

Elle venait à quelle fréquence ?

Une fois par semaine

Et ça s'est espacé à un moment ?

Oui, ça s'est espacé car elle voyait qu'il y avait des choses qui avaient changé justement.

Et pour vous une fois par semaine c'était bien ?

Très court, très court les jours où elle venait.

Vous auriez aimé que ça soit plus long ?

Oh oui plus long. Des fois elle pouvait venir que 10 minutes et repartir. C'est vrai que des fois c'était trop court. Une heure au moins ça aurait été mieux !

Vous auriez aimé faire autre chose pendant cette VAD ?

Faire plus de sorties parce que du coup Martin à ce moment là c'était « je traverse même sans regarder s'il y a une voiture », il savait pas le danger, je pouvais pas le lâcher parce que je le lâchais il allait sur la route, il faisait n'importe quoi, il courait alors qu'il savait même pas courir, sa jambe partait à chaque fois du coup il n'arrêtait pas de tomber, il se faisait des bleus énormes et je lui ai dit « arrête de courir, on va croire que je te tape ! », c'est assez choquant.

Donc vous auriez aimé faire des sorties avec Mme Z ?

Oui pour essayer de le retenir, pour qu'il voit les dangers en fait. Car dehors il y a beaucoup de danger que lui ne voyait pas à ce moment-là.

Et ça vous lui avez demandé à Mme Z si c'était possible de faire des sorties ?

Oui, parce qu'on a été à la crèche ensemble. Et juste parce qu'elle devait partir à ce moment-là et prendre un tram et vu que le tram il est juste à côté de la crèche du coup elle m'a accompagnée à la crèche. C'était pas mal car en même temps elle a vu des choses, elle a vu comment Martin se comportait dehors.

Et après cette sortie, il y en a eu d'autres ?

Non c'était la seule fois.

Il y a une fois où je suis partie en même temps qu'elle. En plus Martin n'était pas là ce jour là. J'avais zappé. Je me suis excusée d'ailleurs et on est parties toutes les deux car je devais aller faire des courses et du coup on a beaucoup parlé et elle m'a dit « peut-être qu'il y a des choses qui se sont passées dans le passé, peut-être que ça a un rapport avec pourquoi Martin aujourd'hui il est comme ça ». Moi je ne vois pas, je sais que j'ai eu un passé compliqué, super dur, que je ne souhaite à personne d'ailleurs, mais je ne voyais pas le rapport avec Martin.

Avec Mme Z vous réfléchissiez à ça aussi ?

Oui beaucoup.

Et quand les visites se sont espacées, vous étiez ok ?

Oui j'étais d'accord sauf qu'il y a des moments je demandais à la secrétaire si elle pouvait venir parce que ça nous manquait à moi et à Martin. C'était juste un manque quoi.

Vous pensez que ça manquait à Martin aussi ?

Oui, il pouvait le demander au Centre ou à la maison. Mais même en étant maman, il y a des moments où c'est compliqué de le comprendre.

Et quand vous demandiez, est-ce que Mme Z pouvait venir ?

Oui. Pas tout le temps car elle avait d'autres personnes à voir. Il n'y avait pas que moi à voir non plus.

C'était difficile quand elle ne pouvait pas venir quand vous l'aviez demandé ?

Bah c'était un manque, parce que du coup on ne pouvait pas parler. C'était très important les moments où on parlait.

Car pendant les VAD, après avoir observé Martin, vous disiez que vous parliez toutes les deux avec Mme Z ?

On parlait un peu de Martin, mais c'est vraiment le manque, on ne peut pas l'expliquer.

Et l'annonce de son départ ?

Ca m'a touché parce que c'est comme un adieu et je n'aime pas ces trucs-là.

Et vous étiez directement d'accord avec la mise en place des visites ?

Ah oui, oui.

Il fallait qu'on nous aide, moi comme Martin, il fallait que ça sorte.

Est-ce qu'il y a une visite dont vous vous souvenez plus que les autres ?

Non c'est les mêmes, elles étaient toutes pareilles.

Si c'était à refaire ?

Je referais mais qu'avec Mme Z. (*Rires*) Je suis habituée à elle.

Et est-ce qu'il y a d'autres choses que vous auriez aimé faire pendant les VAD ?

Non, Non.

Les moments du coucher ? Les repas ? Est-ce que ça vous a manqué ?

Non ça ne m'est même pas venu à l'idée.

Et des moments où vous avez ressenti de la colère ?

Ah non même pas, j'ai jamais été en colère envers elle, non justement j'étais à côté de ma porte à l'attendre.

Vous prépariez le fait qu'elle vienne ?

Oui, oui on était super contents de la recevoir.

C'était une prise en charge correcte, ça nous a beaucoup aidé Martin comme moi, beaucoup touché. La preuve il a grandi sur lui-même alors que moi je n'y croyais même pas. A deux ans et demi il ne marchait toujours pas...

Et donc Martin a un petit frère ?

Arthur, qui lui est à la crèche et je touche du bois pour l'instant il n'est pas suivi.

Il était présent pendant les VAD ?

Oui elle l'a vu parce que même quand elle vient pour Martin il est là car je les emmène tous les deux en même temps à la crèche.

Est-ce que vous aimeriez ajouter autre chose ?

Non, j'ai toujours adoré le CNP, les visites avec Mme Z, j'ai jamais pu louper un seul rendez vous car je sais très bien que c'était pour mon enfant, pour son bien, et puis je savais bien qu'il en avait besoin. Quand c'est pour mon enfant c'est vital.

Et vous auriez aimé que cela puisse se mettre en place plus tôt, avant ses un an?

En fait avant ses un an j'ai rien vu, j'ai jamais rien vu. C'est quand je l'ai vu se taper dessus que je me suis posée des questions. Ce n'était pas normal du tout. Maintenant il se tape plus.

Et on vous avez expliqué en quoi consistaient les visites ?

Oui on m'a toujours tout expliqué. Franchement j'étais contente du CNP et je le suis encore. Je n'étais pas gênée pour leur poser des questions.

Si vous aviez des conseils à des familles à qui on propose des VAD ?

Je leur dirais d'y aller, de foncer, car c'est la bonne maison.

ENTRETIEN AVEC MME Z, INFIRMIÈRE :

Est-ce que vous pourriez m'expliquer dans quel contexte l'intervention s'est mise en place pour cette maman et son petit garçon ?

Moi j'ai connu Mme C parce que Martin a été adressé ici par la PMI suite à une information préoccupante, c'était la voisine qui avait alerté la PMI en disant que les volets de l'appartement étaient toujours fermés et qu'elle entendait des enfants qui n'arrêtaient pas de crier. Donc suite à ça, il y a eu la PMI qui a essayé d'intervenir, c'était difficile pour eux et ils nous ont demandé, enfin ils ont demandé à Mme C de venir ici. Donc elle est venue une fois consulter Madame Garret qui suite au rendez vous nous a demandé de faire une observation à domicile, c'est un petit peu le protocole en général. Et là moi j'ai eu énormément de difficultés à contacter Mme C parce que je téléphonais, je n'avais pas de réponse, je laissais des messages, toujours pas de réponse. Donc j'ai fini par en reparler avec Madame Garret qui m'a dit qu'ils avaient peut être changé de numéro de téléphone, et donc on a appelé à ce moment-là le médecin traitant qui nous a confirmé que c'était bien qu'elle puisse venir ici avec Martin car Martin avait des soucis et il nous a redonné le numéro de téléphone, et à partir de ce moment là j'ai eu un premier contact, une première visite et c'est comme ça que je suis rentrée en contact avec Mme C et à suivre j'ai eu beaucoup de difficultés à la joindre en donnant des rendez-vous mais en ayant beaucoup de portes fermées, soit elle ne voulait pas m'ouvrir, soit elle avait oublié. Le départ a été chaotique, il a vraiment fallu aller la chercher.

Et au niveau de l'indication des visites à domicile ?

Au départ c'était simplement une observation et donc quand je suis arrivée la première fois ce dont je me souviens c'est que c'était une maman qui est petite, elle n'est pas très grande mais surtout très maigre, une maigreur et une pâleur qui étaient très importantes et des grands cheveux longs, elle avait un aspect d'une jeune ado. Donc je savais qu'il y avait deux autres enfant suivis sur un CMP et quand je suis arrivée elle était toute seule, je me souviens d'un appartement qui était tout vide, rien sur les murs, pas de tapis, pas de tableau, pas de photo, très peu de meubles. La maman m'explique qu'elle vient d'arriver sur Nantes en ayant fuit le papa de Martin qui lui était dans un autre département. Et là j'avais un petit garçon qui était en très très mauvais état et qui n'arrêtait pas de gémir.

Il avait quel âge à ce moment-là ?

Il était petit, il devait avoir 1an1/2 – 2ans. Un petit garçon qui n'était pas très joli, il avait une grosse tête, blond mais avec très peu de cheveux sur la tête, tout rasé, une importante plagiocéphalie, un strabisme très important, il ne marchait pas, il était à quatre pattes, on aurait dit un petit animal, pour interpeller l'adulte il levait la tête, il avait un regard triste et puis ce gémissement continu, et quand vraiment il voulait quelque chose il poussait des cris.

Il n'y avait pas du tout de mot ?

Non, rien.

