

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2009

N° 162

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**PSYCHIATRIE**

par

**Anne-Sophie Pernel**

Née le 24/09/1980 à REIMS

---

Faut-il bien se connaître pour mieux se séparer ?

Le cas des séparations précoces mère-bébé  
en raison de la psychopathologie parentale

---

Président ; Monsieur le Professeur Amar

Directeur de thèse : Madame le Docteur Garret-Gloanec

# SOMMAIRE

Introduction .....	4
Première partie : Les questions posées par la clinique.....	6
I. Les débuts de la vie de Lolita : .....	7
II. D'autres questions : .....	63
Deuxième partie : Angles de réponses.....	64
I. Les avantages recherchés.....	65
1) Côté bébé : .....	65
a) Eviter la rupture avec un environnement connu, d'autant plus qu'il était déjà probablement pathologique :.....	65
b) La rencontre de la mère en tant qu'objet distinct comme préalable indispensable à une séparation : 78	
c) Les premières relations comme moment adéquat pour la construction d'un attachement profond, afin de laisser une trace en l'autre et éviter peut-être que le lien ne se construise jamais : .....	81
d) s'attacher à ses parents réels sous le regard soignant pour avoir accès à l'ambivalence vis-à-vis d'eux, faire la part entre parties malades et parties saines et pouvoir s'attacher peut-être plus facilement à ses substituts parentaux: .....	84
e) De l'importance d'un attachement profond entre l'enfant et ses parents biologiques, sou d'identification, d'identité, d'inscription dans le transgénérationnel : pour une meilleure légitimité qua... sa propre existence : .....	94
f) Le soin dans la rencontre parents-bébé pour permettre plus tard une mise en récit par l'enfant de son histoire : .....	101
g) L'importance de l'ambivalence envers les parents biologiques lorsque vient l'adolescence. ....	107
h) La nécessité de « bonnes imagos conceptionnelles » pour peut-être rompre avec les répétitions transgénérationnelles pathologiques, tout en restant inscrit dans son histoire : lorsque le bébé deviendra parent.....	108
2) Côté parents : .....	110
a) Rencontrer le bébé réel, s'y attacher, pour devenir réellement parents :.....	110
b) Comprendre le placement plutôt que le subir, ne pas se sentir stigmatisé : .....	114
c) Avoir accès, le seul possible parfois, à un travail sur eux-mêmes : .....	115
3) Côté bébé, parents et éthique des soignants : prendre le temps d'évaluer et de préparer le placement : .....	116
a) L'évaluation des relations : .....	116
b) La préparation du placement : .....	117

II. Les risques d'une telle rencontre : .....	118
1) Côté bébé : .....	118
a) Risques développementaux : .....	118
b) Risques d'intégration de la pathologie maternelle : .....	153
c) Reproduction dans l'avenir des modalités d'interactions pathologiques : .....	154
2) Côté parents : .....	156
a) Risque de décompensation : .....	156
b) Souffrance plus importante après un attachement : .....	157
III. Synthèse .....	157
<b>Troisième partie : Le soin en unité mère-bébé : favoriser la rencontre tout en soutenant le développement du bébé.....</b>	<b>161</b>
I. Aide à la parentalité : .....	162
1) Reconnaître les parents en tant que tels : .....	162
2) L'empathie comme préalable aux soins : .....	163
3) Offrir un relais possible, véritable bouffée d'air pour une mère trop en difficulté dans une relation à temps plein : .....	164
4) Travailler le dysparentalité : .....	165
II. Soutenir la construction du lien : .....	166
1) Aider la mère à voir le bébé réel, individu différencié : .....	166
2) Soutenir le bébé dans l'interaction parfois douloureuse avec sa mère réelle : .....	167
3) Favoriser l'attachement, la « mise en soi » de l'autre, l'échange de bons moments : .....	169
4) La place du père : .....	171
III. Le soin direct auprès du bébé – quelle protection ? .....	176
1) Un environnement « suffisamment bon » : .....	176
a) Une attention observante, contenante et empathique, soutenue par la « préoccupation thérapeutique primaire » : .....	177
b) Le souci du respect de la continuité pour le bébé : .....	179
c) La suppléance et non la substitution : .....	181
d) La « réanimation psychique » lorsqu'elle est nécessaire : .....	182
e) L'introduction de la fonction tierce : .....	182
f) Les temps de motricité libre : .....	184

2) L'intériorisation par le bébé de la capacité de ressentir, d'exprimer (y compris la tristesse), de penser, de raconter : « s'inscrire, décrire, raconter » (D. Mellier 2005a) .....	186
IV. Evaluer le moment de la séparation physique : .....	188
1) Quand le bébé est malgré tout trop en détresse : .....	188
2) Lorsque la mère décompense : .....	188
3) Un meilleur moment pour se séparer ? .....	189
V. Après la séparation : les médiations thérapeutiques .....	190
VI. Quel recul aujourd'hui ? Quelles évaluations futures seraient nécessaires ?	192
Conclusion .....	196
Lettre du Nourrisson à sa Mère .....	197
Annexe 1 .....	199
Annexe 2 .....	200
Bibliographie .....	201

# Introduction

La séparation d'une mère et de son bébé s'avère parfois nécessaire. La question de séparer la dyade dès la naissance se pose dans les cas très graves de psychopathologie parentale. M. David, référence en ce qui concerne les conséquences néfastes sur les bébés des relations primaires avec des mères schizophrènes ou très carencées, mais aussi sur les risques de carences lorsque les bébés évoluent en institution, s'interrogeait sur l'opportunité d'une « séparation précoce radicale assortie d'un placement familial stable et définitif dans ces situations ». M. Berger explique que certaines interruptions des contacts parents-enfant, décidées alors pour protéger la santé de ce dernier, auraient pu être évitées si la séparation physique avait eu lieu plus tôt, avant les dégâts.

Pour les deux auteurs, il est préjudiciable et inadmissible de laisser un enfant avec des parents qui sont dans l'incapacité de pourvoir à ses besoins et l'exposent sans frein à leur psychopathologie.

Les mères dont il s'agit sont souvent très carencées ou psychotiques. Mais les pathologies ne sont pas toujours repérées, car comme l'expliquent Lamour et Barraco, elles sont en « mosaïque », c'est-à-dire associant des manifestations dans des registres variés (psychotique, carenciel, anxio-phobique, etc.). Quoi qu'il en soit, dans les situations étudiées, la psychopathologie des mères, mais aussi souvent celle des pères (les couples ne se formant pas au hasard) s'associent à des troubles graves de la parentalité, au point que la question de la distanciation se pose d'emblée.

Pourquoi ne pas protéger directement à la naissance un bébé de la pathologie parentale, alors qu'il est à ce moment particulièrement sensible ? Pourquoi permettre un attachement qui sera soumis de manière souvent définitive à la douleur de la séparation ? Quels sont les avantages et les risques, à court et à plus long termes, chez l'enfant et chez ses parents, d'une rencontre entre mère (père quand il est

présent) et enfant ? Quels sont les risques d'une séparation au moment où le bébé construit ses premières relations, et que le parent est fait parent par son enfant ? Comment aider les enfants à se construire des images parentales de bonne qualité, éléments indispensables à leur construction psychique ? Comment aider les parents à avancer sur le chemin de la parentalité ? Ce cheminement dans le présent de la relation au bébé peut-il les aider à remanier leur passé, soulager leur futur ?

Pour avancer dans cette problématique, nous allons dans un premier temps nous appuyer sur ce que la clinique nous montre et sur les questions qu'elle pose.

Dans une deuxième partie, plus théorique, nous essaierons de dégager les avantages et les risques d'une rencontre mère-bébé avant la séparation, tant du côté du bébé que de celui de ses parents.

Enfin, nous verrons comment le soin de cette rencontre est aujourd'hui pensé par ceux qui s'occupent de la psychiatrie périnatale, afin que cette rencontre rime avec « faire la connaissance d'une personne qui va compter dans une vie » et non avec « collision », « combat ». Nous verrons également quelles sont les limites de ce soin.

**Première partie :**  
**Les questions posées par la**  
**clinique**

# I. Les débuts de la vie de Lolita :

## Rencontre avec le couple

### Mise en place du projet de soin

La situation de Lolita inquiète d'abord l'équipe de psychiatrie adulte qui s'occupe de sa mère, Melle A., alors que celle-ci est enceinte de cinq mois et demi. Les infirmières du centre médico-psychologique qui la suivent arrivent un jour au domicile lors d'une crise : suite à une violente dispute entre le couple, les cris et jets d'objets par la fenêtre ont conduit les voisins à appeler la police. Lorsque les infirmières arrivent, le couple est dans une tension majeure, agressant verbalement les forces de l'ordre. Sur les conseils des infirmières, Melle A. finit par accepter une consultation en urgence avec la psychiatre de son secteur.

Devant une forte tension nerveuse, des idées de persécution, la résurgence de souvenirs traumatiques,... une hospitalisation de quelques jours est proposée. En fait, Melle A. sort contre avis médical 48 heures plus tard.

L'état psychique de la patiente, ses antécédents psychiatriques depuis son enfance, l'adhésion faible au suivi, son comportement vis-à-vis de sa grossesse (coup de poings dans son ventre lorsque le bébé bougeait, « elle ne peut pas me laisser tranquille ! »), ainsi que la situation du couple... inquiètent fortement la psychiatre. En plus de consultations en psychiatrie adulte, un suivi par la PMI, ainsi qu'une prise en charge en pédopsychiatrie périnatale sont proposés et acceptés par Melle A. Pourtant, le couple ne se présente pas aux rendez-vous.

La psychiatre conclut ainsi : « On ne peut qu'être inquiets pour l'avenir de cette jeune fille présentant un trouble de la personnalité de type borderline probable, qui risque de se retrouver très démunie lors de l'arrivée du nouveau-né. »

C'est seulement suite à deux rendez-vous manqués que la pédopsychiatre responsable de l'unité mère-bébé rencontre le couple à son domicile. Ils habitent

alors dans une chambre, attendant un logement plus grand avec l'aide d'une association.

L'histoire des deux parents est évoquée. Pour chacun d'entre eux, elle est marquée par la violence, la fusion, la séparation impossible...

### **M. B.:**

M. B. a 22 ans. Il ne travaille pas, n'a pas de formation, ne sait ni lire ni écrire. Il est sous curatelle et touche l'Allocation Adulte Handicapé. Il a cependant un langage très bien développé.

Son père était violent envers sa mère. Ils se sont séparés alors que M. B. avait environ deux ans. M. B. revoit son père depuis seulement six ans.

Sa mère avait eu d'une première union trois filles. Leur père (homme violent également) est décédé dans un accident de scooter, suite à une dispute. Les trois filles ont alors été placées. Aujourd'hui, elles n'ont plus de contact avec leur mère.

Lorsque M. B avait sept ans, sa mère a rencontré un autre homme. Ils ont eu ensemble trois filles (14,12, et 11 ans aujourd'hui). Elles vivent chez leur mère. Ce beau-père a séquestré et violenté M. B. de ses 7 à ses 14 ans. Il devait rester dans le placard quand le beau-père était à la maison. C'est sa mère qui l'en faisait sortir lorsque le beau-père partait travailler. Ainsi, il n'est pas allé à l'école, et n'a pas appris à lire ni à écrire. Le beau-père est parti lorsque M. B. avait 14 ans.

À ce moment, il est allé en IME.

À 17 ans, M. B. a été hospitalisé une première fois en psychiatrie.

Vers 17-18 ans, il dealait afin de gagner de l'argent pour ses sœurs.

Depuis deux ans, M. B était dans un centre de postcure psychiatrique. C'est là qu'il a rencontré Melle A.

Les relations avec sa mère sont très tendues et sources de violences tant verbales que physiques. M.B. en veut beaucoup à sa mère de ne pas l'avoir protégé.

Les relations avec son père semblent plus simples.

### **Melle A.**

Quant à Melle A., elle a 20 ans, une sœur de huit ans son aînée. Celle-ci est infirmière en psychiatrie. Melle A. pense que son père ne l'a jamais désirée, qu'il ne s'occupait pas d'elle enfant. Lorsqu'elle avait 18 mois, ses parents se sont séparés. Sa mère étant infirmière, elle travaillait parfois la nuit. Melle A. a le souvenir d'elle comme d'une mère souvent absente.

Melle A. était alors gardée par la nourrice de 5 à 14 ans. Pendant toutes ces années, elle a été violée par le mari de la nourrice. C'est à 16 ans qu'elle a pu porter plainte. Il a été condamné à 20 ans de prison ferme.

Dès l'âge de 5-6 ans, elle a été suivie en pédopsychiatrie pour troubles du comportement, scarifications.

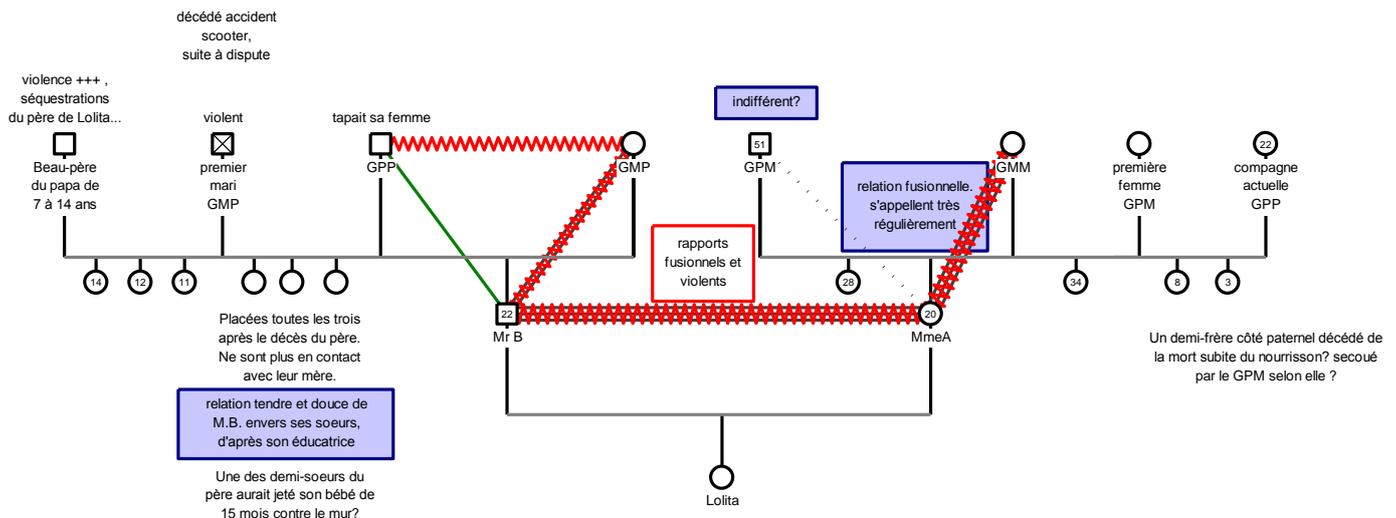
Une longue hospitalisation d'un an en psychiatrie a eu lieu vers 11 ans pour violence, auto et hétéro agressivité, anorexie mentale (nécessité d'une sonde nasogastrique)...

Plusieurs hospitalisations en psychiatrie ont suivi. Melle A. avait été mise sous thymorégulateurs, neuroleptiques... Depuis quelques années, les traitements ont été diminués puis arrêtés, en accord avec les psychiatres.

Melle A. était dans le centre de postcure psychiatrique depuis un an et demi quand, enceinte depuis peu, M. B. et elle ont décidé de s'installer ensemble.

Elle est très en lien avec sa mère, qu'elle appelle régulièrement au téléphone et chez qui elle va souvent se ressourcer. Elle lui reproche aussi de ne pas s'en être assez occupée quand elle était petite.

Elle est peu en contact avec son père.



## Programmation de la grossesse, et de la naissance ?

Cette grossesse est désirée (les parents se sont installés ensemble dès un mois de grossesse) et programmée pour donner le jour à un « bébé d'été ». En effet, la date du terme est début août. Melle A. étant née en juillet, est-ce une « renaissance » recherchée ainsi ? Si oui, dans quel but ? Quelles fonctions porte ce bébé ?

Au terme de cette première rencontre, il leur est proposé une prise en charge au sein de l'unité mère-bébé : hospitalisation de jour pour Melle A. avant la naissance, puis probable hospitalisation de semaine avec son bébé au sortir de la maternité.

Le couple semble alors conscient de ses difficultés et d'accord pour accepter l'aide proposée.

### Première journée d'hospitalisation de jour mère/bébé au HOME (Hospitalisation Mère-Enfant, service de pédopsychiatrie à Nantes)

Ainsi, la première journée d'hôpital de jour a lieu deux semaines après ce rendez-vous. Le couple n'est pas prêt quand la sage-femme de PMI vient comme prévu pour les accompagner au Home. Ils ont beaucoup de mal à se séparer une fois là-bas.

Alors que la naissance est prévue plus d'un mois après, Melle A., interrogée par les autres patientes, dit que le terme est la semaine suivante. Durant cette même journée sont constatées par la sage-femme de l'unité mère-bébé des contractions utérines. La maman est alors transférée à la maternité en ambulance. Elle accouche six jours plus tard d'une petite Lolita, 2260g, à 36 SA et demi. Ainsi, la naissance de sa fille a lieu 5 jours avant les 20 ans de Melle A... L'accouchement s'est déroulé sans problème.

### **Premiers liens parents-bébé après la naissance :**

La puéricultrice de la maternité décrit une bonne relation maman-bébé, avec beaucoup d'attention portée à son enfant et un désir de Melle A. de faire au mieux. Lorsque la sage-femme du Home lui rend une visite deux jours après la naissance, Melle A. lui fait remarquer combien sa fille lui ressemble. Beaucoup de mots très forts sont dits par la maman à son bébé: « tu es ma beauté, mon amour »... Son regard traduit émerveillement et incrédulité. Elle se pose maintes questions sur les réactions, mimiques et sons de sa fille.

La prise en charge proposée aux parents est un accueil de Mlle A. et Lolita au centre maternel lorsqu'elles ne seront pas au Home, où elles iront du lundi au jeudi en temps plein, pour y travailler et être entourées dans leurs premiers liens. En attendant, le couple et Lolita bénéficient quelques jours de l'unité kangourou de la maternité. Le père est très présent. Il y dort chaque nuit.

Il est dès lors constaté que Melle A. ne laisse pas beaucoup de place à M. B. auprès de sa fille. Pourtant, à l'unité kangourou, bien qu'il soit un peu tendu et maladroit, le portage est sécurisé et enveloppant. Melle A. lui parle avec autorité, et de façon peu adaptée et injustifiée, sur sa manière de s'occuper de Lolita. Elle semble ne pas avoir très confiance en lui.

Ainsi, lorsqu'elle revient de la visite au centre maternel, Lolita et son papa étant restés à l'unité kangourou, elle est étonnée qu'il ait réussi à donner le biberon à sa fille : « tu as réussi tout seul ? ». Puis elle lui prend le bébé, lui ôte sa tétine et, apercevant le biberon sur la table, elle reproche à son ami de ne pas lui avoir tout

donné, alors qu'il ne reste que 10 cc. Elle impose ensuite le reste du biberon à Lolita, qui ne réclamait pas.

### **Cadre de soin contractualisé**

Au vu des éléments rassurants sur les premières observations mère-bébé, ainsi que sur la prise de conscience par le couple de son besoin d'aide pour ne pas reproduire ce qu'ils ont vécu, les différents partenaires ont décidé de ne pas faire un signalement au procureur (à ce moment les signalements administratifs et judiciaires étaient encore distingués). Un placement n'était pas à envisager dans ce contexte. A aucun moment Lolita n'a semblé en danger depuis sa naissance. Les premiers liens ne sont pas très inquiétants. Cependant, afin de garantir un cadre de soins nécessaire dans la situation de ce bébé avec ses parents fragiles, aux antécédents lourds de violence subie et agie, et facilement ambivalents par rapport à l'aide proposée, un signalement administratif, avec contrat signé par les parents, a été fait.

### **Ambivalence par rapport aux soins**

Alors que Melle A. semble en alliance avec les soins proposés, elle manque les rendez-vous avec l'unité mère-bébé, comme avec la psychiatrie adulte et les services sociaux. Presque à chaque fois qu'un projet de soin lui est expliqué, elle ressort satisfaite et en accord. Puis par la suite, la crainte monte. M.B. semble plutôt aidant à ce sujet, demandant aux soignants des renseignements, puis soutenant sa compagne pour qu'elle accepte ce qu'il estime également nécessaire pour eux.

On voit ainsi que Melle A. oscille entre deux positions : d'un côté, celui du soin, la perception de ses difficultés et l'envie d'être soutenue. De l'autre, celui du refus du cadre proposé, le désir d'y arriver sans aide, « naturellement », la peur du placement, et la séparation impossible avec son conjoint.

Comment comprendre cette réticence et cette peur du placement, présente d'emblée et qui le sera toujours pas la suite ? Est-elle liée simplement à l'idée que la PMI, le Home, le juge des enfants, placent souvent les bébés en dehors de chez leurs

parents, surtout quand ces derniers ont des soins en psychiatrie ? Est-ce que cette rumeur, le fait qu'en effet certains bébés suivis au Home ont dû être placés, et le sentiment de persécution qu'elle aura plus tard vis-à-vis de l'unité, renvoient Melle A. à sa propre peur de ne pas être une suffisamment bonne mère avec sa fille ? Sent-elle au fond d'elle que de devoir s'occuper à plein temps de ce bébé, presque totalement dépendant, déjà trop encombrant parfois pendant la grossesse, l'empêchant de garder la même relation fusionnelle avec son ami, risque de lui faire violence, et de l'amener à de la violence en retour ?

### **Trois premières semaines en hospitalisation temps-plein 4 jours au Home**

#### **Liens mère-bébé**

Lolita arrive au Home avec sa maman alors qu'elle a 13 jours. L'une de ses référentes la décrit ainsi :

*« Lolita est un joli petit bébé, bien harmonieuse. Elle se manifeste régulièrement. Prise aussitôt dans les bras de papa ou maman, elle s'apaise tout de suite. »*

Au départ, il est constaté que Melle A. a des gestes appropriés. Elle est bien en relation avec son bébé, se montre douce et tendre. Elle garde volontiers Lolita contre elle. Elle demande conseil aux infirmières.

Lolita apparaît comme un bébé plein de compétences, dans des moments de bonne relation avec sa mère.

M.B. semble à l'aise avec Lolita. Dans ses bras, Lolita a les yeux grand ouverts, et regarde bien son papa.

Cependant, assez vite, certains points interpellent l'équipe. Quelle est l'autonomie de cette maman dans ses soins à Lolita ? Est-elle capable d'anticipation concernant les rythmes et les besoins du bébé ?

En effet, dès les premiers jours, les besoins du bébé ne semblent pas perçus, ou alors ceux de Melle A., du couple, passent en premier.

Ainsi, lors de la première journée, les « au revoir » déchirants entre les parents priment sur l'heure du biberon de Lolita. De même, les pauses cigarettes, ou tout simplement l'envie de faire autre chose, seront source de report de l'heure du biberon, alors que Lolita réclame.

L'infirmière notera la deuxième semaine :

*« Elle crie des mots d'amour par la fenêtre à son ami qui s'en va, tout près de Lolita endormie. Elle veut la nourrir mais dès qu'elle pleure à l'heure du biberon, elle va téléphoner à son ami. Elle souhaite avoir son bébé près d'elle donc la réveille en la manipulant, téléphone 20 minutes alors que Lolita pleure par intermittence. »*

Aussi, le change est souvent oublié. Melle A. donne le bain si elle l'a décidé même si Lolita réclame son biberon. Elle part fumer « cinq minutes » et finalement remonte une demi-heure plus tard.

Il arrive que le bain soit trop froid, et les habits mis à Lolita en plein été trop chauds et non adaptés à la température externe. Lolita peut être laissée en plein soleil, dans sa poussette, capote fermée.

L'allaitement est de plus en plus compliqué. Melle A. semble plus à l'aise avec le biberon mais dit parfois le contraire. Pense-t-elle qu'elle sera alors jugée « mauvaise mère » ? Vit-elle difficilement ce contact avec Lolita ? A-t-elle peur d'être dévorée, engloutie ? Les discours se contredisent. Elle ne tire pas assez souvent son lait pour pouvoir continuer à allaiter. Est-elle tout simplement incapable de s'organiser dans le temps ? Finalement, le deuxième jour, elle passe au lait préma pour sa fille. Elle oubliera souvent l'heure des dernières prises de biberon.

Aussi, Melle A. stimule beaucoup Lolita, même lorsque celle-ci s'endort. Elle a un style tonique, parfois sportif. La douceur n'est pas toujours au rendez-vous. Elle embrasse Lolita de manière très bruyante sur la tête, parfois sur la bouche. Les

portes sont claquées, les lumières vives allumées en pleine nuit alors que Lolita s'endort, ou du moins tâche de s'endormir...

Observations au cours de la deuxième semaine :

*« Madame stimule son bébé de façon brusque et surtout très bruyante. Elle la titille de façon très inadaptée ne tenant pas compte de la fragilité du bébé : alors qu'elle s'endort elle lui parle fort, la stimule avec un doigt sur les joues de façon appuyée, la secoue légèrement, lui demandant si elle danse. »*

*« Portage : elle ne veut pas la poser, s'assoit avec elle, la tenant allongée sur ses cuisses contre elle le plus souvent bien contenue ou contre sa poitrine. Elle ne respecte absolument pas le besoin de sommeil et de repos de bébé, embrassant bruyamment ou la titillant ou encore en la changeant de position. »*

*« Lever du fauteuil brusque, bisou sonore, marche rapide, déterminée, grande lumière dans la chambre, puis installation dans la turbulette. »*

Melle A., alors qu'elle stimule Lolita qui tente de s'endormir pendant la deuxième nuit, en l'embrassant bruyamment, en la changeant souvent de position, confie à l'infirmière ses angoisses concernant la mort subite du nourrisson. Elle ne lui apprendra que bien plus tard qu'un de ses demi-frères du côté paternel serait décédé ainsi. Elle pense que son père l'a secoué, entraînant ainsi la mort du bébé, mais qu'il n'aurait pas été affecté par cette mort. Elle dira aussi qu'une des demi-sœurs du père de Lolita aurait jeté son bébé de 15 mois contre le mur, geste à l'origine d'un traumatisme crânien.

Devant les sentiments ambivalents de toute mère envers son enfant, on peut imaginer que de tels antécédents (ou fantasmes) rendent les désirs inconscients de mort envers le bébé très menaçants. Ceci d'autant plus chez Melle A. qu'on perçoit déjà que son bébé réel la persécute particulièrement, et qu'elle sait sa propension à agir cette violence.

Ainsi, l'hyperstimulation de Lolita par sa mère pourrait être comprise comme un compromis entre titiller, embêter ce bébé qui la persécute, et s'assurer en même temps qu'elle est bien vivante, qu'elle ne l'a pas tuée.

Quelques semaines plus tard, Melle A. dira à son compagnon qu'elle sait que leur fille n'aime pas ses baisers claquants dans le cou, tout en les lui faisant. Quand M. B. lui demandera alors pourquoi elle les lui fait, elle répondra : « c'est pour l'embêter ».

### **Difficultés à s'attacher au bébé réel, attachement réel au bébé imaginaire :**

Le couple a très peur d'une séparation avec sa fille, mais s'absente souvent et longuement alors qu'il peut être avec elle.

Ainsi, dès le premier week-end, pendant lequel Melle A. et Lolita sont attendues au centre maternel, les parents laissent beaucoup leur bébé à la crèche du centre (de 12h à 15h ou de 13h à 18h suivant leurs besoins ainsi que la nuit de 20h à 9h). Le couple se retrouve à son domicile la nuit, ce qui semble beaucoup les soulager.

Presque chaque nuit, et ceci durera pendant toute la prise en charge, Melle A. demande le relais par l'infirmière de nuit au Home, trop en difficulté devant un bébé qui l'agace, l'empêche de dormir, est inconsolable.

Melle A. aime imaginer Lolita plus grande. Elle l'habille avec des très beaux vêtements neufs, féminins, la coiffe, pour que sa petite fille soit belle. Elle l'admire. Pendant ces temps-là, elle peut ne pas se rendre compte que Lolita dort...

Elle passe une nuit du temps à montrer des photos de Lolita à l'infirmière. Elle dit qu'elle la trouve belle, qu'il y a de l'amour entre eux. Pendant ce temps, elle semble oublier complètement son bébé, endormi près d'elle. Elle ne la regarde pas une seule fois.

On voit que la préoccupation maternelle reste sur le bébé imaginaire, sans pouvoir s'accrocher au bébé réel. Ses besoins et ses rythmes ne sont pas considérés.

La première semaine, Lolita restant un bébé idéal, s'adaptant sans se plaindre au maternage de sa mère, la relation ne montre pas trop de heurts. L'écart entre bébé réel et bébé imaginaire n'est pas trop important.

Puis lorsque Lolita se met à pleurer, sa maman ne le comprend pas. Elle devient vite agacée et persécutée par sa fille, par le fait qu'elle n'arrive pas à la comprendre et à la consoler.

Un jour, Melle A. s'énerve pour l'habillage. Elle n'arrive pas à mettre à Lolita le jogging qu'elle vient de lui acheter. Lolita pleure. Sa maman lui dit alors : « Lolita, tu fais chier ! »

Plus tard, alors qu'elle se couche, Lolita se réveille un peu. Melle A., énervée, dit à l'infirmière : « Vous voyez, elle fait exprès parce que je suis fatiguée ».

Un autre soir, l'infirmière écrit :

*« Melle A. prend Lolita pas très doucement, lui fait de gros bisous bruyants. Lolita se met à pleurer. Sa mère lui dit : « mais elle est là ta tétine !! », plusieurs fois, avec un ton d'énervement. Elle ne comprend pas pourquoi Lolita ne se calme pas avec la tétine. »*

Au fur et à mesure des semaines, Melle A. demande de plus en plus de permissions, qui semblent impérieuses. Elle pourra dire qu'elle ne supporte plus « tous ces bébés qui pleurent ». Parfois, elle hausse la voix quand Lolita pleure, ce qui arrête net cette dernière. Ainsi, elle dit un jour sèchement à Lolita qui se manifeste: « chut, ça va, c'est pas le moment ! ». Lorsque Lolita commence à émettre des sons, sa mère lui impose la tétine.

Le bébé réel semble persécuter Melle A., surtout quand elle se sent en échec pour le calmer. Les pleurs sont source d'angoisse. La renvoient-ils à sa souffrance d'enfant ? Doit-elle se protéger d'éventuelles résurgences du passé pour ne pas trop décompenser son état mental, ne pas devenir trop violente envers son bébé ou envers elle-même, ou éviter la confusion mentale?

## **Un couple fusionnel en difficultés pour constituer un couple parental ?**

C'est avant tout le couple qui prime. Ils sont tous les deux dans une relation très fusionnelle, souffrent beaucoup de devoir être séparés la nuit. Les séparations sont des déchirements. Ils ont besoin de s'appeler ensuite le soir.

Les disputes semblent fréquentes et d'une grande violence, comme celle amenant Melle A. à l'hôpital psychiatrique en fin de grossesse. A son retour au Home pour la troisième semaine, elle se présente avec des hématomes qu'elle tente de cacher, sur les bras, le visage. Elle dit être tombée de l'estrade du karaoké, mais laissera entendre une conversation téléphonique avec sa mère, à laquelle elle dira que son compagnon la frappe. La violence semble être la seule expulsion, le seul « bol d'air » possible et vital pour sortir du magma fusionnel, l'unique façon d'être soi, un instant.

Finalement, c'est plus Lolita qui fait tiers dans le couple parental, que le père dans la dyade mère-fille.

Le rêve semble être celui d'une fusion à trois (Melle A. dit elle-même : « on n'est qu'un, on s'aime tellement qu'on peut pas l'expliquer »), ce qui s'avère d'autant plus impossible, qu'il y a ce cadre posé (comprenant une séparation physique par moments avec le père), et le développement, l'individuation de Lolita. Elle a l'impression que le soin la pousse à devoir choisir entre son compagnon et sa fille, comme si être lié n'était pas possible sans être physiquement ensemble...

## **Liens père-bébé**

M. B. se montre très adapté avec sa fille. Un soir où Melle A. est en entretien quand il arrive, il demande à prendre son bébé qui vient de finir de boire.

*« Très respectueux et doux, voix douce, baisers doux. Il s'étonne de la position foetale prise par le bébé sur lui. Il la touche avec beaucoup de délicatesse. »*

Au centre maternel, le papa est très tendre avec Lolita, très respectueux de ses besoins. L'éducatrice de Mr B. dira qu'il a toujours eu une relation douce avec ses sœurs. Cependant, s'il se montre doux, tendre et adapté avec Lolita, il semble qu'il

soit incapable de faire tiers, de s'imposer dans la relation mère-fille, ni de protéger Lolita des « violences » et intrusions de sa mère. Il ne lutte pas non plus pour voir davantage sa fille et préfère rester dans la fusion avec la mère.

Dans cette famille, la relation, l'amour, signifie « ne faire qu'un ». S'affirmer ne peut se faire que dans l'instant, par la violence.

Comment vont-ils pouvoir voir Lolita, la considérer comme un individu distinct, lui laisser une place et la protéger dans cet univers sans limite ? Comment la séparation et l'individuation seront-elles possibles ?

### **Quant à Lolita...**

Devant cette hyperstimulation quasi-permanente de la part de sa mère, elle semble déjà développer une certaine vigilance, ainsi qu'une perturbation des états veille/sommeil. En effet, elle tombe parfois brutalement dans le sommeil, ou reste à mi-chemin, entre présence et absence.

Dès la première nuit au Home, l'infirmière se pose cette question :

*« Belle petite poupée rose qui se laisse balloter alors que maman cherche à ajuster le tour de lit. Ce peut-il que Lolita soit déjà endormie? En tout cas, elle reste dans la position, yeux fermés, complètement immobile pendant que maman transporte le berceau près de son lit. »*

*« Le passage dans les vêtements se fait avec force, faisant redoubler les pleurs. Puis, plus rien. Elle s'immobilise d'un coup, paupières à demi fermées. Dans son berceau Lolita pousse à nouveau des cris soudains et perçants qui s'arrêtent tout comme ils sont venus quelques minutes plus tard. »*

La même infirmière, lors de la deuxième nuit :

*« Lolita semble passer des pleurs au sommeil sans réelle transition... Pas de phase d'éveil attentif observée. Dans les situations nouvelles elle s'immobilise, yeux entrouverts. Serait-ce déjà une forme de vigilance? »*

Cette vigilance deviendra de plus en plus frappante. Ainsi, au cours de la deuxième semaine :

*« Lolita passera par différents états cet après-midi, de très peu réactive à très tendue, sans pleurs, seulement des vagissements aigus ou des petits bruits de gorge, comme si elle voulait sortir quelque chose et n'y parviendrait pas. Le seul moment où je la vois les yeux ouverts, sur le tapis de change, elle paraît tendue et vigilante. »*

*« Lolita ressemble à une petite poupée, fine et délicate, harmonieuse. Un joli teint rose devenant très rouge quand elle pousse ou crie. Peu de régulation des états veille/sommeil, mais endormissement difficile car hyperstimulée cet après-midi. Se laisse porter, lover, y trouve facilement de l'apaisement. »*

Cependant, à la crèche du centre maternel, Lolita se montre très différente : elle gazouille, est très présente. Elle peut montrer son désaccord, réclamer son biberon.

### **Etat psychique des parents, résurgence du passé ?**

Lors des premières semaines, Melle A. est dans une crainte massive d'un placement de sa fille.

Elle dit à l'interne ne pas comprendre pourquoi certains bébés sont placés : « s'ils sont tapés, je comprends, mais c'est pas bien grave si on oublie un biberon ! ». Elle enchaine sur la maltraitance qu'a subie son compagnon. M. B. dit combien il souffre de la séparation avec sa compagne. Il est très angoissé lorsqu'il est seul. Il demande où vont les bébés quand ils doivent être placés. Il semble confus et persécuté lors de cet entretien. Il parle de menaces de son père, de quelqu'un qui rode, sans pouvoir plus préciser. Sa compagne essaie de raccrocher son discours. Est-il alors délirant ? Souffre-t-il de schizophrénie ?

Le lundi soir, premier jour de la deuxième semaine, Melle A. donne son téléphone à l'infirmière du Home. Elle avait appelé une dame s'occupant de la crèche du centre maternel. Celle-ci transmet le désir de Melle A. de partir du Home, son impression qu'il n'y a pas de soucis dans les liens parents-enfant, et la possibilité de recevoir Lolita plus souvent.

Dans la même soirée, Melle A. est descendue fumer, très tendue. L'infirmière raconte :

*« Madame ne remontant pas, je sors la chercher et je la retrouve en larmes avec son mari. Elle veut partir d'ici, retrouver son mari chez elle, veut signer une décharge, évoque même le fait de « laisser sa fille ici ». Je lui demande si c'est vraiment la meilleure solution pour eux trois. Je lui dis que sa petite fille pleure et a besoin d'elle. Avec l'aide de son compagnon elle remonte dans sa chambre. Son ami part vers 21H30. La séparation est difficile pour Madame. Je reste un peu avec elle. Elle semble se détendre, se met à me parler de son enfance et des viols qu'elle a subis, de son anorexie et puis d'un coup, elle me dit me connaître : on aurait fait des courses ensemble ou bien je l'aurais auscultée pendant sa grossesse. Je lui dis que c'est probablement une ressemblance. Mais elle semble convaincue qu'elle me connaît et me tutoie. »*

Lors de ces moments d'angoisse importante devant un éventuel placement de sa fille, ou même devant l'existence du bébé réel lui-même et la contrainte d'être séparée de son ami, Melle A. devient confuse. Les souvenirs d'enfance, notamment de ne pas avoir été protégée, affluent. Il y a confusion entre Lolita et elle, elle et sa mère, sa mère et l'infirmière, le passé et le présent...

Les mécanismes de défense face à l'angoisse et au risque de confusion semblent être chez Melle A. le clivage, la discordance, la projection. On remarque aussi la tendance à l'agir (violence, boulimie, fuite).

Elle et son compagnon sont dans une relation anaclitique l'un à l'autre. Comment alors devenir parent ?

### **Complexité des rapports entre Melle A. et ses référentes**

Pour Melle A., l'observation de l'infirmière référente est souvent vécue, au début de la prise en charge, comme un regard malveillant, à la recherche de la moindre « faute » afin d'argumenter une séparation. Il est vrai que le cadre s'y prête. Puisqu'il n'y avait pas d'arguments en vue d'un placement avant la prise en charge au Home, seulement des inquiétudes, c'est également lors de ce soin de la relation mère-bébé, avec évaluation des capacités du père à protéger l'enfant, à être présent, à faire tiers ou prendre le relais, que peut être évaluée la capacité des parents à s'occuper et protéger seuls leur enfant. Ceci n'aide pas à établir une relation de confiance, mais peut favoriser un temps la persécution et la fuite, comme si fuir le Home permettait de fuir les difficultés de maternage.

Ainsi, lorsqu'elle et sa fille sont accompagnées d'une infirmière, Melle A. est souvent sur la défensive. Les référentes sentent que leur présence la persécute.

Cependant, Melle A. semble parfois tester la solidité du cadre. Un jour, elle dit à des patients d'autres services avec qui elle discute dans le parc de l'hôpital, ainsi qu'à sa psychiatre qu'elle croise, qu'elle va s'enfuir le soir même avec sa fille. Elle semble tellement décidée qu'un des patients vient prévenir l'équipe, et que la psychiatre appelle. Finalement, devant le refus ferme et calme de l'infirmière pour qu'elle ne descende pas fumer avec sa fille, elle n'insistera pas. Est-elle rassurée que les choses tiennent ?

Aussi, parallèlement, Melle A. peut profiter des soins quotidiens, se confier, demander le relais, avoir accès à sa fille, le bébé réel, avec l'aide du soignant, pour mieux la voir, la comprendre, réfléchir à son propre comportement, aux répercussions de celui-ci sur le développement de Lolita.

En voici quelques exemples :

Lors de la deuxième semaine, Melle A. invite l'infirmière à venir voir sa fille détendue : « elle a ses mains ouvertes contre elle, cela montre qu'elle est détendue ? », demandant ainsi confirmation. L'infirmière note alors : « Maman qui a besoin d'être rassurée, se sent en confiance lorsque je lui pointe le regard de Lolita dirigé vers elle. »

Un soir, après avoir posé des questions par rapport au risque d'étouffement pour sa fille à l'infirmière, après avoir pu exprimer son angoisse de mort, Lolita s'endort profondément. Sa mère est ensuite plus douce avec elle que précédemment, moins stimulante pour la recoucher. Ainsi, l'expression de son angoisse de mort de son bébé, en partie à l'origine de l'hyperstimulation qu'elle lui fait vivre, permet à Melle A. de prendre, pour un temps, du recul sur son comportement, et ainsi de l'adapter. En retour, elle reçoit la satisfaction de réussir à endormir sa fille, d'être reconnue par cette dernière comme capable de lui apporter ce dont elle a besoin.

A la fin des trois premières semaines, Melle A. demande un soir le relais.

*« Melle A. reste près de moi et me pose des questions : Est-ce que Lolita la reconnaît, est-ce qu'elle fait la différence dans les bras d'une autre personne ? »*

Plus tard, quand l'infirmière lui dit que sa fille a besoin d'être rassurée et que seule sa mère peut lui apporter cela, Melle A. sourit, dit aimer sentir que sa fille a besoin d'elle. Elle demande ensuite l'accompagnement par l'infirmière pour coucher Lolita. On voit ainsi que Melle A. sait que l'infirmière qui prend le relais ne cherche aucunement à la remplacer aux yeux de Lolita. Elle peut alors avoir plus facilement accès à ses limites à elle face aux besoins de son enfant.

Ainsi, le contexte d'évaluation de la dyade, bien que Melle A. sente « l'épée de Damoclès du placement » sur sa tête, n'empêche pas les soins de se dérouler. On voit que Melle A. peut se saisir de l'aide de ses référentes pour voir sa fille, ses réactions, s'ajuster, et ainsi prendre du plaisir à contenter sa fille. Aveuglée par ses angoisses profondes l'empêchant de voir le bébé réel seule, il semblerait que la triangulation avec le regard soignant, contenant, aide Melle A. à pouvoir se sentir la mère de Lolita. On voit dans ces moments là qu'un attachement profond au bébé réel est possible, et pas trop menaçant.

Plus tard, Melle A. pourra avoir moins besoin d'un regard tiers pour s'ajuster, et Lolita lui en sera « reconnaissante » :

*« Change de Lolita : gestes doux pendant le change et adaptés. Lolita commence à avoir faim et le manifeste. Madame me demande la tétine pour la faire patienter. Lolita patiente en effet avec la tétine. À ce moment, Lolita observe, suit du regard, écoute. »*

## Quid de l'attachement de Lolita pour sa mère ?

### De la reconnaissance à l'attachement

Dès sa naissance, Lolita, comme tous les bébés, reconnaît ses parents. « Elle s'apaise aussitôt dans leurs bras. » Elle va devoir les regarder, les découvrir cette fois avec ses yeux et ses oreilles « extra-utérins » :

*« Lolita est paisible, bouche ouverte, yeux entrouverts qui laissent voir un regard dirigé vers sa maman. Elle semble écouter, ferme les yeux, les rouvre aux rythmes du ton de voix maternel. »*

Puis des signes d'attachement apparaissent clairement :

*« Melle A. part prendre sa douche. Lolita pleure fort. Sa mère lui explique ce qu'elle va faire, qu'elle revient bientôt. Lolita s'arrête de pleurer aussitôt dans mes bras et s'endort. »*

*« En attendant sa maman, Lolita était bien éveillée, vigilante. Lorsqu'elle voit sa maman, elle pleure puis se calme vite dans ses bras, lui sourit. »*

On observe donc, à travers ces deux séquences, une tristesse à la séparation, qui peut s'apaiser quand la mère explique son retour proche et l'existence d'un relais en attendant. La continuité psychique est maintenue. Puis, au retour de sa mère, il y a manifestation d'une souffrance (« maman j'étais triste que tu ne sois pas là » ?) et plaisir des retrouvailles.

### Bilan des trois premières semaines

Au terme de ses trois semaines, la fermeture annuelle du Home pendant quinze jours impose de faire un bilan. En effet, les parents de Lolita sont-ils capables de s'en occuper au quotidien ? Lolita aurait-elle une place dans l'esprit de ses parents « nécessairement fusionnés » ? Alors qu'ils ne le pouvaient pas au Home,

peuvent-ils assurer les soins nécessaires (alimentation, change, respect du sommeil...) au domicile ? Ne ferait-on pas courir trop de risques au bébé en envisageant un retour de toute la petite famille au domicile, au vu des premiers liens mère-bébé, de l'état psychique de Lolita, de la tension nerveuse de Melle A. lorsqu'elle est confrontée aux pleurs de sa fille et à ses difficultés pour la calmer, de la violence agie par les deux parents, leurs possibles moments de confusion, de persécution ? Si risque il y a, peut-on compter sur un contrat avec les parents pour que Lolita reste, avec et sans eux, au centre maternel ?

Il est donc décidé par la pédopsychiatre du service de faire état des observations faites concernant Lolita, le couple parental, les interactions, et de proposer au procureur une Ordonnance de Placement Provisoire de Lolita au centre maternel en temps plein, puis au centre maternel et au Home quand il réouvrira deux semaines plus tard. C'est ce qui sera décidé par le procureur. Il est prévu le passage d'une infirmière du Home au centre maternel durant cette période.

### **Deux semaines en temps plein au centre maternel**

Lorsque l'infirmière va voir Lolita et ses parents au centre maternel, ces derniers sont absents. Elle apprend qu'ils sont en fait partis en vacances chez la mère de Melle A.

La responsable du centre lui dit alors les problèmes rencontrés avec Melle A. depuis son arrivée : difficultés avec les autres résidentes, notamment en raison du fait qu'elle n'aurait pas la notion de propriété, et se servirait dans les affaires des autres, menaces verbales ordurières...

Lors des moments de présence en salle médiatisée avec la maman, celle-ci sature au bout de 45 minutes. Aussi, elle ne supporte pas qu'un homme touche le corps de sa fille, y compris le père. Celui-ci paraît souffrir des mauvais traitements de Melle A. Au centre maternel on ne l'a jamais vu en colère.