Donc c'est une maman qui venait d'arriver à Nantes, les deux grands allaient à l'école, elle était toute seule, et Martin était avec elle toute la journée. Et donc on a beaucoup travaillé avec la PMI pour qu'il puisse venir en soins ici et pour le mettre en crèche et ça nous a beaucoup aidé. La PMI travaillait pour qu'il puisse aller à la crèche, et moi j'ai réussi à le faire venir ici après en soins. Pour le faire venir en soins ce qu'il faut dire c'est que la maman elle a un passé quand même. C'est une maman qui a pu assez facilement être en alliance avec nous, elle faisait confiance mais je me suis vite aperçue que c'est une maman qui vivait dans le noir, les volets fermés. Et pourquoi ? Parce qu'elle se sentait persécutée donc elle ne sortait plus, elle avait l'impression que le papa de Martin allait revenir sur Nantes, allait la tabasser, elle pensait qu'il lui voulait du mal donc ça l'empêchait de faire toutes les choses, elle ne pouvait pas sortir en tram, donc pour moi mon premier objectif ce n'était pas de m'occuper de Martin c'était de m'occuper de la maman pour qu'elle puisse prendre les transports en commun, pour qu'elle puisse l'amener ici et prendre soin de lui. Donc ce que j'ai fait, au départ je l'ai accompagné à pieds pour l'emmener à la crèche, lui faire voir où était la crèche etc.... c'est presque de le rôle de l'assistante sociale mais voilà c'est comme ça. On était d'accord avec l'infirmière de PMI, on s'était bien partagé les tâches. Et puis donc après qu'elle ait pu l'amener à la crèche et qu'elle était plus confiante, moins persécutée, prendre le tram, après on est passé à l'étape d'après c'était de l'amener ici pour la prise en charge d'abord en psychomotricité puis prise en charge en individuel pour que Martin puisse m'appivoiser, et puis après une prise en charge en groupe. Et en parallèle je continuais toujours à faire des visites à domicile pour soutenir la maman, je l'ai même accompagné pour faire des démarches par exemple tout ce qui était dossier MDPH, inscription au SESSAD, je fais ça avec elle parce qu'elle sait utiliser un ordinateur pour aller sur Facebook il n'y a pas de soucis, mais après pour faire les dossiers un peu plus compliqués il fallait l'aider. Et puis ce qu'on a aussi mis en place c'est un temps avec la psychologue pour elle. Mais alors là au début c'était chaotique. Et puis, on a fini cette année, mais ça fait à peu près trois ans qu'on travaille ça, la mise en place du groupe des mamans où la visiblement ça marche bien.

Et les visites à domicile alors ?

Alors les VAD, après moi ce que j'ai vu c'était d'une pauvreté... D'abord par exemple je lui demandais d'ouvrir les volets, ça c'était la première chose. Quand on regardait le frigo il était vide. A chaque fois que j'y allais sur les moments de repas, elle sortait des steaks hachés du congélateur qu'elle faisait cuire, il n'y avait pas de légume avec, donc elle ne savait pas cuisiner cette dame. Donc une fois que j'ai vu comment c'était à la maison, qu'il n'y avait pas de repère au niveau alimentaire, l'infirmière de PMI s'est occupée de cela et on a mis en place des TISF. Et avec les TISF, elles venaient plusieurs fois par semaine et puis elles l'ont aidé à faire des menus, à aller faire des courses et à faire à manger. Parce que c'est le

genre de maman qui va par exemple acheter des gâteaux car elle ne sait pas faire un gâteau. En plus il y avait des problèmes d'argent et elle était toujours en train de dire qu'elle ne pouvait pas faire des courses parce qu'elle n'avait pas d'argent mais à côté de ça quand elle allait faire les courses elle allait acheter des choses, au lieu d'acheter du beurre de la farine et des œufs, elle allait acheter des biscuits qui valaient très chers alors qu'avec les ingrédients de base elle aurait pu faire plusieurs gâteaux et avec ses enfants.

Et quand vous y alliez, en VAD, Martin était présent à chaque fois ?

Tout le temps, à chaque fois que je faisais des VAD, Martin était toujours présent.

Et à ce moment-là comment cela se passait entre Martin et sa maman ?

Alors, au départ je suis d'abord dans l'observation. Je me présente toujours en disant « je viens voir comment il joue à la maison etc.... ». La maman m'a alors directement amené dans la chambre, et au niveau de la sécurité, pareil. Il dormait dans la chambre avec son frère Thomas qui a 7 ans de plus et donc il y avait un lit superposé et Martin était sur celui du bas, Thomas sur celui du haut, et il y avait une échelle que Martin pouvait grimper sans souci alors qu'il ne marchait pas et qu'il ne tenait pas debout. Alors j'ai demandé à la maman si c'était possible d'enlever le barreau du bas pour éviter que Martin monte au moins ça évite qu'il monte et puis qu'il tombe.

Et après c'était rigolo mes premières visites à domicile, la maman était là avec moi, elle m'amenait dans la chambre avec Martin, on suivait Martin dans la chambre et puis elle essayait de me faire voir comment il jouait. Alors on s'asseyait par terre, on regardait Martin, au début je croyais qu'il était autiste, il était dans la déambulation, il sortait tout de la caisse, c'était très pauvre. Et elle à ce moment là j'avais l'impression qu'elle le « découvrait » son petit, qu'elle voyait qu'il pouvait faire ça ou ça et puis en même temps voir tout ce qu'il ne pouvait pas faire.

Et ça vous pointiez les choses qu'il pouvait faire ou ne pas faire ?

Non, je parle jamais dans le négatif car je trouve ça difficile pour les mamans. Mais je disais « ah tu fais que vider la boîte, tu ne veux pas emboîter les deux morceaux ? » et je m'arrête là. Je commente, quelque part je pointe « est-ce que tu veux emboîter les deux legos ensemble ? » et puis à ce moment-là Martin il va essayer et puis il va gémir et il va les lâcher et maman va voir qu'il ne peut pas, et je trouve que ça suffit.

Déjà je trouvais que c'était une maman qui était plutôt triste, persécutée mais elle a été très longtemps dans le déni des difficultés de Martin. Je me souviens durant les VAD elle me disait « je vois bien qu'il n'est pas comme les deux autres » donc petit à petit mais il a fallu du temps.

Au début j'étais toute seule avec elle, jusqu'au jour où je vois un Monsieur rentrer. Je me suis dit « tiens » et enfin de compte c'était Mr C. Il est venu pas très longtemps après le début des VAD. Il a fallu que j'intervienne pour qu'il soutienne Mme C. Parce qu'au début j'avais l'impression qu'elle lui faisait cuire son steak etc.... C'est un monsieur qui travaille, qui n'était pas si mal que ça avec les enfants alors que ce n'était pas les siens. Il s'en occupe, il les emmène sortir, il les emmène à l'école. Et en fin de compte, en lui demandant ça, ça n'a pas été facile au départ car c'était aussi un monsieur qui ne cuisinait pas, il était très pizza. Heureusement que les TISF sont arrivées.

Et ça, l'alimentation, aujourd'hui ça a changé ?

Bien sûr, parce que les TISF ce qu'elles ont fait, elles l'ont amené faire les courses avec Mme C. Et lui apprendre comment on pouvait acheter. C'est un monsieur qui a aussi ses difficultés à lui, rester dans un magasin faire des courses ça ne doit pas être trop long. Et puis c'est pareil ils allaient dans des magasins chers. Les TISF les ont emmenés dans des supermarchés moins chers. Donc il y avait tout ce travail là à faire.

Pour cette maman, c'était toujours la renarcissiser, la valoriser dans ce qu'elle pouvait faire. On voit bien que c'est une maman qui n'a pas de modèle mais c'est lié aussi à toute son histoire qui a été très douloureuse.

Et comment vous vous êtes sentie pendant les VAD ?

C'est une maman qui m'a touché. Et puis je ne sais pas pourquoi j'y ai cru en cette maman même si au départ ça a été très dur et qu'il a fallu aller la chercher, il me semblait quand même qu'il y avait quelque chose chez elle qui était de l'ordre, je ne sais pas comment dire ça, elle ne savait pas cuisiner mais elle n'était pas opposée à apprendre et j'avais l'impression de faire de la guidance. C'est de la guidance, du soutien.

Et vous avez perçu une évolution au fur et à mesure ?

Oui à partir du moment où j'arrivais à avoir une porte toujours ouverte je me suis dit « c'est gagné », les volets plus fermés etc.... Au départ c'est monsieur qui accompagnait Martin, il restait dans le véhicule et Mme C attendait dans la salle d'attente pendant une heure pendant qu'on faisait le groupe alors que maintenant Mme C peut prendre les transports en commun pour amener Martin et repartir, elle a « grandi ».

Et c'est marrant parce que je le percevais mais c'est vraiment des perceptions toutes petites. Je ne sais pas j'y ai cru. Dès le début, je ne sais pas pourquoi.

Quand je vais en VAD je n'ai jamais rencontré les gens, ma VAD c'est toujours ma première rencontre avec les familles ce qui n'est pas toujours facile car on ne sait pas trop où on met les pieds, on ne connaît pas la personne, la personne ne nous connaît pas. On a des informations par le médecin souvent sur le contexte familial, les antécédents. Souvent Mme Garret sait à qui elle doit adresser le dossier entre les quatre infirmières du CNP en fonction de nos compétences et de notre personnalité.

La première visite c'est souvent « bonjour » et on observe et dès la deuxième ça change. On essaie de voir s'il faut faire une observation en lieu de vie.