Lorsqu'elle téléphone de chez sa mère, Melle A. ne demande pas de nouvelle de Lolita, mais : « ma fille me ressemble-t-elle toujours ? »

La chambre est remplie de poubelles, de linges souillés mélangés avec le linge propre.

La responsable pense que Melle A. est en phase de boulimie. Elle dit que Melle A. n'a pas de limite, désire tout, tout de suite. Elle dépenserait beaucoup d'argent et harcèle les gens pour en obtenir.

### **Retour au Home et fin de la prise en charge en temps plein**

#### **Les inquiétudes concernant Lolita redoublent...**

Lorsque Lolita revient au Home avec sa mère, elle a 1 mois et 16 jours.

Sa vigilance est encore plus frappante. Elle dégage une grande tension interne. Souvent, alors qu'elle semble dormir, ses poings sont serrés.

Les observations alarmantes ne manquent pas :

*Bain : « Lolita semble endormie sur le tapis de change, tête sur le côté, yeux fermés. Elle se laisse déshabiller sans opposer aucune forme de résistance. Les pressions claquent sans plus de réaction. Je parle doucement puis un peu plus fort pour faire sortir Lolita de sa léthargie. [...] Il semble que la tétine vienne vite à manquer sans que Lolita n'ait ouvert les yeux. Lolita se met à pousser des vagissements aigus... Je lui repropose la tétine et elle se calme aussitôt. [...] Maintenant nue, toujours yeux fermés, Lolita semble toutefois un peu perdue dans l'espace. Je me dis que sans sa tétine elle pleurerait peut-être. Sa gestualité est ample et souple, comme un peu hésitante encore, toutefois en corbeille autour du corps, mains ouvertes. [...] De même, dans l'eau, elle reste immobile, les yeux clos. [...] Lolita réagit toutefois à l'habillage et pleure dès qu'elle perd sa tétine. À aucun moment elle ne cherche à explorer avec les yeux. »*

*« Lolita ouvre les yeux mais semble absente, immobile... en attente. »*

*« Melle A. essaie de jouer avec sa fille, lui parle, bisous... Lolita tournait la tête de droite à gauche, semblant fuir le regard de sa mère ; Lolita n'a pas regardé sa mère. »*

*« Dans les bras de maman, Lolita pousse sur elle, s'étire d'un air absent sans fixer son regard, yeux mi-clos. Parfois son geste s'arrête laissant en suspens un bras, mains ouvertes. Son corps s'immobilise, le temps s'arrête... »*

*« Lolita parfois fait un geste lent d'évitement. Elle vit au ralenti, paraît s'endormir malgré les stimulations. »*

*« Beaux regards adressés au papa puis extrême vigilance dans le transat. Immobile, les bras en suspension, semblant s'endormir d'un coup. Plus elle est malmenée moins elle réagit. Ensuite dans les bras maternels semblant être une poupée de chiffon. »*

*« Bébé qui ne semble pas sortir du sommeil. Melle A. a besoin de se montrer avec elle. Lolita est recroquevillée sur elle-même, yeux fermés semblant vouloir préserver son sommeil. Elle s'immobilise (endormie ?), dans les bras maternels. Melle A. repart alors et revient quelques minutes après avec Lolita toute boudinée dans des vêtements roses avec un serre-tête qui me semble très serré par un nœud. Lolita, elle, semble toujours endormie ?! Elle est toute ratatinée sur elle-même, les bras en suspension, mains ouvertes, comme arrêtée dans un mouvement. Son teint est gris. Son visage est plissé... ses yeux fermés! »*

*« Au cours du relais un peu plus tard, Lolita n'émerge pas de cet état qui semble vouloir être protecteur. Elle me fait penser à une poupée en celluloïd qui garde sa posture quoi qu'il arrive. Elle sourit toutefois au son de ma voix à plusieurs reprises, sans pour autant ouvrir les yeux. Elle sort parfois de cet état pour pousser sur elle-même, grognant et rougissant en gonflant son ventre comme un ballon de baudruche de façon impressionnante. »*

*« Toujours extrême vigilance de ce bébé qui se fige et semble s'endormir d'un coup, le corps arrêté dans des postures aériennes harmonieuses, mais non relâché. Elle peut maintenir la posture et cet état de « sommeil » alors qu'on la manipule. Elle pousse parfois sur le centre de son corps, gonflant son abdomen de façon impressionnante, grognant et rougissant. Sensible à la voix, elle sourit de bien être alors même qu'elle semble dormir quand on lui parle doucement, mais aucun échange possible par le regard. »*

Un ange passe...

Puis des régurgitations apparaissent. Un matin, Lolita est retrouvée, du vomi sur le visage, les cheveux et le cou. Elle ne dit rien. Un week-end, elle a de la fièvre.

Les contacts avec sa mère sont de plus en plus compliqués. L'état de Lolita devenant particulièrement inquiétant, et la mère manifestant de plus en plus la lourdeur pour elle de devoir être sur de longues périodes avec sa fille, sans son compagnon, la pédopsychiatre décide de préparer une séparation. Il est prévu deux semaines supplémentaires en temps plein au Home, pendant lesquelles Lolita bénéficiera de temps d'activité libre avec sa référente. Pour Lolita, ces temps ont en vue notamment une « réanimation psychique ».

Lolita sera alors placée au centre maternel en attendant une place en pouponnière ou en famille d'accueil. Malheureusement, les places manquant, elle restera de nombreux mois dans ce centre, qui n'est pas pensé pour garder des enfants en l'absence de leur mère. La directrice du centre parlera de maltraitance institutionnelle. Durant cette période, la santé et le développement de Lolita s'en ressentiront.

Le soin continuera sous forme de médiation thérapeutique avec l'une de ses deux infirmières référentes.

Aussi, M.B. et Melle A. montrent leurs difficultés d'autonomie au quotidien : leur logement est reconnu en insalubrité fonctionnelle à cause de sa dégradation (les difficultés de relogement sont certaines vu l'incapacité du couple à pouvoir maintenir

un logement propre) ; l'ambulancier refuse d'effectuer le transport car Melle A. ne le paye pas; enfin, il semblerait qu'elle n'ait pas fait le nécessaire pour déclarer Lolita à la sécurité sociale.

Est-ce une façon de dire inconsciemment leur incapacité à accueillir un bébé à domicile, à être parents à temps-plein ?

Revenons à Lolita.

Sur un des temps de travail avec Lolita seule, l'infirmière note :

*« Lolita est posée, dépliée dans son lit, à plat dos, yeux semi-ouverts sur le monde. On pourrait la penser endormie car elle ne bouge pas. C'est à peine si elle tète par intermittence la tétine qu'elle a en bouche. Elle est ronde, rose, les bras dépliés, légèrement remontés dans leur extrémité, laissant les petites mains fermées en suspension dans l'air.*

*Au son de ma voix, elle ferme les yeux, semble écouter avec attention, figeant son corps. Ce temps se prolonge malgré mon invitation à plus de relation. Quand je lui dis que je vais la prendre pour l'emmener sur le tapis, elle a des petits mouvements des membres qui semblent défensifs. Je la prends le plus doucement que je peux, lui permettant un appui dorsal jusqu'à la tête, d'emblée glissant mon bras dans son dos. Elle se blottit dans mes bras, toute souple, et semble dormir... Elle reste ainsi, alors même que je la dépose sur la citrouille, réagissant à peine à ce changement, retrouvant une position figée de bébé celluloïd... jusqu'à ces petites mains... repliées, le pouce à peine posé sur les autres doigts... Même la couleur de sa peau évoque cela, la rondeur de son visage, les traits ronds et réguliers, figés. Elle résiste longuement à mes appels à plus de vie et parvient progressivement, après avoir réveillé son corps par quelques étirements, à ouvrir les yeux. Son regard est bleu, doux, légèrement passif... Elle me sourit, reste attentive jusqu'à ce que maman arrive pour le bain. »*

Pourtant, à la crèche du centre maternel, Lolita est décrite tout autrement :

Elle peut rester éveillée une heure après son biberon et s'intéresser à ce qui l'entoure. Elle est ouverte, vocalise, regarde l'infirmière et autour d'elle quand elle boit. Elle ne régurgite pas.

Lolita a parfois du mal à s'endormir, mais ensuite elle est détendue. Elle peut s'endormir dans les bras, le transat ou le couffin.

Elle dort souvent lors des visites.

C'est un bébé qui apprécie l'eau, semble alors détendue. Elle se retend hors du bain.

Comment comprendre cette différence ? De quoi se protège Lolita au Home ? Qu'est-ce qui dans la relation à sa mère est trop menaçant pour elle ? Se développera-elle mieux en voyant sa mère sur des temps plus courts ? Risque-t-elle d'avoir des séquelles à moyen et long terme de ce mode de défense ?

Ainsi, en présence de sa mère, Lolita est très différente. Elle semble se réfugier dans un état quasi-comateux. Elle garde heureusement en dehors de bonnes compétences dans les relations.

Elle passe deux fois l'échelle de Brazelton avec la psychomotricienne du Home. Aucun retard n'est retrouvé.

### **M. B.**

Le comportement de M. B. avec son bébé est toujours adapté. Melle A. cependant ne lui laisse pas beaucoup de place.

« Biberon donné par le papa : doux et enveloppant, sans cesse repris par Melle A. Ne peut s'empêcher d'intervenir par tous les moyens. Il semble de toute façon perdu sans elle. Lolita regarde bien son papa qui lui renvoie un regard tendre et continu. »

### **Melle A.**

Le bébé réel semble toujours très loin des préoccupations premières de sa maman. Elle n'a pas accès à ses ressentis. Lorsque sa présence s'impose, la tension monte. Elle est incapable de dire le rythme et la quantité des biberons, ni de penser au traitement de sa fille(bronchiolite). Elle continue de réveiller sa fille quand bon lui semble pour lui donner le bain, le biberon. Lolita est vite recouchée, une fois le soin fait. Sa mère a hâte de descendre fumer, ou de rejoindre le papa. Malgré les conseils d'attendre un peu avant de recoucher Lolita qui vient de boire son biberon, elle ne peut patienter. Lolita reste alors seule, éveillée dans son lit. Son vomi dégoûte Melle A., inquiète d'en mettre sur elle ou sur les beaux vêtements de Lolita qu'elle vient d'acheter. Elle s'énerve pour changer sa fille (nombreux « putains » lorsqu'elle n'arrive pas à déboutonner le body), lui dit qu'elle pue. Elle ne cherche pas à croiser le regard de sa fille, et peut l'avoir longuement dans les bras sans lui prêter attention, regardant par la fenêtre. Le change est encore souvent oublié. Elle ne cesse de la stimuler, par des gestes brusques, des bruits, une lumière vive...

*« Elle embrasse Lolita sans cesse de façon exagérée, très sonore, sur le visage et souvent sur la bouche. Portage discontinu, impulsif, vif, malmenant. Bébé n'a d'autre défense que de s'immobiliser, semblant dormir. Dès qu'elle pleure, la maman pense biberon alors que la petite fille semble vouloir dormir et surtout ne plus être stimulée. »*

Melle A. alterne entre le vide et le trop, le doux et la violence... Elle ne supporte pas que sa fille l'empêche de dormir et prévient plusieurs soirs l'infirmière de nuit que si Lolita ne dort pas, elle aura les nerfs à vif le lendemain. Les relais sont acceptés, ou imposés tacitement, ne se levant pas quand Lolita se réveille, attendant que l'infirmière vienne.

L'infirmière note :

*« Les pleurs du bébé semblent stresser madame qui se raidit et affiche une moue fermée en avançant la lèvre inférieure. Son regard aussi s'assombrit mais Lolita ne peut le voir car à aucun moment elle ne cherche à explorer les lieux. »*

Quand elle n'est pas dehors, Melle A. demande régulièrement des permissions pour pouvoir sortir du service.

L'attachement au bébé imaginaire est toujours visible. Quand elle revient au Home, elle a du plaisir à lire à l'infirmière le passage du signalement au juge dans lequel il est question de l'amour qu'elle porte à sa fille. Elle est toujours contente quand on lui renvoie que Lolita a besoin d'elle, qu'elle est la seule à pouvoir la rassurer. Le lendemain soir d'une permission de nuit, elle demande à l'infirmière qui s'est occupée de Lolita si elle a manqué à sa fille. Lorsque l'infirmière lui répond que Lolita a besoin de sa maman (Lolita a en effet eu beaucoup de mal à s'endormir, n'a pu le faire que dans les bras, semblait perdue, avec un besoin important d'être rassurée), Mme demande pardon à sa fille et la couvre de bisous claquants.

Elle relate une discussion avec sa mère, qui lui a renvoyé qu'inconsciemment elle oubliait sa fille en présence de son compagnon. Melle A. semble d'accord. La grand-mère maternelle de Lolita a appelé dans le service pour dire son inquiétude de voir sa fille dans cet état, qu'elle ne la reconnaissait pas, avait peur qu'à cause d'elle M. B. se suicide. Elle a raconté une scène de violence majeure entre sa fille et les voisins, qu'elle avait appelés pour l'aider à calmer Mlle A. Celle-ci les aurait insultés, leur aurait craché dessus.

Pourtant Melle A. dira que son séjour chez sa mère s'est très bien passé.

Depuis son retour, elle ne semble plus en opposition par rapport à l'OPP de Lolita. D'ailleurs, elle surjoue presque ce qu'elle sait signe pour l'équipe de sa difficulté à s'occuper de sa fille (elle a avec elle le signalement que la pédopsychiatre a envoyé au procureur). Parallèlement, elle est parfois très en désaccord avec le fait de devoir rester au Home, et d'être ainsi séparée la nuit du papa. Que dit-elle ainsi à l'équipe ? Dans son discours, elle lâche : « si ma fille est placée ». La « défusion » avec M. B. étant inenvisageable, la séparation sans douleur, en gardant l'autre en soi, et dont elle serait l'actrice (que ce soit avec lui ou avec Lolita), impossible, l'alternative se profile pour elle: « ils veulent que je choisisse entre mon compagnon ou ma fille ! ».

Elle a alors l'entretien avec la pédopsychiatre, lui annonçant que Lolita et elle ne resteront que deux semaines au Home, seront donc séparées par la suite, que Lolita ira probablement en pouponnière ou en famille d'accueil, et qu'après, les soins

continueront sous la forme de médiations thérapeutiques. Elle ressort alors avec le sourire, soulagée.

Le soulagement est là, certes, mais la souffrance de la séparation ne tarde pas. Melle A. va alors alterner, douloureusement, entre ces deux sentiments. Elle s'inquiète de où ira Lolita, préfère la pouponnière. Avec sa fille, elle se montre alors plus douce, plus attentive sur certains temps. Le soir même de l'annonce de la séparation avec le Home, et donc avec sa fille, elle paraît beaucoup plus détendue. Le lendemain, elle fait un malaise en revenant de la sortie cigarette. Elle est blanche, ressent des picotements, se sent oppressée, croit faire un infarctus. Elle récupère ensuite rapidement, dit se sentir fatiguée, se demande où va aller Lolita dans 15 jours, puis où elle-même va habiter avec son compagnon. Elle finit par se calmer un peu, en voyant sa fille.

Le lendemain, elle reparle du malaise de la veille, de son « impression que son cœur allait s'arrêter de battre ». Elle pense qu'il s'agit d'une crise d'angoisse, qu'elle met en lien avec une accumulation de choses. Elle préfère croire que c'est surtout le souci du logement, pour le couple, qui l'inquiète. Se défend-elle de la souffrance d'être séparée de sa fille, et en même temps de l'attachement bien réel à ce bébé réel, de la culpabilité qu'elle pourrait ressentir ?

Elle interrogera ensuite pourquoi Lolita et elle ne restent pas au Home.

*« Elle dit qu'au départ elle se sentait trop regardée, ce qui la rendait agressive. Elle dit se sentir mieux maintenant, même si la vie en collectivité est difficile. »*

Le lundi suivant, alors que Lolita a le visage crispé, les poings fermés et les sourcils froncés pendant le biberon, Melle A. semble mal à l'aise. Elle dit à l'infirmière que sa fille a dû ressentir son absence le week-end. Elle dit ensuite à Lolita plein de mots affectueux. Des temps particulièrement doux seront observés, notamment lors d'un bain. Hélas, Lolita ne semble pas s'en saisir.

*« Sa maman dépose (après l'avoir coiffée avec soin) un baiser léger et doux sur son ventre. Elle aura les mêmes gestes doux et tendres au moment du coucher, caressant doucement son bébé sur le ventre en chuchotant « dors bien mon bébé ».*

*D'où vient cette douceur si inhabituelle et dont finalement Lolita ne semble pas profiter ?*

### **Quels liens unissent Lolita et sa mère à ce moment de leur histoire ?**

Bien que Lolita semble souffrir de plus en plus de sa relation avec Melle A., fuyant dans un retraits impressionnant, un état quasi-comateux en sa présence très inquiétant, l'attachement à sa mère est indéniable. Elle la connaît, telle qu'elle est réellement, et pas seulement comme une « mère imaginaire », et a su développer des moyens de s'y adapter, de s'en protéger. Ainsi « comateuse » dans son refuge, elle menace moins l'équilibre psychique de sa mère, et se protège en même temps des hyperstimulations et intrusions que cette dernière lui inflige.

Et non seulement elle la connaît, mais elle la reconnaît, comme sa mère, unique, celle qui manque tant quand elle s'absente dans un cadre où elle est d'habitude là, celle, la seule, qui n'est pas substituable. Aucune autre personne, même référente depuis ses 15 jours de vie, que ce soit au Home ou au centre maternel, n'est irremplaçable, ne lui manque tant.

*« Deux fois Melle A. s'est absentée. Lolita a vite pleuré. L'une des fois elle semblait très énervée, les poings serrés et l'une des jambes gigotant sans arrêt. »*

Nuit où Melle A. est partie en permission, laissant Lolita au Home :

*« Lolita est éveillée, calme. Elle se frotte les yeux, baille. J'essaie de la coucher. Lolita refuse et se met à pleurer très fort, rouge de colère. S'apaise immédiatement dans les bras, se moule et ferme les yeux tout en tétant avidement sa tétine. Refuse d'être couchée malgré la fatigue. Puis dormira. »*

Plus tard dans la nuit, après le biberon et le change :

*« Lutte pour ne pas dormir en dépit de la fatigue. Pleure dans son sommeil, a besoin d'être rassurée, semble un peu perdue, regarde partout. Finit par s'endormir dans les bras d'un sommeil agité, ponctué de geignements. »*

Cet attachement lui est-il préjudiciable ? N'est-il que destructurant ? Lolita aura-t-elle des séquelles indélébiles de ce mode relationnel pathologique? On peut penser que non, car elle ne reproduit pas les mêmes types d'interactions (ou de « non-interaction »), lorsqu'elle est sans sa mère, à la crèche du centre maternel, où elle se montre vivante, éveillée, n'ayant pas peur de marquer sa présence. Elle semble ainsi avoir gardé de bonnes capacités relationnelles.

L'attachement à sa mère l'empêchera-t-il de s'attacher à des personnes suffisamment structurantes dans une famille d'accueil? N'y a-t-il de la place que pour une source d'identification, que pour un objet maternant à introjecter ? Ou au contraire le fait de connaître réellement sa mère lui permettra-t-il de s'attacher aussi à des parents d'accueil, diminuant ainsi le conflit de loyauté? « Puisque je sais que je t'aime toi, comme tu es, ma mère, et que tu m'aimes moi, celle que je suis, ta fille, je ne crains pas de te perdre en aimant aussi d'autres figures qui m'entourent et me permettent de me construire ».

La séparation sera-t-elle d'autant plus difficile qu'il y a eu attachement ? Aurait-elle été sans conséquence pour Lolita si elle avait eu lieu dès la naissance ? Au niveau du lien à l'autre, de son imprégnation dans notre psychisme, n'est-on que quand on naît ? La séparation à la naissance n'est-elle pas déjà une rupture ?

En ce qui concerne Melle A., on voit combien elle s'attache, et de plus en plus, au bébé réel. Elle peut davantage reconnaître cet attachement et le montrer à sa fille lorsqu'elle est libérée du « poids » de devoir être mère à plein temps.

L'aurait-on épargnée de ses souffrances et tiraillements en lui retirant d'emblée sa fille, lui permettant ainsi de rester « collée » à son compagnon et de projeter le « mauvais » sur l'extérieur, injuste, persécuteur, sans la confronter à ses difficultés propres face à son bébé? Ou peut-on au contraire penser qu'en s'attachant à sa fille, à son bébé réel, elle a pu non seulement voir ses failles, les accepter, les mobiliser peut-être, mais aussi en miroir ses capacités de bonne mère, par moments, dans certains domaines, ce dont elle semblait douter elle-même, plus ou moins consciemment? Y aurait-elle eu accès seule ?

Il semblerait que le travail d'ores et déjà réalisé lui permette une certaine évolution quant à la question de la maternité.

Alors que le bébé réel peut vite décevoir, trop différent du bébé imaginaire, lequel est missionné de réparer le bébé souffrant en la maman, l'envie de déclencher une deuxième grossesse, une deuxième chance, est d'autant plus pressante que les difficultés pour se sentir une bonne mère de ce bébé-là sont importantes. « Avec ce bébé, très loin du bébé qu'il me faut pour être la bonne mère que j'aurais voulu avoir, le bébé en moi souffre toujours. Mon bébé m'agace, me rend agressive, ou absente, ce qui moi m'a fait tant souffrir au même âge et/ou plus tard. Il m'en faut un autre, un meilleur, pour pouvoir être une bonne mère, et enfin panser mes plaies ».

Une fois que les failles et les capacités de mère sont plus délimitées, conscientes, l'envie de se jeter dans une deuxième grossesse s'amenuise.

Ainsi, au cours de ces trois premiers mois de prise en charge autour du lien à son bébé, Melle A. a beaucoup évolué quant à cette question. Au départ, elle essayait de « mener les infirmières en bateau », prétextant avoir une pilule qui se prend un jour sur deux, puis ne pas avoir d'argent pour aller la chercher à la pharmacie, avoir égaré son ordonnance... Elle disait ensuite être infaillible et ne jamais oublier sa pilule... Elle mettra beaucoup de temps à réussir à se rendre à la pharmacie pour l'acheter. La troisième semaine :

*« Dans son énervement, Madame a dit « je ne veux pas avoir tout de suite un deuxième enfant sinon je vais rester internée à Saint-Jacques [l'hôpital psychiatrique où sont situés les services adulte mais aussi l'unité mère-bébé] toute ma vie. Il faut que je prenne ma pilule. Souvent j'oublie ».*

A la sage-femme plus tard elle affirmera qu'elle n'oublie jamais sa pilule et qu'elle n'a pas eu de rapport avec son ami. Elle refusera catégoriquement d'envisager un stérilet. Enfin, après le signalement au procureur et au retour des vacances chez sa mère, elle fera toucher à l'infirmière l'implant contraceptif qu'elle s'est fait poser.

Que va devenir cet attachement lors de la séparation ? Les troubles de Lolita vont-ils s'amender ? D'autres, liés à la séparation, vont-ils apparaître ?

Comment Melle A. et M. B. vont-ils vivre cela ?

## Médiations thérapeutiques

### Devenir de la maternalité lorsqu'elle peut être partielle, du lien « à distance »

#### Première période : Lolita en collectivité durant sept mois

Ses parents sont à l'hôtel, en attendant d'être relogés. Dans un premier temps ils ont une visite hebdomadaire ensemble pour voir leur fille au centre maternel. Par la suite, la violence entre le couple étant toujours actuelle, et la tension entre eux pendant les visites médiatisées palpable, chacun verra Lolita séparément. Melle A. et sa fille se retrouvent au Home une fois par semaine pour que le soin de la relation, et de Lolita, continue. Melle A. va chercher elle-même sa fille au centre maternel puis à la pouponnière et la ramène après.

#### **Belles retrouvailles :**

La première médiation thérapeutique a lieu une semaine après le départ de la dyade du Home. Lolita a alors deux mois et une semaine. C'est la seule fois que mère et fille arriveront en retard.

De beaux moments et de belles interactions ont lieu. Melle A. se montre très différente. Elle ne se sent plus persécutée mais au contraire bien en confiance et sensible à l'attention portée sur sa fille et elle par l'infirmière. Elle fait preuve d'une grande tendresse à l'égard de sa fille. L'attention qu'elle lui porte contraste avec l'énervement et les lâchages antérieurs. Le calme domine.

*« Madame est bien installée, semble très calme, un peu inquiète. Elle ne quitte pas des yeux son bébé. Un regard doux et enveloppant qui semble parti dans quelques pensées ou rêveries qu'elle ne partage pas. Elle reste silencieuse. Puis elle peut dire que Lolita lui a manqué, reposant sur elle son regard doux. La petite main de Lolita*

*qui est toujours tournée vers moi, semble s'agiter et se tendre en ma direction. Je lui prends tout doucement la main. Elle me sourit à ce contact et s'approche ensuite de sa maman, laissant sa main dans la mienne. « Vous avez vu? », dit la maman en s'extasiant et en souriant. Nous restons un long moment ainsi. Pour le rot, Madame place Lolita contre elle, tête dans son cou, non sans lui avoir fait de nombreux baisers sonores sur la tête. [...] Les baisers sont de plus en plus sonores. Je reprends cela. « Ah oui, il ne faudrait pas qu'elle devienne sourde ! ». Madame s'adapte, me regarde avec confiance régulièrement, se laisse porter elle aussi. Tous les baisers, donnés ensuite, sont doux et moins sonores. Elle tient son bébé sur son bras gauche, presque durant tout le reste de la visite et admire sa beauté. Elle lui demande si maman lui a manqué. Lolita s'anime dans ce face-à-face, très joliment, avec de beaux sourires et de toutes petites vocalises. [...] Elles repartent ensemble, sereines et bien nourries de ce temps de visite très investi et agréable. »*

On remarque ici la place de la référente : Lolita s'appuie sur elle avant d'aller vers sa mère. Melle A. se sent soutenue, reconnue comme mère de Lolita, et peut écouter les conseils mais surtout apprécier l'attention contenante de l'infirmière. Presqu'à chaque fois, elle qui était si réticente, refusait l'aide, se sentait persécutée, partira en remerciant l'infirmière.

On voit également que Melle A. est beaucoup plus douce et sensible aux ressentis de sa fille depuis l'annonce de la séparation. Elle le restera pendant toutes les médiations à venir, montrant bien par là qu'elle n'était pas incapable d'avoir accès à sa fille réelle, mais plutôt qu'elle devait s'en protéger. Maintenant épargnée de temps trop longs et ainsi trop menaçants avec ce bébé, ainsi que de « l'obligation » d'être séparée de son compagnon, elle peut laisser s'exprimer toute la douceur et l'attention dont elle est capable (et donc qu'elle a aussi reçues bébé?). Elle respecte son sommeil, attend que sa fille soit prête avant de la prendre dans ses bras, la prévient quand elle s'absente, lui parle doucement, perçoit sa gêne, son bien-être ou sa tristesse ...

Et Lolita finalement le lui rend bien :

*« Lolita s'obstine à garder son regard vers l'extérieur. Mme A. n'insiste pas. Je lui fais observer que Lolita lui touche les mains et que c'est une façon pour elle d'être en relation. Notre attention restera longtemps centrée sur ce lien établi par Lolita qui finit par s'accrocher fort avec sa main droite à un doigt de la main droite maternelle... puis, prendre et laisser par de tout petits affleurements un autre doigt avant d'y déposer sa main plus fermement. « C'est mignon », dit sa maman. Lolita, alors, regarde sa maman. C'est émouvant. Lolita boit doucement [passage de Lolita dans les bras soignants pendant que Melle A. doit s'absenter]. Dans mes bras Lolita reprend son biberon avec une succion beaucoup plus forte et efficace, mais l'air absent. De retour avec sa maman, elle tête doucement, semble vouloir s'endormir. Suit un très joli temps où Lolita s'enfouit pour dormir au dessus du sein maternel. Madame pose ses lèvres pour caresser le petit crâne, le humer, s'en remplir. Je lui dis combien il peut être bon de se souvenir de ce moment entre les visites, que Lolita, elle, le fera. Combien aussi il est inhabituel pour elle d'être dans cette douceur. Elle en convient, dit être mieux, se sentir bien quand elle est comme cela. Je propose un fond musical doux, musique aussi inhabituelle pour elle. Je me sens rapidement de trop et leur propose un peu d'intimité, quelques minutes. Un peu plus tard, je les retrouve dans cette même position, à la fois maternante et maternée. Nous prolongeons ce moment de grâce empreint d'une certaine solennité. Le départ se fait dans cette douceur. Madame me remercie. Je reste sur un petit nuage longuement après cette visite, me disant que c'est impossible de le mettre en mots pour quiconque, que personne ne me croira...»*

Cette sorte de « magie » aura aussi été captée par Melle A. :

*« À propos de la dernière médiation thérapeutique, elle exprime avec ses mots un ressenti proche du mien : « je ne sais pas quoi dire. Cela n'existe pas. C'est excellent, génial avec Lolita. Je suis fière de moi. »*

Qu'est-ce qui rend ces moments si magiques ? L'une des définitions du mot « magie » dans le Trésor est : « Effet qui semble surnaturel, irrationnel, par la force, l'intensité du sentiment, du plaisir, de la satisfaction qu'il procure. »

N'était-il pas envisageable qu'après une relation faite de moments si pathologiques, avec une mère intrusive et habitée d'une certaine violence, avec un bébé se protégeant de sa mère en s'absentant, de si beaux moments, si forts, si émouvants, puissent avoir lieu ? Des moments où Melle A. est toute à son bébé, dans le plaisir d'être une mère douce, attentionnée, et dans l'extase lorsque sa fille en est satisfaite, et la reconnaît ainsi comme sa mère.

Comme si Melle A. voulait elle-même nier cette capacité en elle, se protéger de ce plaisir avec ce bébé qui risquait d'être aussi un lourd fardeau, ravivant souffrances et violences, la séparant de son compagnon. Comme si l'équipe, bien qu'ayant pu observer de beaux moments, ne pensait pas que Melle A. puisse tenir cette douceur, lâcher la tension, et que Lolita finirait par pouvoir s'en saisir, en tout cas aussi rapidement, de manière aussi belle.

Comme si finalement la séparation ne pouvait pas être anticipée comme un soin aussi utile, efficace, pour la mère et pour l'enfant, permettant de garder le bon, et que ce bon s'épanouisse, sans crainte,...

Cette magie aurait-elle pu avoir lieu sans que mère et fille ne se rencontrent sur des temps longs, si elles avaient été séparées directement après la naissance et que les médiations thérapeutiques avaient commencé alors ? Les beaux moments auraient-ils été plus importants (mais moins ressentis comme magiques) si Lolita avait été d'emblée épargnée de la souffrance et de la « violence » de sa mère ?

N'est-il pas primordial pour la mère d'être confrontée à cette magie, et donc d'être surprise, connaissant ses difficultés et celles de sa fille dans leur relation, de pouvoir jouir à ce point d'être ensemble, de donner du bon, d'en recevoir, de se sentir ainsi une bonne mère ? Aurait-elle pu en profiter sans avoir été confrontée réellement à ses propres problèmes ? Aurait-elle pu alors les mobiliser, plutôt que de fuir dans une nouvelle grossesse, espérant que cette fois les « méchants » ne pourraient pas sévir et l'arracher à son bébé « sauveur », lequel aurait été inéluctablement décevant, et même menaçant ?

Melle A. dira combien elle apprécie ces temps au Home, différents des autres temps, car consacrés à son bébé et elle. Il ne s'agit pas juste de se voir, mais aussi d'être aidées à se rencontrer, à se reconnaître, à être dans une relation « détoxifiée » de la pathologie, du transgénérationnel inconscient et destructeur. Melle A. est alors aidée à voir sa fille comme un individu distinct d'elle, dont elle est si attachée, mais aussi dont elle peut se séparer, sans la perdre. S'en emplir, puis la garder à l'intérieur, sachant qu'elle-même reste présente pour sa fille, alors même qu'elle est absente physiquement.

Ceci l'aidera-t-elle à se distancier de son compagnon, pour être éventuellement mieux ensemble, face à face, l'un à côté de l'autre, non plus fusionnés, et éviter ainsi d'avoir à recourir à la violence ?

### **Evolution de l'état psychique et du développement psychomoteur de Lolita :**

Souvenons-nous que c'est l'état de somnolence quasi-constant de Lolita, son côté « bébé celluloïd », qui avait été le signal pour mettre un terme au temps plein la semaine et ainsi épargner Lolita d'une relation trop pathologique (et en même temps épargner sa mère d'une situation trop stressante). Le but de ces rencontres espacées dans le temps est de maintenir de bons liens, de bons moments, en évitant ceux qui sont destructurants pour Lolita, afin qu'elle ne garde pas comme seul mode relationnel celui qu'elle a avec sa mère, et qu'éventuellement elles puissent toutes les deux modifier leur façon d'être ensemble. C'est en travaillant au cœur de la relation qu'on peut soigner le lien actuel de la mère avec son enfant, de l'enfant avec sa mère, et les représentations que le bébé a de sa mère.

Au fil des médiations, l'état de Lolita va lentement évoluer.

*Lolita arrive toujours au Home endormie, mettant beaucoup de temps à s'éveiller, continuant parfois à sombrer d'un coup dans le sommeil.*

C'est d'ailleurs probablement en lien avec le fait qu'elle dorme beaucoup que la tête de Lolita reste très plate derrière (plagiocéphalie fréquemment rencontrée chez les bébés qui dorment tant). En voici quelques illustrations cliniques :

Melle A. part aux toilettes et confie Lolita à l'infirmière :

*« Lolita se blottit dans mes bras, yeux à demi-fermés. La paupière au ras de la pupille. Elle sourit vaguement à sa maman qui lui dit son départ. Comme je lui parle toujours, avec son regard de petit chat endormi, elle me sourit et vocalise. Parfois ses paupières s'affaissent un court instant. »*

*« Dans l'eau Lolita regarde à l'opposé de sa maman un long moment le rebord de la baignoire, bras en croix, mains ouvertes qui affleurent les rebords, jambes dépliées mais orteils repliés. Elle est figée. Petit à petit elle se tourne vers sa maman qui se saisit de cela et lui parle avec tendresse: « tu es bien mon bébé ». Lolita regarde sa maman sans sourire... puis ferme les yeux, semblant s'endormir...»*

Une autre fois, l'infirmière s'adresse à Lolita en l'absence de sa maman, et lui parle de ses « absences-refuges » :

*« Melle A. s'absente pour aller aux toilettes, « pour être complètement disponible quand Lolita se réveillera ». Pendant son absence je m'approche de Lolita et lui parle doucement. Je la complimente sur ce qu'elle devient et sur ce que je vois d'elle : la belle petite poupée endormie. Comme pour argumenter mon propos, Lolita abaisse complètement ses paupières supérieures faisant disparaître les paupières inférieures sous ses beaux cils recourbés et fins... comme une poupée. Elle sourit à mes commentaires... puis s'étire et se rendort... Alors je lui dis vouloir connaître la petite fille en deçà de la poupée. Maman revient. Au bruit de ses pas, puis de sa voix chuchotée, Lolita s'étire et ouvre un œil, puis deux. Elle sourit vaguement à nos visages, s'étire encore et encore, montrant sa difficulté à sortir du sommeil. »*

Lors d'une médiation qui a lieu à trois semaines d'écart de la précédente (Lolita a été hospitalisée pour une bronchiolite, ce qui a annulé les deux premières. Puis la troisième n'a pas eu lieu car les parents sont partis passer Noël chez la grand-mère maternelle de Lolita), son état est encore plus alarmant :

*« L'état de conscience de Lolita dans les bras maternels, puis allongée sur la table de change, est surprenant. Elle est engoncée dans son vêtement d'hiver, les yeux mi-ouverts, sur un regard vague, très lointain. Le refus de contact et l'envie de plonger dans le sommeil sont d'une telle évidence que sa maman le remarque et se questionne : « Elle fait la tête ? », « Elle m'en veut de ne pas avoir été avec nous à Noël ? ».*

Une autre fois :

*« Madame dépose Lolita sur le matelas posé à terre. Celle-ci ne bouge pas du tout, reste bras en croix, un peu en suspension, le corps tout déplié. Pas un mouvement, un battement de cils. »*

La Lolita de la chanson de Noir Désir est sous nos yeux (cf annexe 1).

D'après Melle A., les gens qui s'occupent de Lolita remarquent qu'elle est trop souvent dans le vide. Ceci n'est donc plus particulier à sa relation avec sa mère.

Comment expliquer cela ? S'agit-il de la souffrance liée à la séparation avec sa mère ? Ou à l'absence de stabilité dans son quotidien (violence institutionnelle ? On peut penser en effet que l'attente de placement dans un lieu plus adapté, chez une famille d'accueil qui permet aux liens d'être stables et plus chaleureux, joue sa part dans le mal-être de Lolita ) ? S'agit-il d'une diffusion d'un mode d'être au monde pathologique ?

Comment ramener Lolita à la vie ?

*Puis cet état va un peu évoluer. Lolita passe de l'absence à un refus plus « assumé », conscient (?) de contact, puis, une fois ce refus bien signifié, elle revient plus facilement à la vie, sur les appels de sa mère ou de sa référente : (« comme si cette bulle pleine de rien voulait se crever enfin »):*

*« Lolita a ouvert un peu les yeux. Son regard s'échappe vers le mur puis elle regarde avec application sa main droite qu'elle fait tourner, évitant ainsi mes sollicitations pour l'accueillir. Juste de très brefs coups d'œil. De même avec sa maman qui l'assoit pour un face-à-face : elle sourit, s'illumine un peu, touche le visage maternel mais sans regarder. »*

*« J'observe juste un mouvement de paupières. Pas de réaction immédiate au son de la musique douce mais assez vite de petits étirements viennent puis elle ouvre les yeux sur un regard vague, endormi. Sa maman s'approche, dit à Lolita sa joie de la voir se réveiller. Après un petit temps d'observation, Lolita sourit à sa maman, mais garde un regard un peu vitreux. »*

*« Lolita a toujours cette présentation un peu ensommeillée, yeux mi-clos, regard vague mais aujourd'hui très rapidement l'œil pétille, le corps s'active dans de très joyeuses retrouvailles qui passent vite à l'excitation de part et d'autre. »*

*Puis au vide et au refus de contact, en l'absence dorénavant de stimulations trop importantes, va succéder l'expression d'une tristesse très frappante, palpable et émouvante.*

*« Maman s'adapte toujours, très calme et empathique. De retour dans la salle de médiation, de jolis mouvements vont s'opérer autour de l'endormissement. Maman qui met tout en œuvre pour cela dans le respect des besoins de Lolita. Elle la dépose sur le tapis, accepte de se placer un peu à distance, garde son regard enveloppant mais attentionné sur elle, lui caressant simplement la main. Elle laisse Lolita trouver sa position de confort, la laisse regarder longuement vers la fenêtre sans intervenir. Au bout d'un moment, c'est Lolita qui vient chercher puis agripper la main de sa mère et lui rend son regard, longuement ... Ensuite, contre sa maman, en suçotant son pousse, elle vocalise doucement dans une plainte que sa maman reprend en écho dans un dialogue émouvant. Lolita n'est toujours pas endormie au moment du départ. Elle tète doucement sa tétine. »*

*« De nouveau sur la table à langer, dans la salle de bain, Lolita refuse de rencontrer le regard maternel et affiche un air très triste, renforcé par une atonie corporelle. Elle*

*se laisse déshabiller, gardant la tête sur le côté obstinément. Elle me regarde parfois, conserve beaucoup de tristesse dans le regard. »*

*« Lolita est figée. Après quelques attentions portées aux gestes maternels qui rincent le petit corps tout rond avec douceur, Lolita retrouve distance et rêverie triste, refusant l'attention joyeuse de sa mère et les jeux proposés. Elle regarde les objets, les saisit et les lâche aussitôt, s'occupant à regarder tristement sa main gauche appuyée sur le bord de la baignoire. Sa maman s'inquiète et essaie par tous les moyens de faire venir un sourire sur le visage éteint de son bébé. Elle dit qu'elle n'aime pas voir sa fille ainsi et se réinterroge sur les causes possibles de cette expression. À force d'insister elle finit par obtenir un petit sourire fugitif. Sur la table de change, Madame ne se décourage pas. Elle caresse, chatouille, interpelle Lolita qui finit par se dérider, vocalisant d'abord un peu tristement comme si elle se racontait, puis, souriante à l'attention enjouée et tendre de sa maman. »*

*« Elle finit par ouvrir ses yeux et émerge doucement, puis geint dans les bras de sa maman. En face de moi, Lolita me sourit, son regard enfin s'anime. Son sourire est magnifique. Elle garde une belle posture, assise sur mes genoux. Alors que sa maman s'absente quelque minutes, Lolita vocalise, elle ne soutient pas longtemps mon regard mais accepte que je revienne la chercher. Au retour de sa maman, Lolita s'absente de plus en plus par le regard, par la fenêtre, et se remet à se plaindre, de même tout au long du change. Peut-être la position allongée ravive-t-elle la douleur ? [Elle sort alors tout juste d'une bronchiolite] J'ai pourtant la nette impression que Lolita exprime tristesse et mal-être dans cette plainte.»*

*« Pendant l'absence de sa maman, Lolita vocalise longuement dans une forme de plainte répétée tétant ses deux poings entre deux sons, regardant de son beau regard bleu, droit dans les yeux. J'accompagne cette expression qui me semble être un peu de chagrin en répétant la prosodie. »*

*Une fois réveillée et la tristesse exprimée, il y a de la place pour l'éveil, le jeu, la communication, la joie, voire l'excitation (à partir d'environ 6 mois) :*

*« Ensuite maman propose un temps tapis. Très vite de jolies interactions se vivent et enfin le regard de Lolita pétille. Elle sourit, rit, jase, s'appuyant régulièrement et*

*furtivement sur ma présence, donnant elle-même le rythme et la distance que sa maman, suffisamment attentive, peut respecter. Lolita cherche beaucoup à toucher le visage maternel du plat de ses deux mains, parfois vivement, parfois plus doucement. Elle attrape ensuite le lien de la capuche et le porte à sa bouche, le met, l'enlève et le garde longuement. »*

Est-ce une manière pour Lolita de jouer la séparation et les retrouvailles ?

*« Le rythme de jeu reste soutenu. La distance visage à visage est très rapprochée. Lolita agite les jouets qu'elle agrippe avant de les jeter au loin. Elle pousse des petits cris jubilatoires. Proposition à la mère de ralentir un peu. Madame est attentive, se recule aussitôt. Nous observons alors que Lolita se pose un peu, observe puis vocalise. Ensuite plutôt que d'agiter le jouet elle le porte à sa bouche pour l'explorer. Le rythme devient tranquille... Trop ? »*

*Bain : « Là encore, excitation joyeuse mais un peu débordante car peu de phases de repos et d'attention continue. Dans l'eau, Lolita bat des pieds avec vigueur, éclaboussant vivement sa maman. Elle bat des bras aussi tapant fort le rebord, avec les jeux présentés. »*

Nous retrouvons finalement l'alternance douceur/agitation qu'on observait chez Melle A. lors de ses journées au Home en temps plein. Ou bien s'agit-il de défenses maniaques contre une dépression, liée à la tristesse de la séparation ?

*Entre vide et trop-plein, à côté de l'expression d'une certaine tristesse, de très beaux moments tendres sont observés :*

*« Biberon : Lolita tête régulièrement appuyant son dos dans un premier temps. Elle laisse son regard bleu parfois sur le visage maternel. Puis elle se décolle régulièrement, se ré-adossant brutalement, et dans le prolongement de ce moment colle le côté droit de son visage contre la poitrine maternelle, tête un peu en arrière.*

*Elle abaisse ses paupières dans ce geste, prolongeant quelques secondes ce câlin puis à nouveau se redécalle, etc. »*

*« Dans les bras, tout contre sa maman, elle tourne la tête comme pour mettre l'une ou l'autre joue contre la poitrine de sa maman. Elle recherche le câlin, ce que sa maman attentive comprend vite: elle se lève et laisse Lolita se blottir dans son cou. Elle la sent, la presse contre son visage, pour lui offrir une guirlande de baisers tout doux dans le cou. Pour Lolita c'est un vrai délice... Elle me sourit avec complicité de nombreuses fois mais aussi pour elle-même dans le plaisir de ce joli moment. Ensuite elle vocalise un long monologue, raconte... Ce monologue se transforme et sa maman s'inquiète. Elle entend comme moi un chagrin... Elle est émue aux larmes, se demande pourquoi tant de chagrin. Le chagrin s'arrête, Lolita tète sa tétine d'un air pensif laissant son regard s'évader vers la fenêtre alors qu'une petite musique douce envahit la pièce. »*

### **Sur le plan psychomoteur :**

Lolita est souvent hypertonique :

*« Lolita est un peu raide dans les bras. Il me semble qu'il est difficile de l'installer pour le biberon. »*

*« Celle-ci [sa mère] remarque son tonus toujours surprenant dans cette position: elle se raidit comme si elle voulait tenir debout. Bébé raide qui pourtant sourit, vocalise à tout se remue-ménage. »*

*« Sur le ventre Lolita est impressionnante: elle relève le buste, comme un sphinx prenant appui sur ses avant-bras. Il est très difficile de l'asseoir. Elle se tend dès que sa maman la prend. »*

A 7 mois et demi, elle amorce un retournement et peut passer seule sur le ventre.

A presque 8 mois : « Lolita ne laisse pas son regard se perdre quand les objets sont cachés, elle m'interroge du regard puis montre du plaisir à les retrouver. Elle bat des

bras et des jambes. Elle se tient presque seule assise. Elle rit aux éclats quand le ballon vient chatouiller son ventre mais elle ne garde pas longtemps les objets pour les explorer et fait naître rapidement un rythme soutenu au jeu, puis de la fatigue... Je la reprends dans mes bras où elle se pose. »

**Sur le plan somatique**, à 5 mois Lolita fait une première bronchiolite. Après plusieurs épisodes, un diagnostic d'asthme (comme sa mère lorsqu'elle était petite) sera porté, alors qu'elle a sept mois.

## Evolution de Melle A.:

### Physiquement :

Melle A. va changer physiquement. Alors qu'elle montre plus de douceur et de tendresse envers sa fille, elle devient plus féminine. Mais une partie d'elle, violente, virile, reste perceptible.