Et pour cette maman le principe des VAD avec l'observation thérapeutique ?

C'était pour voir l'état de Martin car Mme Garret avait vu qu'il n'était pas bien du tout, je pensais à un autisme, et cela s'est avéré être de la négligence avec des symptômes autistiques et maintenant une grave déficience, un petit garçon qui va partir en SESSAD.

Et justement, avez-vous perçu des effets positifs sur Martin ?

Oui, quand même ! Oui car c'est un petit garçon qui tient debout, qui marche - merci à la crèche - et puis un petit garçon qui lorsque j'arrivais était systématiquement derrière la porte, il m'attendait, il me regardait et puis au bout de plusieurs VAD il tirait et il fallait que j'aille avec lui dans la chambre comme si quelqu'un avait un peu d'attention pour lui à un moment donné.

Et je pense que ce que je pouvais faire à domicile, les tous petits jeux je pense que la maman pouvait essayer d'imiter, je pense quand même qu'elle a pu imiter ce que je faisais.

Et comment vous qualifieriez la relation que vous avez eu avec cette maman ?

Une relation positive. C'est idiot ce que je vais dire mais j'avais l'impression d'être la maman de Mme C. Alors relation maternelle ? Non ce n'est pas maternelle, c'est trop, mais ce que je disais était vraiment parole d'évangile alors il faut vraiment faire attention à ce qu'on dit. Il n'y a pas deux degrés.

Elle ne me percevait pas comme une maman mais comme quelqu'un à qui elle peut faire confiance, quelqu'un avec qui elle était sûre d'avoir une réponse si elle demandait quelque chose. Ça aussi ça a été un de ses soucis, des fois il y avait des personnes, des médecins qui lui disaient « faudrait faire ci ou ça » mais elle n'avait pas de réponse après. Moi elle me redisait son souci et je l'aidais à résoudre le problème.

Vous aviez le sentiment que cette maman s'autorisait à vous poser des questions ?

Ah oui, des fois plus à moi que d'autres personnes.

Par exemple, avec l'infirmière de PMI c'était plus compliqué pour Mme C. Alors une fois on a fait une visite conjointe car Mme C clivait je voyais bien moi j'étais la bonne et l'infirmière de PMI la mauvaise. Et je voyais bien comment l'infirmière de PMI fonctionnait et ce qui ne plaisait pas à Mme C, elle la trouvait trop directive. Alors que si elle avait mis un peu plus de douceur, en appuyant plus sur les avantages pour Mme C et pour Martin, en passant par les enfants ça aurait mieux marché.

Et au niveau de la maman, les effets positifs ?

Même si elle était séparée du père de Martin et qu'il y avait eu de la violence conjugale, elle voulait que son fils continue de voir son papa.

Il habite dans un autre département, elle en a très peur, il vient des fois, toujours tributaire d'amis, pour venir chercher Martin et le ramener. Mais le souci c'est que parfois le dimanche soir pour le ramener, il n'était pas à l'heure, ou il ne le ramenait pas tout court. Donc elle allait faire systématiquement une main courante à la police.

Il y a de la négligence, de la carence, mais à côté de cela il y a des choses qu'elle fait que je n'aurais pas cru.

Vous avez eu des contacts avec le papa ?

Je l'ai vu une fois suite à une AEMO qui s'est mise en place et le référent de l'AEMO a demandé à ce qu'on reçoive le papa, on lui a envoyé un courrier et il est venu au rendez-vous pour parler de Martin et de son évolution.

Et la maman au niveau de sa façon d'être maman, avez-vous vu des changements ?

Oui, car au début elle faisait des bébés pour faire des bébés « objets ». « Je fais un bébé, j'ai un bébé, je suis reconnue comme maman après « oups » ! Élever un bébé ce n'est pas comme avec une poupée et ça a des besoins pas forcément tous identiques d'un enfant à l'autre » et là il a vraiment fallu l'aider.

Quand j'arrivais elle était très contente car elle allait pouvoir parler avec Mme Z mais à côté de ça le petit elle ne le regardait pas, donc il fallait être avec elle pour regarder l'enfant. Finalement que l'infirmière vienne elle le prenait plus pour elle que pour l'enfant.

Qu'est-ce qui a pu être difficile pour cette maman lors de la prise en charge ?

Je ne sais pas car elle est spéciale, elle tutoie tout le monde, c'est sa façon de parler.

Et je lui dis « est-ce que je peux revenir la semaine prochaine ? ». Elle répond « ah mais tu peux revenir quand tu veux, tous les jours même si tu veux » donc c'était aussi comment réussir à mettre de la distance.

Et justement comment l'arrêt des VAD s'est passé ?

Ca s'est arrêté l'année dernière parce que j'ai mis le relais. Martin a changé de groupe et en changeant de groupe il a changé de référent mais il restait quand même quelqu'un qu'il connaissait et je l'ai dit à Mme C, et c'est comme ça que ça s'est fait et puis il y a eu le groupe des mamans pour elle.

Et le fait que les VAD ont été arrêtées ?

Les raisons c'était qu'elle allait mieux, il y avait les TISF qui prenaient plus de place, il y avait aussi Mr C qui prenait plus de place en tant que papa, la maman qui commençait à prendre plus d'autonomie et puis je me disais il y a bien un moment où il faut que ça s'arrête.

Et comment elle et Martin ont vécu l'arrêt ?

Je ne sais pas, je lui ai jamais dit qu'il y aurait plus de VAD car au départ j'y allais très régulièrement mais dès la deuxième année ça s'est espacé très progressivement. Aussi j'ai continué les visites car il y avait Arthur qui était né et donc Mme Garret m'avait dit « il faudrait que vous continuiez car il faut garder un œil pour Arthur ». Là c'était galère car il fallait que je garde un œil sur les deux surtout le petit dernier pour voir comment il évoluait en sachant que Mme C ne voulait pas venir voir Mme Garret car quand j'ai su que Mme C était enceinte j'ai prévenu Mme Garret sauf que quand même il y a les deux aînés suivis en CMP et Martin donc on a décidé de continuer les VAD et on a pensé qu'une hospitalisation au HOME pour Mme C lors de sa grossesse pouvait être bien. Alors j'emmène Mme C enceinte en consultation ici avec Mme Garret pour préparer une hospitalisation au HOME et pour Mme C c'était impossible « je ne peux pas aller au HOME j'ai les trois autres à la maison, je ne peux pas les laisser, je ne peux pas les abandonner » ce qui était en lien avec son histoire car elle a vécu la DDASS et les familles d'accueil il n'était pas question pour elle d'être hospitalisée. Heureusement que j'avais un très bon lien avec elle sinon elle aurait rompu les soins croyant qu'on allait lui placer ses enfants.

Et il y a d'autres moments où cette maman s'est sentie menacée, où elle a évoqué un arrêt des soins ?

Non simplement à ce moment-là.

Et ce projet de grossesse, elle avait pu vous en parler ?

Non elle ne m'avait pas parlé de son désir d'enfant. Je ne l'ai jamais trouvé aussi radieuse que lorsqu'elle était enceinte Je pense que d'être enceinte pour elle c'est un état qu'elle aime bien.

Et alors ce petit Arthur ?

Il ne va pas si mal que ça. Toujours avec la même infirmière de PMI, on a demandé à la crèche une place dès que possible. Et dès deux mois il est allé à la crèche et il a fallu travailler ça avec la maman « oui mais pourquoi vous voulez qu'il aille à la crèche, il est trop petit et je ne travaille pas je peux bien le garder ». La crèche nous a bien aidé pour lui dire comment faire avec son bébé. La crèche a fait un sacré boulot, il ne faut pas travailler tout seul là.

Et vous pensez que Mme C avait conscience ou pas de ses difficultés ? Comment elle pouvait les nommer ?

D'emblée, assez rapidement, elle raconte son histoire, petite fille placée dans une famille d'accueil avec des troubles du comportement, de la violence, des troubles du comportement alimentaire et puis jusqu'au jour où elle a pu partir et tout de suite elle a pris le premier garçon, elle n'a pas beaucoup d'études, elle a trimé, elle a fait des petits boulots dans la vente.

Elle faisait le lien entre son histoire et ses difficultés ?

Non. Et je me disais que ça c'était à traiter avec la psycho, moi je ne suis pas là pour ça, enfin, je m'étais limitée à Martin. On parle des questions autour du sommeil, de l'alimentation, de la marche et puis de la guidance pour montrer comment on joue avec ses enfants, pas mettre trop de télévision etc.... donc c'est plutôt ça et puis après les liens avec son histoire c'est plutôt avec la psychologue et sur le groupe des mamans. Ca se fait, il faut prendre le temps, chaque chose en son temps

Et alors si vous aviez pu faire autrement ? Est-ce que quelque chose aurait pu améliorer les interventions ?

La chose qui aurait été bien c'est d'être à deux car franchement des fois c'est lourd. Il y a des fois quand on sort de la visite, on se dit « mais par quel bout on commence ? » Avec un petit garçon très abimé, la maman il faut la soutenir, en plus elle vous parle de Martin mais elle vous parle des deux autres enfants. L'ainée a des problèmes d'encoprésie et par exemple tout ce qui est sortie scolaire on lui refuse et on appelle Mme C, et ça elle le vit douloureusement, elle se demande pourquoi sa fille ne peut pas y aller, elle propose de mettre une couche, elle ressent énormément l'exclusion de sa fille.

C'est une maman qui a fait beaucoup d'efforts pour tous ses enfants car il y avait pleins de rendez-vous. C'est une maman très fine qui vit au 4^{ème} étage sans ascenseur avec la poussette et avec Martin qui ne marchait pas. Et elle a réussi !

Donc deux intervenants, on aurait pu partager cette souffrance, cette douleur. Et puis la supervision je trouve qu'il n'y en a pas assez. On reste avec ce qu'on a vu, ce qu'on a vécu et puis on se dit « on aurait pu faire différemment ». On est tellement la tête dans le guidon. Visite à deux, plus de supervision, et puis peut-être l'avoir plus accompagnée au départ pour qu'elle rencontre la psychologue. Il faut presque toujours les avoir en tête.

Est-ce que lorsque vous espaciez les VAD vous observiez des pas en arrière ?

Non pas trop parce que justement à partir du moment où il y a eu les TISF petit à petit l'appartement s'est meublé.

C'était une maman qui d'emblée m'a touché, j'ai eu envie de l'aider et ça a fonctionné, peut-être parce que c'est une maman qui acceptait, qui ne complexifiait pas les relations, du moment que c'était assez terre à terre. Il faut se mettre à son niveau pour lui parler, il ne faut pas employer de mots trop compliqués, quand on se met à son niveau et qu'on vérifie qu'elle a bien compris ça marche. Il y a que le concret qui marche, les grandes théories moi je ne m'y aventure pas.

Martin ne sera pas passé par l'école. Il va débiter le SESSAD à la rentrée.

Il a continué à la crèche car on a expliqué que c'était un environnement plus cocooning et que même s'il avait 4 ans il avait le comportement d'un enfant de 3 ans, un retard, et si on le mettait à l'école il aurait vite été perdu, il aurait eu moins d'attention.

Et la maman comment elle a compris le SESSAD ?

Je lui ai parlé du retard de Martin « vous avez vu par rapport aux petits garçons de la crèche qui sont avec lui il a du retard Martin, il ne peut pas mettre ses chaussures tout seul, la propreté, le langage ». Il y avait des choses qu'elle voyait, elle n'est pas dupe Mme C. Et c'est là qu'elle m'avait dit « il n'est pas comme les deux autres au même âge ».

Est-ce qu'avec elle vous avez parlé de négligence, de carence ?

Non jamais ce sont des mots que je n'utilise pas avec les familles.

Mme C au début croyait que c'était quelque chose de génétique, mais le papa ne voulait pas faire les examens donc ils ne les ont jamais été faits. Et maintenant elle n'en parle plus, elle a acté qu'il avait un retard et maintenant on ne parle plus que de retard. Ça lui suffit et moi je ne vais pas chercher plus loin. Maintenant qu'elle va sur le groupe où il y a que des mamans comme ça...

Est-ce que vous pensez que ça changerait quelque chose qu'elle ait entendu la notion de négligence, de carence ?

Non je ne crois pas. Ce qui serait intéressant c'est qu'elle fasse des liens entre son histoire et les difficultés de Martin.

Moi j'ai toujours essayé de positiver les progrès de Martin. Et dès qu'il y avait un progrès c'était crié haut et fort, elle était fière. La présence du papa permettait de lui donner une place, de lui faire prendre conscience des difficultés de Martin.

Martin était présent lors des VAD ?

Toujours, elle me le montrait Martin. Et puis c'était « aidez moi, je ne sais pas comment faire, je vois bien qu'il y a quelque chose », et puis en plus il y avait tous les soucis qu'elle avait avec sa voisine du dessous. Et là elle a été très pertinente, elle est allée voir l'assistante sociale et a fait toutes les démarches tout seule pour déménager. Finalement ce n'est pas possible pour le moment mais elle est surprenante, il y a des choses qu'elle peut faire et d'autres non, être maman dans sa tête elle n'a pas trop eu de modèles ou les modèles qu'elle a eu n'étaient pas très glorieux.

Et vous la sentiez plus sensible à la fin de la prise en charge aux besoins de Martin ?

Oui, oui. Ce n'est pas parfait, elle est encore en retard aux rendez-vous.

Dans sa tête elle sait que Martin a besoin de soins et c'est ça qui a changé chez elle. Et ça a dû aider pour Arthur car vraiment il va bien au niveau du développement « Regarde il sait se retourner du dos sur le ventre » et puis après quand Martin vient le caresser « Doucement Martin, doucement », des choses qu'elle n'aurait pas fait au départ.

Les VAD de la PMI se sont arrêtées aussi. Et depuis il y a la mesure éducative donc il y a toujours quelqu'un qui vient à domicile, et les éducateurs interviennent à deux, aussi parce qu'il y a quatre enfants. Du lien a été fait avec ces intervenants.

Je suis contente de cette prise en charge même si le résultat est tout petit. Pour Martin avec tous les retards qu'il a, au moins c'est un petit garçon qui est moins triste et puis il y a une maman et un papa qui sont conscients de ses troubles et qui ont dans la tête ses difficultés et le fait qu'il n'ira pas à l'école comme tous les autres enfants. D'où vient Martin c'est beaucoup. Et puis Arthur le petit frère est aussi dans la tête des parents.

Les docteurs, ils font très peurs, ils ont du pouvoir, ils peuvent placer les enfants, ça elle avait entendu Mme C.

Et vous avez-eu le sentiment que cette menace pour Mme C était très présente dans la prise en charge à domicile ?

Non, moi je ne me suis jamais sentie comme quelqu'un de menaçant pour elle mais je ne suis pas docteur je suis infirmière, je ne l'ai jamais senti persécutée par moi.

Alors qu'avec l'infirmière de PMI et avec le personnel de la crèche au début, ça a été très compliqué... Mais je crois que cette maman il ne faut pas y aller franco si on est trop direct c'est grillé, faut louvoyer.

Et la place du café ?

Dans ma tête je me suis dit si tu refuses le café tu refuses quelque chose alors j'ai dit oui. Après je différerais. Mais le premier café j'étais obligée de le prendre, les autres les refuser c'était pour mettre de la distance, et ne pas être la copine qui vient prendre le café. J'étais l'infirmière. Et pour cette maman, gérer la proximité c'est très compliqué, soit elle est très proche soit c'est l'inverse.

Vous pensez que Mme C a repéré votre fonction d'infirmière ? Et repéré les fonctions des autres intervenants ?

Oui car en plus l'information préoccupante est partie de la PMI donc eux étaient les méchants, nous on est arrivés après on a été identifié comme les bons, c'est le genre de famille qui sait très bien cliver.

C'est comment garder l'alliance tout en disant qu'on travaille tous ensemble, d'où les visites conjointes.

La situation me paraissait tellement grave qu'il fallait que j'arrive à les joindre, il fallait que j'aille voir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Golse B. La naissance et l'organisation de la pensée. *J Psychanal Enfant*. 2000;(26):23- 37.
2. Bydlowski S, Graindorge C. Naissance et développement de la vie psychique. *EMC - Psychiatr. janv 2007;4(4):1- 11*.
3. Golse B. L'être-bébé: les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse, et à la phénoménologie. Paris: Presses Universitaires de France; 2006.
4. Bénony C, Golse B, Georgieff N. Psychopathologie du bébé. Paris: A. Colin; 2012.
5. Golse B. Adopter un enfant qui n'est plus un bébé et devenir son parent. In : *Enjeux de l'adoption tardive*. ERES; 2007. p. 63- 93.
6. Brazelton T. Échelle d'évaluation du comportement néonatal. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1983;(31):61 - 96.
7. Anzieu D. Émergences et troubles de la pensée. Paris: Dunod; 2000.
8. Wallon H. Les origines de la pensée chez l'enfant. Paris: Quadrige/Presses universitaires de France; 1989.
9. Alvarez L, Golse B. La psychiatrie du bébé. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.
10. Lamour M, Barraco M. Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin. Paris: G.Morin; 1998.
11. Stoleru S. Parentalité. In: Houzel D, Moggio F, Emmanuelli M, éditeurs. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France; 2000.
12. Bion WR. Aux sources de l'expérience. Paris: Presses Universitaires de France; 1962.
13. Mille C, Henniaux T. Carences affectives et négligences graves. *EMC - Psychiatr. janv 2007;4(4):1- 8*.
14. Lebovici S, Stoleru S. Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste: les interactions précoces. Paris: Bayard; 2003.
15. Houzel D. Les Enjeux de la parentalité. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 1999.
16. Lemoine-Luccioni E. Partage des femmes. Paris: Seuil; 1976.
17. Aulagnier P. Un interprète en quête de sens. Paris: Payot & Rivages; 2001.