Aussi, elle grossit de plus en plus. Elle demande d'ailleurs à chaque médiation thérapeutique une collation que l'infirmière ressent comme impérieuse. Elle l'engloutit très rapidement. Elle cessera de demander cette collation à partir du moment où Lolita sera en famille d'accueil. Pensera-t-elle alors qu'elle ne la mérite pas ? On voit tout au long de cette prise en charge les liens entre alimentation et relation à sa mère, à sa fille.

Lorsque Lolita a presque 4 mois :

*« Madame revient, tonique, toujours vêtue de vêtements impeccables, très moulants, qui mettent en avant son corps court et râblé. Ses cheveux sont toujours coiffés avec rigueur aussi, non plaqués aujourd'hui, mais savamment décoiffés et tenus par du gel. Son regard perçant et dur est adouci par un beau sourire plutôt doux. »*

Une semaine plus tard, après un week-end où elle semble s'être restaurée chez sa mère :

*« Madame est souriante, toute vêtue de rose et de neuf ! »*

Lorsque Lolita a 6 mois :

*« Elle est souriante, me serre la main. Son regard m'impressionne toujours : un peu fixe, écarquillé, un peu avide. Ses cheveux sont plaqués par une carapace impressionnante de gel. Elle est boudinée dans des vêtements trop étroits. Elle a une démarche masculine, plutôt enlevée, et pourtant les gestes autour du bébé sont*

*empreints de douceur et de respect. La voix par contre change de tonalité, comme incontrôlée, surtout quand elle parle de son couple : le ton monte et s'accélère, le regard devient plus aigu, ponctuant l'expression et le discours d'une violence sous-jacente, que l'on perçoit comme inexorablement présente dans la vie de cette jeune femme. »*

Deux mois plus tard, le jour de l'audience :

*« Madame est de plus en plus féminine. Elle porte des vêtements moins moulants, une petite robe aujourd'hui. Ses cheveux ne sont pas plaqués, seulement retenus par un serre-tête, avec de jolies frisettes. »*

Puis, après le placement de Lolita en famille d'accueil :

*« Madame arrive pile à l'heure. Elle a les mains très froides, les cheveux plaqués, un sourire poli, et un œil au beurre noir. Je le remarque. Elle dit en souriant s'être pris une porte. »*

Maternité et féminité semblent très liées. On retrouve ainsi toujours chez Melle A. cette alternance douceur/violence, jusque dans sa présentation physique.

*Dans sa perception d'elle-même, de sa fille, de ses difficultés à être mère à temps-plein,* Melle A. va faire preuve d'une grande clairvoyance :

Lors de la troisième médiation, elle montrera à l'infirmière des scarifications, en lien notamment avec la culpabilité de n'avoir pu garder Lolita avec elle. Puis, les semaines suivantes, elle montrera l'état de cicatrisation de son bras, et exprimera parallèlement sa conscience de ses difficultés. On voit que quand elle réalise elle-même son incapacité à être mère à temps plein, elle l'accepte mieux et permet alors aux plaies de cicatriser, tout ceci sous l'œil empathique de l'infirmière, celle qui était spectatrice des difficultés mais aussi de ses capacités. La référente occupe pour Melle A. une place contenante, enveloppante, nourricière (collation), maternante (rappelons que sa propre mère est infirmière). C'est aussi en s'appuyant sur elle que

Melle A. peut développer ses propres capacités maternelles. La référente enveloppe la dyade, pour que la mère puisse envelopper son enfant.

Ainsi, pendant la troisième médiation thérapeutique :

*« Madame montre ses scarifications nombreuses sur son avant-bras gauche. Le discours est confus. Cela s'est passé vendredi dernier. Elle me dit les raisons : Lolita qui lui manque, une dispute avec son ami, son ennui, sa culpabilité par rapport au placement: « je détruis ma fille alors moi aussi je me coupe ». Elle parle ensuite de façon émouvante du manque « c'est trop dur, je n'avais personne dans mes bras, ne pouvait toucher sa peau, la sentir ». Elle me parle d'un vêtement du bébé qu'elle a gardé la dernière fois pour son odeur et des photos. Elle revient ensuite sur l'épisode d'auto-agression : « ma mère me manque ». Elle se dit parfois à bout, ne supporte plus les gens, les bruits. Elle est toujours à l'hôtel, dit qu'il faut qu'elle se calme. Elle a vu son psychiatre. Il lui faudrait un suivi. Il lui a proposé un hôpital de jour. Elle reparle ensuite de sa grossesse, de la violence. «Je ne me sentais pas prête». Elle dit qu'elle pense qu'il faudra un ou deux ans avant d'avoir Lolita. Elle préfère la pouponnière, à une famille d'accueil. «Je ne veux pas qu'un homme la lave». « Si on touche à ma fille, je tue... Avec la loi » se reprend-elle. »*

Lors de la médiation suivante, Melle A. montre à l'infirmière son avant-bras en voie de cicatrisation.

*« Elle me parle de sa vie plus calme, des visites à Lolita ici qu'elle pense différente de celles du jeudi : « ici, c'est pour moi et Lolita ». Je valorise sa présence auprès du bébé et l'encourage. Madame dit que Lolita souffre du «manque de ses parents ». Lors d'une visite à l'ASE, elle a observé une larme sur la joue de Lolita. Elle demande à ce que Lolita puisse venir passer quelques jours chez sa mère à Noël. Elle se dit plus calme, a beaucoup grossi. Elle n'a plus de Tercian, mais du Laroxyl. Son ami est suivi par la psychiatrie de son secteur. »*

Un mois plus tard :

*« Madame me parle de façon tranquille d'une vie qui semble plus tranquille. Elle et son ami sont à la recherche d'un logement plus grand qui leur permettrait d'accueillir Lolita. »*

Ainsi, dans la souffrance de la séparation et la conscience des problèmes, le couple montre son envie de récupérer sa fille, et de se soigner pour y parvenir. Chacun reprend ses soins. Ils font les démarches pour pouvoir accueillir concrètement un bébé chez eux.

Plus tard, Melle A. pourra même dire très clairement qu'ils ont encore du chemin à parcourir, et qu'en attendant Lolita aura besoin de personnes remplissant les rôles qu'ils ne peuvent assumer pleinement pour le moment, acceptant finalement la famille d'accueil, et montrant ainsi que l'intérêt de sa fille prime:

*« Alors je n'aurais pas dû avoir Lolita. Je suis trop immature... »*

*« Madame m'explique que Lolita ira prochainement dans une famille d'accueil parce qu'elle est mal. Ceci en attendant qu'elle et son ami « deviennent parents », « dans pas forcément longtemps ». « Lolita a besoin de deux personnes fixes qui s'occupent d'elle comme un papa et une maman. Ce sera le rôle de l'assistante maternelle et de son mari. » »*

### **Evolution de Lolita en famille d'accueil, et de sa mère suite à ce changement... :**

Lolita semblant souvent dans le vide, ou triste, Melle A. prend part, comme nous l'avons vu, à la décision qu'elle aille en famille d'accueil et puisse ainsi bénéficier de substituts parentaux structurants et stables.

C'est donc l'assistante maternelle qui amène Lolita au Home pour les médiations thérapeutiques et la confie à la référente, lui donnant des informations sur Lolita, sa santé, son quotidien. Il est prévu que Melle A. arrive après, afin d'éviter que mère et

assistante maternelle se retrouvent ensemble avant et après ces temps de rencontre, plongeant le bébé au milieu des tensions et projections.

Dès lors, Lolita n'arrive plus endormie. Elle est toujours bien éveillée lorsqu'elle vient pour ces temps de rencontre qu'elle connaît bien. Sa référente fait le lien et met des mots sur ce qui se passe, l'arrivée de sa maman, le départ de sa « tatie », son retour après la médiation, les ressentis. Le possible sentiment de rupture, de perte, que Lolita pourrait vivre lors de ces changements, est ainsi évité. L'infirmière cherche à ce que Lolita soit prête pour passer de son assistante maternelle à elle, puis d'elle à sa maman, etc. Lolita est alors actrice de ce qui se passe, informée, entourée.

*« À l'arrivée de sa maman, bien que celle-ci l'interpelle, Lolita ne réagit pas... Elle baisse même la tête. Puis, lentement elle se tourne vers elle, l'observe sérieusement. Sa maman, enjouée, lui tend les bras... Elle lui dit en lui faisant un baiser « papa et grand-mère t'embrassent ». Elle a un désir fort de la prendre, hésite devant la réaction du bébé puis, n'y tenant plus, elle la prend tout contre elle : « mon bébé, mon bébé d'amour ! ».*

La fois d'après :

*« Dans mes bras elle reste en observation, tranquille et confiante jusqu'à l'arrivée de maman. Je demande d'emblée à Mme d'attendre que Lolita soit prête pour la prendre... Lolita, en effet, a un visage fermé, la posture figée. Mme réitère avec impatience ses salutations à Lolita, l'embrassant sur la joue et l'appelant. Lolita ne bouge pas, reste fermée, pensive. Madame s'inquiète : « elle ne me reconnaît pas ? ». Je la rassure, lui demande de patienter, que c'est important pour Lolita de prendre le temps de penser ce qui se passe. La position interdite de Lolita se prolonge encore un peu et je perçois que pour Mme, c'est difficile. Je redemande à Lolita si elle est prête pour dire bonjour à sa maman. Elle tend légèrement la main à l'invité maternelle, qui a les deux bras tendus vers le bébé. Lolita n'a pas changé son expression et observe sa maman dire sa joie des retrouvailles en l'embrassant, la serrant contre elle. Lolita se met à battre des bras, retrouvant là leur mode relationnel, entre joie et excitation. »*

*« Départ : Lolita se love dans mes bras, se collant un peu à moi puis de temps à autre lève son regard bleu pensif vers le mien. Je lui parle du départ de sa maman, du retour de « Tatie ». Lolita sourit mais reste longuement blottie dans mes bras, accrochée à mon foulard. Nous parlons d'elle avec l'assistante familiale et son mari. Alors que l'assistante familiale parle des deux colères très fortes de Lolita (« arc-boutée et raide » et même « changeant de couleur et coupant sa respiration»), elle s'arc-boute dans mes bras rejetant sa tête en arrière, tenant tout le temps mon foulard. Je lui dis que nous allons nous dire au revoir et que je préférerais qu'elle lâche d'elle-même le foulard. Elle se blottit une dernière fois, puis lâche d'elle-même mon foulard avant d'aller sur les genoux de l'assistante familiale. »*

Ainsi, les retrouvailles se passent bien. Mère et fille peuvent continuer à profiter de ces temps pour échanger, prendre de l'autre, lui donner en retour, continuer à se sentir être mère et être fille de l'autre.

Lolita évolue bien. Elle a un joli teint, grandit de façon harmonieuse.

Pour Melle A., cette nouvelle situation semble difficile. Sa présentation physique est à nouveau plus « lourde », cheveux plaqués, moins féminine. Elle ne se permet plus de demander un encas à l'infirmière. La séparation à la fin de la médiation est beaucoup plus difficile. Elle semble alors presque se sauver.

*« Cette nouvelle façon de se séparer semble un peu perturber la maman. Je perçois qu'elle ne sait pas comment faire. Elle trouve pourtant les mots, embrasse Lolita et me la confie dans les bras. Elle part vite ensuite. »*

*« Je suis étonnée que Mme devance un peu le départ. Je suis aussi un peu désarmée quand elle me demande si elle peut s'absenter pour aller aux toilettes avant de partir. Premier départ... Pendant ce temps Lolita joue avec mes mains, elle les tient fermement puis c'est le vrai départ. Un baiser rapide, un départ tout aussi rapide... »*

## **Comment mère et fille s'emplissent l'une de l'autre ? En quoi cette séparation n'est pas une rupture ?**

### Du côté de la mère :

Lors de la première médiation, Melle A. dit souffrir de la séparation, avoir « le manque ». Elle tient en se rappelant les bons souvenirs au Home. « Mais c'est dur, j'ai le cœur brisé».

Après la semaine de Noël où elles n'ont pu se voir, Melle A. décrit très bien le manque, et comment se créer de beaux souvenirs :

*« Elle reste ainsi en regardant son bébé, en contenant ses mouvements, en l'embrassant délicatement sur les cheveux, en humant son odeur comme pour s'en emplir... Elle en parle bien de cela, l'odeur, le manque... Elle dit dormir avec un T-shirt porté par son enfant. Elle mime le plaisir de cette rencontre avec l'odeur de l'être aimé.... Le doudou bébé... Les rôles inversés. »*

On voit bien que l'attachement tient d'une séance sur l'autre, même lorsque les médiations sont espacées, et qu'entre chaque rencontre, Lolita existe dans l'esprit de sa mère, qu'elle a besoin de penser à elle, aux bons souvenirs, à l'odeur, au toucher... Qu'en serait-il de cette introjection de son bébé en elle si les rencontres n'avaient duré que quelques heures par semaine, dès la naissance de Lolita ? Y aurait-il eu cette continuité dans la relation ? Aurait-elle pu introjecter le bébé réel, ou serait-elle restée attachée au bébé imaginaire ? Aurait-elle pu avancer sur elle-même à ce point et laisser autant s'épanouir ses capacités de « bonne mère », celles-ci étant alors séparées de la fusion du couple et de la violence inéluctablement liée ?

### Du côté de Lolita :

De même, Lolita montre par son comportement comment elle profite des moments de rencontre médiatisée avec sa maman, pour s'en emplir par le regard, l'odeur, le contact corporel...

Pourquoi ce tel besoin ? Alors qu'elle peut profiter de ces bonnes choses avec d'autres substituts maternels, pourquoi n'abandonne-t-elle pas cela avec sa mère, dont auparavant elle avait besoin de se protéger, de fuir justement ce qu'alors elle recherche tant ? Aurait-elle eu ce même besoin séparée dès la naissance ? Le bébé recherche-t-il quelque chose de déjà connu lors de sa vie intra-utérine ? Pourquoi cette soif de connaître, de rencontrer sa mère, une fois que la relation n'est plus trop source de souffrance ?

Plusieurs observations de l'infirmière montrent Lolita dans ce processus d'introjection de sa mère :

*« Lolita reste dans le regard maternel, attentive, tendant ses bras pour toucher le visage de sa maman. »*

*« Lolita va chercher le regard de sa mère et elle y reste, là, pensive, puis elle sourit. C'est très émouvant cette rencontre. »*

*« Pendant le biberon Lolita effleure puis touche le visage maternel, le regard pensif, comme si elle mettait en mémoire. »*

*« Ensuite elles restent l'une contre l'autre blotties. Lolita regarde vers la fenêtre, rêveuse. »*

Lolita nous montre bien qu'il se passe quelque chose dans son esprit, un certain travail psychique autour du lien à sa mère. L'infirmière l'observe à plusieurs reprises. L'assistante maternelle le remarque également.

*« Je note que Lolita me regarde plus souvent qu'à l'accoutumée, ce qui va sans doute avec le fait qu'elle soit plus posée. Elle est souvent pensive quand elle me regarde, comme si nous pouvions échanger sur ce mode. »*

*« Ensuite, de nouveau, très posée dans mes bras, Lolita me regarde, avec intensité, dans une sorte de rêverie très riche. Puis elle se blottit et s'endort. »*

Le rôle de la référente comme moi auxiliaire du bébé, témoin de ce qui se passe pour permettre une pensée, des représentations détoxifiées, une certaine distance, une mise en récit, un récit intime et spécifique de la relation unique à cette dyade... apparaît nettement dans ce cas clinique.

*« Lolita est resplendissante : Rose, ronde, son beau regard bleu s'enrichit d'une belle profondeur que l'assistante familiale me conte... Elle dit que Lolita est pensive après la médiation thérapeutique lors du retour en voiture. J'aime bien cette idée. »*

Ainsi Lolita peut exprimer son ressenti, refuser le contact puis dire sa tristesse. Elle peut également profiter de grands moments de tendresse avec sa maman. Un travail psychique semble s'opérer en elle avant, pendant et après ces moments de rencontre avec sa mère. Quelle est la nature de ce travail ? De quels moyens cognitifs dispose Lolita ? Quelle y est la place, le rôle de la référente, observatrice ? Quelle forme, quelle existence propre l'objet interne d'attachement a-t-il ? Que devient-il dans l'absence ? Quelles sont ses résurgences ? Quelle est son action sur la construction du bébé ? Y a-t-il un travail possible de remaniement de cet objet par des rencontres régulières, filtrées, médiatisées, transformées ?

*« Que se passe-t-il pour Lolita dans ce face-à-face très proche autour du repas ? Rapidement, comme la semaine passée, elle devient posée et puis pensive. Après quelques cuillères elle se met à regarder fixement la fenêtre d'un air profondément pensif. Elle renouvelle cela plusieurs fois, ne répondant pas à sa maman qui appelle doucement. Je ne sais pourquoi, à ce moment, l'image de l'assistante familiale s'impose à moi, et je pars, moi aussi, dans mes pensées. Madame nous ramène au repas. Elle est obligée de se pencher pour aller chercher le bébé et faire un mouvement d'allées et venues pour tenter de croiser le regard perdu, sans y parvenir tout de suite. Rapidement Lolita refuse les cuillères, rejetant sa tête sur le côté brusquement et pleurant, des pleurs inhabituels qui semblent être un chagrin soudain. Elle se console dans les bras maternels. Comme un petit bébé elle tète son biberon d'eau. Elles sont là toutes les deux dans un moment de tendresse partagée*

*qu'elles connaissent bien. Elles le goûtent, le prolongent. Mais c'est malheureusement le temps du départ pour Mme. Comme la semaine dernière dès que j'annonce cela, Madame semble sauter sur son siège et précipiter le départ. Je lui dis de prendre le temps, ce qu'elle ne parvient pas à faire. Elle embrasse avec ferveur Lolita puis me la confie, semblant presque se sauver. Lolita réagit peu, de nouveau pensive. Elle se blottit contre moi mais après le départ de sa maman, elle reste silencieuse et pensive, ce que je respecte. »*

## **Conclusion**

Ce recueil des observations de Lolita s'arrête alors qu'elle a plus de 9 mois.

Nous sommes donc devant une petite fille placée en famille d'accueil depuis peu (1 mois environ), qui a rencontré sur des temps relativement longs sa mère après sa naissance, toujours dans un cadre de soin, cadre protecteur, ayant pour but non seulement d'éviter une mise en danger par la violence, la négligence, la discontinuité, mais aussi de travailler directement le lien entre mère et bébé ... Ce cadre ne semble pas avoir protégé complètement Lolita des éléments pathologiques de la relation à sa mère, intrusive, hyperstimulante, ne respectant pas dans un premier temps ses besoins les plus élémentaires .

Lolita est malheureusement restée longtemps dans un lieu de transition, non pensé pour apporter les soins primaires au bébé (corporels et affectifs) sur du long terme, en l'absence de sa mère.

Ainsi, Lolita a développé des défenses face à cette relation, notamment une hypervigilance, alternant avec des phases de retrait très inquiétantes. Cette relation a été ancrée dans son corps, parfois hypotonique, parfois hypertonique.

Par la suite, Lolita est sortie petit à petit de l'absence pour présenter un refus actif de contact, qui, une fois signifié, lui a permis d'aller vers sa mère, de lui dire sa tristesse

et de prendre ce qu'elle pouvait en prendre de bon, tout ceci dans un échange très riche et émouvant. Une fois en famille d'accueil (qui semble très soutenante et adaptée, et avec laquelle Lolita montre de bons liens), son état s'est encore amélioré.

Quant à sa mère, elle semble avoir dit au début combien il lui était impossible d'être en permanence dans une préoccupation primaire de son bébé. L'angoisse renvoyée par l'enfant réel, l'arrachement avec son compagnon si douloureux pour eux deux, l'ont au fil des jours amenée à accepter de ne pouvoir être une mère à temps plein. Ceci a été possible probablement parce qu'elle a eu le retour, par les soignantes mais surtout par sa fille, de ses capacités de « bonne mère ». Une fois la séparation réalisée, soulagée et à la fois consciente de la souffrance de la séparation avec sa fille, le désir de changement a pu s'opérer. Tout ce qu'elle pouvait donner de bon a pu alors se déployer, et mère et fille en ont profité pleinement.

Le papa, lui, fait preuve dès le départ d'une certaine perception des difficultés, et est prêt à imaginer une séparation avec son bébé, auquel il se montre pourtant très attaché, d'autant plus que de devoir sortir de la fusion avec sa compagne est très angoissant. Aurait-il préféré le sort de ses demi-sœurs au sien ? Il montrera en tout cas, d'après la mère, un désir de se soigner, et d'arriver à une vie d'adulte, avant de pouvoir devenir parent à temps plein.

Cette première phase d'hospitalisation en temps plein au Home sera-t-elle bénéfique à Lolita au long terme, malgré les défenses installées, malgré l'ancrage corporel d'une relation pathologique à sa mère ?

Les médiations thérapeutiques qui ont lieu après la séparation ont-elles plus de sens, plus de pouvoir soignant, parce qu'il y a eu cette rencontre soutenue avant ? Le lien peut-il être retravaillé en profondeur lors de ces temps ? Ou y aura-t-il toujours une trace indélébile et néfaste de la relation difficile à sa mère du tout début ?

S'il y avait eu des arguments plus inquiétants juste après la naissance, si le juge avait décidé d'un placement direct, Lolita aurait-elle pu profiter d'autant de bons

moments, de beaux échanges avec sa mère ? Mère et fille auraient-elles pu nouer un attachement aussi fort ?

Si oui, pourquoi la confronter aux difficultés de sa mère sur un temps long ? Pourquoi prendre le risque que son psychisme soit empreint d'une souffrance primaire, que le « sentiment continu d'exister » soit autant mis à mal, et que le mode de relation pathologique avec sa mère soit reproduit avec les autres personnes qui l'entoureront ?

Si non, qu'est-ce qui prime pour l'avenir ? Comment éviter le « mauvais » et permettre le « bon » dans la relation ? Le lien à sa mère, qui restera sa mère, est-il quelque chose de primordial pour le futur de Lolita ? Dans quelle mesure ?

Comment pondérer tout cela ? Quelle dose de « mauvais » peut-on se permettre dans la relation pour que le lien soit solide, s'il est structurant ? Il faut bien sûr avoir en tête que la séparation a aussi des effets néfastes, surtout quand elle n'est pas préparée, quand elle est subie, brutalement, et devient alors une rupture. Les placements ne sont pas toujours idéaux. Ce cas clinique en est une illustration, par la durée bien trop longue d'attente d'une famille d'accueil. Pour Lolita, le placement a été préparé, accepté par la mère qui était probablement prête à entendre qu'elle ne pouvait garder Lolita chez elle. Les choses ont été expliquées à Lolita. Probablement aurait-elle moins souffert si une famille d'accueil l'avait prise en charge plus tôt. Par contre, la mère (et on peut imaginer que le père aussi, parallèlement) a vraisemblablement profité de ce temps pour mûrir la question, et être prête, dans l'intérêt de sa fille, et rassurée par le fait qu'elle est et reste bien sa mère, unique et bonne malgré tout, à ce que celle-ci soit entourée par d'autres parents.

Ce que Lolita et sa mère nous montrent avec beaucoup de clarté, c'est ce travail de création du lien, de remodelage, de la mère au bébé réel, du bébé à sa mère réelle. Les observations sont riches dans ce sens : comment s'imprégner de l'autre, le mettre et le garder en soi, pour s'en nourrir encore en son absence. Bref, comment la séparation physique n'entraîne pas une perte mais permet au contraire de se trouver, de se retrouver, de continuer à tisser un lien qui semble ici fondamentalement bénéfique, pour la mère comme pour Lolita.

## II. D'autres questions :

- Le bébé reconnaît-il sa mère et son père à la naissance ? Quelles sont alors ses compétences ? Quelles interactions y a-t-il lorsqu'il est dans le ventre de sa mère ? Cette période et ces éventuelles interactions peuvent-elles être déjà à l'origine de troubles chez le bébé ?
- Que peut-il ressentir lors d'une séparation avec sa mère à la naissance ? Que vit un bébé qui se retrouve face à sa mère, dans le ventre de laquelle il a passé environ 9 mois, quand il la revoit plusieurs jours après sa naissance ?
- Que deviennent les représentations des parents lorsque l'enfant est placé ? Quelles influences ont-elles dans la vie des enfants ? Comment peut-on les travailler ?
- Lorsque la mère est psychotique, ses angoisses sont-elles transmises à l'enfant ? La dissociation l'empêchera-t-elle de penser ? Et la discordance de s'accorder ? En quoi certains symptômes psychotiques sont transmis par la relation ?
- Que renvoie à un enfant en train de construire son moi, son rapport au monde, un regard maternel tourné vers la dépression, la persécution, ou pris par des angoisses archaïques ? Quand le miroir ne reflète rien d'autre que du chaos, que ressent le bébé ?
- Les liens avec les parents biologiques sont-ils si importants pour le développement futur de l'enfant ?
- Qu'est-ce qui favorise l'attachement de l'enfant à sa famille d'accueil ?
- Comment devient-on parent ?
- Comment entourer les parents dans le placement de leur enfant ?
- En quoi la rencontre avec leur bébé est bénéfique et/ou risquée ?

# **Deuxième partie :**

## **Angles de réponses**

Afin d'essayer de répondre à ces questions, nous allons nous appuyer sur certaines théories et données actuelles de la science. Il faut tout d'abord préciser qu'aujourd'hui nous ignorons encore beaucoup de choses sur la nature du lien primaire qui se constitue dans les premiers mois de la vie de l'enfant. Ce travail ne se veut donc pas une réponse carrée, définitive et exhaustive aux questions posées, d'autant plus que le sujet touche à l'essence de la psychiatrie périnatale, à son histoire, mais aussi à la psychopathologie de l'individu de son enfance à l'âge adulte, en passant par l'adolescence et la parentalisation. Nous détaillerons donc dans cette deuxième partie ce qui nous semble essentiel.

Nous commencerons par étudier les avantages recherchés d'une telle rencontre entre mère et bébé sur un temps assez continu, avant de nous interroger sur les risques de cette rencontre, même en milieu protégé. Nous nous essaierons enfin à une synthèse.

## **I. Les avantages recherchés**

### **1) Côté bébé :**

- a) Eviter la rupture avec un environnement connu, d'autant plus qu'il était déjà probablement pathologique :

- *Connaissance de l'environnement par le fœtus et interactions:*

Si l'on retient pour chaque individu sa date de naissance comme repère du début de sa vie, les travaux sur les compétences du bébé dès la vie intra-utérine vont dans le sens d'un commencement, un « temps zéro » des capacités sensorielles, des mémorisations qui en découlent et des relations avec l'environnement, bien antérieur à la naissance. Ces compétences permettent des interactions entre le fœtus et ses parents.

Ainsi, Mazet et Stoleru, en reprenant les diverses études menées sur le sujet, détaillent les **capacités sensorielles** du fœtus.

Tout d'abord, l'*audition* tient un rôle essentiel. C'est par ce canal que passent le plus de relations entre le fœtus et l'extérieur. L'audition est possible du point de vue anatomique dès le 5<sup>ème</sup> mois de la vie intra-utérine. Le fœtus entend les bruits de fond qui correspondent aux bruits viscéraux et vasculaires provenant du corps de la mère. Une petite machine reproduisant ces bruits a été testée lorsque les bébés pleuraient après leur naissance (étude de Murooka). Sa mise en route les calmait instantanément.

Le fœtus entend aussi, de façon atténuée, les bruits extérieurs comme la voix humaine et la musique, notamment pour les fréquences aiguës. Ainsi, il entend mieux les voix masculines que féminines, en dehors de celle de sa mère.

Le *goût* est par ordre d'importance le deuxième canal sensoriel. Le fœtus goûte le liquide amniotique. Le bébé a à la naissance une préférence pour le sucré, sauf lorsque la mère a eu des vomissements, et ce quelle qu'en soit l'étiologie. Ceux-ci activent, par le biais d'une déshydratation extra-cellulaire, la sécrétion d'angiotensine (hormone qui permet de retenir le sel, et augmente la soif et l'appétence pour ce dernier) et d'aldostérone, qui passent la barrière placentaire et entraînent la propension du nouveau-né pour le sel.

Le bébé à la naissance est également bien équipé en ce qui concerne *l'odorat et la vision*. On peut imaginer que ces sens, dans la cavité amniotique, sont peu utilisés.

Pour ce qui est du *tact*, le bébé le perçoit à travers l'utérus et la paroi abdominale. Ainsi, dès le 7<sup>ème</sup> mois, il donne des coups de pieds ou de bras lorsqu'une pression assez importante s'exerce sur la paroi abdominale. C'est ce tact qui donne tout son sens à l'haptonomie, technique qui consiste à toucher le bébé à travers les parois abdominale et utérine, afin que les parents apprennent à caresser leur fœtus, à entrer en relation avec lui par ce biais.

Quant à la **motricité** du bébé, elle est beaucoup plus précoce que ce que l'on pensait. Dès la 7<sup>ème</sup> ou 8<sup>ème</sup> semaine de gestation, les mouvements fœtaux commencent à se faire. A 12-13 semaines, on peut observer non pas de simples

réflexes, mais des activités diversifiées, telles que mouvements respiratoires, sursauts, étirements, contacts des mains sur le visage, déglutitions, bâillements, suctions... Certains fœtus sucent leur pouce in utero.

Surtout, ces capacités sensorielles et motrices permettent un certain **degré d'apprentissage et de reconnaissance**, qui implique donc un certain **développement cognitif**.

Les études montrent qu'il existe une habitude aux bruits extérieurs. Par exemple, des nourrissons vivant près de l'aéroport d'Osaka pleurent quand un avion passe et les réveille, selon qu'ils ont été habitués à ce bruit in utero (Ando et Hattori). Plus la grossesse a eu lieu longtemps à proximité de l'aéroport, moins ils pleurent.

Les bébés reconnaissent à la naissance les musiques ou histoires qu'ils ont entendues in utero. Aussi, la voix de la mère, et notamment sa prosodie, élément le moins déformé en intra-utérin, est préférée aux autres voix après la naissance.

Ainsi, le fœtus n'est pas un être en attente de ressentir, d'interagir, chez qui rien ne se passerait, comme « sur pause ». Les études soutiennent l'hypothèse d'une « culture prénatale », d'une familiarisation avec l'environnement culturel dès la vie fœtale, et d'une continuité transmodale dans l'expérience perceptive. Le petit d'homme naît avec une certaine vision du monde, une « image polysensorielle » de celui-ci, pour reprendre le terme de Régine Prat (2003). Il va rechercher et préférer ce qu'il connaît à ce qu'il ne connaît pas. Le reconnu l'apaise.

Qu'en est-il des **interactions fœto-maternelles** ?

Toujours selon Mazet et Stoleru, la situation de symbiose profonde mère/fœtus est à l'origine d'interactions importantes.

Les relations organiques entre un fœtus « branché en dérivation » sur la circulation maternelle sanguine et sa mère sont évidentes. Elles se font par l'intermédiaire de facteurs humoraux et neuro-végétatifs.

Ainsi, la vie émotionnelle de la mère va avoir des effets sur le bébé. Par exemple, l'activité motrice du fœtus augmente en intensité, jusqu'à être violente et douloureuse pour la mère, lorsque celle-ci subit un choc émotionnel grave. Les mêmes bébés se montreront par la suite hyperexcitables.

Si mère et bébé sont en lien par le biais organique, on peut penser que leurs psychismes sont liés également par le comportement et la **vie fantasmatique de la mère**. Les représentations qu'elle a de son enfant, l'espace qu'il occupe dans son psychisme, mais aussi les représentations qu'elle a d'une mère, jouent un rôle considérable dans le déroulement de la grossesse.

Pour M. Bydlowski, la gestation est l'occasion pour la future mère d'une résurgence de temps forts de sa névrose infantile et éventuellement de ses expériences angoissantes des tout débuts de sa vie. Les parents sont tous les deux porteurs de représentations, de scénarios plus ou moins conscients, de marques signifiantes, venues de leur histoire de façon transgénérationnelle. « Ces marques seront transmises à leur insu en même temps que le souffle biologique ».

Elles sont de deux ordres :

- soit littérales. Il s'agit de représentations de mots. Elles sont donc énonçables. Ce sont les lettres et nombres qui composent les noms, prénoms, dates de naissance et de conception de l'enfant. Elles sont proches du conscient.
- soit moins directement énonçables. Il s'agit de signifiants corporels. Ils signifient que l'inconscient des parents va prendre corps dans l'espace psychocorporel neuf de l'enfant. « Car l'enjeu est bien de constituer un nouveau corps humain habité d'une mémoire. L'enfant à venir va ainsi prendre vie somato-psychique dans un réseau de représentations qui lui préexistent. » Ces représentations sont plus enfouies dans l'inconscient des parents.

L'enfant conçu est donc porteur d'avance des aléas biographiques et libidinaux de ses ascendants immédiats.

La vie fantasmatique connaît donc un bouleversement psychologique chez la femme qui devient mère et chez qui les conflits antérieurs se réactualisent. Si elle doit

s'adapter sur le plan biologique pour que la « greffe » qu'est le bébé dans son organisme soit possible, la nidation en son psychisme nécessite également des ajustements.

Dans un premier temps, il faut qu'autrui ne soit pas reconnu, mais qu'il soit confondu avec le soi. Certains auteurs parlent donc de régression au narcissisme primaire, de relation d'objet narcissique et fusionnelle au cours de la grossesse. Cette indifférenciation soi-autrui rend tolérable l'intrusion d'un nouvel être dans le corps et dans le psychisme maternels.

Durant cette période, des remémorations infantiles affluent. Celles-ci peuvent favoriser l'identification de la femme à l'enfant qu'elle porte, en passant par celui qu'elle fut. Dans les cas où le bébé en la mère a beaucoup souffert, et que cette souffrance n'est pas représentée dans son psychisme, qu'elle reste à l'état brut, l'identification au bébé réel est difficile voire impossible, et la confrontation avec lui source d'angoisse.

Dans un deuxième temps, un certain degré d'objectalisation apparaît. La découverte des signes de grossesse, les images du bébé à l'échographie, la perception de ses mouvements, l'anticipation de l'accouchement,... poussent la femme à différencier son bébé d'elle-même. La croissance de l'être humain s'accompagne de représentations mentales chez la mère. L'image de l'enfant s'affirme progressivement, ainsi que l'image de la femme en tant que mère. Ces représentations maternelles, accompagnées du bain d'affect qui les accompagnent, contribuent à la construction d'un espace psychique maternel pour l'enfant. Selon Bayle, c'est dans cet espace que s'articule ce que les auteurs ont décrit à la fois sous les termes de maternalité (Racamier), de transparence psychique (Bydlowski), d'enfant imaginaire (Soulé, Lebovici), de relation d'objet virtuel (Missonier), et de préoccupation maternelle primaire (Winnicott).

Ainsi la femme devenue mère arrive-t-elle à un espace psychique de contenance et d'interaction avec l'enfant virtuel (« virtuel » désigne « ce qui n'est qu'en puissance »). Bayle (2005) nomme cet espace « espace maternel de différenciation et d'identification psychique de l'être humain conçu » (EMDIPEHC). Il est produit par la femme en fonction de ce qui la constitue. L'être conçu active par sa présence la

psyché maternelle. L'EMDIPEHC s'élabore donc dans la psyché maternelle et par la psyché maternelle, en fonction de ce qu'elle est.

➤ *Environnement éventuellement pathologique et conséquences sur le bébé:*

Or, dans certains cas, et plus souvent chez les parents dont il est question dans notre étude, la création de cet espace psychique ne se fait pas. Pour concevoir, il faut percevoir le réel, pour se le représenter. Ces deux actions mentales, percevoir et se représenter, peuvent être compliquées chez certaines femmes. Le bébé peut alors ne pas être contenu dans le psychisme de sa mère.

Il peut par exemple y avoir dénégation ou déni de grossesse. Dans la dénégation, mécanisme névrotique, la perception de la grossesse vient à la conscience mais se trouve alors annulée, refoulée. Dans les cas de déni, le sujet refuse la réalité physique et psychique de la grossesse. Le moi est clivé. Il peut y avoir absence totale de signes extérieurs de grossesse, comme si le corps la niait aussi. Le psychisme a donc la capacité d'empêcher les manifestations biologiques ou physiques. Freud dit : « La névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir d'elle ; la psychose la dénie et cherche à la remplacer. » Ainsi, les négations de grossesse s'accompagnent d'un vide perceptif et représentationnel.

Au niveau de la représentation, il y a deux niveaux de blocage possibles : soit l'enfant est lui-même irréprésentable, impensable, inconcevable, soit c'est le fait d'être enceinte ou d'être mère qui est mentalement inconcevable. Selon le blocage, les réactions de la mère vont être différentes.

Ainsi, on peut imaginer que la vie des fœtus est très variable selon qu'il existe un espace psychique pour eux chez leurs parents ou non.

Lorsqu'une femme a une représentation stable et saine du fait d'être mère, de bons liens avec la sienne, un conflit œdipien résolu, qu'elle peut s'identifier sereinement à son enfant ; lorsque le père est présent, vit sa paternité sans trop d'embûches, peut entourer sa femme ; la conception psycho-physiologique du bébé peut se dérouler convenablement. Les parents peuvent se représenter le bébé à venir, eux comme parents, avoir du plaisir à interagir avec leur enfant en fin de grossesse par le

toucher, la voix... Le fœtus aura alors en mémoire des séquences où toucher et voix douces, maternelle et paternelle, entoureront ses mouvements.

Lorsqu'une mère est dans le déni de son enfant, le ressenti physique du bébé dans un ventre qui se développe peu doit être très différent. Il n'y a pas d'interaction recherchée par la mère.

Les impulsions infanticides de mères trop angoissées par la présence en elles d'un enfant peuvent les mener à maltraiter le fœtus, consciemment ou pas, par la prise de toxiques, des manœuvres abortives, etc.

Si la mère vit avec angoisse la différenciation de son enfant, on peut penser que les mouvements de ce dernier, à partir du moment où elle les perçoit, sont accompagnés de décharge d'adrénaline, si ce n'est de coups. Ainsi la mère de Lolita semble ne pas supporter les mouvements de son bébé, qui lui rappelle sa présence, et tape dans son ventre en s'écriant : « elle ne peut pas me laisser tranquille ! ».

Une mère ayant fait une fausse-couche tardive lors d'une précédente grossesse, assaillie par des angoisses de mort concernant son enfant à venir, pourra le stimuler quotidiennement, jusqu'à ce qu'il bouge enfin, prouvant par là qu'il est bien vivant.

On voit alors comment la motricité du fœtus peut être inhibée, excitée ou niée par les réactions de sa mère. A la naissance il y aura donc des différences entre les bébés qui ne seront pas liées seulement à leur patrimoine génétique. Puisqu'il y a mémorisation, il est possible que le fœtus anticipe les conséquences de ses mouvements.

On peut penser également que les rythmes du bébé vont être liés au comportement de sa mère. Une mère stimulant sans cesse son bébé pour qu'il bouge ne pourra respecter son rythme veille/sommeil.

Bydlowski explique des différences de ressenti de la mère face à son bébé in utero en terme d'objet interne. Si la mère, étant elle-même nourrisson, a connu des soins de sa propre mère adaptés, elle a pu se constituer un sentiment continu d'exister. La cohérence des soins est ce qui donne au monde environnant du bébé un début de signification. Le bébé que la mère était a pu alors introjecter l'image de soins maternels secourables et sécurisants et se constituer ainsi un bon objet interne. Or la

grossesse est la période de la vie de la femme où l'objet interne prend une figuration ; « mieux, il a un volume, celui du ventre qui s'arrondit, du fœtus qui pousse inexorablement de l'intérieur ». L'objet interne passe ainsi de pure métaphore à une réalité tangible, concrète.

Parfois l'image intérieure n'est pas si bonne. Ceci est le cas quand la mère, lorsqu'elle était nourrisson, a été confrontée à l'angoisse du chaos du fait de soins insuffisants, intrusifs ou discordants. Alors l'objet interne que l'enfant construit est peu fiable, voire menaçant. Lorsque l'enfant deviendra femme enceinte, son bébé à venir, représentant de l'objet interne, risquera d'être perçu avec effroi.

Pour illustrer cela, M. Bydlowski prend l'exemple d'une femme enceinte, à la petite enfance chaotique, qui fit le rêve suivant : « Sa mère a été découpée en morceaux, mais le corps mutilé est en fait celui d'un bébé ». La métaphore de l'objet intérieur menaçant, morcelant, morcelé, apparaît bien.

Cliniquement, les bébés placés à la naissance en raison de la maladie psychotique d'un ou des deux parents sont très différents des bébés séparés à la naissance de mère souhaitant les abandonner pour qu'ils soient adoptés. On est en droit de penser que ceci est dû à la vie intra-utérine, qui n'est pas forcément perturbée lorsque la mère ne souhaite pas garder son enfant, alors qu'elle l'est très fréquemment en cas de psychose. La plupart des mères qui placent leur bébé sous X ne sont pas malades psychiquement. Les bébés sont plutôt silencieux, discrets, réclamant peu le biberon, pleurant rarement. Ils ont tendance à se faire oublier. Ces bébés changent lorsqu'ils se retrouvent dans leur famille d'adoption, deux mois après la naissance (période de rétractation possible pour la mère biologique). L'affection qui leur est alors apportée semble les ramener à la vie.

Les bébés séparés de leur mère psychotique, quant à eux, naissent fréquemment avec des troubles. Pour M. David (1989), ceux-ci sont vraisemblablement en lien avec une souffrance au cours de la vie intra-utérine. Ces bébés sont fragiles, parfois de petit poids et prématurés, particulièrement sensibles. Ils entraînent fréquemment le désintérêt voire l'agressivité des soignants ou des familles d'accueil, « surajoutant une situation de carence à leur état premier et entraînant de ce fait des dysfonctionnements plus ou moins étendus de développement ». Pour l'auteur, s'ils

restent avec leur mère avant le placement, ils sont exposés aux impulsions psychotiques maternelles (fusion, destruction), dans une alternance de long abandon total, de moments gratifiants et de moments terrifiants, les uns et les autres se succédant de manière imprévisible. Le risque d'un accident dans un mouvement de violence ne peut être exclu. Ceci peut arriver alors que la mère n'a pas l'intention de détruire son enfant, mais souhaite attirer l'attention pour qu'on le lui retire. Ces bébés sont marqués par leur expérience précoce et les atypies de leurs modalités d'attachement ne disparaissent pas avec la séparation et le placement.

Lorsque la mère disparaît, ces modalités d'attachement primaire restent fixées.

M. David (1989) décrit donc des enfants qui ne vont pas bien à la naissance même s'ils sont séparés de leur mère. Elle nous dit qu'en même temps en les laissant auprès de leur mère avant le placement il y a de trop grands dangers pour les deux protagonistes, et que les modalités relationnelles que le bébé engage avec sa mère vont rester fixées. L'idée de travailler leur lien directement, sur une temporalité plus continue qu'une heure ou deux par semaine, en protégeant le bébé des accès de violence et du chaos, et en leur permettant ainsi de se connaître, serait-elle la meilleure alternative ?

Ainsi, selon l'état psychique des parents, leurs relations primitives, la résolution plus ou moins heureuse de leurs conflits antérieurs, la vie du fœtus va être bien différente. Certains parlent de sentiments qu'il éprouverait. Nous ignorons encore ce qu'il en est réellement. Il y a en tout cas un cercle d'interactions : le fœtus réagit aux réactions de la mère et la mère réagit aux réactions du fœtus. Il existe un véritable dialogue corporel entre mère et enfant. Par ailleurs, des observations échographiques suivies d'observations des bébés après la naissance, travaux réalisés par A. Piontelli ou R. Negri, vont dans le sens d'une « continuité comportementale » du fœtus à l'enfant.

Aussi, pour revenir à l'espace de différenciation et d'identification psychique de l'être humain conçu, il va être particulier en cas de parents malades mentaux. Bayle (2005) prend l'exemple d'un enfant conçu d'un père paranoïaque et d'une mère schizophrène : l'être humain conçu va alors être porteur de déterminations conceptionnelles particulières, d'ordre non pas biologique mais psychosocioculturel,

qui participent au fondement de son identité conceptionnelle. « L'EMDIPEHC est marqué par la pathologie parentale. La psychose nous fait basculer dans le registre de la relation d'objet narcissique, où autrui et soi tendent à l'indifférenciation. L'objectalisation de l'être humain conçu reste précaire. [...] Ces déterminations conceptionnelles ne participent pas seulement à la définition de l'environnement psychoaffectif de l'être humain conçu. C'est bien un pan de l'identité même de l'être humain conçu que nous définissons ainsi (celui-ci est, par exemple, l'enfant de deux « grands » malades mentaux). »

Des études ont cherché à faire le lien entre l'état psychique de la mère d'une part et le déroulement de la grossesse et l'état du bébé à la naissance d'autre part. Mazet et Stoleru les résument.

L'étude de Mamelle montre que certaines composantes psychologiques chez la mère semblent être en lien statistique avec la survenue d'une prématurité :

- l'image corporelle (difficulté à vivre la modification du corps, gêne et honte en public, refus de se voir plus grosse). On peut y relier l'accès plus ou moins facile à la féminité, à la maternité.

- le sentiment de plénitude (absence de plénitude, anxiété, peur de ne pas être maternelle), probablement lié aux imagos maternelles.

- la place du père de l'enfant (un enfant pour soi-même, manque d'investissement et indifférence de la part du père). On retrouve ici la possibilité ou non qu'a la mère de faire place à un tiers dans sa relation à son enfant, mais aussi la place de son propre père.

- le lien de filiation (pauvreté du lien de filiation, sentiment d'avoir été un enfant non désiré, différent des autres). L'enfance de la mère, ses liens et représentations de ses parents, biologiques, d'accueil, ou adoptifs, trouvent leur place dans cet item.

- importance des superstitions et croyances dans un destin familial ou dans le pouvoir de la société, de la religion, de la science.

On voit dès lors comment les pathologies psychiques peuvent interférer sur un ou plusieurs de ces points.

Une autre étude (Richard) a étudié cent femmes enceintes sélectionnées au hasard. Chacune a été évaluée sur le plan psychique par deux questionnaires, un à 6 mois de grossesse et un juste avant l'accouchement. Chaque bébé a été examiné à la naissance et entre 6 et 8 mois de vie. Une différence importante a été trouvée entre le groupe de femmes ayant eu une grossesse dite normale et celles ayant eu d'importants désordres affectifs sous la forme d'une détresse psychologique grave. Ce deuxième groupe a présenté une plus grande fréquence de naissances prématurées, de difficultés d'accouchement, de difficultés néonatales chez le bébé mais aussi de difficultés postnatales précoces (reflux gastro-œsophagiens ou autres troubles).