18. Bydlowski M. Les enfants du désir. Paris: Jacob; 2008.
19. Bayle B. L'enfant à naître: identité conceptionnelle et gestation psychique. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2005.
20. Houzel D. La transmission psychique. Paris: O. Jacob; 2010.
21. Spiess M. Actualités des recherches et des pratiques. Dialogue. juin 2009;2(184):105- 113.
22. Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs: histoires transculturelles. Paris: Odile Jacob; 2007.
23. Lebovici S. L'arbre de vie: éléments de la psychopathologie du bébé. Toulouse: ERES; 2009.
24. Abraham N, Torok M. L'écorce et le noyau. Paris: Flammarion; 2008.
25. Sparrow J. Processus de parentalité : parenter le bébé imaginaire. In: Greiner G, éditeur. Fonctions maternelle et paternelle. ERES; 2004. p. 25- 35.
26. De Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. 2. éd. Paris: Masson; 1974.
27. Salbreux R. Hypotonies. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, éditeurs. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: tome 3. Presses Universitaires de France; 1995. p. 1971 - 1983.
28. Anzieu D. Le Moi-peau. 2ème édition. Paris: Dunod; 1995.
29. Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: un parcours de recherche. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2004.
30. Garret-Gloanec N, Pernel A-S. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. Inf Psychiatr. 2012;88(3):195- 207.
31. Winnicott DW, Kalmanovitch J. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1958.
32. Mazet P, Mellier D, Dautzenberg E, Carel A, Sibertin-Blanc D, Dollander M, et al. Le bébé et le regard. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2001;49(7):411 - 476.
33. Winnicott D. Jeu et réalité: l'espace potentiel. Paris: Gallimard; 1975.
34. Stern DN. Mère-enfant: les premières relations. Mardaga; 1997.
35. Stern DN. Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale. Paris: Presses Universitaires de France; 2003.

36. Lebovici S. La relation objectale chez l'enfant. *Psychiatr Enfant*. 1960;3(1):147- 226.
37. Guédénéy A, Le Houezec-Jacquemain F. Numéro spécial Robert N. Emde. *Devenir*. déc 2002;Vol. 14(4):317- 319.
38. Campos JJ. The importance of affective communication in social referencing: A commentary on Feinman. *Merrill-Palmer Q*. 1983;(29):83- 87.
39. Tardos A. Le dialogue des attentions entre le bébé et l'adulte. Congrès mondial de la World Association of Infant Mental Health; 1996; Tampere (Finlande).
40. Golse B. *Du corps à la pensée*. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
41. Haag G. La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1985;(33):107- 114.
42. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Karnac Books; 2003.
43. Ciccone A. L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. févr 2005;53(1-2):24- 31.
44. Ciccone A. Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation. *Carnet PSY*. mai 2006;5(109):29- 34.
45. Marcelli D. Entre les microrhythmes et les macrorhythmes: la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*. févr 2008;4(44):123- 129.
46. Bowlby J. *Attachement et perte*. Volume 1, L'attachement. Paris: Presses Universitaires de Paris; 1969.
47. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1985;50(29):66- 104.
48. Liotti G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2004;41(4):472- 486.
49. Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of Attachment, Second Edition: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press; 2008.
50. Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MG. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry*. févr 1995;36(2):225- 248.
51. Fonagy P, Target M. Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attach Hum Dev*. 2005;7(3):333- 343.

52. Van Ijzendoorn MH, Sagi-Schwartz A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. in Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. Guilford Press. 2008.
53. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press; 1978.
54. Guédeney N, Guédeney A. L'attachement approche théorique: du bébé à la personne âgée. Paris: Elsevier Masson; 2009.
55. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In: Greenberg M., Cicchetti D, Cummings E., éditeurs. Attachment in preschool years: theory, research, and intervention. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 161 - 182.
56. Lacharité C, Éthier L, Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. Bull Psychol. avr 2006;4(484):381 - 394.
57. Code de l'action sociale et des familles - Article L221-1. Code de l'action sociale et des familles.
58. Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée. L'observation de l'enfance en danger : Guide méthodologique. 2001 mai.
59. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, et al. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2008. Canada; 2010.
60. Gaudin JM. Child Neglect: A Guide for Intervention. Washington, DC: DIANE Publishing; 1995.
61. Zuravin SJ, DePanfilis D. Factors affecting foster care placement of children receiving child protective services. Soc Work Res. janv 1997;21(1):34 - 42.
62. Lacharité C, Éthier L. Child neglect: A serious problem in North America. Can Child. 2003;18 - 20.
63. Sullivan S, Canada, Unité de la prévention de la violence familiale. La négligence à l'égard des enfants définitions et modèles actuels: examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants, 1993-1998. Ottawa: Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada; 2000.
64. Diatkine G. Familles sans qualités: les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. Psychiatr Infant. 1979;22(1):237 - 273.
65. Brazelton T, Greenspan S. The irreducible needs of children: what every child must have to grow, learn, and flourish. Da Capo Press; 2001.

66. Weaner M, Morency N. Guide de pratique: Intervention psychosociale en négligence auprès des usagers 6-13ans. Centre jeunesse du Québec, Institut universitaire; 2006.
67. Turcotte G, Pilote C. Inventaire des outils cliniques en négligence: rapport final. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2012.
68. De Rancourt L, Paquette F, Paquette D, Rainville S. Guide d'évaluation des capacités parentales: adaptation du guide de Steinhauer. Centre Jeunesse de Montréal Institut Universitaire; 2006.
69. Heaman M, Chalmers K, Woodgate R, Brown J. Relationship work in an early childhood home visiting program. *J Pediatr Nurs.* août 2007;22(4):319- 330.
70. Association des Centres Jeunesses du Québec. Un élan pour voir grand. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse. Directeurs provinciaux 2013. Québec; 2013.
71. Child Maltreatment 2012. US department of health and human services, administration on children youth and families; 2012.
72. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 62(5):299- 312.
73. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* janv 2009;373(9657):68- 81.
74. Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée. Observatoire national de l'enfance en danger. France; 2002 nov.
75. Carter V, Myers MR. Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Child Youth Serv Rev.* janv 2007;29(1):110- 121.
76. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* nov 1998;22(11):1065- 1078.
77. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl.* mars 1996;20(3):191- 203.
78. Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr RH. Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics.* 2002;109(6):1100- 7.
79. Éthier LS, Lacharité C. Les causes et les effets de la négligence envers les enfants: Quels sont les constats de la recherche? *Sci Léducation Pour Lère Nouv.* 2001;(1):27- 45.

80. Erickson MF, Egeland B. The quiet assault: A portrait of child neglect. In: Berliner L, Briere J, Bulkley S, Jenny C, Reid T, éditeurs. The handbook of child maltreatment. Newbury Park, CA: Sage Publications; 2002. p. 4- 20.
81. Egeland B, Sroufe A, Erickson M. The Developmental Consequence of Different Patterns of Maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1983;7:459- 469.
82. Ammons P, Gaudin J, Norman A. Solitude et isolement des mères négligentes. Santé et bien-être social Canada; 1989.
83. Whipple EE, Webster-Stratton C. The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse Negl.* 1991;15(3):279- 291.
84. Connelly CD, Straus MA. Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse Negl.* 1992;16(5):709- 18.
85. Guay F, Éthier LS, Palacio-Quintin E. L'impact de la déficience intellectuelle sur la problématique de la négligence parentale. *Rev Eur Handicap Ment.* 1997;4(15):3- 15.
86. Gaudin JM Jr, Polansky NA, Kilpatrick AC, Shilton P. Loneliness, depression, stress, and social supports in neglectful families. *Am J Orthopsychiatry.* oct 1993;63(4):597- 605.
87. Garret-Gloanec N, Pernel A-S, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. *EMC - Psychiatr.* juill 2013;10(3):1- 11.
88. Palacio-Quintin E, Couture G, Paquet J. Projet d'intervention auprès de familles négligentes présentant ou non des comportements violents. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières; 1995.
89. Éthier L. Les facteurs psychologiques qui nuisent au rôle parental. L'enjeu, Bulletin spécial recherche produit par Les Centres jeunesse de la Montérégie. 2005;4- 12.
90. Tymchuk AJ, Andron L, Tymchuk M. Training mothers with mental handicaps to understand behavioural and developmental principles. *Ment Handicap Res.* 1990;3(1):51- 9.
91. Éthier L. Réussir en négligence. Trois-Rivières, Québec: Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille : Centres jeunesses Mauricie Bois-Francs; 1998.
92. Pianta R, Egeland B, Erickson MF. The antecedents of maltreatment: Results of the mother-child interaction research project. In: Cicchetti D, Carlson V, éditeurs. *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* Cambridge University Press; 1989. p. 203- 253.
93. Crittenden P. Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In: Browne K, Davies C, Stratton P, éditeurs. *Early prediction and prevention of child abuse.* Oxford, Angleterre: John Wiley & Sons; 1988. p. 161- 189.

94. Langlois G, Éthier LS. Évolution des symptômes dépressifs chez les mères négligentes chroniques en comparaison avec les mères dont la négligence est transitoire. *Rev Psychoéducation Orientat.* 2003;32(1):31 - 47.
95. Boulet M-C, Éthier LS, Couture G. Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques. *Santé Ment Au Qué.* 2004;29(1):221 - 242.
96. Egeland B, Susman-Stillman A. Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse Negl.* 1996;20(11):1123- 32.
97. Singh Narang D, Contreras JM. Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential. *Child Abuse Negl.* mai 2000;24(5):653- 665.
98. Sedlak AJ, Broadhurst DD. Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect (NIS-3). *Etats-Unis: National Clearing House on Child Abuse and Neglect Information;* 1996.
99. Dubeau D. *Etat de la recherche portant sur les pères au Canada.* Ontario; 2002.
100. Éthier LS, Bourassa L, Klapper U, Dionne M. L'évolution des familles négligentes: Chronicité et typologie. *Etat de suivi 1992 à 2005.* Université du Québec à Trois-Rivières: Département de psychologie; 2006.
101. Paquette D. L'enfant a tout autant besoin de son père que de sa mère, mais pour des raisons différentes ! *Santé Ment Au Qué.* 2008;33(1):223- 227.
102. Dubowitz H, Black MM, Kerr MA, Starr RH, Harrington D. Fathers and child neglect. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(2):135- 41.
103. Lacharité C. Comprendre les pères de milieux défavorisés. *Symposium national sur la place et le rôle du père « Présences de pères »;* 2001; Montréal.
104. Dufour S, Lavergne C, Larrivée M-C, Trocmé N. Who are these parents involved in child neglect? A differential analysis by parent gender and family structure. *Child Youth Serv Rev.* 2008;30(2):141- 56.
105. Coohy C. Neglectful mothers, their mothers, and partners: The significance of mutual aid. *Child Abuse Negl.* 1995;19(8):885- 95.
106. De Bellis MD. The psychobiology of neglect. *Child Maltreat.* 2005;10(2):150- 72.
107. Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales. *La négligence envers les enfants. Bilan de connaissances.* Montréal; 2008 avr.
108. Crittenden PM. An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Crim Justice Behav.* 1993;20(1):27- 48.
109. Hildyard K, Wolfe D. Cognitive processes associated with child neglect. *Child Abuse Negl.* août 2007;31(8):895- 907.

110. Hildyard K, Wolfe D. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl.* juin 2002;26(6-7):679- 695.
111. Dix TH, Grusec JE. Parent attribution processes in the socialization of children. In: Siegel I., éditeur. *Parental belief systems: The psychological consequences for children.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1985. p. 201 - 233.
112. Howes PW, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: a systems perspective. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div* 43. mars 2000;14(1):95- 110.
113. DeOliveira CA, Moran G, Pederson DR. Understanding the link between maternal adult attachment classifications and thoughts and feelings about emotions. *Attach Hum Dev.* juin 2005;7(2):153- 170.
114. Rochette-Guglielmi J. « Viens chez moi j'habite avec un bébé » enjeux du dispositif « domicile » sur la situation soignante. 13ème journées annuelles de la société MARCE francophone, « Intervenir à domicile en santé mentale et psychiatrie périnatale »; 2010; Marseille.
115. Belsky J. Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychol Bull.* 1993;114(3):413- 434.
116. Darchis E. Violence périnatale dans la parentalité confuse. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe.* janv 2011;2(55):69- 78.
117. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir.* juin 2001;Vol. 13(2):41- 52.
118. Castellani C, Ninoreille K, Berger M, Perrin A. Visites à domicile et mesure du quotient de développement dans des situations de défaillances parentales précoces. *Devenir.* oct 2011;Vol. 23(3):205- 238.
119. Dumaret A-C, Constantin-Kuntz M. Support médicosocial et éducatif : devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. *Prat Psychol.* mars 2005;11(1):85- 100.
120. Coohy C. Child maltreatment: Testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse Negl.* 1996;20(3):241- 54.
121. Gaudin JM, Polansky NA. Social distancing of the neglectful family. *Child Youth Serv Rev.* janv 1986;8(1):1- 12.
122. Lacharité C, Éthier L. Service d'aide intégrée pour contrer la négligence: description sommaire d'un modèle d'intervention. Université du Québec à Trois-Rivières; 2003.
123. Fraiberg S, Congy G. Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. *Devenir.* 1993;5(1):7- 29.

124. Le Marchand-Cottenceau M. Le corps du bébé comme lieu et reflet de sa construction psychique. [thèse de médecine]. Nantes; 2008.
125. Bullinger A. Les prothèses de rassemblement. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2001;49(1):4- 8.
126. Guédeney A. La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le maintenant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2005;53(1-2):32- 35.
127. Guédeney A, Mintz A-S, Dugravier R. Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. *EMC - Psychiatr.* janv 2007;4(1):1- 6.
128. Guédeney A. De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1999;47(1-2):63- 71.
129. Mellier D. Vie émotionnelle et souffrance du bébé. Dunod; 2005.
130. Egeland B, Sroufe A. Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New Dir Child Adolesc Dev.* 1981;1981(11):77- 92.
131. Cohen D. Traumatismes et traces : données expérimentales. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* juill 2012;60(5):315- 323.
132. Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Dev Psychol.* 2000;36(5):679- 688.
133. Toth SL, Cicchetti D, Macfie J, Rogosch FA, Maughan A. Narrative representations of moral-affiliative and conflictual themes and behavioral problems in maltreated preschoolers. *J Clin Child Psychol.* sept 2000;29(3):307- 318.
134. Éthier LS. Évolution des enfants négligés et caractéristiques maternelles. *Santé Société Solidar.* 2009;8(1):51- 59.
135. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl.* juin 2002;26(6-7):697- 714.
136. Spira A, Scippa L, Berthet C, Meuret C, Besozzi R, Cramer B. L'hospitalisme en l'an 2000 : Développement psychologique d'enfants dans un orphelinat roumain. *Psychiatr Infant.* 2000;43(2):587- 646.
137. Mille C, Guyomard C, Niesen N. Évolution des formes psychopathologiques et des modalités d'accès aux soins en pédopsychiatrie. *Inf Psychiatr.* oct 2003;79(8):675- 682.
138. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Dev Psychopathol.* 2010;22(01):87- 108.

139. Carlson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald KG. Finding order in disorganization: lessons from research on maltreated infants' attachments to their caregivers. *Child maltreatment*. Cambridge University Press; 1989.
140. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR, éditeurs. *Handbook of Attachment, second edition: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press; 2008. p. 666- 697.
141. Main M, Cassidy J. Categories of response to reunion with the parent at age 6. *Dev Psychol*. 1988;24(3):415- 426.
142. Moss E, Cyr C, Bureau J., Tarabulsky G., Dubois-Comtois K. Stability of attachment between preschool and early school-age. *Dev Psychol*. 2005;41:773- 783.
143. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Dev Psychol*. 1993;29(1):53- 62.
144. Habimana E. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: approche intégrative*. Boucherville, Québec: G. Morin; 1999.
145. Widom CS. Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *Am J Psychiatry*. août 1999;156(8):1223- 1229.
146. Herman JL. *Trauma and recovery*. Rev. ed. New York: BasicBooks; 1997.
147. Putnam FW. *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. New York: Guilford Press; 1997.
148. Misès R. *Les pathologies limites de l'enfance: étude clinique et psychopathologique*. Paris: Presses Universitaires de France; 1990.
149. Éthier LS, Milot T. Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2009;57(2):136- 45.
150. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(4):692- 700.
151. Wolfe DA, Scott K, Wekerle C, Pittman A-L. Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(3):282- 9.
152. Danielson CK, de Arellano MA, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS. Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreat*. 2005;10(1):37- 48.

153. Sternberg KJ, Lamb ME, Guterman E, Abbott CB. Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse Negl.* 2006;30(3):283- 306.
154. Egeland B. Mediators of the effects of child maltreatment on developmental adaptation in adolescence. In: Cicchetti D, Toth SL, éditeurs. *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention.* New-York: University of Rochester Press; 1997. p. 403- 434.
155. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull.* 1993;114(1):68- 79.
156. Arriola KRJ, Loudon T, Doldren MA, Fortenberry RM. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse Negl.* juin 2005;29(6):725- 746.
157. Dube SR, Miller JW, Brown DW, Giles WH, Felitti VJ, Dong M, et al. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health.* avr 2006;38(4):444.e1 - 10.
158. Tousignant M, Hamel S, Bastien M. Structure familiale, relations parents-enfant et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé Ment Au Qué.* XIII(2):79- 93.
159. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev.* juill 2008;28(6):969- 981.
160. Fonagy P. *Théorie de l'attachement et psychanalyse.* Ramonville-Saint-Agne: Érès; 2004.
161. Bornovalova MA, Huibregtse BM, Hicks BM, Keyes M, McGue M, Iacono W. Tests of a Direct Effect of Childhood Abuse on Adult Borderline Personality Disorder Traits: A Longitudinal Discordant Twin Design. *J Abnorm Psychol.* févr 2013;122(1):180- 194.
162. Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the Development of Personality Disorders: A Biology x Sex x Environment Interaction Model of Antisocial and Borderline Traits. *Dev Psychopathol.* 2009;21(3):735- 770.
163. Corcos M, Pham-Scottez A, Sperenza M, Jeammet P. *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence.* Paris: Dunod; 2013.
164. Parker G. The parental bonding instrument: Psychometric properties reviewed. *Psychiatr Dev.* 1988;7(4):317- 35.
165. Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry.* janv 1990;60(1):55- 66.

166. Johnson JG, Smailes EM, Cohen P, Brown J, Bernstein DP. Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *J Personal Disord.* 2000;14(2):171 - 187.
167. Horesh N, Sever J, Apter A. A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* août 2003;44(4):277 - 283.
168. Lyons-Ruth K. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Health J.* 2008;29(3):203- 218.
169. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis.* juin 2002;190(6):381 - 387.
170. Hankin BL, Barrocas AL, Jenness J, Oppenheimer CW, Badanes LS, Abela JRZ, et al. Association between 5-HTTLPR and Borderline Personality Disorder Traits among Youth. *Front Psychiatry.* mars 2011;2(6).
171. Allen JG, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice.* American Psychiatric Pub; 2008.
172. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol.* 1997;9(04):679 - 700.
173. Allen JG. Evil, Mindblindness, and Trauma. *Smith Coll Stud Soc Work.* 2007;77(1):9- 31.
174. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders.* New-York, US: John Wiley & Sons Ltd; 2001.
175. Allen JG. *Coping with trauma: Hope through understanding.* American Psychiatric Pub; 2008.
176. Fonagy P, Target M. Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int J Psychoanal.* oct 2000;81 (Pt 5):853 - 873.
177. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. *Reflective Functioning manual, Version 5.0, for application to Adult Attachment Interviews.* Londres: University College London; 1998.
178. DeTychey C. Surmonter l'adversité: les fondements dynamiques de la résilience. *Cah Psychol Clin.* mars 2001;16(1):49- 68.
179. Cyrulnik B. Le réel et sa représentation: les requis de la résilience. *J Psychanal Infant.* 2004;(34):205- 218.
180. Saint-Antoine M, Rainville S. Les troubles de l'attachement en regard de certains profils cliniques et leurs pronostics. *Prisme.* 2004;(44):184 - 201.