Ainsi, l'état psychique de la mère a une influence importante sur le déroulement de la grossesse, le vécu du fœtus et l'état de l'enfant à la naissance.

Tout ne commencerait donc pas au moment où le bébé pointe sa tête en dehors du corps maternel. L'idée de pouvoir protéger mère et bébé d'une relation pathologique en les séparant dès la naissance est donc sans doute une illusion à laquelle il faut renoncer. Cela fait déjà des mois qu'ils sont liés l'un à l'autre, même si on ne peut parler d'une relation d'objet pour le bébé qui est alors une « créature purement narcissique », pour reprendre les termes de Freud. Si le bébé ne distingue pas ce qu'il est de son environnement, il n'en demeure pas moins qu'il réagit à cet environnement, même avant la naissance, et le mémorise. De plus, le fait que le bébé provienne de parents malades joue un rôle sur son identité conceptionnelle.

Il en découle deux faits :

➤ Le double trauma :

Le trauma ou traumatisme psychique désigne un événement de la vie du sujet défini par son intensité, par l'incapacité où il se trouve d'y répondre adéquatement, par le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. D'un point de vue économique, le trauma se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.

Ainsi la naissance peut être vécue comme un trauma.

La séparation durable avec la mère à ce moment pourrait être vécue par le bébé comme un second arrachement, ou un arrachement sans réparation rapide, une rupture par rapport à ce qu'il connaissait avant. On a vu que le bébé reconnaît sa mère, la voix de son père, et a des préférences pour ce qu'il a entendu, goûté, senti, pendant sa vie intra-utérine. Il semble donc avoir besoin d'une certaine continuité dans le passage du « corps en corps » au corps à corps. Une rupture radicale avec les perceptions connues s'ajouterait à celle inhérente à la naissance.

En effet la naissance est en elle-même une violence. R. Prat (2003) décrit celle-ci. Le bébé aquatique découvre brutalement la vie aérienne. Il y a un bouleversement de toutes les données du monde connu. C'est ce que W. Bion appelle « changement catastrophique ». Le travail par la suite serait de reconstruire ce monde, d'en retrouver les bornes, les limites et les lois. E. Bick propose la métaphore d'un « cosmonaute lâché dans l'espace sans sa combinaison » pour décrire le vécu du bébé à la naissance. Après une forte tenue sur une grande surface de son corps, une pression importante dans les derniers moments de sa vie intra-utérine, il se retrouve en contact seulement par une petite partie de lui avec l'extérieur : les mains de la sage-femme, la poitrine de sa mère, le torse de son père, le matelas de son lit... Les angoisses ressenties seraient des angoisses de lâchage, de chute, d'explosion, de liquéfaction.

L'environnement doit alors procurer au bébé une tenue suffisante (le « holding » de Winnicott) qui lui permette de rassembler les éléments sensoriels épars de son vécu. Il pourra alors reconstituer cette enveloppe première. C'est à partir de l'éprouvé sensoriel, qui débute donc pendant la vie intra-utérine, que le bébé pourra construire une image de soi et, secondairement, intérioriser cette fonction d'enveloppe psychique, appelée moi-peau par Anzieu. Le bébé construit donc son identité à partir de la relation avec sa mère ou son substitut maternel. L'identité est donc d'abord une identité corporelle ancrée dans l'éprouvé sensoriel. Lorsqu'il n'est pas entouré par sa mère après la naissance, quelle est la conséquence de la séparation avec elle ? Le bébé ressentira-t-il celle-ci

comme un arrachement, une perte d'une partie de lui-même ? Si oui, que devient ce vécu d'arrachement avec le temps ?

Pour Régine Prat, (2005) la vie des bébés est faite de successions de moments de rupture traumatique et de leur réparation par la vie même. Le prototype en est le terrible arrachement premier dans l'expérience de la naissance. « Le fait même de la naissance est une violence, une rupture de la continuité qui nécessite une réparation... pour pouvoir simplement continuer à vivre ». Il faut donc suffisamment de moments de réparation pour rétablir une continuité de l'expérience vécue.

Quid de cette réparation quand la vie intra-utérine est déjà marquée par la pathologie mentale de la mère ? Doit-elle se faire en évitant au maximum le contact avec la pathologie quitte à réaliser cette double rupture ou au contraire en entourant le bébé dans la réalité et la continuité de l'expérience vécue avec sa mère ?

➤ La nécessité de soigner la relation

La pathologie de la mère a déjà des conséquences pour le bébé. Il est légitime de penser qu'il serait important de travailler ceci au cœur de la relation, afin que les traumatismes éventuels du fœtus ne restent pas tels quels, « enkystés » quelque part dans le corps et la mémoire de l'individu. Si on donne le meilleur environnement possible au bébé après la naissance en le séparant de sa mère inadéquate, que deviennent ces mémorisations chaotiques ? Vont-elles rester liées à l'état brut à l'imagen maternelle ? Qu'en est-il de cette réparation dont parle Régine Prat quand la vie intra-utérine est déjà marquée par la pathologie mentale de la mère ? Doit-elle se faire en évitant au maximum le contact avec la pathologie ou au contraire en entourant le bébé dans la réalité et la continuité de l'expérience vécue avec sa mère ?

De plus, nous avons vu qu'un pan de l'identité de l'enfant est lié à la pathologie mentale de ses parents (« Le fils de la folle »). Il est sûrement d'autant plus important de travailler la relation, le lien d'affection entre l'enfant et ses parents, que ceux-ci sont malades. L'aider à faire la part entre partie saine et partie

malade des parents, en les connaissant dans leur complexité, pour l'aider à se définir lui-même autrement que comme « l'enfant de fous ».

Ainsi la rencontre mère-bébé dans un face à face en milieu protégé aurait pour avantages de respecter le sentiment continu d'exister du nouveau-né, qui découvrirait à la naissance un monde pas tout à fait nouveau, de lui éviter ainsi un vécu d'arrachement, et de lui permettre de relier plus tard ce qui est vécu en intra-utérin avec d'autres aspects de sa mère, y compris des côtés suffisamment bons, pour que des représentations de ces inadéquations puissent être possibles par la suite. Lier les événements, lui permettre de mettre en sens plus tard pour peut-être mettre à distance et pouvoir s'identifier à des côtés « bons » de ses parents.

b) La rencontre de la mère en tant qu'objet distinct comme préalable indispensable à une séparation :

Puisque le bébé a déjà rencontré et mémorisé une image de sa mère par le biais sensoriel, et puisqu'il ne peut qu'être passif dans les choix faits, le séparer d'elle à la naissance constitue inévitablement une rupture. De plus, en France, il est très rare que le juge pour enfants décide d'une déchéance des droits parentaux, et, même lorsque celle-ci a lieu, ce n'est qu'au terme d'une longue période. La loi indique en effet qu'une mesure de déchéance ne peut être prononcée que si un parent ne donne aucune manifestation d'intérêt pour son enfant pendant un an. Le moindre léger intérêt du parent (petit cadeau, carte postale,...) empêche de considérer l'enfant comme abandonné et donc adoptable. Ainsi les parents vont rester les parents de ce bébé, au moins un long moment. Il ne semble donc pas négligeable d'aider le bébé à se séparer de ses parents psychiquement, et eux de lui, pour que la séparation physique ne rime pas avec rupture.

Or, pour pouvoir se séparer psychiquement, il faut avoir rencontré l'autre, et pour cela l'avoir dissocié de soi. Alors seulement il est possible de l'introjecter, de se le

représenter en son absence. Lorsque la mère n'est pas à ses côtés, le bébé qui a introjecté sa mère sait qu'il ne l'a pas perdue, et la garde en lui. La continuité est sauvegardée, la rupture évitée.

Si le bébé n'a pas pu introjecter des représentations différenciées et suffisamment bonnes de sa mère, la séparation physique sera pour lui un arrachement, une amputation d'une partie de lui-même. Séparation physique rimera avec absence psychique. M. David (1989) décrit la séparation précoce ainsi : « manque, voire perte par l'enfant de son « objet » faiblement ou incomplètement intériorisé, perte de lui-même aussi, dans la mesure où le parent est encore partie de soi, ce qui lui reste de lui-même étant alors vécu comme la partie rejetée, mauvaise, abandonnée, en perdition, hémorragie narcissique enfin, la séparation signifiant rejet et celui-ci venant confirmer l'enfant dans son sentiment d'être « mauvais ». »

Comme l'indique Roussillon, pour se séparer psychiquement de l'autre, il faut avoir suffisamment de présence de l'autre en soi, une présence satisfaisante, dont ensuite on pourra se séparer.

Ceci implique la nécessité que mère et bébé se rencontrent pour pouvoir réellement se séparer psychiquement, d'autant plus que le lien est compliqué, qu'il est difficile pour eux de passer de bons moments ensemble.

Pour que le bébé rencontre sa mère, comme une personne distincte de lui, il faut qu'il puisse établir une relation d'objet. Or ceci n'est pas possible dès la naissance.

Dans les premiers mois, le bébé vit dans un état de confusion entre lui et le monde extérieur, appelé narcissisme primaire. M. Berger (1992) explique qu'il vit dans l'illusion qu'il est à l'origine du monde qui l'entoure. C'est comme si l'environnement n'existait pas. Lorsque le monde est accueillant, adapté à ses besoins, le bébé pense s'être créé un bon monde, et être donc un bon bébé, puisqu'il est indifférencié de son environnement. S'il évolue dans un environnement perturbé et perturbant, il n'arrive pas à s'en sentir le créateur. Lorsque le sein arrive alors qu'il a faim, le bébé, créateur du sein, se sent tout-puissant. Lorsqu'il ne vient pas, ou alors quand il vient alors qu'il a besoin d'autre chose, le bébé ne peut se sentir à l'origine de ce qui lui arrive. Il n'y a pas de lien entre son ressenti (la faim) et ce qui se passe (rien ou autre chose que le sein ou le biberon). Il se retrouve alors dans un état de désarroi où tout

lui échappe. L'enfant préférant la culpabilité à la détresse, il s'imagine être un mauvais bébé, créateur de ce mauvais monde. Il y a alors une culpabilité primaire.

Roussillon fait l'hypothèse que, « pour que s'organise un lien suffisamment sécurisé avec un objet investi, il est nécessaire que celui-ci soit progressivement « perçu », « construit », et « conçu » comme un « double » de soi. » Cette relation en double se construit par le biais d'un échange et d'un partage à deux niveaux : « Le premier niveau est celui d'un partage esthétique, d'un ajustement et d'un partage de sensations corporelles ; le second niveau est celui d'un partage émotionnel, d'un accordage affectif. » Cette construction d'un double se constitue et s'observe dans ce que Roussillon (2002) nomme une « chorégraphie » de l'ajustement mimo-gesto-postural réciproque entre mère et bébé ».

Vers 4 à 6 mois, l'enfant va sortir de cette confusion. Il entre dans ce que Winnicott appelle le « processus de destructivité ». Il attaque son environnement, mord, déchire, tire les cheveux,... sans souci de la souffrance infligée. Il teste ainsi la résistance des objets à ses attaques. S'ils résistent, c'est que l'enfant n'est pas tout puissant. Sa violence n'a pas endommagé les objets. Ils ne sont donc pas seulement le fruit de son psychisme, qui voulait les voir détruits, mais bien extérieurs à lui, distincts de lui, c'est-à-dire réels.

Ainsi, les parents qu'un enfant considère comme réels sont ceux qui ont résisté à ses attaques, sans être détruits, sans se venger en retour.

Donc pour que le bébé accède à la notion de parents réels, il faut qu'il ait eu un environnement suffisamment adéquat, duquel il a pu se sentir le « super créateur », puis qu'il ait dirigé vers celui-ci une certaine destructivité, non destructrice en retour, mais bien régulée par ce même environnement.

C'est donc souvent au bout d'environ 6 mois que le bébé a accès à la notion d'objet distinct de lui.

Si l'idée n'est pas forcément qu'il rencontre sa mère sur des temps continus jusqu'à ce qu'il en soit arrivé à cette étape, il pourrait être intéressant de garantir une continuité qui lui permette de se constituer sainement, protégé par l'environnement soignant qui enveloppe sa mère et lui, pour que de bons moments s'échangent au

sein d'un attachement avec elle, afin de plus tard s'en détacher réellement. Le soin viserait une mise en forme des discontinuités qui rétablirait la continuité. Le bébé n'a pas introjecté sa mère comme individu distinct de lui, mais a pu édifier un environnement interne lui permettant de supporter l'absence de sa mère sur des temps de plus en plus longs au fur et à mesure qu'il grandit. Ainsi Winnicott explique que la capacité de maintenir en mémoire, d'éprouver le sentiment d'une continuité de l'existence, le « temps d'absence », dépend étroitement de l'âge du nourrisson. « Le sentiment d'existence de la mère dure x minutes. Si la mère s'absente plus de x minutes, l'imgo s'efface et dans un même temps cesse la capacité qu'a le bébé d'utiliser le symbole de l'union. Le bébé est désemparé, mais il est bientôt remis de son désarroi si la mère revient au bout d'un temps y. En x+y+z minutes, il est traumatisé, ressent une coupure dans la continuité de son existence, et il organise des défenses contre la répétition d'angoisse impensable, c'est-à-dire contre la dépendance par rapport à un environnement qui peut faire faillite de manière imprévisible et intolérable ».

La rencontre en hospitalisation mère-bébé en temps-plein permet de créer un pont entre le prénatal et les médiations thérapeutiques, lesquelles ont pour but le maintien du lien parents-enfant. Celles-ci prennent sens si elles entrent en résonance pour le bébé comme pour ses parents avec quelque chose qui est déjà perçu, connu, introjecté. Si ce qui a été mémorisé in utero est sans lien avec l'après-naissance, dans les cas où le bébé découvre un environnement complètement différent, avec des bruits, des voix, des odeurs, des comportements tout autres, que ressent-il lorsqu'il se retrouve brusquement au contact de sa mère?

- c) Les premières relations comme moment adéquat pour la construction d'un attachement profond, afin de laisser une trace en l'autre et éviter peut-être que le lien ne se construise jamais :

Bydlowski reprend les observations de D. Stern pour expliquer le passage des représentations inconscientes et transgénérationnelles de la mère à l'enfant. Dans

l'interaction entre le nourrisson et sa mère, celle-ci agit ses représentations par ses gestes, la répétition de ceux-ci. Ses mouvements d'humeur, ses émotions, sont ainsi traduits. On peut dire qu'elle transmet alors sa « culture ». Le bébé la déchiffre, bien qu'il ne connaisse pas le sens des mots. Il a en effet l'aptitude à saisir le langage du corps et des sentiments.

De cette manière, il se crée une mémoire chez le bébé, qui diffère du souvenir, en ceci qu'elle est absente du conscient. La mémoire est inscrite dans son corps.

Les premières semaines de la vie du bébé sont donc un moment privilégié pour que passent entre mère et enfant, et ce par les canaux sensoriels, des connaissances profondes et souvent inconscientes chez les deux protagonistes.

Selon Bowlby, l'attachement à la naissance est un besoin primaire pour le bébé, au même titre que les autres besoins de l'autoconservation. L'attachement va nouer entre eux deux êtres vivants, par le corps à corps et tous les modes de communication sensoriels : le toucher, les odeurs, les échanges profonds de regard, la prosodie de la voix.

L'intérêt que celui-ci s'inscrive avec la mère biologique qui restera la mère de l'enfant, c'est qu'avec elle le bébé a accès à son histoire, à son identité conceptionnelle, à son inscription dans le transgénérationnel (cf. plus loin). Nous en verrons les risques.

Si on préfère que cet attachement privilégié se fasse avec un substitut maternel, le bébé recevra certes davantage de « bonnes interactions », de « bons moments », mais sans qu'ils l'inscrivent dans son histoire. Par la suite, quand il verra sa mère, le lien sera fragile, et à construire, d'une manière moins « primaire », moins évidente. L'envie de se voir ne sera pas habitée corporellement ni pour la mère ni pour l'enfant. Devant l'absence d'élan venant de sa mère, pour le voir, l'enfant peut être blessé narcissiquement. De plus, il n'est pas sûr que le substitut rencontré dans les premiers temps sera la personne accueillante sur le long terme. Peut-être est-il intéressant d'être toujours en lien avec celle qu'on a rencontré dans le corps à corps, surtout quand il s'agit de sa mère. Peut-être est-il préférable d'être attaché physiquement à quelqu'un d'absent qu'à quelqu'un de défaillant...

Comment se crée l'amour maternel ? Bydlowski précise qu'on ne peut pas le considérer comme l'événement obligatoire qu'il est dans les espèces animales. Comme tout amour humain, l'amour maternel est soumis aux avatars de l'affectivité inconsciente. Bien que la mère l'ait porté pendant des mois, le nourrisson à la naissance est le partenaire d'une rencontre étrangère. Il peut se produire un coup de foudre, lorsque le nourrisson correspond physiquement et sexuellement aux représentations inconscientes de sa mère. Cette magie peut également ne pas avoir lieu. C'est alors le compagnonnage avec l'enfant qui construira lentement l'amour-attachement, tout aussi fort que le coup de foudre mais moins déraisonnable. Cet attachement doit avoir lieu, et doit avoir un lieu, de préférence un endroit qui soit protecteur pour l'enfant.

Le troisième élément qui entre dans l'amour maternel est l'identification narcissique de l'enfant par la mère. « Ce bébé me ressemble et je le reconnais comme mien ». Cet élément est présent aussi chez les pères. Il est le seul qui reste lorsqu'on sépare mère et bébé à la naissance. Or il n'est pas toujours positif. Les mères déprimées par exemple peuvent vite transmettre l'auto-dévaluation à leur enfant. On ne peut donc pas compter uniquement sur l'identification narcissique pour que le lien entre bébé et parents se fassent.

Alors que la mère ne souhaite pas se séparer de son enfant, alors que les parents (si le père est présent) resteront les parents sur le plan juridique et symbolique, pourquoi les priver de la possibilité de s'attacher à leur bébé ? Pourquoi priver l'enfant de l'amour de ses parents ? Peut-on faire cela au nom du soin ? L'amour des parents n'est-il pas indispensable pour se construire, pour se reconnaître une légitimité d'existence, au même titre que tous les autres êtres humains ? Est-ce l'amour qui est pathologique et pathogène ? Ou au contraire est-il d'autant plus nécessaire que les parents sont incapables de s'occuper seuls et à plein temps de leur enfant ? On est en droit de penser que l'enfant acceptera davantage les difficultés de ses parents par rapport à lui, les souffrances vécues, qu'il se sentira aimé d'eux et les aimera. L'amour pourrait être nécessaire et indispensable pour avoir accès à l'ambivalence. On ne peut pas accepter de voir le « mauvais » s'il n'y a pas de « bon » auquel se rattacher.

L'attachement est fondateur d'amour mutuel et de ce sentiment océanique qui unit la mère à son bébé. Il pourrait être un besoin primaire du bébé à la naissance. Permettre qu'il se fasse alors pourrait garantir la poursuite du besoin et de l'envie du maintien des liens du côté de l'enfant comme du côté des parents. Le maintien des liens ne serait alors pas pure action soignante et sociale assise sur une idéologie, reléguant en arrière-plan le développement somato-psychique de l'enfant en laissant l'enfant chez ses parents, mais répondrait à un besoin, tant présent que futur, pour la santé psychique de l'enfant mais aussi celle de ses parents, tout en les protégeant des risques que cette rencontre attachante peut entraîner.

La question qui se pose alors est celle de sa souffrance à la séparation quand l'amour est bien là. On voit en effet que les enfants placés après des sévices, violences, négligences de la part de leurs parents, ne montrent pas la même détresse à la séparation que des enfants qui ont eu des relations affectueuses et étayantes avec les leurs. Si c'est une réalité qu'on souffre plus de se séparer de quelqu'un qu'on aime, les psychiatres et pédopsychiatres doivent-ils lutter contre cette tristesse ? Ou au contraire la permettre, la favoriser ? On peut penser qu'il est préférable que des parents souffrent de la séparation avec leur enfant réel. Cette souffrance peut devenir un moteur important pour la réflexion, l'élaboration, le changement. Pour l'enfant, la souffrance de la séparation est liée à quelque chose de réel : ses parents ne peuvent s'occuper de lui. Il n'y a pas de leurre. « C'est la vie ». A côté de l'évitement (pour qui ?) d'une souffrance normale, nécessaire, l'attachement nous semble peser davantage dans la construction future de l'enfant. Nous allons continuer à voir en quels points.

- d) s'attacher à ses parents réels sous le regard soignant pour avoir accès à l'ambivalence vis-à-vis d'eux, faire la part entre parties malades et parties saines et pouvoir s'attacher peut-être plus facilement à ses substituts parentaux:

C'est au contact de ses parents qu'un enfant développe une ambivalence normale vis-à-vis d'eux. Il constate au fur et à mesure qu'ils ne sont ni tout-puissants ni parfaits. Les parents peuvent se montrer d'assez bon parents, mais avec des

moments moins adéquates, moins satisfaisants. Ils peuvent donc être à la fois aimés et critiqués, attaqués, haïs (M. Berger, 1992).

Quand au contraire un enfant est séparé de ses parents, sans une rencontre antérieure suffisamment bonne (soit par placement dès la naissance, soit par placement après une période de violence ou négligence laissant le bébé dans un chaos), il alterne entre idéalisation ou diabolisation de ceux-ci, sans compromis possible.

On voit ainsi chez les enfants séparés par décision judiciaire un véritable clivage entre plusieurs représentations parentales. Les parents sont fortement idéalisés, d'autant plus qu'ils montrent qu'ils souffrent de la séparation avec leur enfant, lui disant qu'ils vont tout faire pour le récupérer. Chacune des manifestations de leur part prend une importance considérable, bien supérieure à tout ce que peuvent dire ou faire la famille d'accueil et les soignants.

Le lien avec les parents est idéalisé et intouchable. Il n'y a pas du tout accès à l'ambivalence, à la critique, aux explications rationnelles des soignants quant aux inadéquations des parents. L'accès à une imago maternelle terrifiante est bloqué. Ils ne peuvent évoquer qu'un parent parfait.

Maurice Berger (1992) explique que ces enfants ne peuvent constater qu'ils dépendent totalement de parents extrêmement angoissants et terrifiants. Le clivage est donc une question de survie. Il y a nécessité absolue de maintenir tabou l'image idéalisée des parents. Si on touche à cette image, l'enfant se trouve replongé dans un monde de perceptions-hallucinations très angoissant, le renvoyant à ce qu'il a vécu avec ses parents, et non pas à la représentation de parents imparfaits. Le clivage permet également d'éviter d'être débordé par des sentiments internes de rage, d'angoisse, d'impuissance et d'abandon.

Chez l'enfant placé au départ en présence de sa mère, dans un milieu soignant, l'idée est d'éviter ce vécu chaotique angoissant, en enveloppant l'enfant et la mère pour favoriser les bons échanges entre eux, le lien d'attachement, mais aussi pour entourer l'enfant dans les moments difficiles par le regard empathique de la référente, lui éviter le pire mais aussi l'aider à supporter sans être trop désorganisé la

maladie, et ainsi à la connaître, la repérer comme extérieure à lui, la délimiter, pour pouvoir prendre de la distance avec elle.

L'objectif serait de s'attacher à ses parents, dans leur globalité, en faisant la part entre les parties malades et les parties saines en eux, aidé par la présence d'un tiers, d'un témoin.

Ceci permet d'éviter deux écueils retrouvés chez les enfants placés trop tard ou qui n'ont pas rencontré leurs parents dans un milieu thérapeutique : les identifications massives aux parents et les difficultés, pris dans un conflit de loyauté, à s'attacher aux parents d'accueil.

➤ Identifications massives aux parents :

Lorsque l'enfant ne connaît pas en profondeur ses parents, ou lorsqu'il a surtout comme connaissance leur côté malade et la mémoire de perceptions-hallucinations chaotiques, par la place qu'ils ont pris et la souffrance entraînée, il va être irrésistiblement attiré par cet aspect pathologique, d'une manière presque caricaturale.

M. X, âgé d'une quarantaine d'années, est incarcéré une énième fois. Je le rencontre au SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) de Nantes. Il est le deuxième d'une fratrie de 2 enfants (a priori). Sa sœur est de deux ans son aînée. Tout ce que le patient dit savoir de ses parents, c'est qu'ils étaient alcooliques. Placé à 4 ans après avoir chuté d'un échafaudage, il reste en collectivité durant 3 ans. De ses 7 à ses 13 ans, il vit dans une famille d'accueil. Suite à un acte agressif envers la mère d'accueil (qui l'a fait changer plusieurs fois de place à table pour que sa propre mère trouve la place qui lui convenait...), il va dans un foyer, après un passage dans un service de psychiatrie pour adolescents. Les actes de délinquance et les addictions multiples débutent (alcool, cannabis, codéine, cocaïne, scarifications...). Sa mère refusera toujours de le voir. Quant à son père, il le voit à 16 ans accompagné par son éducateur. La déception devant cet homme complètement saoul et titubant est forte. Deux ans plus tard il apprendra la mort de ce père. Arrivé à ses 18 ans il fait un an de prison, pour les divers délits commis jusque là, de laquelle il sortira pour partir

directement à l'armée. Depuis, sa vie est faite de ruptures (travail, compagnes...), qu'il est conscient de provoquer, « par peur d'être à nouveau abandonné », ainsi que de prises d'alcool et d'autres toxiques.

Un jour il s'interroge, avec un sourire, sur l'éventualité d'une cause héréditaire à l'alcoolisme, étant lui-même touché par la maladie de ses parents, et notamment de son père. Après un instant de silence, comme l'idée ne semble pas lui convenir complètement, je lui demande quelle autre hypothèse il pourrait faire pour expliquer ce fait. Il me répond : « Je crois que j'ai besoin de ressembler à mon père ».

Ce même patient donne des versions très différentes sur sa vie d'un entretien à l'autre, sans semble-t-il vouloir chercher à nous mener en bateau. Les dates, les durées, les causes des événements ne sont jamais les mêmes. Il dit être perdu dans le temps depuis toujours. M. X. est actuellement en train de faire les démarches pour obtenir son dossier de l'Aide Sociale à l'Enfance. Il dit vouloir ainsi savoir qui il est, en ayant des informations sur qui étaient ses parents...

Moins il y a de lien positif, moins l'enfant connaît ses parents, plus il va devoir, pour leur ressembler et s'inscrire dans une filiation, s'y identifier de manière brute et caricaturale.

Lamour et Barraco (1998) citent M. Enriquez, lequel fait un parallèle entre ce comportement et l'identification à l'agresseur tel que Ferenczi l'a décrit : « En suivant la ligne ferenczienne, on peut remarquer que, plus les parents sont fous, plus l'identification à l'agresseur (forme d'identification universelle) est particulièrement forte chez les enfants et entravante pour leur développement psychique. Il faut entendre là l'identification à l'agresseur non pas comme défense, mais comme réaction primaire de survie et introjection d'un surmoi archaïque, hyper-répressif, introjection forcée de la haine et de la culpabilité de l'adulte. »

- Difficultés à s'attacher à la famille d'accueil, pris dans un conflit de loyauté :

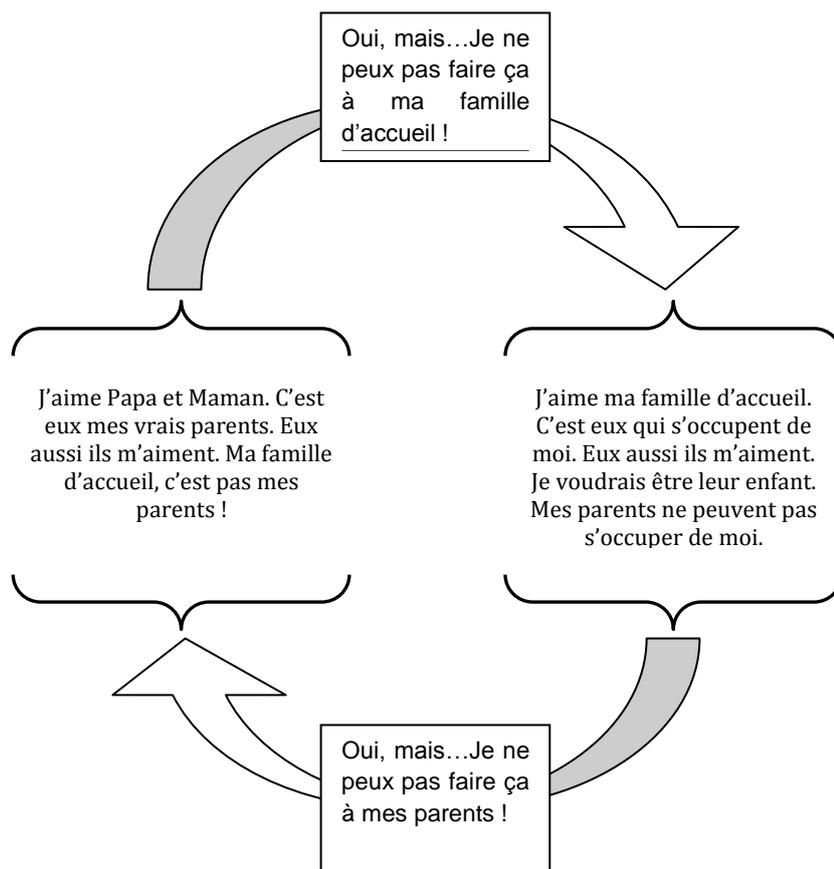
Il est exceptionnel que les parents acceptent facilement que leur enfant soit élevé par une autre famille, quand on le leur a enlevé en raison de leurs

inadéquations, d'autant qu'ils n'en sont pas conscients et vivent le placement comme une injustice. L'enfant ressent cela et se retrouve dans une situation impossible : avoir le besoin vital de s'attacher à la famille d'accueil, de l'aimer et d'être aimé par elle (on connaît les risques de mort psychique et physique dans un environnement désaffecté), et en même temps courir le risque de valider ainsi l'inadéquation des parents et de leur être déloyal. Il vit les deux attachements comme exclusifs l'un de l'autre.

Pour Maurice Berger (1997), le clivage chez les enfants placés ne leur permet pas de s'attacher sans trop de conflits internes à la famille d'accueil, car pour eux, aimer l'un, c'est faire disparaître l'autre, le rendre mauvais, voire le tuer. Ils sont donc dans l'impossibilité d'aimer et la famille d'accueil et leurs parents à la fois, tout en ne pouvant pas être bien avec une des deux familles.

Selon M. David (1989), « c'est le propre du placement familial, de faire de cet enfant un enfant partagé, divisé, qui lutte compulsivement pour et contre son appartenance tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ses deux familles. » L'enfant oscille entre reconquérir ses parents et se faire adopter par sa famille d'accueil, sans compromis possible. Cette lutte interne est entretenue par le comportement de chacun : celui des parents qui sont à la fois dans des mouvements de délaissement et de séduction avec une revendication quant à leurs droits, celui des familles d'accueil qui peuvent alterner entre une position adoptante, craignant qu'on leur retire l'enfant, et l'idée de le rendre s'il ne correspond pas à leurs attentes. Le sentiment d'appartenance mutuelle entre enfant et parents biologiques, normal et naturel dans les cas habituels, est source de questionnements lorsque la faille parentale est importante et que l'enfant est élevé par une autre famille. Il tend à empêcher le sentiment d'appartenance mutuelle entre l'enfant et sa famille d'accueil, lequel reste en question et risque toujours d'être ébranlé par une rupture de placement, épée de Damoclès menaçant constamment l'enfant et sa famille d'accueil.

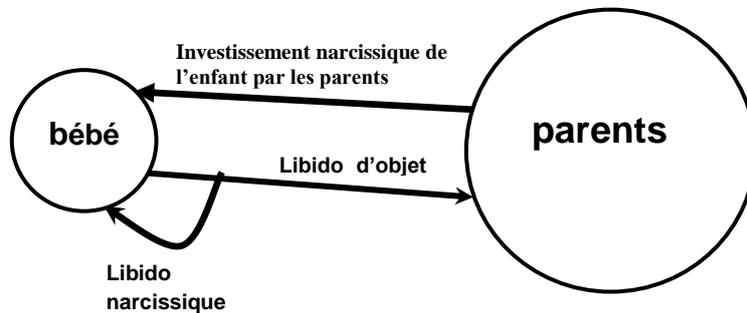
On peut imaginer les conséquences de ceci en termes de narcissisme. Quand l'amour d'une personne aussi importante dans le paysage de l'enfant ne peut être accepté par lui, qu'en est-il de son amour propre ?



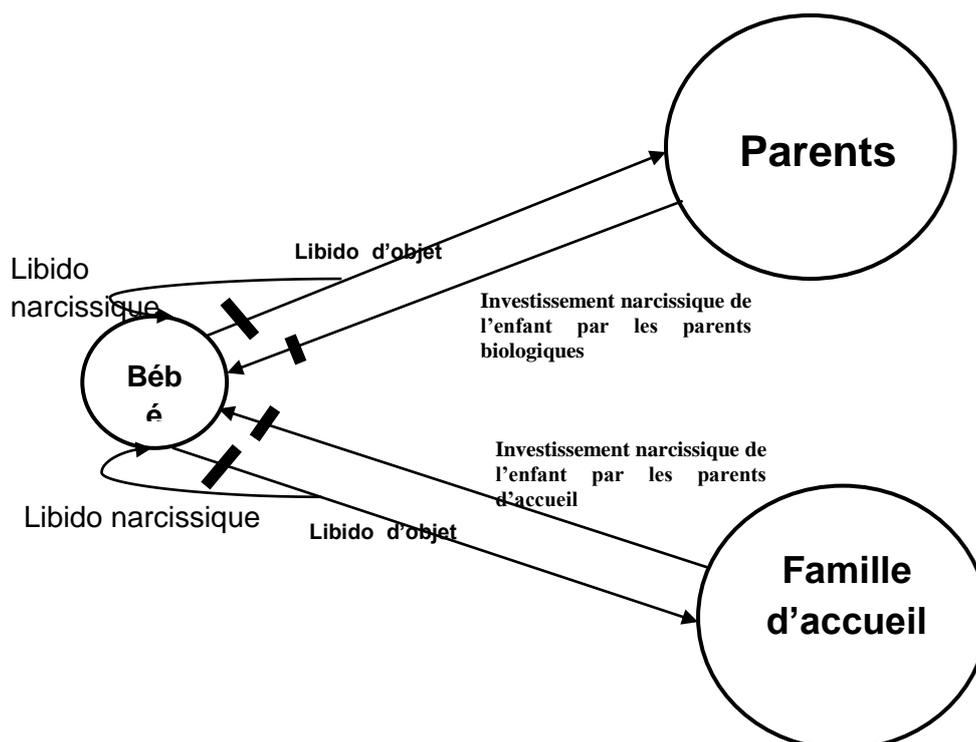
Si l'on reprend le texte « Pour introduire le narcissisme » de Freud, on peut imaginer les dégâts sur l'amour propre des enfants dans de telles situations.

Au départ, nous avons déjà vu qu'il n'y a pas d'investissement de l'objet car il n'y a pas de distinction entre soi et objet. Le bébé est une créature purement narcissique. Freud part du délire des grandeurs chez le paraphrène, lequel selon lui ne peut être créé de rien. Il ne peut qu'être l'agrandissement et la manifestation plus claire d'un état qui avait existé auparavant. Ainsi en arrive-t-il à la notion de narcissisme primaire dans les premiers moments de vie, différent du narcissisme secondaire qui résulte du retour des investissements d'objet sur le moi.

Puis le bébé va investir l'objet. Au départ, pulsions sexuelles et pulsions du moi sont confondues. Le premier objet d'amour est la personne qui donne les soins, nourrit, protège l'enfant... Il s'agit donc de la mère ou de son substitut. Or il existe une opposition selon Freud entre libido du Moi et libido d'objet. Lorsque l'une augmente, l'autre s'appauvrit. Pour qu'il n'y ait pas de dette de libido, de trou, il faut que l'objet investisse le bébé en retour.



Or, dans le cas des enfants séparés de leurs parents, souvent de manière brutale et/ou après beaucoup de souffrances, l'enfant ne peut laisser aller librement sa libido d'objet vers tous les êtres qui constituent son paysage principal, et l'alimentent affectivement. Il ne peut non plus se remplir du retour des investissements objectaux sans culpabilité, sans devoir renoncer à ceux venant de l'autre famille. On peut proposer le schéma suivant. Les barres ne représentent pas des empêchements absolus et permanents mais des conflits.



L'estime de soi est donc fortement entravée. Parallèlement à ce clivage de l'objet (« la bonne famille » et « la mauvaise » famille), il y a un clivage du Moi : le « bon » se joue avec une famille, le « mauvais » avec l'autre.

En rencontrant réellement ses parents, soutenu par la présence d'un tiers à la fois protecteur et témoin sur lequel s'appuyer, le bébé peut développer une ambivalence vis-à-vis d'eux, un recul par rapport à la maladie, et pourra ainsi probablement faire le tri dans ses identifications entre le « bon » et le « mauvais ». C'est en vivant les deux qu'il pourra à la fois aimer et haïr ses parents.

Aussi, le travail avec les parents, dans leurs inadéquations comme dans leurs compétences, peut les aider à mieux comprendre la mesure de protection que constitue le placement de leur enfant. Ils deviennent alors conscients de leur incapacité à s'occuper de lui, peut-être même du soulagement que le placement leur procure. S'ils comprennent mieux cette mesure de protection, ils peuvent aussi s'en saisir, s'y impliquer. L'autre famille n'incarnerait plus seulement le rival, mais une aide, une nécessité pour leur enfant, et donc pour eux-mêmes. En l'acceptant, ils peuvent passer à leurs propres yeux de l'image de « mauvais parents » à celle de parents en souffrance qui confient leur bébé pour le bien de ce dernier. Quant à la « méchante famille qui leur vole leur enfant », elle devient une aide précieuse, une ressource dont eux-mêmes auraient peut-être aimé bénéficier petits.

D'autre part, l'acceptation des parents quant à la nécessité qu'une autre famille élève leur enfant au quotidien peut permettre à cette dernière de les considérer de manière plus positive, en tout cas plus nuancée. Il n'y a pas deux clans, un bon et un mauvais, mais des personnes unies dans un même but : le bien-être de l'enfant.

Selon M. David (1989), il y a beaucoup de familles d'accueil (ou de soignants) qui ne sont pas prêtes à partager l'enfant qu'elles élèvent (ou soignent) avec les parents. Ces familles jugent inutiles voire nocives les rencontres entre l'enfant et ses parents. Elles sont angoissées avant, transmettent cette angoisse à l'enfant, préparent celui-ci

à cette épreuve, le consolent au retour, appuyant ainsi sur la souffrance « inutile » plutôt que sur l'importance et l'éventuel plaisir de ces rencontres.

La coexistence de la mère et d'un substitut parental est mal supportée par tous, si bien que spontanément l'un des deux tend à être éliminé. Or certains parents, qui vont avoir du mal à garder vivant leurs rapports avec leur enfant, préfèrent parfois « abandonner la partie », et peuvent être tentés de fuir.

L'attachement mutuel palpable entre l'enfant et ses parents réels, la marque de la trace laissée en chacun d'entre eux par l'autre, l'échange de bons moments, l'accès à l'ambivalence de l'enfant par rapports à ses parents,... sont tant de paramètres qui pourraient aider la famille d'accueil à reconnaître la place centrale des parents pour l'enfant, si inadéquats soient-ils, à la voir, et à accepter eux-mêmes peut-être la nécessité qu'ils se rencontrent malgré les difficultés. S'il n'y a plus conflit d'intérêt, il n'y a plus lieu de critiquer les parents biologiques. Ceci est très important pour les enfants qui vivent très mal la moindre critique à l'égard de leurs parents. La rupture de placement peut alors survenir. Chaque remarque négative les atteint en effet dans leur narcissisme. Plus les deux familles seront en accord par rapport à la nécessité et au but du placement, moins l'enfant sera abîmé narcissiquement.

La situation devient alors très différente. L'enfant sait qu'il est aimé de ses parents et qu'il ne risque pas de les perdre en s'attachant à l'autre famille. Un lien ne rompt pas l'autre. La famille d'accueil ne signe pas l'annulation des parents, mais leurs inadéquations en raison de leur psychopathologie parentale, de leur souffrance, et le relais qu'eux-mêmes soutiennent. Elle est donc à la fois la preuve de leurs failles, mais aussi de leur conscience de ces failles, et du désir d'en protéger leur enfant. L'acceptation par les parents de la famille d'accueil permettrait ainsi de rendre plus libre l'attachement de l'enfant vis-à-vis de ses substituts parentaux, et de lui permettre de jouir de leur affection, sans trop avoir l'impression de trahir ses parents. De même, l'enfant pourrait se laisser aller à l'amour qu'il porte à ces derniers. Ceci n'entraînerait pas d'inquiétude majeure chez la famille d'accueil si elle sait que cet amour ne remet pas en cause leur vie ensemble, ni l'affection qu'ils se portent. Les accueillants, dans cette optique, pourraient alors même être satisfaits des marques d'attachement de l'enfant pour ses parents, et les valoriser. Cette description est bien sûr caricaturale. Rares sont les parents à accepter aussi facilement et avec autant de

compréhension la famille d'accueil. Il en est de même pour les réactions de la famille d'accueil par rapport aux parents, d'autant plus quand les enfants reviennent des rencontres avec ceux-ci déstructurés, et avec l'apparition, la réapparition ou l'aggravation de symptômes. Ceci dit, si cette compréhension, cette acceptation de la place de chacun peuvent coexister avec le reste (la culpabilité de laisser son enfant, la jalousie de l'affection portée à l'autre famille, ...), les jeux relationnels seraient plus libres.

Les sources d'identification deviendraient alors plus riches et plus souples. L'enfant pourrait « faire le tri » dans ce qu'il veut prendre de chacun des êtres qui lui sont chers. Il n'aurait pas à détester le délicieux gâteau au chocolat de maman quand il savourerait la bonne tarte aux pommes de la dame qui l'élève. Il pourrait prendre du plaisir à manger chacun des deux, sans avoir à dénigrer l'autre, apprendre à les cuisiner aussi bien voire mieux, puis plus tard les concocter à son tour...

Ainsi, l'enfant clivé entre deux familles qui ne reconnaissent pas leur importance mutuelle va se peindre une personnalité différente dans chacune d'entre elles. Un soignant accompagnateur pourra être très surpris lors d'un trajet de l'une chez l'autre, par cette transformation brutale, par le passage sans transition d'un tableau à l'autre. Où est le moi de l'enfant ? Dans chacune de ces deux personnalités, dans aucune des deux ?

L'enfant entre deux familles qui se respectent et reconnaissent la place de l'autre, possède deux palettes pour se peindre une seule personnalité et un monde cohérents. Chacune d'entre elles sera enrichie en nuance grâce à son accès à l'ambivalence. A lui de choisir et de déposer des couleurs qui, ensemble, si différentes soient-elles, créeront un tableau riche et harmonieux.

J'aime Papa et Maman. C'est eux mes vrais parents. Eux aussi m'aiment mais ils ne peuvent m'élever car ils sont malades. Ils sont contents que ma famille d'accueil s'occupe bien de moi.

et

J'aime ma famille d'accueil. C'est eux qui s'occupent de moi. Eux aussi m'aiment. Ils tiennent à ce que je garde de bonnes relations avec mes parents, malgré leur maladie.

En ce sens, la rencontre profonde, dans le corps à corps, entre les parents réels et leur bébé réel peut, par l'accès à l'ambivalence de l'enfant pour ses parents, par l'attachement solide qui se crée en chacun d'eux, par une meilleure compréhension de ce qui se décide pour eux, permettre d'éviter un clivage trop important chez l'enfant, lequel se répand dans chaque famille, chacune haïssant l'autre, ce qui en retour renforce le clivage en l'enfant, et l'abîme profondément sur le plan narcissique.

Pour M. Berger (1997), ce clivage est vital pour les enfants placés après un début de vie chaotique, douloureux, déstructurant. Peut-être qu'en évitant ce chaos, en soutenant le bébé dès la naissance, en favorisant le « bon », en évitant le pire, et en l'aidant à repérer le « mauvais », la nécessité d'un tel clivage s'amenuiserait.

Dans ce contexte moins passionnel, l'enfant pourrait plus librement s'attacher à chaque famille, recevoir leur affection, s'identifier à eux, sans qu'un mouvement vers l'une ne tiraille trop vers l'autre.

Cette hypothèse reste bien sûr à prouver. Une étude de ces enfants hospitalisés avec leur mère et y rencontrant celle-ci et leur père s'il est présent, soutenu par un soignant témoin et relais si besoin, serait intéressante, jusqu'à plusieurs années plus tard, afin de voir si les mouvements et les identifications sont bien plus libres et moins clivés que lorsque les enfants ont été séparés dès la naissance, ou lorsqu'ils ont été placés trop tard.

- e) De l'importance d'un attachement profond entre l'enfant et ses parents biologiques, sources d'identification, d'identité, d'inscription dans le transgénérationnel : pour une meilleure légitimité quant à sa propre existence :

L'importance des racines et de l'histoire de l'enfant et de ses parents est reconnue aujourd'hui. Au point que parfois cette connaissance prend le dessus sur

les risques majeurs et bien repérés par des études sérieuses (travaux de Spitz, A. Freud, M. David, Soulé, Noël,...) de laisser l'enfant coûte que coûte dans sa famille biologique. Il n'est ici justement pas question de remettre les placements des enfants en cause dans les cas de psychopathologies parentales graves avec de lourdes conséquences dans le domaine de la parentalité. Mais s'il était possible de concilier le développement physique et mental de l'enfant avec la constitution de racines solides avec son histoire, celle de ses parents, en favorisant la rencontre et donc la solidité des liens d'affection entre eux par la suite, le défi serait alors peut-être remporté.

Pourquoi est-il important d'avoir des racines ? Pourquoi la rupture des liens familiaux et la perte de l'accès aux repères transgénérationnels sont-elles si dangereuses pour l'individu ?

La filiation peut-être décrite dans plusieurs registres. D. Japiot et C. Robineau en soulignent trois :

- La filiation biologique : Il s'agit de l'engendrement à partir de la rencontre de deux êtres sexués. C'est ici que l'on retrouve le fameux lien du sang. L'enfant est doté d'un double patrimoine génétique. Les auteurs posent la question du côté si fondateur et incontournable de cette filiation tel qu'on le retrouve dans la mythologie sociale.
- La filiation juridique est une filiation symbolique. L'enfant est situé dans une chaîne de générations. Il est inscrit dans un régime de parenté et d'appartenance sociale, en recevant un nom. La société humaine dit que le parent n'est pas celui qui donne mais celui qui transmet la vie. Il n'est donc pas tout-puissant. L'interdit de l'inceste est ainsi posé.
- La filiation psychique est définie par Guyotat comme « ce par quoi un individu se situe et est situé dans le groupe auquel il appartient par rapport à ses ascendants et descendants réels et imaginaires ».

Les auteurs concluent ainsi : « Si l'enfant naît toujours dans un univers qui le précède, qui va participer à sa « mise au monde » au moyen de différents vecteurs de transmission (histoire, mythe, langue, etc.), il ne constituera sa singularité que de

son mode de réponse à celles, ceux qui le précèdent. Et, comme le souligne R. Kaës, ce processus de filiation « implique le rapport d'au moins trois générations successives reconnues comme telles, et la référence commune à un mythe originant. A cette double condition, chacun peut se situer dans un ensemble de sujets et se reconnaître comme ayant été engendré et comme capable d'engendrer ». »

Le bébé se retrouve être un « apprenti historien » pour reprendre l'expression de P. Aulagnier, que cite M. Soulié. Cette dernière explique qu'ainsi, « le petit de l'homme, à partir de l'investissement des siens et des projets identificatoires le concernant, se saisit de et s'approprie l'histoire de ses origines si les éléments historiques et affectifs inscrits dans les liens sont intériorisés par les mécanismes d'identification introjective. Ils sont alors remaniés dans les constructions fantasmatiques du sujet et transformés dans son propre roman familial. Il s'agit là de processus de transmission inséparables de la construction de l'identité. Celle-ci puise ses matériaux dans le lien de filiation. » Le bébé devra se décaler de la place qui lui est assignée par ses parents. L'auteur utilise un parallèle musical : « jouer sa propre partition en résonance avec la symphonie familiale ».

Donc à partir de ce que sont ses parents, de la place où ils projettent leur enfant, celui-ci va choisir quel chemin prendre, qui soit à la fois le sien et lui permette de s'affirmer comme étant bien le fils de ses parents, comme appartenant bien à cette famille là.

Ce choix n'est bien sûr pas toujours conscient. Plus un individu critique ses parents, clame qu'ils ne sont rien pour lui, qu'il n'a rien à voir avec eux, plus il va avoir recours aux reproductions massives du comportement (ou du comportement opposé par identifications négatives) de ses parents. Le besoin d'appartenance à la famille dont il est issu pousse chacun à marcher dans au moins quelques pas de ses parents.

Pour que la famille conserve ses capacités créatrices et transformatrices, elle doit se soumettre de manière catégorique à l'impératif de toute généalogie : que les générations se succèdent, se ressemblent mais ne se confondent ni ne s'inversent. Il s'agit de l'interdit du meurtre et de l'inceste qui impose la succession et l'irréversibilité du temps. Selon P. Legendre, cité également par M. Soulié, « s'inscrire dans la filiation, c'est naître à l'humanité. S'humaniser, c'est connaître la limite ».

S'inscrire dans la filiation conduit au meurtre symbolique du père : le fils devient père et le père du père se rapproche de son terme.

Ainsi, lorsque naît un enfant, trois générations sont au rendez-vous : l'enfant, dont la place le précède, les parents, réinterrogés eux-mêmes dans leur propre filiation, et les grands-parents, rappelés dans les traits du nouveau-venu, idéalisés ou mis au ban.

Selon Bayle (2005), l'identité conceptionnelle psychosocioculturelle relie l'être humain conçu à ceux qui lui ont donné la vie. Il se retrouve ainsi relié à une histoire, qui devient une partie de son histoire, histoire sans laquelle il n'existerait pas. Celle-ci constitue alors un pan important de son identité. L'identité conceptionnelle inscrit l'individu dans la temporalité et la spatialité. L'être humain est ainsi rattaché à une société et à une culture particulières.

« Ainsi, l'être humain est, dès sa conception, l'être conçu d'un homme et d'une femme qui ont une histoire et qui appartiennent à une société, à un temps historique donné. Ces nombreuses déterminations psychiques, sociales et culturelles, confèrent à l'être conçu autant de qualités psychosocioculturelles immatérielles qui fondent son identité. »

« Durant toute son existence, l'être humain conçu est et demeure « être conçu de cette femme et de cet homme » qui lui ont donné vie. Cette identité originelle trouve sa place dans la construction du sentiment d'identité psychologique de l'être humain. Elle se décline à partir de l'identité de ceux qui lui ont donné le jour, et montre qu'il existe une continuité psychique entre l'être humain conçu et ceux qui lui donnent vie ». Ainsi, la continuité entre le pré et le post-natal n'est pas le simple fait des compétences du nourrisson et du psychisme de la mère qui opèrent dès la vie intra-utérine. Au niveau symbolique, fantasmatique, quelle que soit la suite de leurs relations, l'être humain est lié « corps et âme » à ses parents biologiques.

La conception de l'individu s'accompagne donc de la mise en place de repères identificatoires originels. Bayle propose de relier l'être conçu à l'homme et à la femme dont il est issu par cette équation :

Embryon humain= être conçu (tel homme + telle femme)

t=x, lieu= y

Le lien scellé par la conception est donc à la fois d'ordre biologique et psychologique. Les parents conceptionnels n'ont pas leur importance seulement parce qu'ils sont les parents biologiques, mais parce qu'ils constituent « l'environnement psychoaffectif originel auquel l'individu se retrouve relié dans son fondement, et auquel se rattachent sa propre identité et son histoire. Cet homme et cette femme constituent ces repères identificatoires à la fois naturels et fondateurs : l'être humain tend naturellement à s'identifier, de façon positive ou négative, à ceux qui lui ont donné la vie, quel que soit le devenir de leur relation. » Plus tard, quand l'individu s'interroge sur qui il est et d'où il vient, il ne peut omettre la question de l'histoire de ceux dont il est issu : « une identité qui ne se limite guère à un patrimoine biologique, mais qui interroge l'humain dans l'ensemble de ses registres : celui de l'affection, de l'amour ou du désir, mais aussi celui de l'appartenance sociale et de la culture. »

Lorsque l'enfant grandit, c'est en général auprès de l'homme et de la femme qui l'ont conçu. Ceux-ci remplissent leur rôle de parents dans les sens psychologique, affectif, nourricier et éducatif. Ils sont au premier plan pour assurer la suite de la différenciation psychique de leur enfant. Les parents conceptionnels sont alors des figures identificatoires particulièrement importantes.

Les enfants placés, eux, ont à intégrer des identités de filiation différentes. En termes de filiation psychique, ces enfants doivent constituer une mosaïque, faite de traits provenant de leurs parents biologiques et d'autres des personnes chez qui ils évoluent.

Bayle propose le terme d'« imagos conceptionnelles » pour définir les images génitrices sexuellement différenciées, plus ou moins « bonnes », à l'origine de l'être humain. Celles-ci s'élaborent au fil des relations intersubjectives réelles et fantasmatiques avec l'entourage familial. Elles répondent aux questions : « par qui ai-je été conçu ? », « de qui suis-je fait ? »

Ainsi l'identité se construit entre deux notions : la provenance et l'appartenance.

Comment répondre au besoin de ressembler au moins un peu à ceux dont on est issu quand on ne connaît d'eux que leur maladie ?

On comprend pourquoi la filiation biologique n'est pas qu'un détail, le « lien du sang » qu'un prétexte superflu pour abuser d'un pouvoir. Quand l'enfant est séparé de ses parents à la naissance, ceux-ci continuent à occuper une place dans sa tête. Ils sont inscrits dans son corps. De plus, les parents n'ont pas « démissionné », n'ont pas demandé l'adoption. Au niveau juridique, hormis dans les rares cas de déchéance des droits parentaux, ils sont toujours les repères de filiation de l'enfant. Ils resteront dans la plupart des cas les parents de l'enfant, même lorsqu'ils s'en préoccuperont peu. Il est peut-être plus facile de s'identifier à ses parents adoptifs, remplaçants des parents biologiques morts ou confiant leur enfant, qu'à des parents d'accueil, qui n'ont pas pour fonction de remplacer tous les rôles parentaux, alors que les parents biologiques sont présents et souffrants. D'où la nécessité de lui permettre de connaître les nuances dont ses parents sont fait, ni juste fous à lier, ni parfaits et souffre-douleurs de la justice. Ainsi seront favorisées la souplesse des identifications de l'enfant, sa créativité, sa plus grande liberté de « choisir » qui il veut devenir, en lien avec d'où il vient, et quels sont ses repères.

Aussi, contrairement aux cas d'adoption, il y a toujours une réversibilité possible dans la tête de l'enfant. Il nourrit plus ou moins secrètement l'envie et/ou la peur de retourner chez ses parents. Eux-mêmes disent batailler pour récupérer leur enfant, même si concrètement il se produit parfois le contraire. Parents et enfant sont dans l'espoir et/ou la menace d'une vie future ensemble.

Les parents biologiques sont peut-être d'autant plus importants en termes de filiation psychique qu'ils n'ont pas voulu la séparation et qu'ils sont malades. Comment l'enfant pourrait-il leur prêter peu d'importance alors qu'ils sont en souffrance ? Existe-t-il une culpabilité, même quand il n'a pas été seul avec ses parents et donc dans un premier environnement inadéquat dont il s'est senti le responsable, par rapport à leur maladie ? On a vu que l'être humain préfère la culpabilité à l'angoisse. L'enfant de parents divorcés culpabilise de ne pas avoir su les faire rester ensemble, l'enfant placé de ne pas les avoir guéri, et d'oser évoluer bien sans eux... Les rencontres permettent alors également à l'enfant de vérifier qu'on s'occupe bien de ses parents, et ainsi de le soulager un peu de la culpabilité inhérente à sa situation.

Ainsi, filiations biologiques, juridiques et psychiques se rejoignent dans le cas des enfants dont il est question dans notre étude. La filiation inscrit l'individu dans son humanité. F. Braudel affirme : « Un homme sans passé n'a pas d'avenir ». L'attachement aux parents, bien que plus difficile, paraît dès lors d'autant plus important que leur passé est douloureux, qu'ils sont malades et incapables de s'occuper de leur enfant à plein temps.

Il paraît donc nécessaire que l'enfant connaisse son histoire à travers celle de ses parents et grands-parents, l'histoire de leur rencontre... Mais surtout, ceci prend une valeur d'autant plus structurante qu'il laisse une trace à l'intérieur de ceux à qui il doit la vie. Il est plus facile de reconnaître son appartenance à une filiation si on est reconnu par ses membres comme en faisant partie. « J'existe grâce à cette rencontre entre cet homme et cette femme. Si je ne suis pas le fruit de leur désir, s'ils n'ont aucun intérêt, aucun attachement pour moi, tel que je suis, si je n'existe pas pour eux, quelle légitimité ai-je à vivre ? Quelle place ai-je le droit de prendre ici-bas ? Faut-il que je la mérite davantage que les autres, et que je le prouve ? »

Ainsi Steven, 19 ans, s'interroge sur sa présence dans le psychisme de sa mère biologique, femme toxicomane l'ayant abandonné à la naissance, sans le reconnaître. « Elle doit bien se souvenir de moi. Je lui ai laissé une trace de césarienne. »

Steven a été reconnu et élevé par son père jusqu'à ce que celui-ci meure d'un « cancer du fumeur ». Il a alors été adopté par son oncle paternel.

Longtemps, il a pensé que ses parents importants sur le plan symbolique étaient uniquement ses parents adoptifs, ceux qui l'élevaient. A l'adolescence, le malaise s'est manifesté. Les questionnements par rapport à ses parents biologiques ont surgis, le plongeant dans une détresse qu'il fallait absolument fuir par la prise massive de cannabis.

M. Berger (1997) souligne que la manière dont l'enfant tolère la séparation dépend en partie de la manière dont elle est ressentie par ses parents et de la trace de lui qu'il pense laisser ou non en eux malgré la séparation. Il est donc non seulement important que le bébé ait introjecté ses parents pour s'en séparer, mais il est tout aussi important pour lui d'exister également en ses parents, malgré son absence. Or

cette trace laissée par le bébé réel n'est possible qu'après une rencontre suffisamment longue et profonde avec lui. Les parents doivent avoir pu s'en emplir. Le regard, le corps à corps des premiers moments avec ses satisfactions, la naissance d'une complicité dans les gestes de maternage... peuvent permettre à la mère et son bébé (ainsi qu'au père et son bébé) de laisser leur empreinte en l'autre. A condition que cette rencontre ne soit pas trop souvent source d'angoisse ou de chaos chez les protagonistes...

- f) Le soin dans la rencontre parents-bébé pour permettre plus tard une mise en récit par l'enfant de son histoire :

Pour Bernard Golse, les interactions précoces constituent un espace de récit. Le bébé a besoin d'une histoire qui ne soit pas simplement médicale, génétique ou biologique, mais aussi et surtout relationnelle. C'est cette histoire relationnelle qui lui permet de s'inscrire dans les filiations maternelle et paternelle. « Priver les êtres de leur histoire est l'essence même de la violence ». Or les relations précoces sont un lieu de transmission, de coécriture active de l'histoire du sujet avec ses parents. Elles sont aussi à la base des capacités de narrativité du sujet.

L'adulte qui s'occupe du bébé va lui « raconter », par son style interactif qui est la résultante de son histoire personnelle, le bébé qu'il a été lui-même, qu'il a cru être ou qu'il a redouté d'être. Le bébé, quant à lui, « raconte » à sa manière à l'adulte l'histoire de ses premières rencontres interactives ou interrelationnelles.

« Autrement dit l'adulte essaie de faire fonctionner le bébé à l'image de ses propres représentations d'enfance, en induisant chez lui des mouvements identificatoires ou contre-identificatoires par le biais de micro-séquences interactives qui parlent de sa vision du monde (le masculin, le féminin, le maternel, le paternel...), et qui sont le support concret d'un certain nombre de « mandats transgénérationnels inconscients » (S. Lebovici) qu'il délègue à l'enfant par le biais de projections plus ou moins entravantes. »

Ça n'est qu'à condition de coécrire une troisième histoire en lien avec celles préexistantes de l'adulte et du bébé, mais tout en laissant du champ pour du nouveau, du possible, que le bébé pourra conquérir son « identité narrative ».

L'identité narrative est définie par P. Ricoeur comme une nouvelle manière de considérer l'identité personnelle. C'est un concept dynamique. L'identité se construit dans le récit. Elle se façonne par une réappropriation continue de soi à travers les expériences que l'on vit mais aussi en se racontant à soi-même sa vie, en se mettant en intrigue. Un fil conducteur, sans cesse repensé, articule les différents moments de notre existence et organise le sens de notre vie. Pour J. Angelergues, « il faut rendre intelligibles les résonances intimes des événements de la vie ».

La narrativité est donc un maillon important de la construction du self. Pour Laurent Danon-Boileau, « il y a sans doute un lien entre l'émergence de la narrativité dans le discours d'un sujet et sa capacité à devenir le héros de sa propre histoire ». Aussi pour cet auteur, la narrativité s'articule à l'organisation de la temporalité rythmée des toutes premières relations entre mère et enfant.

Deux conséquences découlent de ceci :

- Si le maintien des liens permet de ne pas priver l'enfant de son histoire, les premières relations sont un espace privilégié d'accès à cette histoire pour fonder son identité, à travers la « connaissance » de l'histoire de ses parents, par un mode infra et préverbal, avec les risques que cela comporte.
- La présence d'un soignant va permettre au bébé de « dire » ses premières relations, de bénéficier d'un témoin, pour plus tard les mettre en récit, permettant ainsi une distance, une « digestion » des angoisses vécues.

En effet, la narrativité fait partie des processus de liaison qui ont une fonction antitraumatique. Comme le dit Golse, « ne pas pouvoir raconter ou se raconter à soi-même est un traumatisme en soi. [...] Vivre une catastrophe sans témoin à qui pouvoir dire et qui puisse le redire, redouble le traumatisme. » Cette narrativité s'édifie au départ sur le mode préverbal ou infra-verbal, et doit se poursuivre dans le mode verbal. N'est-ce pas le rôle premier du référent d'être là, témoin, de mettre des mots, des intonations, des expressions devant les situations éventuellement

traumatiques que le bébé vit ? On peut faire l'hypothèse que ceci aide l'enfant à « se voir vivre », à mettre un sens sur ce qui se vit, à repérer comme insensé ce qui fait partie de la pathologie de ses parents. Dès lors, les capacités de ces bébés à plus tard se raconter leur histoire, en lien avec celles de ses parents, peuvent être favorisées. Vanistendael, cité par Golse, pense que « tous les chagrins sont supportables, si on en fait un récit ». Le récit ne change pas le passé, mais il permet de modifier les rapports qu'entretient l'individu avec sa propre histoire. Si ceci est exact, on peut en déduire que la priorité de notre travail de pédopsychiatre n'est pas d'empêcher les événements source de tristesse, de chagrin, sentiments inhérents à la condition humaine, et peut-être nécessaires et structurants... La tristesse est une pensée, une mentalisation, bien plus structurante que le passage à l'acte.

M. David (1989) décrit les zones de silence, oubli et pertes chez les enfants placés. Ils n'aiment pas être interrogés sur leur histoire, feignent de l'ignorer, ne s'y intéressent pas, ne posent pas de questions et semblent indifférents ou deviennent violents si on tente de l'aborder. Ils semblent également ne vivre que dans le temps présent. Ils ne font aucun projet. Ils semblent se séparer de ce qui précède et de ce qui suit, évitant aussi bien d'anticiper que de se souvenir. Ainsi, en l'absence d'histoire, on voit de vastes zones de discontinuités, voire une sorte de vide. Il semblerait que ce soit un oubli actif, un refus de mentalisation plutôt qu'une réelle perte de mémoire, comme s'il y avait là quelque chose de pénible, de douloureux, de dangereux. Cet oubli a pour conséquence de faire vivre à l'enfant l'absence comme une perte totale. Aussi, ce refus de mentaliser retentit sur le développement cognitif des enfants placés et les prive de tout repère temporo-spatial. Leur langage est profondément atteint. Les apprentissages scolaires n'ont aucun sens. Tout ceci conforte l'enfant dans son idée d'être le mauvais objet.

L'enfant s'exprime essentiellement au travers de réponses motrices, soit dans le sens d'une inhibition, d'une atonie, d'un écrasement dans l'immobilité, soit dans une hyperactivité dispersée et étourdissante. La parole est bannie, comme si elle était dangereuse.

On voit donc comment la création d'une histoire racontable permet de protéger l'enfant du passage à l'acte et du refus de mentaliser, processus bien plus pathogènes et pathologiques que le chagrin.

De plus, selon Golse, cette narrativité, par la mise en liens, permet la créativité. Grâce à la fonction de représentance de ces liens, il y a place au nouveau et à l'inédit. Pour passer de la période prénarrative à la narrativité verbale, l'enfant a besoin de l'adulte narrateur, « dont le plaisir métaphorisant a fonction de processus de liaison et que le bébé va devoir progressivement reprendre à son propre compte (intérieurisation) ». Or, quand les parents ont eux-mêmes vécu des traumatismes dans l'enfance (éventuellement en lien avec la psychopathologie parentale), et que ceux-ci n'ont pu être métabolisés, leur capacité de narration est entravée. Ils ne peuvent mettre du sens et donc raconter au bébé ce qui se passe, mais le jouent dans leurs interactions avec lui. Le référent de la dyade est alors une aide primordiale pour le bébé, pris dans les relations entre le parent et ses fantômes. Même s'il ne sait pas quelle est la nature de ce qui se joue autour du berceau, quels fantômes surgis du passé du parent s'y invitent « de force » (pour reprendre l'image de S. Fraiberg, 1989), le référent marque par sa présence, ses paroles, son soutien du bébé, son émotion, l'extériorité de ce qui se passe par rapport au bébé lui-même.

Denis Mellier (2005 a, 2005 c) parle de « souffrances primitives » chez le bébé dans les relations premières avec sa mère. La souffrance y est irreprésentable pour le bébé dont le self n'est pas encore suffisamment constitué. Elle ne peut donc pas être éprouvée. « Son attention est là annulée, la temporalité est écrasée, paradoxalement « hors temps » et pourtant omniprésente, « actuelle », source de tensions dans leur entourage. Hallucination, passage à l'acte violent, addiction, troubles psychosomatiques, de multiples pathologies ultérieures correspondent à cette pathologie ». Les angoisses à cette période sont des angoisses de chute sans fin (E. Bick), de précipitation (D. Houzel), des peurs de liquéfaction (F. Tustin), des angoisses impensables (Winnicott), des terreurs sans nom (Bion). Le bébé ne peut les ressentir sans risque vital. Elles constituent ce que Mellier appelle les « anxiétés primitives ». La souffrance est contemporaine d'une effraction du Moi, d'une situation traumatique réelle. Ces anxiétés primitives seraient « hors psyché », comme les éléments bêta de Bion. Le bébé montre alors des défenses primitives décrites par E. Bick et rappelées par Mellier : « s'agripper, fixer un point lumineux, se raidir..., autant d'états psychiques, d'identifications adhésives, où le sujet s'absente de lui-même en se collant à la surface de l'objet, à ses qualités sensibles. » L'auteur rappelle également la circularité du temps décrite par Meltzer, qui caractérise cet espace

bidimensionnel. La temporalité est suspendue. Fraiberg (1982) explique que lorsque la douleur psychique est intolérable, il y a un mécanisme de rupture qui fonctionne pour supprimer cette sensation, parallèlement aux pertes de conscience quand la douleur physique dépasse un certain seuil.

Ainsi les souffrances primitives font effraction à la psyché. Elles constituent des répétitions hors-temps. Pour Mellier, « elles ne peuvent s'inscrire encore dans un inconscient producteur de rêves, ni dans aucun autre registre psychique sans que quelqu'un d'autre soit « ému ». Elles mettent en question la possibilité d'une « mise en intrigue ». » Ici serait donc le rôle du soignant : décoder ce qui fait signal de souffrance, ressentir et vivre pleinement les émotions que le bébé ne peut encore éprouver, introduire une temporalité psychique défaillante.

La narrativité apparaît donc comme un maillon important de la construction du self. Elle permet de pouvoir continuer à penser, à associer, envers et contre tout. Denis Mellier (2005c) nous rappelle que J. Hochmann et R. Diatkine ont mis en relation la valeur du récit avec la rêverie maternelle. C'est la fonction alpha décrite par Bion, assurée par la mère (ou à défaut le référent du bébé ?), qui permet au bébé d'avoir accès à la narration. Les éléments divers et bruts sont articulés, ordonnés, ressentis, digérés. Cette première mise en ordre, en émotion, en sens, constitue la base de la narrativité future de l'enfant.

Pour Delion (2005), les « fractures de narrativité » sont lourdes de conséquences sur l'appareil psychique du bébé. « Les événements se déroulent dans un cadre interactif « sans histoires », dit-on injustement, et puis à un moment donné, quelque chose se produit, advient, survient, s'effondre, se déchire de l'enveloppe protonarrative, et la fonction narrative est interrompue, voire rompue complètement, laissant le bébé dans une situation de manque d'historicisation. »

D. Candilis-Huisman prend pour exemple *Le journal d'Anne Franck* comme illustration de la force de la construction narrative dans la possibilité même de rester vivant. L'énergie vitale reposerait-elle plus sur le récit de la vie que sur la vie elle-même ?

Eviter les ruptures dans sa vie, notamment à la naissance, lui permettre d'avoir accès au récit préverbal de ses parents sur leur propre histoire et donc la sienne, tout

en lui donnant la main quand il se retrouve pris d'un vertige au bord des cryptes parentales, ressentir quand il se retrouve gelé dans une souffrance primitive impensable, lui raconter plus tard la séparation et les retrouvailles avec ses parents, constituer le lien entre une famille et une autre, le connaître et le reconnaître au fil du temps, ainsi que dans ses relations avec l'une et avec l'autre famille, aller à la pêche aux informations sur le quotidien et les transmettre aux parents,... tout ceci constitue un travail de lien permettant à l'histoire d'être racontable et racontée et au bébé de se construire solidement sur elle. Plutôt que d'avoir à reconstituer les morceaux épars d'histoire d'un enfant, n'est-il pas plus thérapeutique d'essayer d'empêcher que cette histoire se morcelle, et de la maintenir liée coûte que coûte? Jusqu'à quel prix ce travail est-il prioritaire ? Jusqu'où le soin évite le pire ? Nous reviendrons sur ces questions plus tard.

- g) L'importance de l'ambivalence envers les parents biologiques lorsque vient l'adolescence.

A l'adolescence, selon E. Kestemberg, il y a un réajustement de la structure antérieure du Moi lié à une modification corporelle comportant l'acquisition de la maturité de l'appareil génital. Ceci va entraîner la reviviscence des conflits fantasmatiques, qu'ils soient œdipiens ou archaïques, que la période de latence avait éteints. Le système relationnel de l'adolescent par rapport à ses imagos parentales est alors bouleversé. Il se retrouve en proie au désir conscient de rejeter brutalement ces imagos parentales pour pouvoir s'affirmer en une personnalité originale, différente. Ce rejet est motivé par l'angoisse induite par le conflit œdipien (l'angoisse liée resurgit maintenant que l'appareil génital est mature), et par la prévalence de la libido narcissique destinée à une distanciation d'avec les relations objectales conflictuelles.

L'adolescent ne peut alors s'identifier aux imagos parentales. Il se trouve dans une angoisse plus profonde concernant la cohésion de sa personne : il se veut étranger aux autres et se retrouve étranger à lui-même. Ceci entraîne une blessure narcissique profonde.

Ainsi un aspect de la problématique de l'adolescence, rappelé par M. Berger (1997), concerne le meurtre : « il faut « tuer » en pensée un parent pour s'autonomiser par rapport à lui ». L'auteur prend l'exemple des adolescents adoptés. Chez eux, cette problématique peut devenir « tuer » le parent adoptif pour retrouver le parent biologique. Il peut y avoir alors déception devant un parent biologique qui ne s'intéresse pas à eux et nécessité de faire un travail de désillusion. Ces adolescents vont devoir acquérir une autonomie par rapport à leurs parents adoptifs tout en maintenant des liens harmonieux avec eux.

On peut penser que chez un enfant placé dans une famille d'accueil, qui n'est pas en lien avec ses parents biologiques ou alors de manière très superficielle et clivée, n'ayant pas été protégé dans ses premières relations avec eux ou ayant été séparé

dès la naissance, l'adolescence peut devenir le « meurtre » de la famille d'accueil avec idéalisation des parents biologiques.

Ainsi, permettre à l'enfant de connaître ses parents réels, avec l'ambivalence nécessaire, peut éviter que se rejoue ce clivage à l'adolescence. Comme nous l'avons vu antérieurement, plutôt que d'avoir à refuser en bloc une source d'identification et d'identité, et de se coller à l'autre, l'adolescent devrait pouvoir choisir dans l'une ou l'autre famille ce qu'il va garder comme ses propres goûts, son propre caractère, son choix de vie...

Si le travail devient alors beaucoup plus complexe que de rejeter complètement une famille en s'identifiant massivement à l'autre, le résultat est probablement une plus grande liberté psychique et une personnalité plus saine.

Aussi, avoir travaillé la séparation avec leurs parents biologiques, savoir que séparation ne signifie pas perte mais qu'ils gardent l'autre en soi, aidera les enfants devenus adolescents à envisager et à négocier le départ avec leur famille d'accueil, qui est en général un passage très compliqué. Les fugues, les mises en danger sont fréquentes chez les enfants placés, comme preuves de l'impossibilité de se séparer.

Ce travail sur la séparation pourrait avoir aussi des conséquences positives dans la future vie de couple de ses enfants, leur évitant l'effroi et le recours aux ruptures dès que l'attachement se crée.

- h) La nécessité de « bonnes imagos conceptionnelles » pour peut-être rompre avec les répétitions transgénérationnelles pathologiques, tout en restant inscrit dans son histoire : lorsque le bébé deviendra parent...

M. Bydlowski fait l'hypothèse qu'en matière de filiation humaine, une dette de vie inconsciente enchaîne les sujets à leurs parents, à leurs ascendants. « Pour les futurs père et mère, la reconnaissance de ce devoir de gratitude, de cette dette d'existence, est le pivot de l'aptitude à transmettre la vie. [...] Le non-règlement de la dette d'existence aux parents barrerait la transmission de la vie. »

L'auteur explique qu'« en enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle ». Enfanter, c'est donc reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi. Par l'enfantement et singulièrement par le premier enfant, la femme règle cette dette à l'égard de sa mère. Autrefois d'ailleurs, les femmes confiaient fréquemment leur premier enfant à leur propre mère.

Ainsi, pour se reconnaître enceinte, pour assumer cette grossesse et pouvoir la conduire à terme, il faut que la femme se reconnaisse identique à sa mère. C'est l'identification à une représentation maternelle originaire qui compte ici, à savoir la mémoire de la phase d'attachement tendre, la mère des premiers soins. S'accepter identique à cette mère là, plutôt qu'à celle, rivale et forte, de l'adolescence, signifie aussi s'identifier à une image suffisamment faible. Puis il y a également nécessité d'idéalisation maternelle. Celle-ci, toujours selon Bydlowski, est un besoin pour le bon déroulement de la grossesse.

L'auteur prend l'exemple d'une jeune femme adoptée qui a dû enfin adopter elle-même sa famille adoptive, reconnaître sa dette d'existence envers elle, pour pouvoir tomber enceinte.

On peut faire l'hypothèse que dans le cas des enfants dont il est question ici, il va falloir à l'âge adulte qu'ils reconnaissent cette dette de vie envers leurs parents biologiques, malgré l'impossibilité que ces derniers ont eu de les élever. Si la rencontre est profonde et créatrice d'un attachement fort entre l'enfant et ses parents, ceci sera probablement facilité. Une fois de plus l'ambivalence montre son importance. « Vous avez été incapables de m'élever, de prendre soin de moi seuls, mais je vous aime quand même, et je vous dois la vie. » Aussi, pour s'identifier à une image de mère tendre, douce, faible, peut-être faudra-t-il avoir repéré les limites, les failles de sa mère biologique, pour ne pas les reproduire, et pouvoir s'identifier alors à une image maternelle plus douce, plus protectrice, mélange de mère (et de père dans son rôle maternant) biologique dans les bons moments et de mère (et de père...) d'accueil.

Pris dans un clivage, lié à l'absence de rencontre ou à une rencontre non protégée source de souffrance et de chaos, il sera difficile voire impossible d'à la fois régler

cette dette de vie à ses parents biologiques sans reproduire en bloc les inadaptations et la « violence » envers son propre enfant.

## **2) Côté parents :**

a) Rencontrer le bébé réel, s'y attacher, pour devenir réellement parents :

Winnicott a prononcé une phrase restée célèbre : « un bébé, ça n'existe pas ». Sans soins maternels (ou soins par un substitut), il n'y a pas de nourrisson. De la même façon, P. Lévy-Soussan affirme qu'une mère non plus, ça n'existe pas. Le seul fait d'avoir mis un enfant au monde ne suffit pas à faire de la femme une mère. Ainsi, une mère qui abandonne son enfant à la naissance est une femme pour laquelle la maternité ne s'est pas construite. Ceci n'est en effet pas inné, mais nécessite une construction. Pour J. Wendland, savoir aimer et comprendre son bébé n'est pas donné immédiatement à toute femme qui devient mère. « Devenir mère est plutôt le résultat, d'une part, d'un long processus de maturation du désir d'enfant dont l'origine est ancienne et antérieure à la grossesse et de l'autre, d'un apprentissage progressif pré- et postnatal de découverte et de rencontre avec un être nouveau, processus dans lequel le bébé joue un rôle actif ».

Lorsqu'on sépare un enfant de ses parents à la naissance, on leur empêche donc de devenir parents. Est-ce réellement thérapeutique pour le bébé ? C'est au contact du bébé réel, et par la reconnaissance de celui-ci, que la parentalisation se fait. Celle-ci correspond à l'influence positive (création ou renforcement) exercée par une personne (le bébé par exemple) sur le sentiment d'un adulte (le père par exemple) d'être parent. Elle fait référence au vécu de l' « identité parentale » et au sentiment de compétence. La paternalisation est la parentalisation appliquée au père, la maternalisation celle appliquée à la mère.

Ainsi, le bébé parentalise son père et sa mère dans le cadre de leurs interactions dyadiques père-nourrisson et mère-nourrisson. Les compétences de l'un relancent les compétences de l'autre.

Dans un couple, chaque partenaire peut jouer un rôle positif dans l'accès à cette parentalisation pour l'autre. L'homme peut aider la femme à se sentir mère et compétente, en étant par exemple tendre et affectionné envers elle. Elle aura alors plus de facilités à être maternante à l'égard du bébé. De même, la mère peut aider le père dans la construction de sa paternalisation, en lui reconnaissant une place auprès du bébé.

C'est donc dans le contact des parents avec leur enfant qu'ils vont devenir et se sentir les parents de ce bébé-là. Lorsque le bébé regarde sa mère, lorsqu'il lui sourit, lorsqu'il pleure quand elle s'absente,... la femme a le sentiment de se faire reconnaître par son enfant.

De même, des études citées par J. Wendland montrent que l'attachement précoce parents-bébé est favorisé si les parents sont conscients des capacités interactives de leur nouveau-né.

Si l'enfant est placé avant toute rencontre, l'attachement des parents reste naturellement, dans un premier temps au moins, dirigé vers le bébé imaginaire, souvent très différent du bébé réel. Il va falloir du temps pour connaître le bébé réel. Par exemple, des parents gravement carencés vont nourrir au cours de la grossesse la pensée que l'enfant à venir est un enfant merveilleux, à la fois « parent idéal » qui leur donnera enfin l'affection et la chaleur qui leur ont cruellement manquées, et qui comblera ainsi les manques du passé, à la fois représentation d'eux-mêmes, enfant malheureux qu'ils vont pouvoir soigner et réparer (Berger 1992). Combien de temps leur faudra-t-il pour faire le deuil de ce bébé imaginaire, s'ils ne voient pas le bébé réel ? Comment se passeront les rencontres dans ce laps de temps ?

M. Berger regrette que souvent, les parents dont les enfants sont placés tardivement, en raison de négligences, de maltraitances, alors qu'ils ont été en contact avec leur enfant, restent attachés et continuent à parler de l'enfant imaginaire. Ils n'ont pu voir ni s'attacher au bébé réel, trop menaçant. L'enfant, pour ces parents-là, n'existe

qu'absent. Ils ont donc besoin d'être soutenus, aidés pour voir sans être trop angoissés le bébé qu'ils ont devant eux, tel qu'il est, si imparfait et si décevant soit-il.

Les entourer autour du berceau, les aider à voir leur enfant, à apprécier ses capacités jusque là non soupçonnables pour eux, peut les aider à devenir parents, à faire l'expérience de leur parentalité.

Houzel et ses collaborateurs ont en effet distingué trois axes à la parentalité :

L'exercice renvoie à l'identité, l'expérience aux fonctions, et la pratique aux qualités de la parentalité.

- **Exercice**

Il se situe à un niveau symbolique et définit les cadres nécessaires pour qu'un groupe humain, une famille et un individu puissent se développer.

« L'exercice de la parentalité a trait aux droits et 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 et , notamment, dans une filiation et une généalogie. »

- **Expérience :**

L'expérience de la parentalité correspond à l'expérience subjective de ceux qui sont chargés des fonctions parentales. Il s'agit donc d'expérience affective et imaginaire de tout individu impliqué dans un processus de parentification (= transition vers la parentalité). C'est notamment à ce niveau que les parents peuvent bénéficier de la rencontre avec leur bébé. En l'absence de leur nourrisson, il n'y a pas de possibilité de se sentir le parent de ce bébé-là.

C'est ici que l'on retrouve les fantasmes conscients et inconscients des parents concernant leur enfant, leur conjoint, eux-mêmes en tant que parents, les représentations qu'ils se font de leurs propres parents, etc. C'est également là que se joue la relation affective et imaginaire de chaque parent avec son enfant, qui

implique des confrontations complexes entre plusieurs niveaux de représentations: enfant fantasmatique, enfant imaginaire, enfant réel.

- **Pratique :**

La pratique correspond aux « tâches effectives, objectivement observables, qui incombent à chacun des parents: soins à l'enfant, interactions comportementales, pratiques éducatives, etc. »

Quand un enfant est séparé de sa famille, la pratique est déléguée à la famille d'accueil. Mais la pratique permet-elle de faire l'expérience de la parentalité ? Un minimum de pratique est-il nécessaire pour se sentir parents ?

Les auteurs précisent qu'il n'est pas possible d'isoler la pratique des deux aspects précédents de la parentalité. « Qu'ils le veuillent ou non, les adultes amenés à prendre en charge un enfant séparé de ses parents sont investis d'une forme ou une autre d'exercice de la parentalité et font au contact des enfants qui leur sont confiés une certaine expérience de la parentalité. »

Quel peut être le sens des rencontres si chacun attend l'autre là où il n'est pas ? Peut-on encore parler de rencontres ? Ne s'agit-il pas plutôt d'illusions factices et obligatoirement décevantes de chaque côté ? Pourquoi venir voir ce bébé-là, en dehors de toute colère envers ceux qui ont décidé du placement, s'il n'est pas le bébé chéri qu'ils ont dans la tête ? Où est le plaisir de se revoir ? La rencontre est-elle si structurante pour l'enfant s'il n'y a pas de plaisir chez ses parents à le voir, lui ? N'est-elle pas alors plutôt iatrogène, n'appuyant que sur leurs inadaptations à être parents et non sur ce qu'ils pourraient donner de bon à l'enfant ?

Notre fonction de soignant n'est-elle pas d'aider ces parents à remplir leur rôle de parents, dans les domaines et pour des durées possibles pour eux, dans l'intérêt de leur enfant comme dans le leur ?

En l'absence de plaisir à voir leur enfant, certains parents renoncent aux rencontres, ou les espacent beaucoup. Si ceci est très néfaste pour l'enfant alors abandonné, les parents vont également en subir les conséquences : soit une grande culpabilité, soit

une fuite vers une nouvelle grossesse, probablement à l'origine d'un bébé bientôt placé. La souffrance se répète alors.

La rencontre du bébé réel après la naissance a donc l'avantage de permettre aux parents de se sentir réellement les parents de ce bébé-là, et de connaître leur bébé, celui qu'ils vont être amenés et vivement invités à voir par la suite. Elle leur permet de prendre le temps de lier un attachement à leur bébé, attachement indispensable pour que la suite, les rencontres futures, répondent à une envie, un besoin, et non à une formalité ressentie comme insensée.

b) Comprendre le placement plutôt que le subir, ne pas se sentir stigmatisé :

Dans le cas des parents souffrant d'affection mentale chronique, la sexualité et la reproduction sont des voies d'accès à la normalité. Placer un enfant directement à la naissance, parce qu'ils sont malades, les stigmatise fortement. Ils ne peuvent pas ne pas s'insurger contre cette démarche.

Par contre, les amener à voir, au contact du bébé, en quoi ils ne peuvent réellement pas s'en occuper seuls et à plein temps, est plus acceptable, bien que peut-être plus douloureux. Est-il pire de souffrir des conséquences de sa psychopathologie, de son passé chaotique, que d'une injustice ? C'est plutôt en termes de mobilisation qu'il faudrait réfléchir. La position de victime d'un système ressenti comme injuste et discriminant ne permet pas d'élaboration quant à son histoire et à son fonctionnement.

Le soin dans le lien auprès du bébé leur permet de délimiter leurs compétences et leurs incompétences. Ils comprennent que les soignants n'ont pas pour but de les diaboliser, mais de protéger l'enfant avant tout et de les aider à être ses parents, autant que faire se peut. L'empathie de l'équipe, son désir de les aider à échanger de bons moments avec leur bébé, à le voir, à le comprendre, la reconnaissance de leur importance en tant que les uniques parents de ce bébé-là, peut les renarcissiser. Les soignants participent à leur parentalisation. Dès lors, les parents peuvent devenir

un tant soit peu actifs dans la prise en charge de leur enfant. Le placement est alors mieux accepté.

c) Avoir accès, le seul possible parfois, à un travail sur eux-mêmes :

Pour J. Wendland, le bébé est le meilleur guide pour ses parents. Ce guide les mène-t-il jusqu'aux profondeurs de leurs propres relations primaires ?

S'il ne peut être question d'appuyer aveuglément un projet de grossesse chez ces hommes et ces femmes sous prétexte que le bébé peut les soigner, que la parentalité est un droit (le soin et la prévention primaire, pour nous, un devoir), autant profiter des réaménagements possibles qu'il peut entraîner une fois qu'il est là.

La parentalisation fait passer les individus du statut d'enfant à celui d'adulte. Si les parents que décrit M. Berger sont souvent inaccessibles à un travail psychothérapique en profondeur une fois leur enfant placé, il semblerait qu'en travaillant au cœur du lien avec leur enfant réel, un déclic soit possible. J. Oxley décrit ainsi des moments où les parents vont pouvoir faire des liens entre leur propre vécu d'enfant et ce qui se passe dans la relation avec leur bébé, plongés au cœur de celle-ci. Selma Fraiberg (1989) décrit combien les mouvements, les avancées, qui sont possibles à condition que les parents aient accès à leur passé, non pas seulement en terme d'événements, mais surtout en terme d'affects.

Par exemple, la perception de l'altérité de l'enfant réel peut permettre à certaines mères schizophrènes de se défusionner d'avec leur propre mère. On peut imaginer aussi que ce processus de séparation-identification chez l'enfant permet aux couples fusionnels de voir le conjoint, réellement, tel qu'il est, avec ses propres limites, ses qualités et ses défauts, non plus comme l'objet auquel se coller pour survivre.

Si ces parents n'arrivent pas à réparer de manière magique leur enfance par le seul fait de donner naissance à un enfant missionné inconsciemment pour cela, ils peuvent avoir la surprise et le plaisir de réussir là où leur propre mère a échoué, grâce aux soins dans la relation avec leur bébé. Selon N. Elbaz-Cuoq, la carence maternelle est transmise de génération en génération si ces mères ne trouvent pas

de modèle identificatoire. N'est-ce pas un bel enjeu que de donner aux parents et à l'enfant les moyens de rompre cette transmission pathogène, sans pour autant rompre avec l'histoire intergénérationnelle ?

M. David (1989) fait l'hypothèse que la progression des rapports entre l'enfant et ses parents à l'occasion de leur rencontre est le moteur de l'amélioration de la situation psychosociale des parents, et non l'inverse. Donc, si l'enfant ne peut être le thérapeute de ses parents, si on ne peut espérer qu'un projet de grossesse aboutisse pour renarcissiser un couple, ou même une femme seule, le lien à l'enfant, à condition qu'il soit travaillé, que l'enfant soit protégé, permet que des avancées puissent se faire. La séparation n'a pas pour objectif la rupture des liens, mais au contraire la construction, la plus saine possible, la plus solide possible, de ceux-ci, dans l'intérêt de l'enfant et de ses parents.

Ainsi, contrairement à ce que les guerres passionnelles nous laissent penser, à savoir celles qui opposent les défenseurs des enfants contre les parents d'une part, et les défenseurs des parents dans leur droit à l'enfant d'autre part, soigner l'enfant, c'est aussi aider ses parents. Et c'est même à partir de cette reconnaissance de leur importance primordiale auprès de leur bébé, de leur souffrance et de leurs difficultés, qu'on pourra réellement prendre soin de l'enfant, dans sa globalité.

### **3) Côté bébé, parents et éthique des soignants : prendre le temps d'évaluer et de préparer le placement :**

#### a) L'évaluation des relations :

Aussi et peut-être surtout, ne pas séparer le bébé de sa mère à la naissance, et accueillir la dyade en unité mère-bébé, permet d'évaluer la relation entre la mère et ce bébé-là, sans pour autant intervenir trop tard. Se donner le temps d'observer, pour prendre ensuite une décision quant à la possibilité du maintien de l'enfant dans son milieu familial, est bien plus confortable et acceptable que d'avoir à trancher dès la

naissance ou avant. En effet, il faut rester humble et certaines dyades peuvent surprendre, même parfois lors de la naissance d'un enfant dont les grands frères et sœurs ont dû être rapidement placés, suite à des premières relations catastrophiques.

Or c'est sur un temps assez continu qu'une évaluation profonde peut se faire. Les quelques jours passés à la maternité, auprès de puéricultrices dont le turnover est rapide, et qui ont peu de temps à accorder à l'évaluation du lien mère-bébé, révèlent rarement des troubles, sauf quand ceux-ci sont majeurs. Lors des visites à domicile, l'intolérance mutuelle peut cesser le temps où l'observateur est là, si celui-ci est une personne de confiance, dont la présence contient la dyade.

De plus, certains juges pour enfants refusent de décider le placement d'un bébé avant sa naissance, quels que soient la situation familiale, les antécédents des bébés de la fratrie, et la psychopathologie parentale. Ainsi L. Bellon explique que « l'enfant doit être né, c'est-à-dire déjà identifié, individualisé, et des éléments de la réalité de sa vie (même très brève) doivent permettre au juge des enfants de qualifier la situation de danger pour cet enfant-là. Le juge des enfants ne peut pas se fonder sur l'évaluation de risques, si grands soient-ils. »

Hélas, toutes les dyades ne peuvent pas avoir accès à ces unités mère-bébé, encore peu nombreuses. La protection d'un enfant dont la mère par exemple est schizophrène, complètement discordante et isolée socialement, dont le père est absent, peut alors primer sur cette question de confort, et faire rédiger une lettre préoccupante par un soignant, d'autant qu'un placement n'est jamais définitif.