181. Dubois J, Dehaene-Lambertz G, Mangin J-F, Le Bihan D, Hüppi PS, Hertz-Pannier L. Neurophysiologie clinique : développement cérébral du nourrisson et imagerie par résonance magnétique. *Neurophysiol Clin Neurophysiol.* janv 2012;42(1-2):1-9.
182. Lane A, Luminet O, Mikolajczak M. Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine: revue d'une littérature en pleine expansion. *Année Psychol.* 2013;113(2):255-285.
183. Noël L. Je m'attache, nous nous attachons: le lien entre un enfant et ses parents. Montréal: Sciences et culture; 2003.
184. Duyme M, Dumaret AC, Tomkiewicz S. How can we boost IQs of « dull children »?: A late adoption study. *Proc Natl Acad Sci U S A.* juill 1999;96(15):8790-8794.
185. Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere-Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* août 2010;58(5):282-292.
186. Vincent J-D. Voyage extraordinaire au centre du cerveau. Paris: Odile Jacob; 2007.
187. Heckmann J. The technology of building health and human capacities: lessons for public policy. *International Health Forum: The economy and health, the effects of prevention. International Economic Forum of The Americas;* 2007 juin; Montréal, Canada.
188. Perry BD. Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. *Brain Mind.* avr 2002;3(1):79-100.
189. Sapolsky RM. Why stress is bad for your brain. *Science.* 1996;273(5276):749-50.
190. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry.* juill 2004;56(2):80-85.
191. Schore A. Effets of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J.* 1-2(22):7-66.
192. Braun BG. The BASK model of dissociation. *Dissociation Prog Dissociative Disord.* mars 1988;1(1):4-23.
193. Barudy J, Dantagnan M. De la bientraitance infantile: compétences parentales et résilience. Paris: Fabert; 2007.
194. Weaver ICG. Shaping adult phenotypes through early life environments. *Birth Defects Res Part C Embryo Today Rev.* déc 2009;87(4):314-326.

195. Guilhaume A, Benoit O, Gourmelen M, Richardet JM. Relationship between sleep stage IV deficit and reversible HGH deficiency in psychosocial dwarfism. *Pediatr Res.* avr 1982;16(4):299- 303.
196. Champagne F, Diorio J, Sharma S, Meaney MJ. Naturally occurring variations in maternal behavior in the rat are associated with differences in estrogen-inducible central oxytocin receptors. *Proc Natl Acad Sci.* oct 2001;98(22):12736- 12741.
197. Feldman R, Gordon I, Zagoory-Sharon O. The cross-generation transmission of oxytocin in humans. *Horm Behav.* sept 2010;58(4):669- 676.
198. Heim C, Young LJ, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Mol Psychiatry.* oct 2009;14(10):954- 958.
199. Finkelhor D. *Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People.* Oxford University Press; 2008.
200. Cohen D. Probabilistic epigenesis: an alternative causal model for conduct disorders in children and adolescents. *Neurosci Biobehav Rev.* janv 2010;34(1):119- 129.
201. Meaney MJ, Aitken DH, Bodnoff SR, Iny LJ, Tatarewicz JE, Sapolsky RM. Early postnatal handling alters glucocorticoid receptor concentrations in selected brain regions. *Behav Neurosci.* août 1985;99(4):765- 770.
202. Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci.* 2004;7(8):847- 54.
203. Gueguen C, Ansembourg T. *Pour une enfance heureuse Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau.* Paris: Robert Laffont; 2014.
204. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* mars 2009;12(3):342- 348.
205. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Fieldwork report on draft guidance: the social and emotional wellbeing of vulnerable children (early years). Views of professionals.* 2012 juin.
206. Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RD. *Family violence across the lifespan: An introduction.* SAGE Publications, Inc.; 2010.
207. Gaudin JM. Effective intervention with neglectful families. *Crim Justice Behav.* 1993;20(1):66- 89.
208. Stevens M. *The costs and benefits of early interventions for vulnerable children and families to promote social and emotional wellbeing: economics briefing.* London Scholl of Economics and Political Science; 2011.

209. Moralès-Huet M, Rabouam C, Guédeney A. Psychothérapies précoces parents-bébé. EMC - Psychiatr. janv 2004;1(1):43- 51.
210. Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: Presses Universitaires de France; 2007.
211. Stoleru S. Psychothérapies mère-nourrisson: dans les familles à problèmes multiples. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 1989.
212. Greenspan SI. Infants in Multirisk Families: Case Studies in Preventive Intervention. International Universities Press; 1987.
213. Cramer B, Palacio-Espasa F. La Pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et techniques. Paris: Presses Universitaires de France; 1993.
214. McDonough S. Interaction guidance. In: Sameroff A, McDonough S, Rosenblum K, éditeurs. Treating Parent–infant Relationship Problems: Strategies for Intervention. The Guilford Press; 2005.
215. Lacharité C, Fafard G, Bourassa L. Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire: Nouvelle génération. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières: GRIN/UQTR; 2005.
216. DePanfilis D, Dubowitz H. Family connections: A program for preventing child neglect. Child Maltreat. 2005;10(2):108- 23.
217. Guédeney A. Psychopathologie périnatale: le lieu de l'entre-deux. In: Allilaire J, Guédeney A, éditeurs. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris: Masson; 2000.
218. Palacio-Quintin E, Éthier LS. La négligence, un phénomène négligé. Apprentiss Social. 1993;(16):153- 164.
219. Bowlby J. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. Psychology Press; 1988.
220. Korfmacher J, Green B, Spellmann M, Thornburg KR. The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. Infant Ment Health J. sept 2007;28(5):459- 480.
221. Lamour M, Barraco de Pinto M. Approche à domicile et travail en réseau. Spirale. mars 2003;25(1):117- 132.
222. Dozier M, Lomax L, Tyrrell CL, Lee SW. The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. Attach Amp Hum Dev. 2001;3(1):62- 76.
223. Stern D, Cupa D. La constellation maternelle. Paris: Calmann-Lévy; 1997.
224. Moralès-Huet M. Psychothérapies mère-bébé à domicile: traitements de dyades mère-enfant à risques et inaccessibles aux soins en institution. Devenir. 1996;8(2):7- 41.

225. Hervé M-J, Guédeney N, Lamour M, Pérouse de Montclos M-O, Rusconi Serpa S, Visier J-P, et al. Les ressentis négatifs du thérapeute. *Devenir*. déc 2008;20(4):293- 318.
226. Schrader McMillan A, Barnes J, Barlow J. Primary study evidence on effectiveness of interventions (home, early education, child care) in promoting social and emotional wellbeing of vulnerable children under 5. NICE; 2012.
227. Seligman S, De Angelis C, Guédeney A. Le programme enfant-parent: le développement d'un programme pilote de santé mentale infantile. *Devenir*. 1994;6(1):7- 29.
228. Sellenet C. Parents-professionnels : une co-éducation en tension. In: Deana C, Greiner G, éditeurs. *Parents-Professionnels à l'épreuve de la rencontre*. Toulouse: ERES; 2012.
229. Cazenave M-T. Suivi particulier d'une dyade à domicile, Analyse des positions contre-transférentielles [thèse de doctorat en psychologie]. Aix Marseille 1; 2006.
230. Guédeney A, Lebovici S. *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*. Paris: Masson; 1997.
231. Jardin F, Rebillaud B. L'Unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants. *Devenir*. juin 2006;18(2):139- 145.
232. Le Foll J, Guédeney A. Visites à domicile préventives périnatales dans les familles à problèmes multiples: efficacité et limites. *Devenir*. avr 2014;26(1):59- 72.
233. Lamour M, Barraco M. *Souffrances autour du berceau: Des émotions aux soin*. Paris: Gaëtan Morin; 1998. 277 p.
234. David M. *Le Bébé, ses parents, leurs soignants*. Paris: ERES; 2010.
235. Dumaret AC. Soins médicosociaux précoces et accompagnement psychoéducatif: revue de la littérature étrangère. *Arch Pédiatrie*. 2003;10(5):448- 461.
236. Olds DL. The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Ment Health J*. janv 2006;27(1):5- 25.
237. McNaughton DB. A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nurs Boston Mass*. déc 2000;17(6):405- 414.
238. Saïas T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E, Emer A, Pintaux E, et al. Evaluating Fidelity in Home-Visiting Programs a Qualitative Analysis of 1058 Home Visit Case Notes from 105 Families. Middleton P, éditeur. *PLoS ONE*. mai 2012;7(5).