#### b) La préparation du placement :

Ce temps de l'évaluation va permettre également de commencer le soin au niveau du nourrisson, de la mère et du couple quand le père est présent. C'est parce que ce soin est antérieur au placement que ce dernier peut être vécu comme une mesure thérapeutique et non comme une pure violence. Pour M. David (1989), en l'absence de préparation, le placement aggrave les problèmes et diminue la capacité des

familles (biologiques et d'accueil) à y faire face. La préparation se fait tant auprès des parents que du nourrisson. Si on peut la travailler avec les parents avant la naissance, la préparation avec le bébé ne peut se faire qu'après. En aidant les parents à comprendre le placement, à parler eux-mêmes à leur bébé, à lui exprimer ce qu'ils ressentent pour lui, à lui dire « au revoir et à bientôt », et s'adressant directement au bébé pour lui expliquer ce qui se passe, la séparation se prépare et s'élabore. Le passage à l'acte-rupture, dans un contexte d'urgence, est ainsi évité.

Il y a donc pour le bébé comme pour ses parents des intérêts non négligeables, à court mais surtout à moyen et long termes, à s'être rencontrés pour mieux se séparer. Nous allons maintenant voir quels risques le bébé et ses parents encourent dans une telle rencontre.

## **II. Les risques d'une telle rencontre :**

### **1) Côté bébé :**

#### a) Risques développementaux :

Les risques développementaux d'une rencontre réelle entre mère et bébé sont ceux que l'on retrouve, a maxima, lorsque le bébé se développe au contact de sa mère.

***i. La phase de symbiose mère-bébé et les risques pour ce dernier en cas d'environnement non adapté :***

**\_ Le narcissisme primaire :**

Au tout début, lors de ses 5-6 premiers mois, le bébé ne se différencie pas de son environnement. Le monde fait partie de lui. Il est alors au stade de narcissisme primaire. Freud compare cet état aux délires chez le schizophrène qui désinvestit les objets et retourne sa libido sur le Moi (narcissisme secondaire) : « surestimation de la puissance de leurs désirs et de leurs actes psychiques, toute puissance de la pensée, [...] magie qui apparaît comme l'application des présuppositions mégalomaniaques. » Ceci ne serait que le retour à un état préexistant : le narcissisme primaire.

En effet, un bébé s'épanouissant dans un environnement adapté pense qu'il est le créateur de cet environnement fabuleux. Il est le sein qui arrive au moment où il a faim, la chaleur qui le recouvre quand il a froid, les bras qui l'entourent lorsqu'il se sent dans le vide, le beau visage souriant qu'il a en face de lui au réveil, ... Cette adaptation parfaite du monde entraîne un sentiment de toute-puissance et l'idée d'être un bon bébé. Un tel narcissisme primaire constitue une assise narcissique solide, à la base d'un sentiment fort d'estime de soi. Bien sûr, le bébé n'a pas notion de ses besoins. M. Berger (1992) prend l'exemple de l'échange de sourire entre lui et sa mère. Lors du sourire intentionnel à deux mois, le nourrisson ne se formule pas le besoin qu'il ressent que sa mère lui réponde par un sourire. En effet, si nous savons qu'il a besoin de ce sourire en réponse, reflet de lui pour savoir comment il est, lui ne le sait pas par avance. Ça n'est qu'une fois cet échange acquis que la reproduction du fait de créer un sourire sur le visage de sa mère sera un désir.

On voit donc que pour que l'enfant ait accès aux apprentissages, il doit évoluer dans un environnement plutôt stable, repérable, mais aussi malléable. S'il ne se passe rien quand il agit, le bébé ne peut rien anticiper, et donc rien penser. Si, à l'opposé, l'environnement répond par la rétorsion, l'activité de transformation apparaît comme risquant de détruire l'objet, et le bébé s'en détournera.

Ainsi, en l'absence d'un milieu qui se laisse modeler, l'activité même de transformation est entravée. Or cette activité est à l'origine des apprentissages. Apprendre c'est aussi comprendre comment un élément se transforme en un autre, comment 6 divisé par 2 devient 3 par exemple...

## **\_ Le rôle de miroir :**

Le bébé ne sait ce qu'il est et ce qu'il fait qu'à partir du miroir que représente le monde extérieur, ici le visage de sa mère. Si sa mère ne lui sourit pas en retour, il a l'impression de n'avoir émis aucun message, que son action n'a eu aucune conséquence. Winnicott le formule ainsi : « il ne s'est rien passé là où il aurait pu utilement se passer quelque chose ». Selon M. Berger, le bébé aurait la préconception qu'un visage souriant est meilleur qu'un visage fermé. Ainsi, lorsqu'il se retrouve face à un visage fermé, il vit une expérience douloureuse et se sent incapable de faire un visage souriant à sa mère.

Winnicott, dans « jeux et réalités » (1971), explique le rôle fondamental de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. Lorsque le bébé tourne son regard vers le visage de la mère, « généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde son bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit ». Ainsi, le visage de la mère est le miroir dans lequel le bébé peut se regarder. Lorsqu'une mère ne reflète que son propre état d'âme, le bébé ne peut pas recevoir en retour ce qu'il est en train de donner, de ressentir, d'être. Il ne voit que sa mère et ne peut se voir lui-même. Sa capacité créative s'atrophie. « Si le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient alors une chose qu'on peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder ».

Ce rôle structurant pour le bébé ne peut être rempli par certaines mères. Par exemple, une mère déprimée ne regardera qu'à l'intérieur d'elle-même. Une mère psychotique sera prise dans ses angoisses archaïques, ... D'ailleurs ce regard n'est-il pas ce qui nous marque le plus, ce qui nous oriente le plus vers un diagnostic ? C'est à travers le regard que nous-mêmes, adultes, ressentons l'angoisse massive qui assaille les psychotiques. Que ressent le bébé, qui ne sait pas encore qui il est, comment il se situe dans l'environnement ? Comment se construit-il devant un tel regard ? Quelle place prend alors la pathologie maternelle dans son psychisme, à travers ce regard ? Selon M. Berger (1992), l'enfant, qui n'est pas tenu par le regard maternel, lorsque ce dernier est « ailleurs », ressent un vécu psychosomatique de chute sans fin, de liquéfaction. Au-delà du rôle de miroir défaillant et des angoisses liées à la non-tendue, la maladie passerait-elle par ce mode entre le parent et

l'enfant ? Il n'y a certes pas dans ces moments là une fonction positive, mais n'y a-t-il en parallèle une action pathogène en elle-même, sans tomber dans des hypothèses proches de la sorcellerie, qui tendraient à soutenir l'idée que « le maléfique » se transmet de manière aussi directe?

### **\_ Les perceptions-hallucinations :**

A cette époque, l'hypothèse de Freud est que le nourrisson vit dans un monde de « perceptions-hallucinations ». Les perceptions plus ou moins excitantes peuvent être des éprouvés sensoriels bruts (comme la faim ou la satiété), une image, une hallucination. Pour le bébé, il n'y a pas de différence entre éprouvé sensoriel et hallucination. Ça n'est que plus tard que le bébé pourra se faire des représentations. Si un enfant ne peut avoir accès au réel en raison d'un environnement trop pathologique, s'il continue à vivre dans le chaos, ses parents ne seront pour lui que des perceptions-hallucinations et ne pourront être symbolisés comme des racines, des objets totaux auxquels appliquer une ambivalence (Berger, 1992).

### **\_ La nécessité d'un environnement qui s'identifie à l'enfant :**

Pour que l'environnement soit si parfait, la mère (ou son substitut : le père, la mère d'accueil, le soignant pour accompagner la mère ?...) doit pouvoir s'identifier au bébé, percevoir ce dont il a besoin. Citons Winnicott (1960) : « Sans une telle identification, j'estime qu'elle [la mère] n'est pas capable de donner à l'enfant ce qui lui est nécessaire au début, c'est-à-dire une adaptation vivante vis-à-vis des besoins de l'enfant ». Elle arrive à cela si elle a pu développer la « préoccupation maternelle primaire ». Cet état très spécifique, qui se développe graduellement pendant la grossesse et dure quelques semaines après l'accouchement, permet à la mère de donner un cadre à l'enfant propice à son développement. Cette mère « suffisamment dévouée » peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins,

d'abord corporels, puis progressivement « besoins du moi » (dont le sourire en réponse), au moment où ils existent (1956). La mère est « confondue » avec son bébé.

« Dans l'ensemble, les mères s'identifient d'une manière ou d'une autre à l'enfant qui se développe en elles et, de la sorte, elles parviennent à un sentiment très fort de ce dont l'enfant a besoin. C'est une identification projective. Cette identification avec l'enfant dure un certain temps après la parturition, et ensuite elle perd graduellement sa signification. » (Winnicott, 1960) Ainsi le nourrisson et les soins maternels forment une unité » (d'où la phrase : « un nourrisson, ça n'existe pas »).

Lorsque les choses se passent bien, le nourrisson obtient tout ce dont il a besoin, au moment « voulu », ce qui lui donne un sentiment de toute-puissance, lequel servira de base à son estime de lui-même. Winnicott pense ainsi que le moi infantile, s'il est faible, est également fort en raison du soutien que lui apportent les soins maternels. « Lorsqu'il y a carence de soins maternels, la faiblesse du moi de l'enfant devient apparente. »[Id.]

Les soins maternels satisfaisants permettent ainsi que s'édifie chez l'enfant un sentiment de continuité d'être, base de la force du moi. Le bébé va alors faire un mouvement spontané vers l'environnement, sans que le sens de son self soit perdu.

Lorsque la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant ne peut s'identifier à lui, et deviner ainsi ce dont il a besoin, le bébé est incapable de se sentir à l'origine du monde qui l'entoure. Il vit dans un chaos, où les événements sont sans aucune conséquence sur les autres. Nous avons vu précédemment que ceci est à l'origine d'un sentiment de culpabilité primaire. Il se ressent comme étant un mauvais bébé.

Plus tard, si des soignants, des professeurs, des substituts parentaux,... l'entourent de bons soins, l'enfant le vivra très mal et son état s'aggravera : alors qu'il n'aura pas su autrefois se créer un bon monde, le fait que « le bon » soit si facile aujourd'hui à obtenir appuie sur leur idée d'être très méchant et très coupable. Ainsi, pire est un environnement précoce, plus le sujet se sent responsable de son aspect insatisfaisant, moins le bon lui fera du bien.

La carence de soins dans cette période précoce aboutit également à une grande détresse avec interruption du sentiment de continuité d'être. Un affaiblissement du moi en résulte. Winnicott parle alors **d'angoisse d'annihilation**, à l'opposé du sentiment d'existence continu, et qui se produit quand l'environnement empiète sur le bébé plutôt que de s'y adapter. Le bébé réagit alors à ces empiètements et ne retrouve son sens du self que par un **isolement**. Il n'y a alors pas de mouvement spontané possible vers cet environnement trop intrusif et source d'angoisse.

Le vécu des nourrissons dans leurs premiers moments de vie sera donc très différent selon que l'entourage aura pu s'identifier et s'adapter à eux ou pas. Au mieux, le nourrisson a un sentiment de toute-puissance, l'impression d'être capable de se créer un monde parfait, le plaisir d'avoir les réponses appropriées quand il y a besoin et désir, et ira ainsi plus tard, avec un sentiment de sécurité, à la rencontre de l'environnement. Ce nourrisson grandit dans un univers adapté qui sait quoi et quand lui apporter, qui l'adule, le trouve le « plus beau bébé du monde ». L'amour inconditionnel qui lui est porté, cette image merveilleuse de lui, vont alors pouvoir être introjectés par le bébé à son propre compte. Ceci constituera son **narcissisme secondaire**, l'amour qu'il se porte à lui-même, son sentiment d'avoir une certaine valeur tant aux yeux des autres qu'aux siens. Ce sentiment constitue un des fondements de la personnalité de l'enfant puis de l'adulte, qui pourra affronter le monde extérieur avec plus de force. Cette base de sécurité totale restera à sa disposition. Ce qui est pris alors, est pris définitivement.

A l'opposé, un nourrisson évoluant dans un monde qui ne s'adapte pas à lui, ne lui apporte pas ce dont il a besoin quand il en a besoin, le soumet à des intrusions par des hyperexcitations suivies d'abandons soudains,... ne se construit pas une image de bon bébé, et ne peut se sentir exister de manière continue. Il a tendance à s'isoler de l'environnement chaotique et intrusif. Son narcissisme primaire est donc très faible. De plus, si ses parents ne peuvent l'aduler, lui renvoyer un reflet valorisant de lui-même, il aura une faille dans sa propre estime (narcissisme secondaire), qui sera soigneusement dissimulée, mais dont les conséquences seront lourdes. Notamment, d'après M. Berger (1992), un sentiment chronique de dépression et de vide l'assailliront. Il sera dans la nécessité de se coller aux autres, afin d'éprouver malgré

tout un sentiment d'appartenance. Plus tard, il augmentera peut-être artificiellement la valeur qu'il se donne à lui-même : ou il est le meilleur, ou il ne vaut rien.

En fonction de quoi les parents vont pouvoir aduler cet enfant, et s'identifier à lui afin de lui être finement adaptés ?

### **\_ Le narcissisme primaire des parents reportés sur l'enfant :**

Dans l'amour que les femmes portent à leur enfant, Freud (1914) y voit le plein amour d'objet qui part du narcissisme. En effet, l'enfant qu'elles mettent au monde est comme une partie d'elle-même, de leur propre corps, qui se présente à elle comme un corps étranger à qui du coup elles peuvent vouer un plein amour d'objet.

Dans les attitudes des parents tendres envers leurs enfants, Freud y reconnaît la reviviscence et la reproduction de leur propre narcissisme qu'ils ont depuis longtemps abandonné. Un indice en est la surestimation qui domine cette relation. L'enfant se voit attribué toutes les perfections. Les parents ont tendance à suspendre leurs acquisitions culturelles, à renouveler au sujet de l'enfant la revendication de privilèges depuis longtemps abandonnés. Comme si leur enfant devenait le centre et le cœur de la création, à qui il ne pourrait rien arriver de mal. « His Majesty the Baby, comme on s'imaginait être jadis. »

Les rêves des parents seront réalisés par leur enfant. Le garçon deviendra un héros, un grand homme. La fille épousera un prince.

Ainsi, l'immortalité du Moi que la réalité dément, se retrouve en l'enfant. « L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature ».

C'est ainsi qu'un narcissisme primaire fort et sain se « transmettrait » à l'enfant, en ayant le plaisir et la capacité de s'adapter à lui, de l'aimer de manière inconditionnelle. Mais quand les parents, alors qu'ils étaient bébés, n'ont pu évoluer dans un environnement suffisamment bon, et n'ont donc pu faire l'expérience de

cette toute puissance, de cette bonté absolue, quand pour eux le « bon » est menaçant et culpabilisant, comment peuvent-ils investir ce bébé-là, l'entourer d'amour, et s'identifier à lui sans sombrer alors dans une mémoire chaotique ? Nous revenons à l'idée que sans l'accès à une image maternante plus adaptée à introjecter, la carence se transmet de génération en génération.

Si l'enfant, auprès de sa mère, ne peut être protégé quant à l'établissement d'un narcissisme primaire solide, non seulement son estime de lui-même va être fortement entravée, mais il risque plus tard lui-même de ne pas pouvoir être adapté aux besoins de son nouveau-né, et de transmettre un relais « cabossé et troué », sur lequel sa progéniture pourra difficilement s'appuyer.

### **\_ Le sentiment continu d'exister :**

Il convient de revenir sur la notion de sentiment continu d'exister. Pour Winnicott (1949b), la santé, dans le développement premier de l'individu, va de pair avec une continuité d'existence. « Le développement du psyché-soma primitif suit un certain cours, à condition que la continuité d'existence ne soit pas troublée ; en d'autres termes, pour un bon développement, un environnement parfait est nécessaire. Au début, cette nécessité est absolue ».

Ce sentiment continu d'exister va permettre progressivement l'édification du **self**. Il débute par une somme d'expériences : repos, motricité spontanée, sensation, passage de l'activité au repos, acquisition progressive de la capacité d'attendre de se remettre des annihilations. L'enfant va alors vivre des expériences, édifier son moi personnel, dominer ses instincts et faire face aux difficultés inhérentes au seul fait de vivre. Tout cela lui semblera réel. Grâce aux soins qu'il reçoit de sa mère, l'enfant est en mesure d'avoir une existence personnelle et commence à édifier son sentiment de continuité d'être. Sur cette continuité il va pouvoir cheminer vers son individualité.

Sans l'environnement initial « suffisamment bon », c'est-à-dire assez malléable, adapté, accueillant et attentif, ce self, qui selon Winnicott peut même se permettre de mourir, ne se développera jamais. « Le sentiment du réel restera absent, et, s'il

n'y a pas trop de chaos, le sentiment ultime est celui de l'inutilité. » (1956) L'enfant ne parvient pas à exister vraiment, puisqu'il n'y a pas de sentiment de continuité d'être. La personnalité s'édifie alors sur la base de réactions aux empiètements de l'environnement.

Un **faux self** en est la conséquence. Le développement en faux-self consiste en des conduites et réponses de l'enfant qui ne correspondent pas à ce qu'il ressent réellement mais dont le but est de s'adapter, de se conformer aux attentes, afin de préserver les liens avec l'entourage.

### \_ **Les contenants de pensée :**

Pendant cette période vont également se jouer les étapes nécessaires à la représentation de soi. Dès la naissance, le bébé apprend avec son corps : la façon dont il est touché, la curiosité dont il est l'objet, les actes qu'on le laisse accomplir, les rythmes qu'on lui propose, le fond matériel et émotionnel sur lequel se déroulent ces expériences. Ceci va permettre ou non la formation des contenants de pensée. Ces contenants résultent de l'intériorisation d'expériences physiques et psychiques que le bébé a pu réaliser de manière répétitive avec son environnement. On parle également d'enveloppe psychique. Cette notion peut être considérée comme une métaphore qui définit une fonction : la fonction de contenance. Bion (1962) a construit le modèle du « contenant-contenu » : l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la détoxiquer. Le contenu projeté est appareillé au contenant, à condition que ceux-ci entretiennent une relation que Bion qualifie de « commensale », chacun tirant profit de l'autre pour sa propre croissance. Le bébé réintrojectera l'ensemble « contenant-contenu » ainsi formé. Cet ensemble se développera jusqu'à devenir le propre appareil à penser du bébé. Ainsi l'objet accomplit la « **fonction alpha** ». Le bébé clive et projette une partie de sa personnalité en détresse dans l'objet (**éléments bêta**). L'objet contient l'expérience émotionnelle, et, grâce à sa « capacité de rêverie », commence le processus de transformation du symbole et de la pensée.

Les éléments bêta, bruts, projetés, sont transformés en éléments alpha, éléments disponibles et utilisables pour la pensée.

Ainsi la fonction contenant est une fonction « symbolisante ». Selon Ciccone, « ce qui contient, ce qui détoxique l'expérience, c'est le processus de symbolisation.

Si la mère n'est pas capable de s'identifier à son bébé, de recueillir ses éléments bêta pour les « digérer » en éléments alpha, si ceux-ci au contraire l'angoissent, la saturent, la désorganisent, le bébé va réintrojecter l'expérience de l'objet qui refuse les identifications projectives. Il introjecte donc sa propre détresse augmentée des failles de sa mère et de son échec. Bion (1962) dit que le bébé réintrojecte alors une « terreur sans nom ».

Il s'agit bien entre le bébé et sa mère (ou son substitut maternel) d'une **identification projective**, normale, non toxique, au service de la communication. Ce processus consiste à communiquer un état émotionnel en le transmettant et en le faisant éprouver par l'autre. Un contenu émotionnel qui déborde le bébé, lequel n'a pas le moyen de le « penser », est transmis à la mère. Il faut alors que celle-ci ait les moyens de digérer les ressentis bruts de son enfant pour les lui restituer de manière à ce qu'il puisse les « mettre en sens », de manière métabolisée.

Beaucoup d'auteurs ont décrit cette fonction de contenance. Celle-ci permet également au bébé d'accéder à une représentation de lui unifiée spatialement (continuité corporelle), émotionnellement (continuité psychique et désir de vivre) et cognitivement (sens de l'invariabilité relative du monde). A partir de ces connaissances il va pouvoir anticiper les perceptions, actions et pensées. Parmi ces contenants, on peut citer :

- La fonction « première peau » d'Esther Bick (1960)

Le besoin d'un objet contenant apparaît comme la nécessité de trouver un objet qui peut tenir l'attention et rassembler les parties de la personnalité. Cet objet peut être une lumière, une voix, une odeur ou un autre objet sensuel. « L'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère. » E. Bick explique comment cet objet est éprouvé comme une

peau. La jonction entre les différentes modalités sensorielles (le portage, l'enveloppement, le bain de paroles et la plénitude interne) procure au bébé un sentiment moïque primaire, sentiment d'être. Lorsque l'expérience de ce rassemblement interne fait défaut, le bébé s'accroche à des sensations, à des objets-sensations qui maintiendront un temps l'illusion du rassemblement. L'œil qui fixe la lumière, l'oreille qui s'arrête sur un bruit, le corps qui se concentre sur un bercement... sont autant de bouches qui s'agrippent à un mamelon.

Si cette première peau ne peut pas se constituer, si ce rassemblement interne fait défaut, le bébé s'accroche à une « seconde peau », qui peut être de nature musculaire, motrice (raidissement du corps, allant jusqu'à l'opisthotonos, agitation permanente protégeant le bébé contre les angoisses agonistiques primitives). La dépendance envers l'objet, dans ces cas pathologiques, est remplacée par une pseudo-indépendance. De nombreux comportements peuvent se comprendre ainsi, par exemple chez les enfants agités, instables, hyperkinétiques ou encore violents. L'agitation témoigne alors du défaut d'introjection du contenant interne. Ciccone (2001) rappelle que ces sujets décrivent davantage un éprouvé de peau qui brûle plutôt que d'une absence de peau. On parle des « écorchés vifs ». Qui mieux que B. Cantat pour décrire les ressentis de ces individus ? (cf annexe 2)

D'autres se construisent une deuxième peau intellectuelle. Chez eux la théorie et la pensée constituent une manière défensive contre les expériences émotionnelles, à la base d'un faux-self.

- La notion d' « attracteur » de Houzel :

Plutôt que l'image de récipient, Houzel utilise le terme « d'attracteur » pour décrire cette fonction contenant. L'objet contenant attire la vie pulsionnelle et émotionnelle du bébé. Il rassemble ainsi sa sensualité éparse et la rassemble en une « consensualité », terme de Meltzer. Il attire les investissements, l'attention, les éprouvés du bébé, et leur donne forme. Il n'est donc pas un récipient où la psyché de l'enfant déverse des parties d'elle-même, mais un objet qui focalise et stabilise les forces psychiques qui l'investissent.

- La notion de « présence d'arrière-plan », décrite par Grotstein, puis « d'arrière-plan de sécurité » d'après Sandler :

Elle correspond à l'intériorisation des bras maternels qui soutiennent le bébé, du holding.

Cette intériorisation de la notion d'arrière-plan s'effectue essentiellement par le regard (G. Haag, 1991, 1997). C'est par l'échange pénétrant des regards, accompagné de paroles, d'attention et de préoccupation, que s'intériorise la tenue du dos, et que se construit sa sécurité, notamment lors du nourrissage.

Les défauts d'intégration de cet arrière-plan de sécurité se retrouvent dans des cas très pathologiques avec défenses autistiques : accrochage par le regard (qui n'est pas libéré de sa fonction d'accrochage par une tenue du dos adéquate et qui ne peut donc pas être utilisé pour la communication), recherche d'une autotenu dans les raidissements musculaires, etc. Dans des cas moins pathologiques, on peut trouver chez certains individus une angoisse liée à une présence persécutoire dans leur dos.

- Le moi-Peau de D. Anzieu (1985) :

Anzieu prend le contexte du nourrissage. Il relève trois éléments présents dans les situations « satisfaisantes » : un contact différenciateur par le mamelon dans la bouche et l'incorporation, un centre de gravité par la réplétion, et d'importantes stimulations tactiles par le fait d'être tenu, porté, serré contre le corps de la mère, manipulé. Tout ceci se faisant dans un bain de paroles et de communication. Ces éléments réunis conduisent le bébé à différencier une surface avec une face externe et une face interne, distinguant le dehors et le dedans, et un volume dans lequel il se sent baigné. Cette surface et ce volume donnent à l'enfant la sensation d'un contenant. A l'occasion des expériences de son corps au contact de celui de sa mère, lorsque la relation d'attachement est sécurisante, le bébé acquiert la

perception de la peau comme surface. Ceci entraîne la notion de limite (intérieur/extérieur), et un sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle. Ce sentiment d'intégrité donne au moi une enveloppe narcissique et un bien-être de base, d'où l'idée du moi-peau. Ce terme désigne pour Anzieu « 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 ».

Ainsi, lorsque la mère est adaptée dans son holding (terme de Winnicott correspondant à la manière de tenir physiquement et psychiquement le bébé), son handling (manière de manipuler le bébé pour qu'il se sente contenu, protégé des angoisses de chute, de liquéfaction,...), qu'elle le porte et l'enveloppe de façon adaptée, le bébé introjecte ces contacts cutanés et se construit une représentation de lui comme ayant un corps clos, enveloppé. Le fait de se représenter comme fermé, « sans fuite », permet de retenir ce qui est en soi, tant les pensées que les sentiments.

Un holding inadapté, un handling brutal et angoissant, peuvent être à l'origine de difficultés dans la constitution de ce Moi-Peau et aboutir à une représentation de soi comme percé (« un Moi-Peau passoire » Berger, 1992). Ceci entrave considérablement les apprentissages. Sans la capacité de les retenir, les pensées ne peuvent être reliées, modifiées, comparées,...

- Les schèmes d'activité musculaire, de Gibello (1984) :

Dès la naissance, l'activité spontanée du bébé, et notamment ses réflexes archaïques, vont lui permettre d'expérimenter le fait que les mêmes gestes produisent les mêmes effets. Le monde devient alors une somme d'objets à saisir, sur lesquels s'exerce sa pulsion d'emprise. Pour que ce contenant s'établisse, trois conditions sont nécessaires :

1- que le monde extérieur soit relativement stable, avec des séquences identiques qui se répètent, en particulier dans les soins corporels et leur cadre, sans quoi toute

action perd son sens, le déroulement des choses est le fruit du hasard et plus rien n'est repérable.

2- que le monde extérieur fournisse au bébé une réponse en miroir, lui permettant de se représenter ce qu'il fait.

3. que ce monde extérieur soit relativement modulable.

Si ces trois conditions ne sont pas remplies, le sujet ne peut se sentir acteur de ses actions. Il ne peut comprendre quelles règles régissent les manipulations nécessaires en vue de tel résultat.

- Le schéma corporel :

C'est une fois ce schéma bien constitué que le sujet peut se sentir topologiquement uni et reconnaître sa propre image. Ceci se fait en deux temps. Tout d'abord avant de se reconnaître lui-même comme un tout, il faut qu'il se reconnaisse dans l'autre, inclus en lui. Le mécanisme en jeu est l'identification adhésive, processus normal à ce moment de la vie. Elle est nécessaire au développement, car elle permet des points d'agrippements à l'autre qui, mis bout à bout, donneront une sensation première de continuité, une première expérience d'être. Cet autre doit se laisser appréhender comme un modèle globalisant et miroir absolu. Une fois que l'enfant aura une représentation de lui (à travers l'autre) comme un tout, il va avoir accès à la notion de partie, concept nécessaire pour tout apprentissage. Dans un deuxième temps alors il pourra creuser un espace entre l'autre et lui-même, et continuer à se représenter comment lui-même est fait tout en s'éloignant progressivement de l'objet.

Cette fonction de contenance est donc primordiale pour le développement physique et psychique du bébé.

## \_ L'importance des rythmes :

La rythmicité participe également à constituer le sentiment d'**enveloppe** en ce qu'elle produit une illusion de continuité. Elle permet l'anticipation et donne une illusion de permanence.

On reconnaît aujourd'hui toute l'importance qu'il faut accorder aux rythmes du bébé : rythmes biologiques (sommeil, alimentation), rythmes plus affectifs dépendant des interactions mère-bébé, rythme des ajustements dans la dyade ou de l'accordage affectif selon l'expression de Stern. Ainsi tous ces temps se croisent : rythme des tétées, rituels de la mise au sein, sens des engagements/désengagements dans l'interaction, temps psychique maternel, perception du nourrisson, fluctuation des états d'esprit, ... Le temps du bébé est un temps riche, déjà psychique car co-construit, aux frontières de la psyché et du soma, entre deux êtres qui d'une certaine manière ne font qu'un.

De plus, le temps psychique est corrélatif de l'**intégration psyché-soma**.

Un trop de souffrance ne permet pas au bébé de rester au contact de la situation. Il s'en extrait. Le temps devient « hors psyché ». Le bébé s'absente de l'expérience douloureuse. C'est le cas dans les anxiétés primitives, que nous avons étudiées plus haut. Il se produit une dissociation du mental avec le corps. Parfois le bébé semble s'abandonner au temps du corps, à la douleur somatique plutôt qu'à une angoisse, une souffrance ressentie. Mellier (2003) pose la question d'un moyen par ce biais de rester en contact malgré tout avec la mère, avec le monde, « ou ce qu'il en reste ».

Quand la densité et la dynamique de ce temps sont réduites, écrasées, le nourrisson subit la tyrannie d'enjeux émotionnels catastrophiques, lesquels imprimeraient des clivages entre corps et mental. Des désordres dans l'un ou l'autre champ s'ensuivraient.

Les souffrances primitives tendent donc à évacuer toute dimension psychique du temps.

Or, comme nous l'enseigne Ciccone (2007), le rythme est constitutif d'une **base de sécurité**. Il l'est déjà pour le fœtus. Celui-ci organise des expériences de fracture, de chaos, et la sécurité perdue est recherchée dans des structures rythmiques de

l'expérience subjective. En effet, les expériences du bébé le confrontent sans cesse à des ruptures, des discontinuités, des moments de présence des objets qui alternent avec des absences. Ainsi la pensée suppose le manque, naît dans le manque. C'est la rythmicité de l'alternance présence/absence qui pourra soutenir la croissance mentale et le développement de la pensée à partir du manque.

La rythmicité permet en effet une anticipation des retrouvailles. C'est en ceci qu'elle soutient le développement de la pensée. D. Marcelli modélise cette anticipation ainsi : « Après ça il y a autre chose ». La douleur de l'absence annonce les retrouvailles de la satisfaction.

Pour cela, l'objet ne doit pas s'absenter plus longtemps que la période pendant laquelle le nourrisson est capable d'en garder en lui le souvenir vivant.

Le rythme est donc constitutif d'une base de sécurité, par cette alternance présence/absence. L'objet ne doit pas démentir la promesse de retrouvailles, et celles-ci doivent s'effectuer de manière rythmique et à un rythme qui garantisse la continuité (d'où l'idée qu'une médiation thérapeutique ou deux dès la naissance du bébé ne peut permettre une quelconque continuité).

Les expériences de discontinuités qui se répètent de manière rythmique marquent la mesure du temps. Le rythme rend donc le temps mesurable et participe ainsi aux conditions d'existence du processus même de différenciation. Lorsque le rythme échoue à donner l'illusion de permanence, celle-ci est recherchée dans une agglutination de l'expérience du temps et de l'espace, ou bien dans une expérience informe de confusion.

Marcelli (1992) distingue les macrorhythmes, ceux des soins maternels, des microrhythmes à l'intérieur de l'interaction.

- **Les macrorhythmes** des rituels de soins sont organisateurs de par la répétition qui les caractérise. Ils permettent la mémorisation, l'anticipation, la prévisibilité. Ils développent le sentiment de continuité narcissique (par la confirmation des attentes), de confiance, de sécurité. Ils donnent au bébé la possibilité de créer l'environnement (illusion du trouvé-créé).

La rythmicité va assurer le fond de permanence qui permettra de supporter la discontinuité.

- **Les microrhythmes**, à l'intérieur des échanges interactifs, vont par contre produire le ludique. Ils supposent la surprise, l'inattendu, l'aléatoire, la tromperie. Les messages seront contradictoires (par exemple ceux transmis par le ton de la voix et ceux transmis par l'expression du visage de la mère).

Si les macrorhythmes ne doivent pas être trompés (tout forçage ou absence de concordance des rythmes peut aboutir à une incapacité à se repérer dans le temps et à respecter ses propres rythmes internes), au risque de produire du traumatisme, du chaos, de la discordance, les microrhythmes, par contre, doivent être trompés car si les anticipations sont trop confirmées, le jeu devient monotone, opératoire, et se dissout. Les microrhythmes provoquent un écart, un défaut par rapport à ce qu'attend le bébé. Si après le défaut survient le manque, le bébé plonge dans un univers de persécution. Si, par contre, après le défaut surviennent les retrouvailles, l'écart produit alors de la jubilation, du plaisir.

La rythmicité est donc une **caractéristique organisatrice des expériences subjectives et intersubjectives chez le bébé**. Cependant, il est inévitablement confronté à des discontinuités ordinaires. Elles font partie du maternage. Le bébé va devoir faire un **travail de réparation de ces expériences de discontinuité**. Deux manières lui sont possibles. La première consiste à trouver ou fabriquer de la continuité, éventuellement avec un objet du dehors, en utilisant par exemple l'accrochage par le regard, ou bien avec le corps, en s'accrochant à une sensation. La seconde consiste à utiliser ou fabriquer de la rythmicité, des expériences rythmiques, le rythme assurant une illusion ou un sentiment de continuité.

Nous verrons que la réparation de ces discontinuités constitue un modèle de soin.

Si l'enfant n'arrive pas à rétablir la continuité, il va la rechercher dans les éprouvés, les sensations, voire dans la rythmicité des éprouvés. Si cela ne tient toujours pas, le bébé se retrouvera dans un état de chaos, de désorganisation.

Ces bébés qui n'arrivent pas à réparer les expériences de discontinuité sont des bébés inconsolables. Ils sont dans un état de détresse psychique importante.

Pour A. Guedeney (2007), un bébé pour lequel la violation de ce qu'il attend de l'interaction est suffisamment gênante va être « chassé du présent ». Il ne peut pas aller très loin dans le passé bien que déjà doté d'une mémoire. Il ne peut pas non plus se projeter durablement dans le futur. La solution qui lui reste est le **comportement de retrait**, c'est-à-dire de se situer dans un temps suspendu.

Il y aurait une position de retrait normal chez le nourrisson, de « micro-retrait », qui intervient face à des erreurs inévitables de contingence de l'interaction. Guedeney propose que ces positions soient à l'origine du processus de subjectivation. « Ce serait cette tentative d'écart au temps présent qui conduirait le bébé à s'écarter du réel et à développer un processus de fantasmatisation. » Ainsi cette volonté d'oublier le temps, par moment, serait une motivation au développement psychique. Pour réfléchir, se pencher sur ses pensées, il faut lâcher un peu la perception, le présent.

En outre, le comportement durable de retrait serait une tentative d'adaptation à une violation continue du présent. Cette adaptation coûteuse, peut dépasser son but et figer le développement : « un retrait durable gêne durablement les processus de développement ».

Dans un premier temps le bébé va protester, ce qui a l'avantage d'être une défense visible et bruyante. Puis, si la situation d'empiètement se maintient, il va se retirer. Le retrait a l'inconvénient d'être silencieux et d'écarter l'observateur, donc l'aide potentielle.

La position de retrait, véritable fuite du présent, devient dangereuse pour le développement si elle persiste.

Ainsi les personnes qui s'occupent du bébé doivent lui proposer un ensemble d'expériences corporelles adaptées, c'est-à-dire d'interactions prévisibles, fiables, faites d'échanges de sourires, de concordance des rythmes, de portage solide, de douceur du toucher... Ces expériences corporelles ont un rôle fondamental dans la

constitution d'une représentation par l'enfant de son corps comme clos, enveloppé, de son schéma corporel de manière cohérente, du sens du temps, de l'espace, de la continuité. C'est ainsi qu'il peut comprendre l'effet de ses gestes et faire l'expérience d'une certaine emprise sur le monde extérieur. Pour M. Berger (1997) ces expériences n'ont de valeur que si elles s'accompagnent de paroles. L'auteur cite J-L Donnet (1993) : « c'est le temps où l'Autre pense pour vous, dit ce que vous pensez, ressentez. »

Lorsque l'environnement est défaillant, les enfants souffrent de troubles importants de la pensée, de la capacité de comprendre la continuité des événements, du schéma corporel, du repérage dans le temps et dans l'espace. Tout ceci entrave considérablement la capacité d'apprendre du sujet. Pour M. Berger, ces troubles majeurs contrastent avec une certaine vivacité corporelle qui fait attribuer à ces enfants des capacités cognitives qu'ils n'ont pas.

Denis Mellier (2007) explique qu'un bébé qui a rencontré quelque chose qui lui a fait violence va voir grevée sa capacité de poursuivre son expérience et de s'enrichir en étant en relation avec l'autre et en interaction avec le monde qui l'entoure. La « capacité de rêverie maternelle » étant défaillante, son expérience psychique ne peut se dérouler avec suffisamment de continuité et de créativité pour être intégrée au self. « Son attention rencontre des butées dans son développement. Elle ne peut qu'imparfaitement se rassembler en une structure interne suffisamment stable avec un niveau d'attention suffisamment souple envers l'autre et la réalité. Des expériences brutes vont rester en dehors du processus de subjectivation. Elles risquent de brouiller la construction même du système attentionnel et du fonctionnement de l'appareil psychique. »

\_ L'introjection d'un **bon objet interne** selon M. Klein :

Mélanie Klein insiste sur l'importance fondamentale de la toute première relation d'objet de l'enfant : la relation au sein maternel et à la mère. Pour elle, un développement ne peut être satisfaisant que si cet objet primordial, introjecté, réussit à s'enraciner dans le moi avec un certain sentiment de sécurité. Le bon sein

incorporé fait alors partie intégrante du moi. L'enfant est d'abord à l'intérieur de sa mère, puis il la place à l'intérieur de lui. Le bon sein est le prototype de la bonté maternelle, de la patience, de la générosité inépuisable, de la créativité. Ainsi il est source des fondements de l'espoir, de la croyance et de la confiance dans le bien.

Le nourrisson capable d'amour et de gratitude a une relation à l'objet bien enracinée. Il peut alors surmonter les états passagers de haine, d'envie et de rancune qu'il rencontre, sans craindre de perdre son bon objet. Il y a alors une certaine stabilité et l'établissement d'un moi fort. Une bonne relation au sein maternel permet selon Klein de développer la faculté de se dévouer à autrui, de se consacrer aux valeurs humaines et culturelles. C'est ainsi que l'amour initialement porté à l'objet originel se trouve utilisé.

L'envie (sentiment de colère qu'éprouve un sujet quand il craint qu'un autre ne possède quelque chose de désirable et n'en jouisse), par contre, empêche la gratification et implique la détérioration de l'objet. Ainsi, lorsque le bon sein ne vient pas, le bébé peut être envahi par l'envie, et avoir des fantasmes de destruction de ce bon sein. La confiance du sujet en lui-même se trouve alors ébranlée. Le sujet doute de sa sincérité dans ses relations futures, ainsi que de sa capacité à aimer et à éprouver lui-même de la bonté. La capacité d'éprouver du plaisir repose selon Klein sur la capacité de jouir de la toute première relation au sein maternel.

L'auteur décrit la détérioration du caractère chez les individus qui n'ont pas réussi à instaurer leur premier objet avec une sécurité suffisante et qui se montrent alors incapables de gratitude à son égard. Lorsque l'angoisse persécutive croît, ils perdent complètement leur bon objet primitif et ses représentants substitutifs. Il y a alors retour régressif à des mécanismes précoces de clivage et de désintégration. L'auteur retrouve ces traits notamment chez ceux qui ont l'ambition du pouvoir et du prestige. Chez ces personnes, quand l'envie apparaît plus tard, elle réactive l'envie plus primitive. Il y a alors intensification du découragement et de la culpabilité.

### **\_ La capacité d'être seul de Winnicott :**

L'introjection d'une image de bonne mère, présente psychiquement, attentionnée, permet à l'enfant d'accéder à **la capacité d'être seul**, terme créé par Winnicott (1958). Le paradoxe provient du fait que pour faire l'expérience de la solitude, le bébé doit être avec sa mère. C'est en présence de quelqu'un d'autre qu'il va pouvoir faire l'expérience d'être seul, dans une relation au moi, et continuer son développement de manière satisfaisante. Il faut pour cela que ces bonnes relations intériorisées soient suffisamment bien établies. Ainsi, le bébé peut avoir confiance dans le présent et dans l'avenir, et être capable d'être heureux, même en l'absence d'objets et de situations externes. Les soins maternels suffisamment bons permettent à l'individu d'édifier sa confiance en un environnement favorable. « L'aptitude à la solitude authentique a ses fondements dans cette première expérience d'être seul en présence de quelqu'un. Etre seul en présence de quelqu'un est un fait qui peut intervenir à un stade très primitif, au moment où l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère-support du moi et devient ainsi capable d'être seul sans recourir à tout moment à la mère ou au symbole maternel. » C'est le fait d'être seul qui permet au nourrisson de se détendre, c'est-à-dire d'entrer dans un état où il n'y a pas d'orientation. Il lui est alors donné d'exister sans être en réaction à l'environnement ou en action. Pour Winnicott, cet état permet au bébé, lorsqu'une perception ou une pulsion arrive, de la ressentir comme réelle et constitutive d'une expérience personnelle.

Par la suite, l'individu pourra renoncer à la présence effective de sa mère ou de son substitut. « Ce phénomène a été décrit comme celui de l'édification d'un « environnement interne » et il s'agit d'un phénomène plus primitif que celui appelé « introjection de la mère ».

Ainsi la capacité d'être seul trouve ses fondements avant la relation à l'objet.

Nous voyons par ce bref retour sur le développement du bébé et ses écueils que les premières relations entre la mère et l'enfant, au stade où le bébé

« fusionne » avec elle, correspondent à une période primordiale du développement de l'individu. Sur le court terme, son développement tant psychique que physique en dépend. La capacité du bébé à se représenter son corps comme clos, à se situer dans le temps, à constituer sa pensée, à s'établir sur de bonnes assises narcissiques,... sont liées. A moyen terme les capacités d'apprentissage vont en découler. Mais cela influencera également son fonctionnement psychique en général, sa capacité d'aimer, que ce soit lui-même, ses propres enfants ou les autres, sa capacité de jouir de la vie, etc.

***ii. Psychopathologie de cet état symbiotique initial :***

Selon M. David, le nouveau-né peut susciter chez sa mère un violent désir de symbiose totale, la fascination par le bébé poussant la mère à vouloir se fondre avec lui. Ceci va jusqu'à ce qu'elle le serre, l'étouffe.

A l'inverse et en même temps, le bébé peut susciter chez sa mère, par ses cris, gesticulations, par son intensité du regard,... des angoisses de type « primaire inimaginable » de dévoration, de destruction, de morcellement. La mère est alors dans une identification collée à son bébé.

Ces angoisses archaïques peuvent l'amener à maltraiter son enfant en le secouant, en le jetant ou bien à s'enfuir dans un état confusionnel, avec ou sans lui.

C'est souvent chez les mères psychotiques que ces états sont remarqués.

***iii. Le dénouement de la relation fusionnelle et ses écueils :***

Avec la pleine constitution du regard et du sourire du nourrisson, la fusion antérieure se défait au bénéfice d'un face à face en miroir au cours duquel mère et père admirent leur création (M. David, 1989). Chaque partie du corps de l'enfant est

investie avec amour. Ceci lui permet de se sentir être. Il commence à se reconnaître et à aimer, en distinguant petit à petit sa mère de lui, cette autre qui jusque là faisait partie de lui-même. Un double mouvement existe alors pour l'enfant : il est à la fois dans un désir d'être auprès de sa mère, avec des difficultés à la laisser s'éloigner, et à la fois dans une envie de faire par lui-même ainsi que d'exercer son pouvoir pour assujettir sa mère à ses désirs. La mère, quant à elle, est comblée par les manifestations d'amour de son enfant mais ressent la nécessité de mettre des limites à son emprise.

C'est ainsi que, progressivement, le nourrisson passe **du principe de plaisir au principe de réalité, des auto-érotismes aux relations objectales.**

Pour que cela se passe bien, il faut que la mère vive ces mouvements d'indépendance sans être trop mise à mal.

#### ***iv. Difficultés de dénouement de la relation fusionnelle :***

M. David a ainsi repéré les difficultés chez certains parents de dénouement de la relation fusionnelle. Pour certains couples mère-enfant, s'ils tirent de gros bénéfices dans la phase fusionnelle, leurs satisfactions vont s'amplifier exagérément, rendant difficile voire périlleux le dénouement du processus d'individuation au moment où se constitue la relation d'objet. « Le « sevrage psychologique » n'est facile ni pour l'enfant ni pour ses parents ; ceux-ci, dans leurs difficultés à se séparer comme à supporter le poids de l'enfant avec l'intensité de ses demandes, son accrochage à sa mère et sa volonté de toute puissance, réagissent assez fréquemment en se séparant physiquement de lui dans un mouvement soudain de rejet. De ce fait, ils ne s'y préparent pas avec l'enfant et ne prennent pas les mesures nécessaires pour que cette séparation puisse être profitable pour tous. Faute de quoi, survenant à l'âge où l'intolérance à la séparation et l'anxiété de l'étranger sont particulièrement aiguës, cette séparation peut être réellement traumatisante pour l'enfant ».

Avant que le bébé en soit arrivé à une relation objectale, il va y tendre progressivement, ne serait-ce qu'en poursuivant son développement psychomoteur.

Certaines mères peuvent être très angoissées devant des signes inaugurant la future autonomie de cet enfant, partie d'elle-même, et tenter d'empêcher ainsi, inconsciemment, que leur bébé tendent vers cela, s'épargnant elle-même d'angoisses massives. Très tôt des bébés peuvent bloquer leur développement, comme pour « suivre » leur mère.

### **\_ La période de destructivité :**

Du côté du bébé, afin de se décoller de la fusion avec sa mère, M. Berger (1992) explique que l'enfant va entrer dans la phase du processus de « destructivité ». Vers 4 à 6 mois, il attaque son environnement : il mord, tire, déchire, sans soucis de la souffrance infligée. Winnicott dit qu'il est alors impitoyable. Ainsi, il teste la résistance des objets. Alors que jusque là (quand l'environnement est suffisamment bon), il obtient « ce qu'il veut » en temps voulu, et a l'impression qu'il est à l'origine de ce qu'il obtient, de ce qui est, il se rend compte ici que bien qu'il ait le fantasme de détruire l'environnement, ce dernier lui résiste. L'environnement ne répond plus à ses pulsions. Dès lors, il « réalise » que son seul désir, son fantasme de destruction, ne suffit pas à mener ses projets à bout. La réalité se découvre. Le bébé comprend alors que l'objet est extérieur à lui, c'est-à-dire, finalement, réel. Il commence à distinguer moi et non-moi.

Si l'environnement n'est pas attentionné, ne réagit pas, le bébé ne va pas pouvoir faire cette expérience et distinguer l'extérieur de lui-même. De même si l'environnement répond sur le même mode, sans considération de la différence de maturité, selon la fameuse loi du Talion, l'enfant ne fera pas la rencontre du réel. Selon M. Berger (1992), « tout enfant qui petit, lorsqu'il mordait, déchirait, tirait les cheveux, a dû faire face à un environnement non résistant, soit qu'il le tapât en retour soit qu'il l'abandonnât ou s'effondrât, etc., a une partie plus ou moins étendue de son fonctionnement psychique qui n'a pas accès à la réalité. »

### **v. La constitution de l'objet et ses troubles :**

M. David (1989) explique que les enfants chez qui la constitution de l'objet est difficile vont se présenter comme tout-puissants, tyranniques, sans limites. Les mères sont alors décrites comme dévorantes.

Il s'agit des dyades où mère et enfant cultivent la relation fusionnelle jusqu'au moment où commence à s'instaurer la relation d'objet. On retrouve surtout cela chez les mères schizo-phrènes, qui vivent l'enfant comme une partie d'elle-même, qu'elles adulent, à qui elles permettent tout. Contrairement à ce que M. David décrit dans les difficultés de dénouement de la relation fusionnelle, ici, l'auteur explique que la relation fusionnelle est moins serrée et qu'un début de distanciation existe. Ceci est rendu possible par le plaisir chez ces femmes de voir le bébé hors d'elle. De son côté, l'enfant contribue à maintenir sa mère à petite distance, par la vigilance de son regard, ses comportements autonomes, gratifiants pour la mère. Il se protège ainsi des rapprochements trop érotisés et trop excitants, tout en profitant du plaisir de sa mère à le voir et de l'admiration dont il est l'objet. Ces mères sont fascinées par le développement de l'enfant et sa volonté naissante de toute-puissance et de domination. Par une permissivité excessive, elles exercent une réelle séduction sur l'enfant. L'incapacité de la mère à mettre des limites entraîne chez eux une angoisse considérable qui lance l'enfant dans une agitation incoercible, avec des mouvements de fuite en avant, comme pour échapper aux risques des étreintes maternelles dévorantes. Petit à petit l'enfant va être de plus en plus angoissé, la mère de plus en plus impuissante, jusqu'au moment où l'intolérance mutuelle est telle que la mère décompense, ou que surgissent des envies meurtrières mutuelles. C'est alors que survient régulièrement un événement suscité par l'un des deux, à l'origine d'une séparation radicale faite en urgence.

### **\_ L'accès à la position dépressive :**

Selon Mélanie Klein, l'absence n'est pas une notion que le nourrisson peut concevoir au début de sa vie. Lorsqu'il a faim, si le sein n'arrive pas, ça n'est donc pas parce qu'il est absent, mais parce qu'il est un « mauvais sein », que la mère est une « mauvaise mère ». Le bébé est donc aux prises avec des angoisses de persécution. Pour préserver l'image d'un bon sein, idéalisé, gratifiant, auquel s'identifier par un

mécanisme d'introjection, un clivage est nécessaire. Les mauvais éléments sont projetés vers l'extérieur. Ainsi, le clivage et les angoisses de persécution expliquent le terme qu'a choisi Mélanie Klein pour décrire cette position : la position schizo-paranoïde. Celle-ci reste une possibilité tout au long de la vie. Le nourrisson, avant la constitution de l'objet, n'en a pas d'autre. Le clivage permet de protéger le « bon sein ». Celui-ci n'est ni attaqué, ni relié au « mauvais sein ». Le « bon sein intérieur » constitue le fondement du narcissisme, la confiance qu'a le sujet en soi et en les autres, comme nous l'avons vu précédemment.

Puis, peu à peu, l'enfant réalise que « bon sein » et « mauvais sein », « bonne mère » et « mauvaise mère », ne font en fait qu'un. Si sa mère peut être gratifiante, disponible, elle peut aussi être absente, frustrante. Il peut à la fois l'aimer et la haïr, vouloir la détruire. Le clivage s'estompe. Les objets partiels se rassemblent en un objet total. L'angoisse ne résulte alors plus de la crainte de se faire attaquer par un « mauvais sein », mais de celle d'endommager l'objet qu'il aime le plus, sa mère. Il a alors accès à l'ambivalence.

Pour Klein, cet accès à la position dépressive est primordial car de lui va dépendre la capacité de l'individu à développer le sens de la réalité et de la communication avec autrui. C'est aussi de cette manière qu'il va pouvoir intégrer sa personnalité.

Lors de la position dépressive, le bébé va ressentir le besoin de réparation. Puisqu'il a attaqué l'objet maternel, a déployé son agressivité sur lui, il va avoir besoin de le réparer. Pour ce faire, la mère doit être suffisamment présente, physiquement et psychiquement. Une séparation à ce moment pourrait être préjudiciable et entraîner des troubles, empêchant le bébé de s'apaiser en réparant l'objet maternel. L'absence de la mère de manière continue pourrait lui faire penser qu'il l'a détruite, qu'il l'a fait fuir, par son agressivité, qu'il est coupable de cette absence désormais plus longue.

Selon Mélanie Klein, il est possible de résister à des perturbations passagères lorsque le bon objet est profondément enraciné. « Ainsi se trouvent établies des bases à une bonne santé mentale, à la formation du caractère et au développement du moi ». « La position dépressive est surmontée grâce à une plus grande confiance à l'égard du bon objet interne : mais un tel résultat n'est pas définitivement acquis. Toute tension interne ou externe peut réactiver la dépression et la méfiance \_ dans

le soi et dans l'objet. Toutefois, la capacité de se dégager de ces états dépressifs et de reconquérir le sentiment de sécurité intérieure constitue (...) le critère d'une personnalité bien développée. En revanche, réagir à la dépression en durcissant ses propres sentiments et en niant la dépression, c'est régresser aux défenses maniaques utilisées lors de la position dépressive infantile ».

**- Les bases d'une possible résilience dans une relation « suffisamment bonne » :**

J. Wendland fait le lien entre premiers liens et résilience. Elle cite Fonagy, selon lequel « l'histoire n'est pas le destin », ainsi qu'A. Guedeney : « la sécurité d'attachement, le fait qu'un enfant dispose de relations proches et fiables qui fonctionnent comme une base de sécurité face à un traumatisme constitue un puissant facteur de résilience. » La résilience ne serait pas innée. Pour pouvoir résilier, il faudrait un appui où poser le pied afin de rebondir. Ainsi, on ne peut pas fermer les yeux et tout miser sur l'avenir et les éventuelles capacités de résilience de l'individu, sans permettre au bébé d'introjecter des appuis réels (contrairement à une carapace mettant à distance de ce qu'il vit), nécessaires et sécurisants sur lesquels s'accrocher pour ne pas sombrer, puis pour remonter.

**\_ Comment l'enfant peut-il se représenter sa mère ?**

C'est-à-dire finalement, comment l'enfant peut-il se remémorer sa mère en son absence ? M. Berger (1992) nous rappelle que la théorie et la clinique montrent qu'un sujet ne peut se représenter ses parents que si ces derniers pensent suffisamment à lui. En simplifiant, un enfant ne peut lâcher ses parents du regard, se décoller d'eux physiquement, que s'il ressent chez eux une préoccupation constante le concernant. On peut faire un parallèle avec la capacité d'être seul, présente que si la personne qui s'occupe du bébé l'a bien en tête.

Si les parents laissent trop l'enfant de côté, il va développer une activité forcenée de perception : il lui faudra toujours avoir l'autre sous le regard, être collé à lui. En effet, il y a trois manières de se relier à autrui (Berger 1997). Soit l'autre est perçu physiquement, soit on se le représente, soit on l'hallucine. Lorsque le bébé craint le lâchage, il va préférer un agrippement, un collage sensoriel à la mère, plutôt que de se la représenter en risquant de la perdre. De même que pour nager librement, il faut lâcher le bord de la piscine qui nous tient à la terre ferme, sachant qu'on ne va pas se noyer et qu'on pourra y revenir, se représenter sa mère, c'est accepter de lâcher la perception qui nous tient à la mère du hic et du nunc, sachant qu'on pourra la retrouver, qu'elle reste toujours « là ». Ainsi, il faut avoir intériorisé une capacité de sa mère à être attentionnée, à veiller sur soi, pour se la représenter. Si la mère semble non loin d'abandonner l'enfant, concrètement ou psychologiquement, il ne pourra pas la lâcher. Les enfants qui se collent à leur mère, qui sont hypervigilants, consacrent leur activité à la surveiller au lieu de pouvoir rêvasser, avoir tranquillement des représentations, jouer avec leurs idées (Lamour, Baracco, 1995).

La relation primaire peut donc être source de troubles profonds pour l'enfant, concernant la constitution de son narcissisme, la représentation qu'il a de lui-même, le contrôle de ses pulsions agressives et sexuelles, son rapport avec la réalité...

A long terme les dégâts décrits sont des troubles cognitifs sévères. Ils sont souvent minimisés car ils contrastent avec une certaine vivacité. Ils traduisent pourtant chez ces enfants une perturbation profonde de l'appréhension de leur propre corps et du monde. Ces difficultés, selon M. Berger (1992), ne sont pas accessibles à des mesures pédagogiques et rééducatives. C'est seulement à l'entrée en primaire qu'elles deviennent bruyantes, tant sur le plan des apprentissages que des relations sociales. Les dégâts sur la pensée de l'enfant seraient alors difficilement réversibles. Pour Winnicott (1956), sans un environnement adapté, le self ne se développe pas. « Les difficultés inhérentes à la vie ne peuvent être abordées, et encore moins les satisfactions ».

M. Berger (1997) appelle ces enfants les « balafrés du lien ».

Les risques de l'interaction pour un bébé ne dépendent pas uniquement de la pathologie maternelle. Le passé de la mère, la santé du bébé en elle (passé de maltraitance physique, sexuelle, psychique, de carence, ...), ainsi que la qualité de la présence du père s'il est là, des liens conjugaux, des rapports entre les parents et leurs propres parents, jouent beaucoup dans la qualité du lien mère-enfant.

Cependant, certaines spécificités (et donc certains risques spécifiques pour le bébé au contact de sa mère) existent dans l'interaction entre un bébé et sa mère lorsque, par exemple, celle-ci est carencée ou psychotique. Il nous a semblé important de les mentionner.

#### **vi. Spécificité des dyades mère carencée-bébé :**

Lamour et Barraco définissent les familles carencées ainsi :

- Importance des carences sanitaires, éducatives et sociales au sein desquelles les enfants se développent ;
- Absence d'organisation de la vie quotidienne et fréquence des situations de crise ; (on retrouve l'irrespect des rythmes, si nécessaires à la construction psychique des enfants)
- Histoire des parents marquée par la carence et la discontinuité des soins parentaux dans l'enfance ; (avec transmission, à travers le narcissisme primaire notamment, d'une faille importante dans l'estime de soi, et de difficultés à aimer son propre enfant)
- Fréquence d'une psychopathologie grave, souvent non reconnue et non traitée comme telle chez les parents.

Selon les auteurs, les interactions se caractérisent par :

- L'alternance imprévisible du tout ou rien :

Les comportements maternels sont marqués par la discontinuité. Celle-ci infiltre les séquences interactives (micrythmes) ainsi que la vie quotidienne : mini-abandons

réguliers, multiples hospitalisations, placements,... Les rythmes temporels ne se mettent pas en place. Comme nous l'avons vu plus haut, le nourrisson est alors incapable d'anticipation. Il est en permanence dans un état d'insécurité, d'où parfois un air perdu, égaré chez certains d'entre eux.

- Utilisation prédominante des modes relationnels qui favorisent la proximité :

L'enfant est porté, serré, sans ajustement tonico-postural. On peut penser qu'à défaut d'être dans le psychisme de sa mère, représenté, il faut qu'elle l'ait sous les yeux, perçu. Le corps à corps est sans plaisir et contraste avec la pauvreté des interactions visuelles, modalité interactive qui permet la distanciation. La rareté du regard entraîne la quasi-absence de miroir pour le nourrisson, dans lequel il pourrait voir petit à petit qui il est. Ces nourrissons sont souvent atoniques, apathiques. Plus tard, on retrouve un manque d'intérêt pour leur propre image dans le miroir. Ils sont en effet incapables d'investir leur corps propre.

- La défaillance des soins corporels :

Si le bébé ne peut investir son corps, la mère n'a probablement pas pu investir le sien auparavant, et se retrouve logiquement dans l'incapacité de s'occuper de celui de son enfant. Les bébés apparaissent alors sales, mal habillés, vêtus de manière non adaptée à leur taille, à la température extérieure...

- Perturbations des interactions affectives et verbales :

Même si le bruit paraît envahissant dans ces familles, il y a surtout une absence d'échanges mutuels véritables entre les membres. La mère est incapable d'être attentive à son enfant, de recevoir ses émotions, de les métaboliser. Ainsi le nourrisson est plutôt bombardé que contenu et a tendance à fuir le contact (on retrouve les empiètements de l'extérieur décrits par Winnicott et la tendance des nourrissons à réagir en s'isolant). Souvent il ne manifeste pas ses affects, même en grande détresse, et peut même ne pas réagir à la douleur. L'enfant est peu identifié et différencié dans le langage de sa mère. Il n'existe pas en tant qu'individu. Les échanges sont pauvres. Le bébé vocalise peu. On retrouve plus tard un retard et une pauvreté du langage.

Ainsi la relation mère carencée / nourrisson carencé peut être qualifiée de fusionnelle, puisque le bébé n'a pas une place différenciée. Le père est activement exclu de la relation. Tout mouvement de séparation et d'individuation de l'enfant est peu tolérable pour sa mère. La carence narcissique est au premier plan des relations parents-enfant. Eux-mêmes n'ayant pas été nourris suffisamment narcissiquement, leur soif les met en rivalité avec leur propre bébé, auquel ils ne peuvent donc pas donner « le bon lait » qu'ils n'ont pas reçu.

En se construisant dans cette relation avec la mère, le bébé risque donc d'avoir de graves perturbations dans son développement.

Pour mieux nous représenter ce que peut ressentir un nourrisson, Lamour et Barraco tentent de le faire « parler ». Ceci est ce que pourrait ressentir un nourrisson d'une famille carencée : « D'abord le chaos, impossible qu'un rythme s'installe, impossible de prévoir ce qui va se passer dans l'instant qui va venir... Pas de terre ferme, mais des sables mouvants sur lesquels il faut tenter de se construire, et puis des alternances de tensions liées à des afflux d'excitation soit internes, soit externes : cette faim qui n'est pas apaisée par le lait, ce froid qui n'est pas apaisé par le chaud, une attente longue, si longue qu'on ne peut plus la peupler de représentations. Un sentiment de solitude... Et puis brusquement « elle » (la mère) surgit et alors de nouveau la tension, un afflux trop brutal d'excitation et puis de nouveau rien... le vide de l'abandon. Et puis ce corps qui se dérobe, ces contours qui restent flous, ces bras qui ne contiennent pas... A quoi bon continuer à pleurer puisqu'il n'y a pas de réponse ! Et des vécus de détresse absolue : tout bascule, plus de repère, quand l'environnement se transforme brutalement dans les situations de crise. »

L'enfant risque une série de troubles (retards de croissance, retard psychomoteur, troubles du langage, troubles alimentaires, digestifs, infectieux). Un tel environnement peut le rendre atonique, sans désir ou capacité d'explorer le monde ni d'investir son corps. Pour M. David, cette pathologie témoigne d'une « anorganisation de la personnalité ».

L'attachement est le plus souvent anxieux avec évitement : ces nourrissons manifestent peu lorsque leur mère s'absente, et l'évitent quand elle est de retour. Ils peuvent ainsi donner une impression d'indépendance.

Evoluant auprès d'une mère carencée qui, seule, sans soin, n'a d'autre possibilité que de le négliger « naturellement » , comme elle l'a été elle-même, le nourrisson risque d'avoir des difficultés dans son estime de lui, son schéma corporel, son lien aux autres, ainsi que dans sa capacité à se repérer dans l'espace, à construire son langage, ses pensées ...

### **vii. Spécificité des dyades mère psychotique-bébé :**

Une fois de plus nous souhaitons préciser que seule la pathologie maternelle ne suffit pas à expliquer une pathologie de la relation mère-bébé. Certaines mères psychotiques peuvent être plus adaptées avec leur bébé que d'autres mères non psychotiques. Mais la psychose, par l'angoisse massive qui lui est quasi-inhérente, sa relation d'objet particulière, la possible discordance,... peut avoir des conséquences spécifiques sur la relation, et des risques particuliers pour le bébé. Aussi, certaines études citées par A. Barroso, F. Poinso et N. Glangeaud-Freudenthal vont dans le sens de modes d'attachement particuliers (plus d'attachements insécures de type évitants, moins de soins reçus de leurs parents et plus d'intrusivité, davantage d'histoires d'absence parentale précoce, une plus grande fréquence d'abus physiques et sexuels) chez les individus schizophrènes avec leurs propres parents. Le passé comme la maladie peuvent donc jouer une part dans le présent avec le bébé.

Lamour et Baracco détaillent ses spécificités.

- Le nourrisson dans la relation d'objet psychotique :

Selon Lamour et Barraco, « la relation d'objet psychotique apparaît comme une relation purement narcissique où le sujet tend à disposer de l'objet en fonction de ses propres besoins, sans égard pour ceux de l'objet ». De cette manière, le bébé étant dans un premier temps de toutes façons indifférencié de sa mère, prolongement narcissique d'elle-même, il ne va pas, contrairement aux bébés carencés, souffrir d'un manque d'investissement narcissique. Ces bébés sont au contraire « follement investis ». Winnicott a même parlé d'un éventuel « départ exceptionnellement bon ». (1961) Seulement, cet investissement narcissique est dirigé vers le bébé imaginaire, « l'enfant de la fusion », pour reprendre le terme des auteurs. Ainsi, la mère aura beaucoup de difficultés à voir l'enfant réel, celui qui ne répond pas juste à ses attentes narcissiques. Prise dans un fantasme de fusion, elle est incapable de pressentir et de percevoir les besoins du bébé réel. Elle ne peut considérer son enfant comme distinct d'elle, ni tolérer le développement de son autonomie. Ceci la met dans une angoisse profonde. Cliniquement, on remarque parfois des

comportements d'hypostimulation, voire de réduction volontaire de la motricité du bébé de la part de sa mère.

Dans cette situation également, la mère ne laisse pas de place au père. Aucun tiers n'est toléré dans la relation.

Le nourrisson est également soumis à une relation comportant des potentialités incestueuses. La proximité avec la mère, sans place pour un tiers, prend en effet vite cette allure. Le bébé est livré à des menaces d'engloutissement, de danger, de violence. Aussi, Lamour et Barraco font l'hypothèse qu'il y a dans ces dyades un « climat de possession mutuelle irrespectueuse du corps ». Ceci aurait des conséquences sur l'avenir des enfants, malgré une séparation précoce. Ils auraient des « comportements sexuellement sollicitants » avec des adultes, des difficultés à installer une latence, et peu d'intérêt pour la pudeur.

La position d'une mère psychotique est paradoxale. Elle souhaite à la fois fusionner avec son enfant, et craint en même temps l'anéantissement. Elle peut donc alterner entre captation du bébé et rejet brutal de celui-ci. Son désir à l'égard de l'enfant imaginaire est intense, à l'image de son intolérance du bébé réel. Ainsi les contradictions entre son discours et ses difficultés de maternage sont parfois saisissantes, risquent d'être trompeuses pour celui qui n'a pas les moyens d'observer la dyade. Cela peut aller jusqu'à l'indifférence ou l'hostilité envers son enfant réel.

- Hypervigilance, hyperadaptation de l'enfant à la pathologie de sa mère :

Face à une mère délirante, absente, figée, imprévisible, projective, le nourrisson développe une hypervigilance. Le bébé est « à l'affût » des réactions de sa mère, faisant tout ce qu'il peut pour ne pas la déborder. Son regard est souvent grave, ses mouvements retenus. Il se console seul, se manifeste peu, ou seulement ce que sa mère peut supporter. Ces bébés ont ainsi tendance à passer inaperçus, la pathologie parentale occupant l'avant de la scène. Cette hypervigilance est un risque pour le bébé en ceci qu'elle l'empêche de se consacrer « librement » à son développement cognitif, pulsionnel et moteur. Une grande quantité d'énergie psychique est utilisée

pour la surveillance de l'environnement. Il y a répression des affects et de la vie pulsionnelle.

L'hypervigilance peut se retourner en chutes brutales dans le sommeil.

Cette hyperadaptation trop précoce se voit dès les premiers mois du bébé. Plus tard, elle entraîne une hypermaturation chez les enfants qui ont grandi avec une mère schizophrène.

- Caractéristiques générales de la relation mère schizophrène-bébé :

A. Barroso, F. Poinso et N. Glangeaud-Freudenthal rapportent l'étude de Riordan et coll (1999). Celle-ci, en utilisant le Global Rating Scales of Mother-Infant Interaction, retrouve moins d'interactions de style positif entre les mères schizophrènes et leurs bébés. Celles-ci sont décrites comme plus distantes, plus silencieuses, plus intrusives verbalement et sur le plan comportemental, plus repliées sur elles-mêmes et prises dans leurs pensées, plus insensibles à leur nourrisson. Les enfants sont plus évitants.

#### b) Risques d'intégration de la pathologie maternelle :

Quand la mère est psychotique, que le jeune enfant est impliqué dans son délire, il peut être difficile pour lui de faire la part entre la réalité et la folie maternelle. Comment peut-il penser, par exemple si sa mère le prend régulièrement pour Satan, qu'il n'est pas Satan, sans être trop blessé lui-même (« Si ma mère ment, je suis le fils d'une menteuse. Si elle délire, je suis le fils d'une folle ». Peut-être vaut-il mieux être Satan...)? Comment se construire de manière saine, entouré de discordances des discours, des affects ? L'enfant peut-il se repérer, où est-il entraîné dans la pathologie maternelle? Quand les liens, notamment ceux qui permettent de penser, sont attaqués par la mère, comment l'enfant peut-il ne pas devenir lui-même dissocié ? D'ailleurs, nous risquons nous-mêmes, adultes au psychisme déjà bien constitué (même si heureusement il reste en partie malléable), a priori dans un bon

contact à la réalité, d'être pris dans la pathologie de nos patients : quand nous nous occupons d'une personne ayant pour mécanisme de défense le clivage, l'équipe risque d'être clivée ; quand le patient est persuadé que personne ne peut rien pour lui, nous pouvons ressentir de l'impuissance, etc. La distance, la réflexion entre les entretiens, l'élaboration en équipe, nous sont nécessaires pour prendre du recul, nous désengluer du fonctionnement psychique du patient. Le bébé, n'ayant d'autre référence que ce qu'il est en train de vivre, avec pour modèle principal, figure d'attachement, une mère malade, risque de ne pas avoir cette distance.

De la même manière, lorsqu'une mère est déprimée, elle transmet fréquemment son autodévalorisation à l'enfant, qui se sent alors responsable, coupable et mauvais.

L'enfant absorbe, comme un buvard, l'environnement dans lequel il évolue. Les neurones-miroir participent à cette introjection massive de ce qui entoure le bébé. Sur le plan psychique, il s'agit du mécanisme d'identifications primaires. Par la suite, ce qui est jugé « bon » est gardé à l'intérieur, le « mauvais » étant projeté sur l'extérieur. Il est naturellement impossible d'introjecter des éléments non rencontrés.

On peut faire l'hypothèse qu'ainsi des éléments pathologiques passeraient, par la rencontre, le fait d'être avec, de la mère à l'enfant. Ce champ mériterait d'être davantage exploré.

#### c) Reproduction dans l'avenir des modalités d'interactions pathologiques :

Les schèmes d'attachement, qui au départ seraient très dépendants des relations entre l'enfant et ses parents, tendent à s'autonomiser des relations avec l'extérieur et à se pérenniser quelles que soient les réponses apportées par les futurs partenaires de la relation. Toutefois, dans la petite enfance, ils restent mobilisables, à condition que les comportements en réponse évoluent.

Les contacts psychiques semblent nécessaires et leur recherche innée chez le petit d'homme (travaux de Bowlby). Un enfant se construit avec ce qu'il rencontre, intériorise les éléments mis à sa disposition dans le monde extérieur. Un bébé rencontrant une mère s'attache donc à elle quelle qu'elle soit, car, selon M. Berger, « mieux vaut une mauvaise mère que rien ». Le pire est l'angoisse de non-

assignation, le fait de ne se sentir rattaché à rien. Cet attachement à la mère prend un aspect difficilement réversible après trois mois, lorsque le lien n'est pas « directement » travaillé, et que mère et bébé ne reçoivent pas de soins. Pour Fonagy et coll. (1996), la qualité de l'attachement de l'enfant aux parents dépend de deux facteurs essentiellement. Les deux sont reliés aux parents. Il y a d'une part la représentation interne des relations prédominantes chez le parent (mesurée par l'Adult Attachment Interview), d'où le passage transgénérationnel de l'attachement, et d'autre part la capacité du parent à se représenter le psychisme de l'enfant.

On comprend ainsi que l'attachement de l'enfant soit perturbé dans les pathologies de la parentalité. La carence et la schizophrénie par exemple altèrent ces deux items.

Le risque est que l'attachement à la mère, encouragé lors d'une rencontre en unité mère-bébé, ne se fasse trop sur un mode pathologique, et de manière fixée. L'attachement à l'objet primaire risque alors de se rejouer avec les autres objets tout au long de la vie. Un attachement insécure, avec l'impression d'être un mauvais objet et de ne pouvoir que souffrir d'une relation aux autres, de ne pas mériter de « bon » dans la relation, peut entraver fortement l'avenir de l'enfant.

L'étude de Fourès, citée par M. Champion et O. Khalifat, montrent que les nourrissons en placements familiaux, après une lune de miel avec leur famille d'accueil, vont rejouer les patterns interactifs de la relation pathologique à leur mère. Le risque est alors grand de mettre les adultes qui s'occupent de l'enfant en difficulté, jusqu'à parfois conduire à de multiples ruptures et déplacements de famille d'accueil en famille d'accueil. Pour M. Champion et O. Khalifat, c'est cet aspect qui peut constituer une limite à l'hospitalisation mère-enfant.

Le risque majeur d'une rencontre entre une mère et son bébé avant un placement serait donc de grever les possibilités de l'enfant d'établir une relation d'attachement positive, sécure, à la base de relations futures enrichissantes. Ce risque est donc loin d'être anodin...

## **2) Côté parents :**

### a) Risque de décompensation :

Nous avons vu que la mère est dans une relation d'objet particulière. Sa confrontation au fonctionnement archaïque du nourrisson entraîne une relation intolérable, inaménageable. L'angoisse peut être « fuie » dans le délire ou la mise à distance de l'enfant. M. David considère l'épisode maternel comme un moyen pour s'éloigner du danger que représente pour la mère la réalité de son enfant.

L'individuation du bébé est dangereuse pour la mère car elle nécessite une évolution pour elle du narcissisme vers l'objectalité. Comme le dit Lamour, « Autant dire qu'il exige l'impossible ! ».

Des études, citées par A. Barroso, F. Poinso et N. Glangeaud-Freudenthal, retrouvent 25% de décompensations délirantes aiguës durant les 6 premiers mois du post-partum. La plupart surviennent au-delà des trois premières semaines. Une autre étude va jusqu'à 44% d'aggravation des troubles en post-partum chez les femmes schizophrènes ayant été hospitalisées en psychiatrie plus de trois mois au total.

Les grandes étapes du processus de séparation-individuation (sevrage, premier décollement du corps de la mère, marche, opposition,...) sont des périodes à haut risque de décompensation maternelle.

La mère se retrouve, à travers son bébé, devant des angoisses primaires dont elle n'est elle-même pas très loin, et dont elle ne sait que faire. Elle ne peut les contenir, les digérer. Le bébé la replonge ainsi dans des angoisses archaïques : angoisses de dévoration, de perte de limites, d'indifférenciation soi/extérieur... Le bébé peut donc être dangereux pour la mère.

Le contexte de l'hospitalisation peut en lui-même être propice à une décompensation psychotique ou à des angoisses de persécution. En effet, l'attention de l'infirmière, si

discrète soit-elle, peut persécuter la mère. Ceci est pire si, en raison d'un danger immédiat, l'infirmière est amenée à être plus interventionniste.

Les mères, même non psychotiques, ont tendance alors à dire que le contexte d'hospitalisation et d'observation du bébé est à l'origine de leur défaillance parentale, et de l'état du bébé. Une fois la décision de placement prise par le juge, l'alliance s'améliore.

#### b) Souffrance plus importante après un attachement :

Naturellement, il est plus douloureux de se séparer de quelqu'un à qui on est attaché. On pourrait être ainsi tenté, pour éviter à ces parents des souffrances supplémentaires, alors que leur bébé leur sera retiré, de leur épargner cet arrachement. « Sans attachement, pas d'arrachement ». Mais si, sur le coup, il est moins douloureux de s'offusquer contre un placement de son enfant (imaginaire) ressenti comme injuste, sur le long terme, la confrontation avec un bébé réel « étranger », l'absence de reconnaissance de trace de soi en lui, la culpabilité plus ou moins consciente de n'avoir pu se reconnaître comme son parent, un parent bon et protecteur ... sont peut-être plus graves.

M. Berger précise « qu'on peut être violent sans être méchant » (1992). N'est-ce pas plus violent de ne pas les reconnaître dans leur parentalité, d'appuyer sur l'illusion de l'imaginaire sur le réel ? Notre travail consiste-t-il à modifier la réalité (faire comme si ils n'étaient pas les parents d'un enfant dont ils ne peuvent s'occuper seuls) ? La psychiatrie peut-elle être considérée comme la science d'empêcher la tristesse, ce qui donnerait toute leur légitimité aux indications de « psy » quand les gens pleurent ? Qui soigne-t-on ?

### **III. Synthèse**

Nous avons donc d'un côté des avantages importants à cette rencontre mère-bébé (et père-bébé, père-mère-bébé, quand il est présent) quand ceux-ci vont être séparés en raison de trop grands risques pour l'enfant :

- Tenter d'éviter une rupture non élaborée avec l'environnement connu lors de la vie foétale.
- Soigner au plus tôt une relation parfois déjà pathogène
- Aider à ce qu'un lien profond se construise dans le corps à corps, qu'une trace de l'enfant s'imprime en les parents, qu'une trace de chacun des parents se grave en l'enfant, pour leur éviter de rester trop étrangers l'un (chaque parent) à l'autre (l'enfant), et que cette étrangeté conduise à une coupure des liens.
- Permettre à l'enfant de rencontrer son objet primaire et de l'incorporer pour le garder en lui malgré la distance, en d'autres termes, permettre une séparation plutôt qu'une rupture.
- Accompagner l'enfant dans l'ambivalence vis-à-vis de ses parents, la reconnaissance de leurs « bonnes » parties comme de celles inadaptées, plus ou moins malades, et œuvrer pour que le clivage habituel (en l'enfant et entre les familles et les professionnels) soit restreint.
- Préserver l'enfant d'une rupture avec son histoire, en lui permettant de s'inscrire dans sa famille, ses générations, du côté maternel et paternel, et d'avoir ainsi accès à tout un pan de son identité.
- Permettre à un récit, celui d'une rencontre intime entre trois sinon deux êtres uniques (si père absent), issus de générations antérieures, de commencer à s'écrire ; récit permettant, grâce au soignant témoin de l'interaction, de la souffrance, de mettre des mots sur l'insensé, sur l'insupportable... afin de relier les lieux, les jours, les discontinuités, et laisser au temps, à la vie, un certain relief.
- Permettre que de suffisamment bonnes imagos parentales s'intériorisent en l'enfant, qu'il pourra rejeter « normalement » à l'adolescence, remanier, et transmettre plus tard à ses propres enfants.
- Reconnaître les parents comme tels, les aider à avancer autant qu'ils le peuvent sur le chemin de la parentalité, leur permettre de prendre part à ce qui se passe pour leur enfant.

- Permettre aux parents un remaniement de leurs relations avec leurs propres parents, leurs imagos parentales, leur éventuelle maladie et peut-être d'explorer, par la parole mais surtout par le contact direct avec leur bébé, leur passé douloureux.
- Evaluer dans le temps, penser, préparer le placement, avec les parents et le bébé. Pour que le placement s'inscrive dans une démarche de soins, démarche qui n'entrave pas les mouvements, ne fixe pas les situations, les douleurs, mais valorise au contraire les remaniements psychiques.

De l'autre, des risques majeurs :

- que le développement psychique et physique de l'enfant soit entravé par sa relation primaire : mauvais développement somatique, failles narcissiques, rapport vicieux à la réalité, troubles cognitifs, troubles du schéma corporel, du sens du temps, de la capacité de jouir comme de déprimer, attachement pathologique aux autres, reproduction de l'attachement pathologique à l'origine de multiples ruptures, etc. Pour résumer, embûches majeures à ce qui définit pour Freud une santé psychique : la capacité d'aimer et de travailler.

Comment pondérer cela ? Est-il sérieux d'insister sur les racines biologiques, sur l'identité, sur l'ambivalence, au prix d'un développement catastrophique de l'enfant ?

En outre, si on veut absolument éviter à l'enfant de commencer à se construire dans une relation pathogène, ne risque-t-on pas, comme le disent Houzel et ses collaborateurs, « de voir s'établir un décalage entre, d'une part, la qualité de ce qui est apporté au jour le jour sur le plan affectif et éducatif et qui lui permet de développer ses potentialités psychiques, et, d'autre part, son inscription à long terme dans un projet existentiel individuel et familial » ? Toujours selon les auteurs, « il se produit un déphasage douloureux entre d'un côté la continuité des soins fournis à l'enfant dans la vie quotidienne et de l'autre une discontinuité dans sa réalité psychique, ressentie comme une faille dans sa personnalité, reflet sans doute de la

discontinuité quantitative et qualitative des rencontres avec sa mère, mais aussi d'une rupture initiale qui n'a jamais été élaborée. »

Nous voilà donc tiraillés entre séparation totale sans rencontre et rencontre profonde avec risques développementaux majeurs, entre les exigences du bien-être immédiat de l'enfant et celles de son avenir personnel et familial à long terme. N'y-a-t-il pas de compromis possible ?

Le travail auprès du bébé et de sa mère, et parfois de son père, au cœur de la rencontre, peut-il permettre d'éviter le pire et de permettre le bon, à savoir de protéger l'enfant, lui permettre de s'attacher à ses parents et de voir un attachement chez eux se créer également, l'aider à se construire dans un environnement suffisamment bon tout en faisant la connaissance, alors soutenu par un soignant, du côté « mauvais », pathologique ? Comment penser les soins ?

C'est ce que nous allons voir dans la troisième partie de ce travail.

## **Troisième partie :**

**Le soin en unité mère-bébé :  
favoriser la rencontre tout en  
soutenant le développement du  
bébé**

La question de la balance entre nécessité de se rencontrer et risques pour le bébé est très actuelle en psychiatrie périnatale. Cette discipline a beaucoup évolué ces dernières années. Le soin, à ses débuts, était basé sur l'aide aux parents. Comment travailler avec un bébé, alors qu'il ne parle pas, alors que son Moi est encore « balbutiant » ? Puis, la relation entre le bébé et ses parents est devenue l'objet thérapeutique. Enfin, les soins dirigés directement sur le bébé se sont de plus en plus développés. C'est sur ces trois axes que nous allons nous appuyer pour voir comment la rencontre va être favorisée tout en protégeant au maximum le bébé d'un début de vie trop chaotique et à l'origine de graves séquelles.

## **I. Aide à la parentalité :**

### **1) Reconnaître les parents en tant que tels :**

Selon C. Mignot, réaliser une séparation précoce, ça n'est en effet pas *éloigner* (c'est-à-dire mettre à distance), pas *séparer* (c'est-à-dire empêcher d'être ensemble), mais *placer*, dans le sens de *redonner une place à chacun*. Selon l'auteur, ceci pourrait permettre d'éviter une répétition transgénérationnelle.

Les parents ont parfois du mal à se situer à cette place parentale, soit qu'ils sont mandatés pour rester au statut d'enfant, soit que leurs propres parents ne pouvaient remplir eux-mêmes ce rôle. Ils ne peuvent habiter seuls un rôle de composition. Les générations sont parfois floues. La maladie mentale peut aussi stigmatiser les individus (avec l'idée par exemple que la schizophrénie empêche d'être parent). Il est donc nécessaire que les soignants soient eux-mêmes au clair avec ce fait, à savoir qu'ils sont, quoi qu'il en soit, malgré leurs souffrances, leurs troubles,... les parents de cet enfant là. Etre parent ne signifie pas « pouvoir s'occuper de » à temps plein. Nous avons vu que la parentalisation se fait au contact du bébé, par lui-même, par le conjoint. Ainsi les soignants contribuent également à ce sentiment d'être parents.

A partir de cette reconnaissance, les parents sont plus à même de comprendre l'intérêt de leur enfant.

Selon Winnicott (1960), le fait de s'occuper des mères « d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche » peut suffire à aider celles qui ont en elles la capacité de donner des soins « suffisamment bons ». « Pour les mères qui n'ont pas cela en elles, ce n'est pas en les instruisant qu'on les rendra aptes à le faire ». Si cela ne suffit pas, cela pourrait être la base du soin.

Pour l'enfant également, reconnaître ses parents à leur place est primordial. Ça n'est pas en travaillant contre eux, mais avec eux, qu'on peut soigner un enfant. C. Eliacheff, citée par I. Delens-Ravier, nous rappelle qu' « on ne peut prétendre respecter un jeune si on ne respecte pas ses parents ». La question qui se pose alors est : qu'est-ce que respecter les parents, si ce n'est leur reconnaître cette place de parents de l'enfant, uniques et tellement importants pour ce dernier ? Les respecter pourrait être également accepter de voir leurs capacités comme leurs inaptitudes, ne pas se et leur mentir, et garder toujours comme objectif la santé psychique et physique de leur enfant.

## **2) L'empathie comme préalable aux soins :**

Les parents doivent être considérés comme individus en souffrance plutôt que comme « mauvais parents ». Pour travailler avec eux, il faut que l'enfant carencé, négligé, parfois maltraité qu'ils ont été, l'adulte en souffrance qu'ils sont, puissent être vus, reconnus comme tels, et être l'objet de l'attention des soignants et de leur empathie. C'est à partir de ce travail que les parents vont pouvoir porter leur regard sur leur enfant. Ceci nécessite un travail constant de la part des soignants. En effet, assister à des interactions très pathologiques peut bouleverser, parfois même mettre en colère. L'identification à un enfant qui souffre est souvent forte et risque de faire oublier l'intérêt à plus long terme de cet enfant. Les soignants peuvent alors avoir envie de sauver l'enfant du mauvais parent, et de remplacer celui-ci. Selon Houzel, c'est à partir de l'élaboration, et non du déni, que le respect de la place des parents et l'empathie peuvent se maintenir.

### **3) Offrir un relais possible, véritable bouffée d'air pour une mère trop en difficulté dans une relation à temps plein :**

Nous avons vu que les mères dont il est question dans ce travail ont de grandes difficultés à être mère à temps plein. L'angoisse renvoyée par leur nourrisson, ou par son individuation, peut être intolérable. Le bébé met une mère schizophrène en danger. Il n'est donc pas soignant de demander à ces mères de s'occuper de manière continue de leur bébé. Cela risque au contraire de grever les capacités de la dyade à passer de bons moments ensemble, entraînant une spirale interactionnelle de plus en plus pathologique. Ainsi, lorsqu'une mère schizophrène a décompensé, M. David suggère qu'on fasse avec elle et son bébé le contraire de ce qui est fait habituellement : mettre mère et bébé ensemble directement, en temps plein, pour les séparer ensuite. Elle propose au contraire que la mère rencontre son enfant sur des temps très courts au départ, puis qui se prolongent progressivement. C'est ainsi qu'au HOME à Nantes, les mères trop délirantes ou dispersées commencent à rencontrer leur bébé lors de médiations thérapeutiques, à partir du moment où leur état psychique se stabilise. Puis petit à petit, mère et bébé se retrouvent sur des temps de plus en plus longs, jusqu'à être au maximum tous les deux en temps-plein au Home. La progressivité est aussi importante pour la mère que pour son bébé, chez lequel la séparation avec un environnement connu est vécue, lorsqu'il est au stade indifférencié, comme un arrachement.

Lorsque la mère est trop en difficulté, elle sait qu'elle peut confier son enfant. Le fait de souffler alors lui permet de retrouver son bébé plus sereinement par la suite. Les soignants aident la mère à dire le relais, l'absence suivie du retour à son enfant, pour que celui-ci reste dans une certaine continuité.

Les échanges positifs dans la dyade sont ainsi favorisés, et les risques de désorganisation mutuelle réduits. Lorsque le soin permet aux mères de donner de bonnes choses, lorsque les soignants invitent au relais plutôt que de le voir de manière négative, cela les renarcissise. Bien sûr, les mères doivent aussi être soutenues, au fur et à mesure, pour ne pas fuir leur bébé quand la relation serait

tolérable pour chaque membre de la dyade. Sans le rappel des besoins du bébé par rapport à elles, sans insister parfois pour qu'elles s'en occupent, bref, sans les remettre à leur place de mère, devant leur bébé réel, la rencontre pourrait ne pas se faire. Le travail de la référente de la dyade est donc très subtil, entre permettre la rencontre, l'échange, et valoriser la mère dans sa demande de relais lorsque celui-ci est préférable. Il s'agit ainsi de reconnaître les difficultés tout en permettant aux compétences de se jouer dans la relation, de se développer, et ainsi à la mère et au bébé de les voir, de s'en saisir, de s'en emplir.

#### **4) Travailler le dysparentalité :**

Les parents dont il est question présentent des pathologies difficilement mobilisables dans le traitement. Tant M. David, M. Berger que M. Lamour et M. Barraco remarquent que les parents d'enfants placés ont peu de possibilités de « changer » et se révèlent insensibles aux diverses formes de psychothérapies individuelles ou de groupes.

On peut cependant aider l'enfant sans guérir ses parents. Pour Lamour et Barraco, « un enfant qui va mieux échangera différemment avec ses parents et les gratifiera plus sur le plan narcissique. En aidant le bébé, on aide les parents ! »

Le bébé pourrait ainsi être un bon guide pour les parents, à condition qu'on les aide à le protéger, à lui donner du bon. Reproduire ce qu'ils ont vécu enfant sur le leur ne peut pas leur permettre de faire évoluer les images inconscientes qu'ils ont de leurs propres parents. Dans le lien avec le bébé, le soignant peut aider les parents à remanier leurs imagos parentales. Un père qui voit sa compagne évoluer dans sa maternalité peut peut-être remanier sa propre imago maternelle. « Ah ! C'est ça être une mère, s'occuper de son enfant ! ».

Pour J. Oxley, « c'est peut-être dans la construction commune de moments « vivables » pour l'enfant avec ses parents que nous pouvons parfois « toucher du doigt » quelque chose de l'essence de leurs relations. Un déclic se produit et des

parents peuvent nous dire le lien qu'ils font entre leur propre vécu d'enfant et ce qui se passe maintenant entre eux et leur enfant ».

Lors d'une hospitalisation mère-bébé, ça n'est pas tant par le discours, l'interprétation que ce travail se fait, que par l'attitude du soignant, son empathie, son intérêt porté à l'enfant, les surprises et les joies d'une relation satisfaisante que la dyade découvre alors. En enveloppant la dyade, en la contenant, le référent permet à celle-ci d'introjecter cette fonction de contenance.

Certaines dyades peuvent bénéficier d'une psychothérapie mère-bébé, basée sur les projections de la mère sur son bébé, sur sa manière d'investir cet enfant.

## **II. Soutenir la construction du lien :**

### **1) Aider la mère à voir le bébé réel, individu différencié :**

L'accompagnement de la dyade permet un double holding : celui de la mère et celui du bébé. Le soignant entoure la dyade. La mère entoure son bébé. Cette double enveloppe protectrice est tant physique que psychique. Elle est une composante importante du soin. Soutenue par le référent, lequel se centre, la ramène sans cesse sur le bébé qui est devant eux, la mère peut alors regarder et voir le bébé réel. L'attention sur l'individu-bébé, sur ses gestes, ses mimiques, ses besoins, la parole qui lui est adressée par le soignant, le souci de son développement physique et psychique,... permettent à la mère de considérer son enfant dans sa réalité, sa fragilité, et son individualité.

La différenciation progressive du bébé réel par rapport au bébé imaginaire permet l'individuation de l'enfant dans le psychisme maternel.

Le soignant fait exister le bébé, le pense sans relâche, interprète son vécu, lui prête et met délicatement en mots ses affects, ses émotions. Il peut parfois prodiguer des conseils, mais alors sous forme interrogative, pour que la mère s'approprie sa

maternité, se pose des questions, ressent à son tour ce que peut ressentir le bébé, et ne soit pas dans l'application d'une technique, pour bien faire, pour être une « bonne mère », sans habiter ce qui se passe. Les conseils éducatifs et relationnels ont en effet montré leur danger : soit ils ne sont pas intériorisés et glissent sur les parents, soit ils aggravent la relation, leur donnant l'impression d'une disqualification. Parler au nom du bébé peut aider la mère à s'identifier à lui, à ressentir petit à petit ses besoins. M. Champion et O. Khalifat, reprenant le terme de Laznick, expliquent que parler le « mamanais » directement au bébé peut « réveiller » sa mère lorsqu'elle était absente psychiquement (laquelle utilise en général peu cette façon habituelle qu'ont les mères de parler à leur enfant, en exagérant la prosodie). « Celle-ci peut alors percevoir son enfant, s'animer auprès de lui dans un souci d'imitation du soignant. Ainsi, l'attention portée au bébé le subjective et le fait exister comme un être différencié ».