239. Sweet MA, Appelbaum MI. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. *Child Dev.* sept 2004;75(5):1435- 1456.
240. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 27 août 1997;278(8):637- 643.
241. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson, Jr CR, et al. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *JAMA.* sept 2000;284(11):1385- 1391.
242. Duggan AK, Berlin LJ, Cassidy J, Burrell L, Tandon SD. Examining Maternal Depression and Attachment Insecurity as Moderators of the Impacts of Home Visiting for At-Risk Mothers and Infants. *J Consult Clin Psychol.* août 2009;77(4):788- 799.
243. Lamour M. Parents défaillants, professionnels en souffrance. Bruxelles: Yapaka; 2010.
244. Guédeney A, Guédeney N, Moralès-Huet M. Selma Fraiberg in Paris. *The signal.* 1999;3.
245. Davis H, Ispanovic V, Puura K, Tsiantis J, Turenen M-M, Paradisiotou A. Comment évaluer la promotion de la santé ? In: Greacen T, Guédeney A, Haddad A, éditeurs. *Santé mentale du jeune enfant: prévenir et intervenir* [Internet]. ERES; 2004 [cité 30 juill 2014]. p. 69-80. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ERES_HADDA_2004_01_0069
246. Puura K, Davis H, Mäntymaa M, Tamminen T, Roberts R, Dragonas T, et al. The Outcome of the European Early Promotion Project: Mother-Child Interaction. *Int J Ment Health Promot.* 2005;7(1):82- 94.
247. Dugravier R, Guédeney A, Saias T, Greacen T, Tubach F. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2009;57(6):482- 486.
248. Tubach F, Greacen T, Saias T, Dugravier R, Guédeney N, Ravaud P, et al. A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health.* 2012;12:648.
249. Siksou J, Golse B. Aspects thérapeutiques de l'observation directe. In: Guédeney A, Lebovici S, éditeurs. *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants.* Paris: Masson; 1997.
250. Lamour M. Le bébé est-il fragile ? *Devenir.* 1990;4:20- 28.

251. Haag G. L'observation du nourrisson selon Esther Bick et ses applications. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, éditeurs. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France; 1995. p. 531 - 547.
252. Houzel D. Penser les bébés. Réflexion sur l'observation des nourrissons. *Rev Médecine Psychosom*. 1989;XIX:27- 38.
253. Houzel D. L'observation à domicile : une méthode thérapeutique en psychiatrie du nourrisson. *Dialogue*. juill 2011;193(3):125- 137.
254. Steinhauer P. *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée. Toronto; 1995.
255. Haag M. *La méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille*. Paris: autoédité; 2002.
256. David M, Appell G, Golse B. *Lóczy ou Le maternage insolite*. Ramonville-Saint-Agne: ERES; 2008.
257. Hue V. Communication orale lors de la réunion de formation interne du CNP. 2010 juin; Nantes.
258. Hervé M-J, Paradis M, Legras S, Visier J-P. À propos d'une recherche sur l'alliance thérapeutique dans les consultations précoces. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. févr 2006;54(1):38- 44.
259. Kabuth B, De Tychev C, Vidailhet C. Alliance thérapeutique avec les mères et évolution clinique des enfants d'un hôpital de jour. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juill 2005;163(6):486- 492.
260. Horvath AO, Dianne B. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol*. 1991;38(2):139- 149.
261. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. juin 2000;68(3):438- 450.
262. Suchocka A, Kovess-Masféty V. Promotion et prévention en santé mentale chez les très jeunes enfants : revue de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2006;164(3):183- 194.
263. Thurin J-M. Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapies. *Bull Psychol*. juin 2006;6(486):575- 584.
264. Williams DDR, Garner J. The case against « the evidence »: a different perspective on evidence-based medicine. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 2002;180:8- 12.
265. Korfmacher J, Le Houezec-Jacquemain F. Le sens caché des programmes d'interventions précoces. *Devenir*. déc 2002;Vol. 14(4):363- 375.

266. Thurin J-M. Recherche qualitative et EBM. *Pour Rech.* 2004;(42):18- 22.
267. Constantin-Kuntz M, Dumaret A-C. L'évaluation à l'épreuve de la subjectivation : la perception des prises en charge par les parents. *Prat Psychol.* juin 2008;14(2):265- 283.
268. Fischman G. Évaluation des psychothérapies selon les principes de l'Evidence-based Medicine. Enjeux et scientificité du rapport de l'Inserm. *Ann Méd-Psychol.* 2005;163:769- 779.
269. Hougaard E. The therapeutic alliance—A conceptual analysis. *Scand J Psychol.* 1994;35(1):67- 85.
270. Alpert LT. Research Review: Parents' service experience – a missing element in research on foster care case outcomes. *Child Fam Soc Work.* nov 2005;10(4):361- 366.
271. Mackiewicz M-P. Suppléance précoce et parentalité: une étude de la coopération entre parents et professionnels dans des pouponnières à caractère social? [thèse de doctorat]. Paris-X; 1998.
272. Rocheleau L, Dessureault, Danny. Sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers et de leurs parents à l'égard du service de réadaptation en internat des Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Trois-Rivières: Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec;
273. Blanchet A. Epistémologie critique de l'entretien d'enquête de style non directif; ses éventuelles distorsions dans le champ des sciences humaines. *Bull Psychol.* 1982;(352):187- 195.
274. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Rev Fr Sociol.* 1975;16(2):229- 247.
275. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: a qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Child Res Q.* mars 2002;17(1):28- 51.
276. Krysik J, LeCroy CW, Ashford JB. Participants' perceptions of healthy families: A home visitation program to prevent child abuse and neglect. *Child Youth Serv Rev.* janv 2008;30(1):45- 61.
277. Lecroy CW, Whitaker K. Improving the quality of home visitation: an exploratory study of difficult situations. *Child Abuse Negl.* sept 2005;29(9):1003- 1013.
278. Lacan J. La méprise du sujet supposé savoir. *Scilicet.* 1967;(1):31- 41.
279. Saïas T, Delawarde C, Pintaux É, Favriel S, Ménier C, Matos I, et al. Les interventions préventives en santé mentale du jeune enfant vues par leurs bénéficiaires : l'exemple du projet CAPEDP. *Prat Psychol.* déc 2013;19(4):203- 220.

280. Doyle O. Preparing for life early childhood intervention assessing the early impact of preparing for life at six months. Dublin: UCD Geary Institute; 2012.
281. Cazenave M-T, Guédeney A. Élaboration progressive d'une démarche thérapeutique au domicile d'une mère adolescente. *Psychiatr Enf.* 2011;54(1):17- 86.
282. Kobak R., Mandelbaum T. Caring for the caregiver: An attachment approach to assesment and treatment of child problems. In: Johnson S, Whiffen V, éditeurs. *Attachment processes in couple and family therapy*. New-York: Guilford Press; 2003. p. 144- 164.
283. Seligman S, Pawl J. Impediments to the formation of the working alliance in infant-parent psychotherapy. In: Call J, Galenson E, Tyson R., éditeurs. *Frontiers of infant psychiatry, vol2*. New-York: Basic Books; 1984. p. 232- 238.
284. Mallinckrodt B. Attachment, Social Competencies, Social Support, and Interpersonal Process in Psychotherapy. *Psychother Res.* sept 2000;10(3):239- 266.
285. Dozier M, Bates B., Atkinson L, Goldberg S. Attachment state of mind and the treatment relationship. *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Hillsdale, E-U: Lawrence Erlbaum; 2004. p. 167- 180.
286. Bordin ES. Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. *Work Alliance Theory Res Pract.* 1994;13- 37.
287. René JF, Laurin I, Dallaire N. Faire émerger le savoir d'expérience de parents pauvres: forces et limites d'une recherche participative. *Rech Qual.* 2009;28(3):40- 63.
288. Houzel D. Le concept d'attention. In: Appell G, Tardos A, éditeurs. *Prendre soin du jeune enfant*. Ramonville Saint-Agne: ERES; 2005.
289. Stallard P. Parental satisfaction with intervention: Differences between respondents and non-respondents to a postal questionnaire. *Br J Clin Psychol.* sept 1995;34(3):397- 405.

Titre de Thèse :

**LES VISITES À DOMICILE DANS LES SITUATIONS DE NÉGLIGENCE
ÉMOTIONNELLE : COMMENT SE CONSTRUIT L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ?
Étude qualitative à partir du témoignage de 3 mères
et d'infirmières du Centre Nantais de la Parentalité**

RESUME

La négligence émotionnelle est une forme fréquente de maltraitance et peut impacter sévèrement le développement global de l'individu, particulièrement sur le plan psycho-affectif. Elle affecte profondément la parentalité et se transmet de génération en génération. Ainsi la mise en place précoce de soins psychiques adaptés auprès de l'enfant et ses parents est un enjeu majeur de prévention mais s'avère difficile notamment en raison de la méfiance de ces familles envers les institutions. A partir du témoignage de trois mères ayant bénéficié de visites à domicile et de celui des infirmières référentes nous avons réalisé une étude centrée sur le vécu de ces soins. Nos résultats mettent en évidence l'importance des premières impressions parentales, notamment sensorielles, et des qualités relationnelles de l'infirmière dans l'instauration et la pérennisation de l'alliance thérapeutique.

MOTS-CLES

**NÉGLIGENCE ÉMOTIONNELLE - CARENCE - PARENTALITÉ - VISITES À
DOMICILE – ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE – VÉCU SUBJECTIF**