## **2) Soutenir le bébé dans l'interaction parfois douloureuse avec sa mère réelle :**

Le soin au bébé est un accompagnement de celui-ci dans la rencontre avec sa mère. Les définitions du verbe « accompagner », selon le petit Larousse, sont : « aller quelque part avec quelqu'un », mais aussi « mettre en place des mesures visant à atténuer des effets négatifs de quelque chose », et « aider à supporter des souffrances physiques et psychiques ». Accompagner le nourrisson équivaldrait donc à dire : aller avec le bébé dans la rencontre avec sa mère, essayer de faire en sorte que son développement n'en pâtisse pas trop, mais aussi, et peut-être surtout, l'aider à supporter la souffrance inéluctable à la rencontre avec cette mère-là, sa mère, en souffrance également.

Lorsque ce qui se passe entre la mère et le bébé paraît insatisfaisant, dans le sens d'une relation douloureuse pour ce dernier, le rôle du soignant n'est alors pas de faire en sorte que cela cesse. Si cette réaction soulage le bébé sur le moment (et le soignant par la même occasion), elle ne permet pas qu'une modification du lien

interne, ni de la rencontre, se fassent. Le soignant doit alors plutôt recevoir ce qui se vit, le ressentir pleinement, pour pouvoir plus tard transformer ces éléments bruts en éléments plus métabolisés, reliés, pensables. C'est en cela que le travail se fait avec la mère et non pas contre elle. Cela nécessite beaucoup d'efforts de pensée de la part du référent de la dyade, pour ne pas perdre de vue l'intérêt à moyen et long termes de la rencontre avec sa mère pour l'enfant, et sa fonction d'accompagnement auprès de la dyade. Le risque est grand de céder à l'envie d'être un « super soignant sauveur » contre une « mère dangereuse et uniquement mauvaise ». Une fois de plus, c'est la connaissance du bébé, de ses besoins, et l'élaboration en équipe, qui permettent de se recentrer sur ce travail de la rencontre entre bébé réel et mère réelle, et non pas le déni, qui consisterait à ne pas voir ce qui va mal, ce qui fait mal.

Il est donc possible pour le soignant de laisser faire beaucoup de choses, sa boussole étant son ressenti. En effet, par l'identification au bébé, par son empathie, on peut faire l'hypothèse que le soignant arrive à ressentir ce que l'enfant ressent. Lamour et Barraco nous rappellent la définition de l'empathie, selon Cosnier : « L'empathie désigne le partage synchronique d'états psychocorporels, c'est-à-dire le fait qu'à un même instant les partenaires de l'interaction vivent et éprouvent un état semblable. Ainsi il peut y avoir empathie de pensée, empathie d'action, empathie d'affects. Les trois aspects peuvent être à un moment confondus, mais c'est essentiellement l'empathie d'affects qui nous préoccupe, c'est-à-dire le partage des éprouvés subjectifs avec autrui ».

La capacité de l'enfant à supporter la souffrance est soutenue par l'attention et l'empathie de son référent. La force des projections entre mère et bébé est adoucie, contenue. La présence du soignant et sa capacité de ressentir permettent qu'à la place du chaos surgissent d'autres sentiments, plus structurants. La souffrance n'est pas la désorganisation. L'idée est qu'il vaut mieux souffrir au contact de sa mère réelle que ne pas la connaître réellement, profondément, dans son corps, à condition d'être soutenu et protégé dans son développement corporel et psychique. Le soignant ne serait pas le garant d'un monde idyllique, dealer d'artifices fadasses, mais un véritable accompagnateur dans le réel.

Lorsque la relation est difficile, le bébé, souvent, recherche le regard de son référent. Celui-ci le soutient ainsi, en lui portant un regard attentif et empathique, et, quand

les tensions s'apaisent, quand les projections s'éloignent, il tente de remettre le bébé en contact avec sa mère. Le fil du sentiment d'existence est alors maintenu.

Le travail dans le lien ne se fonde donc pas sur l'illusion que la relation est « suffisamment bonne », que le soin au bébé est en capacité de l'épargner complètement des difficultés, mais au contraire d'aider l'enfant à vivre celles-ci, de l'accompagner. Si le soignant ne doit pas céder au déni, il ne doit pas non plus plonger le bébé dans le déni de la réalité, mais au contraire l'aider à penser, à ressentir, à élaborer. L'idée est que si on ne plonge pas avec le bébé dans les profondeurs de l'océan de la relation entre lui et sa mère, peuplées de ses vieux monstres terrifiants, ceux-ci vont continuer d'agir librement à l'intérieur du bébé. La relation va rester tel quel. Les monstres resteront actifs, toxiques. C'est donc en l'y accompagnant, en lui donnant de quoi respirer et de quoi voir les monstres, qu'on pourra aider l'enfant à se développer malgré eux, qu'on pourra aider mère et bébé à, si ce n'est les dompter, au moins les neutraliser.

A partir de cette capacité de ressentir, parfois de souffrir avec le bébé, le travail de contenance va pouvoir se faire. Il va permettre au bébé de ressentir également la souffrance sans être désorganisé, anéanti. Celle-ci sera pensable, élaborable, et non enkystée dans un coin inabordable de son psychisme et de son corps.

On a vu dans la deuxième partie comment des relations pathologiques, sans soignant, sans témoin et appui, peuvent conduire le bébé à se mettre en retrait, dans un univers où le temps est suspendu, écrasé. Cette réaction aux empiètements mène plus tard à des pathologies du type passage à l'acte, à la toxicomanie. Ainsi, le travail d'aide à rester dans la relation, à supporter la douleur, à creuser l'aptitude à celle-ci, pourrait ainsi protéger le futur adolescent et adulte à vouloir fuir la pensée, le ressenti, que ce soit dans l'agir ou dans l'anesthésie de la drogue (cf M. X).

### **3) Favoriser l'attachement, la « mise en soi » de l'autre, l'échange de bons moments :**

Permettre de vivre le difficile, le douloureux, est parfois une étape nécessaire pour que le bon puisse advenir. La magie de profiter d'être ensemble est d'autant plus belle, plus enrichissante, qu'elle fait place à la difficulté de la relation. La vie prend alors d'autant plus de relief.

Pour parvenir à de beaux échanges, le soignant suit la dyade dans ses compétences. Lorsque le bébé est hospitalisé avec sa mère au sortir de la maternité, ses deux référents le connaissent, dans ses modalités relationnelles propres, dans ses compétences uniques, parfois avant que la relation ne se gâte. Ce savoir leur permet ensuite d'aller chercher le bébé là où il est compétent, de faire vivre ses capacités, de leur permettre même de s'épanouir, d'aider la mère à les voir, à aller les chercher elle-même en son enfant.

Les dyades ont en général un canal d'interaction privilégié, comme le rappelle G. Payet et C. Rainelli. Ce peut être la parole (babillage et langage), le toucher, le corps à corps, etc. Le soignant peut utiliser ce canal et favoriser les bons échanges par ce biais.

De même, les soins corporels sont souvent facilitateurs de bons échanges, de belles interactions, de bons moments qui remplissent mère et bébé, leur permettent de marquer leur empreinte unique dans la mémoire psychique et corporelle de l'autre.

Ainsi M. Champion et O. Khalifat décrivent leur pratique de soins corporels pour envelopper la dyade. Ces soins constituent des soins psychiques basés sur la recherche du bien-être et de la détente de la dyade. Ils ont une fonction contenante et de pare-excitation. Les mères bénéficient parfois elles-mêmes de soins en psychomotricité, leur permettant d'approcher les éprouvés corporels du bébé lorsqu'il est bercé, massé, contenu, et ainsi de mieux s'identifier à lui, pour mieux le bercer et le masser à leur tour. Les soins corporels peuvent être par exemple les bains thérapeutiques, le massage, les bains enveloppés, les séances de peau à peau, etc. Pour chacun, le double holding est la base. Soutenue par l'enveloppement du soignant, la mère est aidée dans le holding de son bébé. Ceci nous renvoie à M. Bydlowski, selon laquelle la femme doit s'identifier à la mère tendre des premiers soins pour être mère elle-même. Ici, le soignant peut incarner une part de cette image maternante, que la mère et le bébé vont pouvoir introjecter. La présence et la

« mise en soi » du « bon objet maternant secondaire » que peut représenter le soignant, permettent-elles à la mère, et ainsi également plus tard au bébé, d'accéder à la « capacité d'être contenant(e), seul(e) » ?

Le référent, en enveloppant la dyade dans l'intimité, permet aux deux protagonistes de s'accueillir, de se reconnaître. Les émotions peuvent circuler plus « tranquillement » dans cette enveloppe protectrice. Elles ne sont pas menaçantes, car l'infirmière les reçoit, les contient, les apaise. La fonction filtre qui s'opère pour les projections et la violence ne tamise pas les beaux moments. Au contraire, le plaisir et parfois la surprise de se trouver, de se satisfaire, semblent magnifiés par la présence d'un témoin empathique. Si l'excès d'amertume est contenu, le goût de la belle rencontre est préservé et même relevé par le filtre que constitue le soignant.

#### **4) La place du père :**

- Qui sont ces pères ?

Les couples ne s'unissent pas par hasard. On remarque ainsi que les conjoints de femmes souffrant d'une psychopathologie de la parentalité souffrent eux-mêmes, « aux mêmes endroits ».

L'étude de Lovestone retrouve ainsi que 40% des partenaires de femmes hospitalisées pour des troubles mentaux puerpéraux présentent eux-mêmes une pathologie psychiatrique.

Chez les femmes schizophrènes, les études de Laura (1996) et Masson (1975) retrouvent, en plus de l'incidence importante de troubles psychiatriques chez les conjoints, des relations affectives davantage marquées par l'instabilité, un grand nombre de partenaires sexuels, un taux élevé de violences conjugales. Les relations familiales sont de moins bonnes qualités, alors qu'elles constituent un facteur pronostique essentiel pour la relation future à l'enfant (Mc Neil et coll, 1983).

Les pères sont donc souvent malades psychiquement. Ceci est d'autant plus fréquent pour les dyades mère-bébé étudiées ici que, en présence d'une pathologie

maternelle, l'incapacité du père à prendre le relais, à s'occuper du bébé et à soutenir la mère, est un facteur de risque pour le bébé, et donc un élément supplémentaire pour peser en faveur d'une séparation mère-bébé. Si le père est aidant, soutenant, capable de voir les difficultés de la mère, de la reconnaître dans sa maternalité, le bébé, souvent, n'est pas placé. Parfois, le père n'est pas malade mais semble avoir besoin, en choisissant une compagne malade psychiquement, de la soigner, de s'en occuper. Ces pères ont alors tendance à « infantiliser » les mères, à les mettre à une place mineure.

Ainsi, lorsqu'une séparation précoce est pensée, les parents ont souvent tous les deux des troubles psychiques responsables de troubles de la parentalité.

S'ils n'ont pas de troubles psychiques et que la séparation s'impose, c'est que les pères sont peu présents au quotidien et ne peuvent assurer un relais suffisant auprès du bébé. Ils sont alors en difficulté pour accepter et penser que leur compagne ne peut pas, naturellement et quotidiennement, s'occuper de leur enfant.

- L'importance du père pour le bébé :

Les interactions père-bébé ont été très peu étudiées en comparaison aux relations mère-bébé. Cependant, parallèlement à l'évolution de la société et aux remaniements des places respectives de la femme et de l'homme, l'image de l'importance du père dans le développement de son enfant se développe.

Auparavant, il était reconnu essentiellement pour son rôle dans l'intersubjectivité : rôle de tiers dans la dyade mère-bébé qui sans lui risque d'être « étouffante », rôle d'autorité. Le père est celui qui pose l'interdit. Plus tard, il contribue à l'identité sexuée de l'enfant. Il est un repère identificatoire. Ces fonctions n'interviendraient qu'après la première voire la deuxième année de l'enfant, et, avant de les remplir, le père serait seulement une personne familière, au même titre qu'un grand-parent, ou qu'une seconde mère. Ainsi, Winnicott disait en 1958 : « La relation triangulaire, avec son enrichissement et ses complications spécifiques, devient un facteur nouveau dans la vie de l'enfant vers l'époque de son premier anniversaire, mais elle n'atteint sa pleine valeur que lorsque l'enfant est en âge de marcher et au moment où le

général domine les divers types de systèmes instinctuels alimentaires et de fantasmatisation ». En 1961, il écrit : « D'abord nous distinguerons chez les parents psychotiques les pères des mères, car il y a certains effets qui ne se rattachent qu'à la relation mère-enfant, en raison de son début très précoce ; ou s'ils concernent le père, c'est dans son rôle de substitut maternel. (Il y a un autre rôle du père plus important, dans lequel il rend humain quelque chose dans la mère et lui retire l'élément qui autrement devient magique, reste en puissance et gâte la qualité maternelle de la mère. Les pères ont leurs propres maladies, et on peut étudier l'effet de celles-ci sur les enfants. Mais naturellement, ces maladies ne retentissent pas sur la vie de l'enfant dans la petite enfance ; il faut d'abord que l'enfant soit assez grand pour reconnaître que le père est un homme. »)

Ainsi, le père n'aurait comme fonctions précoces que celles de substitut maternel (deuxième mère) et de tiers.

F. Dolto allait jusqu'à dire : « C'est lorsque l'enfant atteint l'âge de la marche que les hommes normalement virils commencent à s'occuper de lui. Ceux qui s'occupent des bébés sont généralement en grande partie marqués de féminité et, pour ainsi dire, jaloux que ce soient les mères les porteuses ».

Ainsi, les hommes n'ont pas de rôle et n'ont pas à avoir d'intérêt marqué pour l'enfant avant que celui-ci marche, sinon, c'est qu'ils sont efféminés... L'amour tendre du père envers son bébé n'a alors pas du tout sa place.

Or, les études récentes montrent l'importance du père, et ce dès les premières relations. Le Camus les recense. Le père est agent de socialisation précoce, bien plus que la mère ; les bébés sont plus sensibles à leurs interventions stimulantes qu'à celles de leur mère (Le Camus 1995) ; une étude américaine (Kromelow et al) a montré que des garçons de 18 à 21 mois manifestent une « sociabilité à la personne étrangère » plus sereine, plus élaborée lorsqu'ils se trouvent en contexte paternel. A 3 ans, il y a une corrélation positive entre l'implication du père dans les soins et la capacité de l'enfant à s'intégrer dans un groupe de pairs, à accepter les règles (Mac Donald et Parke ; Bourçois ; Ricaud). Le père précoce pourrait ainsi être considéré comme tremplin social.

Le père a également un rôle important dans la communication : avant 3 mois, le père utilise davantage le prénom de l'enfant ; à 7 mois, il anticipe plus sur le développement psychomoteur du bébé (Pêcheux, Labrell, Pistorio) ; il utiliserait un langage plus technique et plus sophistiqué avec son enfant (Ratner),... Le père aurait ainsi également une fonction de « pont linguistique ».

De plus, il serait un tuteur dans les apprentissages cognitifs, en stimulant davantage l'enfant, en lui posant plus de défis, et surtout en le laissant trouver la solution par lui-même. (Labrell)

Le père est différencié de la mère par l'enfant dès ses 2-3 mois (Brazelton). Les effets de son implication sont objectivables à partir de 3-4 mois (Klitzing, Simoni, Amsler et Burgin).

Une étude (Scholz et Samuels) a comparé des enfants de pères tout-venant à d'autres dont les pères avaient été formés aux activités de soins pendant les 4 semaines qui ont suivi la naissance. À 3 mois, les seconds affichent plus de signaux positifs (sourires, contacts œil-à-œil, vocalises...) et moins de signaux négatifs (comportements d'évitement) que les premiers.

L'observation montre également le rôle du père bien avant la nécessité de faire tiers. Il aide et soutient la fusion mère-bébé nécessaire dans les premiers temps, en enveloppant la dyade, en permettant un relais subtil qui n'exclut pas la mère mais la soulage.

Le père aurait donc son importance dès les premières relations.

Aussi, il aide la mère à devenir mère (maternalisation). Sans sa reconnaissance, elle reste une éternelle « mère-fille ».

- Quelle place leur est faite en unité mère-bébé, par la mère, par le père lui-même, par les soignants?

M. David insiste sur l'exclusion fréquente du père par la mère. « La force avec laquelle les mères les font inexister ou les représentent comme dangereusement violents est frappante. Au point que bien souvent l'équipe elle-même les oublie ».

L'auteur explique que, privés d'un père, les petits garçons resteront « démunis de toute force », et que les petites filles seront « imprégnées d'un « sentiment d'indignité » qui pèse lourd au moment de leur adolescence ». De la même manière, Lamour précise que les soignants pensent trop en termes dyadiques, en miroir de l'impossibilité des parents d'établir une relation triadique père-mère-bébé.

En choisissant leur compagne, s'excluent-ils également de la paternalisation ?

Pour Lamour et Barraco, « la difficulté d'intégrer le père dans le dispositif d'aide ou de soin tient aussi à la force de l'exclusion du père par la mère. Habités par les représentations qu'en donne la mère, nous risquons, quand il apparaît, de le disqualifier trop vite, en mettant par exemple au premier plan sa violence sans la resituer dans la dynamique du couple et du système familial. Du conjoint violent, nous faisons un père violent. Le père joue alors le rôle de « mauvais objet », protégeant ainsi l'image que nous, professionnels, nous nous faisons de la mère. Dans la réalisation du projet de placement, il peut être vécu comme un gêneur et ce d'autant qu'il n'y est pas associé, même s'il a reconnu l'enfant ! Que faisons-nous de la paternalité ? »

Plusieurs forces jouent donc dans le sens de l'exclusion du père :

- La mère ;
- Le père lui-même, qui est souvent absent, et, lorsqu'il est présent, se laisse « volontiers » effacer ;
- L'influence de la pathologie maternelle sur les équipes ;
- Les idées encore pas très anciennes d'inutilité du père avant les 1 an de l'enfant ;
- La nécessité de repenser des soins récents, complexes, avec le père.

Ainsi, au Home, les pères sont accueillis le soir, lorsque la plupart des mères et bébés venant en hôpital de jour sont partis. Des temps couple seul, père-bébé, et père-mère-bébé sont favorisés. Des soins comme le bain ou le biberon par exemple,

sont pensés avec le père. Ils restent parfois également manger le soir dans l'unité, auprès de leur compagne et de leur enfant.

Lorsque mère et enfant sont reçus en hôpital de jour, le travail avec les pères se fait lors des consultations.

Il est compliqué de travailler le lien père-bébé en médiations thérapeutiques, après le placement de l'enfant, lorsque le père est lui-même malade, psychotique ou souffrant d'un état limite. Les unités mère-bébé disent leurs difficultés à travailler les différents liens dans ce contexte. En outre, lorsque le père est présent, soutenant, conscient de la pathologie maternelle, il constitue un appui tant pour la mère que pour le bébé. Il est alors possible de profiter de sa présence en médiations thérapeutiques pour soutenir mère et enfant, ouvrir leur relation, les mener vers l'extérieur. Parfois il s'occupe seul de l'enfant lorsque la mère est hospitalisée en psychiatrie adulte. Petit à petit le bébé revoit sa mère quand l'état de celle-ci se stabilise. Un tel père est « facile » à intégrer aux soins.

Cette question de la place faite au père reste très actuelle et pas complètement résolue.

### **III. Le soin direct auprès du bébé – quelle protection ?**

#### **1) Un environnement « suffisamment bon » :**

Bien sûr, si la souffrance est « permise » dans le soin de la dyade, si elle a sa place, il ne peut être question de laisser le chaos s'imposer, et de voir ainsi le développement du bébé empêché, entravé, avec d'éventuelles séquelles majeures. M. David distingue ainsi la détresse de la tristesse : « Certes, les pleurs et les cris, la tristesse sont des états normaux que tout enfant a à expérimenter, même étant tout bébé, mais non la détresse qui implique un sentiment de perte et d'impuissance

auquel il importe qu'un enfant ne soit pas exposé ». Comment éviter au bébé cette détresse ?

- a) Une attention observante, contenant et empathique, soutenue par la « préoccupation thérapeutique primaire » :

Nous avons vu la nécessité que la mère tienne psychiquement son bébé de manière suffisamment continue (sauf lors des moments nécessaires de la censure de l'amante décrits par M. Fain) pour que l'enfant construise son self, ait un sentiment continu d'existence et qu'il puisse plus tard lâcher la perception de sa mère, pour se la représenter, l'introjecter puis la garder en soi en l'absence de celle-ci. Pour Ciccone (2007), « l'attention des adultes envers le bébé a une action sur la qualité même de l'appareillage du psychisme du bébé. » Or les mères dont il s'agit ici sont dans l'incapacité de réaliser ce holding à temps plein. Elles n'ont pu accéder suffisamment à la préoccupation maternelle primaire, en raison de leur passé souvent chaotique et douloureux. Comment tenir quand on n'a pas été tenue, quand on est soi-même « en miettes » ? C'est donc le soignant qui doit prolonger cette préoccupation maternelle, par sa « préoccupation thérapeutique primaire », terme proposé par Lamour et Barraco. Ainsi, le bébé va être porté psychiquement d'une manière assez continue. Selon D. Mellier (2007) , « le travail d'attention de l'observateur peut permettre au bébé la restauration d'une capacité de rêverie s'il est en lien avec son entourage. Ce travail peut lui permettre de laisser « flotter » sa propre attention, d'éprouver ses émotions et sentir ses propres limites internes et externes. » Est-ce parce qu'elle a bien profité de la présence de sa référente pour « s'évader », pour se mettre à ressentir, et parce qu'elle a introjecté sa fonction de contenance et d'attention, que Lolita paraît si pensive ?

Ainsi, le soignant, dans les interactions douloureuses, « ne lâche pas » le bébé, sans non plus être intrusif. L'attention discrète et empathique, sa fonction de témoin de ce qui se passe, de ce qui s'est passé, va permettre cela.

L'observation du bébé en unité mère-bébé est basée sur la méthode d'Esther Bick. Les trois temps sont :

- l'observation avec nécessité d'une disponibilité psychique et émotionnelle permettant une attention soutenue au bébé, une empathie discrète ;
- la retranscription par écrit, de manière assez détaillée, de ce que l'observateur a vu, mémorisé, de ce qu'il a cru percevoir comme ressentis chez le bébé et sa mère ;
- la supervision, lors de laquelle le groupe fait des liens sur l'observation, des hypothèses, des interprétations.

Alors qu'Esther Bick avait proposé cette observation dans une famille sans problème particulier, dans un but de formation et non de soin, elle avait déjà souligné la fonction contenante de cette observation : la mère contient les projections du bébé, et l'observateur celles de la mère.

Denis Mellier (2005a) décrit ainsi le travail d'écriture, après l'observation : « Délaisser le côté interprétatif, mettre de côté son jugement, tenter de se remémorer ce qui s'est évanoui, se détacher d'un moment trop fascinant, contenir un émoi affectif trop envahissant, résister à l'ennui, à la somnolence, faire des liens entre des fragments épars, écrire ce qui est peu dicible, etc. : l'observation restituée résulte de tout un travail psychique complexe ».

Dans les dyades dont nous parlons, l'observation va permettre au bébé de se sentir toujours contenu, si ce n'est plus dans les psychismes de la mère et du soignant, ce sera dans celui du soignant seul. A. Comby parle de la fonction de l'observateur ainsi : une « réceptivité vivante en état de penser ». Le sentiment d'exister en continu du bébé sera ainsi respecté. Il restera également au centre d'un monde. Le fondement de son narcissisme primaire sera au maximum protégé, tant par l'aide apportée à la mère pour qu'elle détecte et réponde aux besoins de son bébé, que par les soins apportés directement au bébé lors des relais, en l'absence de la mère. Ainsi, un minimum d'adaptation au bébé, à l'origine de son sentiment d'être le créateur de ce qui se passe, sera recherché.

Ce regard attentif sur l'enfant participe à constituer un « appareil à penser qui prête une pensée aux nourrissons et permet aussi des échanges entre adultes autour de ce bébé devenu objet d'un investissement commun » (J. Siksou).

L'empathie permet également au bébé de « se voir », dans l'activité de miroir de l'adulte évoquée plus tôt. Pour Lamour et Barraco, « l'activité de miroir qui se développe chez les partenaires d'une interaction est à la base de l'empathie. Mettre son corps en résonance avec celui d'autrui induit les affects qui constituent un déterminant majeur de l'interprétation d'autrui ou de la situation. Notre corps est instrument de la connaissance des affects d'autrui ; d'où le terme d' « analyseur corporel » pour désigner cet instrument privilégié de l'empathie ».

Quand l'individu n'a que son corps pour réagir, bébé, quand ce dernier est malmené par le chaos, l'angoisse, la corde qu'il constitue aura-t-elle plus de difficultés plus tard à vibrer (face à son propre enfant par exemple), dans le grave comme dans l'aigu ? La relation s'inscrit-elle par ce biais, en abîmant la corde, de manière définitive ? Y aura-t-il discordance, dissonances, dans les relations futures ? Le soignant permet-il la résonance, par sa présence corporelle et psychique, et sa plus grande tessiture en éprouvés ? De quelles limites protéger l'enfant dans ses difficultés d'accordage affectif avec sa mère (décrit par Stern), pour que son self ne finisse pas par sonner faux ?

b) Le souci du respect de la continuité pour le bébé :

Nous l'avons vu, la continuité psychique est un élément primordial pour le développement de l'individu. Souvent la mère « lâche » son bébé. Par exemple les mères schizo-phrènes ont régulièrement envers le bébé des mouvements d'appropriation-rejet (M. David 1987). La mère alterne entre son désir de rapprochement fusionnel et le rejet du bébé, lié à l'intolérance du bébé réel. Les mères carencées font également régulièrement vivre des mini-abandons à leur enfant.

Trop de proximité avec leur enfant ne favorise donc pas les échanges pour ces mères. Le tiers que constitue le soignant permet de ne pas vivre cette proximité comme trop dangereuse. Lamour (2003) pose la question suivante : « Plutôt que de penser en termes de séparation, comme nous entraîne à le faire la pathologie familiale, ne faudrait-il pas se demander quelle est la bonne distance pour faire se

rencontrer mère et bébé réel sans se désorganiser et avoir des échanges à prédominance positive ? » Prendre soin de ces dyades comprend donc le fait d'aider la mère à s'occuper de son enfant d'une part, et à savoir demander le relais quand c'est trop difficile pour elle d'autre part. La rencontre et les interactions sont alors libérées du devoir et de l'obligation seuls. Le plaisir d'être ensemble est favorisé.

Ainsi, lorsqu'elle « sature », le soignant accompagne la mère dans la formulation au bébé de son départ, et prend le relais dans les soins primaires. Ceux-ci se définissent comme « l'ensemble des soins précoces qui doivent être prodigués au nourrisson pour assurer sa survie et son développement. Ils impliquent, au-delà du corporel, qu'une relation personnalisée permette l'humanisation. Ils ne se limitent pas aux soins du corps ». (Lamour et Barraco)

La permanence du soignant (deux référents de la dyade dans l'équipe pour l'hospitalisation en temps plein au Home) et sa connaissance du bébé dans le temps, dans son évolution, permettent à la continuité de s'installer, au chaos de se dissoudre, aux relations de rester humaines.

Aussi, le référent de la dyade essaie, de manière délicate, par des questions, d'aider la mère à respecter les macrorhythmes du bébé. « A-t-il pris son biberon ? A quelle heure était le dernier ? Peut-être a-t-il sommeil ? » Parler à la place du bébé aide également à faire ressentir son besoin à la mère sans la persécuter. L'ambiance, l'environnement, les objets que connaît déjà le bébé sont recherchés. Bien sûr, cela se modèle progressivement à son développement (cf plus loin).

Puisque le bébé, dans les premiers temps, vit comme un arrachement tout changement dans les lieux, les personnes, les manières de faire,... les soignants s'interrogent sur la nécessité des changements avant de les instituer, et, s'ils sont nécessaires, les introduisent très régulièrement, touches par touches, pour que l'enfant garde un certain sentiment de continuité d'existence.

Ciccone (2007) insiste également sur l'importance que les soignants repèrent et soutiennent les efforts faits par le bébé pour retrouver une continuité dans son expérience. L'auteur prend l'exemple d'un nourrissage : « La mère nourrit le bébé à la cuillère ; le bébé est immobile quand il a la cuillère en bouche ; il s'agite, s'excite entre deux cuillérées (la présence/absence de la cuillère faisant vivre une expérience

de séparation/retrouvailles) ; et le bébé se calmera en regardant l'observateur, sans le lâcher des yeux (si la main de la mère passe entre le visage du bébé et celui de l'observateur, le bébé se contorsionnera pour retrouver le contact visuel) ; le bébé pourra ensuite, lorsqu'il aura récupéré une sécurité, retrouver le visage maternel, et échanger, babiller ludiquement avec sa mère. Lorsque le regard aura été libéré de sa fonction d'accrochage et de maintien de la permanence, il pourra à nouveau être utilisé pour la communication. Je parle là de bébés ordinaires, de situations ordinaires de la vie quotidienne. Mais on voit comment une telle séquence pourrait servir de modèle à un travail d'aide, d'accompagnement d'un couple mère-bébé en difficulté ».

c) La suppléance et non la substitution :

Le grand Larousse définit ainsi le verbe « suppléer » : « compléter, en ajoutant ce qui manque ». La différence est donc majeure entre d'une part substituer la mère, ce qui consisterait à faire à sa place, et d'autre part permettre une suppléance de celle-ci auprès du bébé. Il ne s'agit donc pas de la remplacer parce qu'elle serait « mauvaise », mais de la suppléer parce qu'elle est parfois « défaillante » dans certains domaines de la parentalité, parce qu'elle est elle-même trop mise à mal. La complémentarité est ainsi requise. La suppléance suggère le manque, mais ce qui vient à la place n'est pas du même ordre que ce qui aurait naturellement rempli ce manque. Le terme de suppléance a également l'avantage de définir le soin, même lorsque la mère est présente, contrairement à la substitution, où il n'y a de la place que pour une personne.

De même, il est important de préciser que la « préoccupation thérapeutique primaire » ne doit pas se substituer à la « préoccupation maternelle primaire », mais la prolonger.

De cette manière, le soin n'a pas pour objectif de pallier une incapacité maternelle en faisant à la place de la mère, mais d'aider une mère psychologiquement souffrante et son bébé fragile à se rencontrer, comme ils peuvent, là où ils peuvent, sans trop se désorganiser.

d) La « réanimation psychique » lorsqu'elle est nécessaire :

Si le bébé se met très en retrait, d'une manière répétitive et longue, inquiétante, le soignant essaie de le ramener à la vigilance et à la communication. Ceci correspond aux techniques de « réanimation psychique ». C'est une fois qu'il sera « revenu », acceptera de rentrer à nouveau dans le lien, que celui-ci pourra évoluer, se modifier, pour peut-être devenir plus satisfaisant. Le « souffrir avec » vise à éviter aux bébés d'avoir à fuir par le retrait. Nous avons vu dans la deuxième partie les conséquences de ce symptôme défensif en termes de blocage, de gel du développement du bébé. La fuite ne permet pas au bébé de tester ses nouvelles aptitudes corporelles et psychiques avec l'environnement, ni d'aider sa mère à le mater. Il est donc important de « ramener à la vie » ces bébés en retrait. Nous avons vu comment l'infirmière essayait ainsi de ramener Lolita à plus de vie.

e) L'introduction de la fonction tierce :

Certaines mères ont du mal à se « décoller » de leur bébé. Ceci peut aller jusqu'au retard psychomoteur de ce dernier, avec clivage corporel horizontal, dans lequel le bas du corps du bébé n'est pas du tout investi par celui-ci. Ainsi, l'enfant montre qu'il « n'entrevoit » pas la possibilité de se distancer de sa mère. Il abandonne l'expérimentation de la distance. L'environnement n'est pas exploré sans la présence « tout contre » de la mère. L'« interdit » de la séparation-individuation est comme « incorporé » en le bébé.

En plus d'aider la mère à voir son bébé réel, comme un être distinct, avec ses propres besoins, en plus de travailler avec le bébé pour qu'il se sente être par lui-même (avec sa mère, seul, plus tard auprès de sa famille d'accueil,...), des groupes mères-enfants sont pensés. Lamour et Barraco décrivent trois fonctions de ces groupes (les enfants de ces dyades sont alors plus grands) :

- Exprimer les affects douloureux en lien avec la séparation plutôt que de les occulter, dans un contexte contenant, sans détruire ni être détruit.
- Pouvoir reconnaître l'autre ailleurs.
- Faire l'expérience de pouvoir exister sans l'autre et le retrouver.

Des groupes de psychomotricité avec plusieurs dyades soutiennent également ce décollement entre la mère et son bébé. En portant le regard sur d'autres mères, d'autres bébés, chacun peut accéder à plus d'individualité.

f) Les temps de motricité libre :

Nous avons vu comment la relation s'imprime dans le corps de l'enfant. L'exploration de l'environnement et les découvertes enrichissantes qui en découlent peuvent être freinées, si ce n'est interdites, et le développement psychomoteur gelé. Si c'est une chose importante d'aider la relation à se modeler, d'aider la mère à accepter sans trop d'angoisse que son bébé soit distinct d'elle, ceci met du temps. Or, le bébé ne peut attendre. Le temps du bébé n'est pas le même que celui de l'adulte. Les mois où années nécessaires, lorsqu'un changement est possible, pour que celui-ci advienne, sont bien trop longs au vu du développement du bébé.

Ainsi le soin direct auprès du bébé, visant à le soutenir dans l'exploration de l'environnement, de ses capacités grandissantes d'action sur celui-ci, le plaisir des découvertes, le non-renoncement à une certaine curiosité naturelle, est un axe devenu majeur dans le traitement de ces bébés en souffrance. Pour Winnicott, « Le bébé dans l'espace devient prêt, le temps passant, à faire le mouvement qui surprend le monde, et le bébé qui a découvert le monde de cette manière devient prêt, plus tard, à accueillir les surprises dont le monde est rempli ».

Ces temps d'activité libre, lors desquels le soignant observe et soutient l'enfant dans ses découvertes, dans son autonomie, découlent des travaux d'Emmi Pikler et de l'école de Loczy. Cette pédiatre hongroise s'est appuyée sur les observations précises du développement de l'enfant pour fonder une approche médico-pédagogique originale. Travaillant au départ avec des familles sans problème particulier, elle insistait déjà sur la nécessité de laisser une grande liberté de mouvements et d'activités aux enfants. Elle a ensuite appliqué ces idées dans la pouponnière de Loczy, dès 1946, dans l'espoir d'éliminer les facteurs de carence quasi-inhérents à la collectivité.

S'appuyant sur les ressources naturelles de l'enfant, elle l'a situé à une place d'acteur de son développement. Les enfants sont observés quotidiennement par leur nurse, qui restera la même tout au long de leur vie à la pouponnière. L'environnement du bébé est précisément adapté à son développement. Ainsi, il est explorable par le bébé, d'une manière qui lui permette de ressentir une certaine

maîtrise et de situer ses propres compétences. Ceci permet aux enfants d'acquérir un sentiment de sécurité, de confiance. Les conditions de vie du bébé sont donc pensées avec une grande précision : rythmes de vie, soins, matériaux susceptibles d'intéresser l'enfant. La présence d'un soignant qui a une intimité suffisante avec l'enfant, une grande connaissance de celui-ci, est donc nécessaire. Les compétences du bébé sont mieux cernées, ses signaux mieux compris et leurs réponses plus adaptées. Pikler reconnaît ainsi la nécessité que se développe entre le bébé et son référent une relation privilégiée, stable et fiable. Ceci est la base pour que l'enfant soit apte à se découvrir lui-même et à explorer avec intérêt et dynamisme son environnement.

L'observation du bébé est valorisée, non seulement en interaction avec sa nurse, mais également lorsqu'il est en activité libre. Ceci a pour objectif l'évaluation (tant des ressources que des troubles) et le soin. « Il semble que l'observation à petite distance du bébé éveillé, livré à lui-même, soit un mode d'abord thérapeutique intéressant auquel le bébé est sensible et qui valorise l'intérêt de la capacité du bébé à exister par lui-même ». (Tardos, David, 1991)

Ici aussi, la qualité de l'attention est primordiale, notamment quand le bébé est en difficulté. Pikler décrit que cette attention permet de laisser un temps au bébé, celui de l'initiative. Elle permet également aux adultes de se retenir d'agir, de respecter l'autonomie de l'enfant dans l'exécution de l'acte. Enfin, l'attention à ce bébé-là, à ses caractéristiques individuelles, uniques, permet de lui offrir des conditions d'environnement rendant ses actes efficaces.

Ainsi, dès ses trois mois, et surtout lorsque la relation du bébé à sa mère s'ancre de manière négative dans son corps et entrave son développement, les temps d'activité libre constituent un soin primordial. Quand la mère entre dans la salle, le bébé reprend en général les attitudes, la tonicité, les modalités relationnelles qu'il a avec elle. Mais ces temps de prise en charge sans elle permettent qu'il développe et prenne conscience de ses capacités propres. Ainsi se forme en lui un arrière-fond de sécurité.

Lamour et Barraco insistent sur l'importance de développer les compétences de ces bébés exposés. Si on ne les voit pas, aveuglés par les troubles et les effets négatifs

de son environnement sur lui, on ne risque pas d'aider le bébé à déployer ces compétences. Il faut donc s'appuyer dessus et aller les chercher. D'où l'intérêt de connaître le bébé le plus tôt possible, et que la référence soit très stable.

Les temps d'activité libre permettent aussi que se construisent de manière solide la pensée et la narrativité. « C'est dans l'action que naît la pensée ». Par exemple, un jour, l'enfant tend le bras dans la direction d'un objet, sans rechercher consciemment ce geste, sans avoir alors l'idée qu'il va pouvoir toucher l'objet. Il va ainsi faire le lien entre tendre le bras et toucher un objet. B. Golse explique que « très tôt, l'enfant a la capacité de refigurer, dans son théâtre corporel ou comportemental [...], les rencontres qu'il vient de faire, qu'il s'agisse de rencontres relationnelles avec un partenaire humain ou de rencontres avec des objets inanimés. Dans cette refiguration corporelle ou comportementale protosymbolique, se trouvent sans doute les germes de la narrativité ultérieure, et cette narrativité préverbale joue, bien entendu, en atmosphère de conscience non thétique, l'enfant n'ayant pas encore la conscience de son activité symbolisante débutante ».

## **2) L'intériorisation par le bébé de la capacité de ressentir, d'exprimer (y compris la tristesse), de penser, de raconter : « s'inscrire, décrire, raconter » (D. Mellier 2005a)**

Par son attention discrète et empathique, permettant son identification au bébé, le soignant entoure l'enfant. Il va ressentir les affects, recevoir les éléments béta, les digérer, les métaboliser, les rendre élaborables, pensables, « ressentables » oserions-nous dire, racontables. Ces fonctions de contenance, mise en récit, vont pouvoir être intériorisées par la dyade, c'est-à-dire mises en eux-mêmes, pour pouvoir par la suite les utiliser à leur propre compte, en l'absence du soignant. Dès lors, le bébé intègre ces fonctions comme ses propres capacités, petit à petit. Il aurait ainsi plus tard la faculté de ressentir, même la douleur, en restant dans la situation, sans avoir à la fuir. Le travail de penser, de mettre en sens, serait en lui.

Lorsque le soignant parle au bébé, invite la mère à en faire autant, il montre à l'enfant l'intérêt de mettre en parole les émotions, plutôt que d'agir, de passer à l'acte, de fuir. Ainsi M. David explique que la mise en mots des agis et émotions des enfants, si elle est appliquée à propos, leur permet « de découvrir le sens des mots, le plaisir de les entendre, de percevoir le soulagement qui en résulte, et de découvrir ainsi à leur tour l'intérêt et la possibilité de « dire » ».

La présence d'un soignant, témoin de la relation, du « bon » comme du « mauvais », de l'évolution, du développement du bébé, va permettre une mise en récit des premières relations du bébé avec son environnement. Nous avons vu dans la deuxième partie combien cette narrativité est structurante pour l'enfant. Il va ainsi pouvoir intérioriser cette fonction narrative, et surtout le plaisir de se raconter.

Le soin a donc pour objectif d'éviter qu'un enfant ne soit amené à fuir la relation, plus tard souvent la mentalisation, pris dans des souffrances impensables, le poussant à fuir hors du temps. Il vise à ce que l'enfant connaisse sa mère, tout en étant capable de dire, de ressentir, d'exprimer une palette de sentiments allant de la douleur profonde à la joie immense d'être avec, capable aussi de penser ses affects, de les raconter, de se raconter. C'est alors qu'il pourrait se représenter comme le personnage principal de son histoire.

Pour résumer, le soin vise donc à ce que le bébé se développe sans trop d'entrave, dans la rencontre avec sa mère et son père, quand celui-ci est présent. Etant écouté dans ses besoins, même si la mère ne peut pas toujours, malgré l'aide du soignant, y répondre, étant un centre d'attention, puis laissant une trace en sa mère, source d'un attachement profond, on peut penser que ses assises narcissiques sont à peu près protégées. Le sentiment continu d'exister ainsi que sa capacité future d'être seul pourrait également être préservés par l'attention empathique constante dont il est l'objet. Une certaine confiance en lui et en l'environnement, grâce aux temps d'activité libre, pourrait être acquise. Aussi, les mouvements de séparation/individuation avec sa mère seraient permis et soutenus.

## **IV. Evaluer le moment de la séparation physique :**

### **1) Quand le bébé est malgré tout trop en détresse :**

Malgré les soins, il arrive que certains bébés montrent encore une grande détresse. Parfois un enfant n'est pas accessible au soignant, soit par l'empêchement de la mère, soit par des réactions de retrait trop importantes.

Si son développement stagne et que le soignant n'arrive pas à le « réanimer », à le faire revenir à la relation, tant avec lui qu'avec sa mère, le soin auprès du bébé et de la relation à sa mère n'est plus possible. Il n'y aurait alors plus d'avantage à prolonger une hospitalisation. Par contre, les risques évoqués dans la deuxième partie ne pourraient plus être évités.

Ainsi, l'impossibilité qui se prolonge d'avoir une relation de soin satisfaisante avec le bébé doit faire penser à préparer rapidement la séparation et le placement en famille d'accueil. Mère et enfant pourront peut-être davantage profiter de cette distance pour être en lien à l'avenir.

Aussi, du fait de l'empathie, on peut penser que, lorsque le référent du bébé vit des moments au contact de la relation trop chaotiques, qu'il n'arrive pas à penser, à ressentir, que le groupe lors des reprises n'arrive plus à élaborer, c'est que le soin ne peut plus être efficace, que le chaos ne peut plus être évité. Il y a alors peut-être urgence (mais en évitant le passage à l'acte-rupture-arrachement) à séparer physiquement mère et enfant, pour protéger ce dernier. Le lien est alors travaillé en médiation thérapeutique.

### **2) Lorsque la mère décompense :**

Naturellement, si la mère décompense une pathologie psychotique, qu'elle est trop délirante, dissociée, ou repliée sur elle-même, il est important de ne pas la

laisser au contact de son bébé, et ce dans l'intérêt des deux protagonistes. La mère est alors hospitalisée en psychiatrie adulte. Lorsque son état se stabilise, les contacts avec son bébé sont réintroduits de manière progressive (moins d'une heure souvent la première fois), jusqu'à éventuellement reprendre une hospitalisation en temps plein.

### **3) Un meilleur moment pour se séparer ?**

Y a-t-il, dans le développement du bébé, un moment, un stade, où il souffrirait moins de la séparation avec sa mère ? Nous avons vu que pour cela, il faut qu'il ait introjecté un « environnement suffisamment bon ». L'apparition du stade de l'objet, de la représentation de la mère comme être distinct, apparaît vers le 8<sup>ème</sup> mois. C'est alors une période où les séparations sont particulièrement douloureuses. C'est seulement après ce stade acquis de l'objet qu'une image de sa mère en tant que personne distincte de lui pourra être intériorisée par l'enfant. Or il est rare que les unités mère-enfant puissent garder les dyades si longtemps... Et serait-ce vraiment préférable ?

Quand mère et bébé auront pu prendre suffisamment de l'autre en soi, pour avoir envie de se revoir ? Quand la mère aura-t-elle pu introjecter le bébé réel ? Nous avons vu plus haut que ceci est probablement lié à la qualité des relations, plus qu'à une durée. Plus les relations sont bonnes, plus l'attachement se crée, plus chacun aura envie et besoin de retrouver l'autre. Le meilleur moment pour la séparation pourrait donc être différent pour chaque dyade.

Quand le bébé est-il capable de garder la mémoire de sa mère (même indifférenciée de lui) pendant toute la période qui sépare deux rencontres, c'est-à-dire souvent une semaine ?

Aujourd'hui, il est impossible de répondre précisément à ces questions. De nouvelles études sur le sujet pourraient être intéressantes. La qualité du lien, le développement psychomoteur du bébé, la « couleur » des interactions, les difficultés de la dyade, ... pourraient être des facteurs à étudier.

## **V. Après la séparation : les médiations thérapeutiques**

Une fois l'hospitalisation mère-bébé terminée, l'enfant et sa mère vont pouvoir bénéficier de médiations thérapeutiques. Le cadre est fixé par le juge. Ces médiations thérapeutiques diffèrent des « visites médiatisées » organisées par l'Aide Sociale à l'Enfance, lors desquelles un tiers est présent, en ceci qu'elles se font en présence d'un soignant. Le tiers permet d'éviter des situations de maltraitance tant physiques que psychiques, ou en tout cas d'en être le témoin pour, par la suite, pouvoir en protéger l'enfant (en demandant à ce que les rencontres s'interrompent par exemple). Il a donc surtout lors des visites médiatisées un rôle de surveillance et d'évaluation. Lors des médiations thérapeutiques, la relation entre le bébé et sa mère va être au cœur du soin, et la rencontre facilitée, soutenue. Le but est donc de maintenir le lien, mais aussi et surtout de continuer à travailler la relation, de permettre à ce lien d'évoluer, aux représentations internes de celui-ci de se modifier. Il ne s'agit pas seulement de se revoir, mais de pouvoir être ensemble de manière de plus en plus satisfaisante.

Les médiations thérapeutiques se déroulent avec le référent principal de la dyade. En cas d'absence de celui-ci, c'est le second référent qui organise la médiation. Il connaît également le bébé depuis son hospitalisation. Il a pris connaissance de son développement depuis la séparation, des jeux qu'il aime, du déroulement habituel des rencontres, etc.

L'horaire de la médiation est fixé afin de respecter les rythmes du bébé et sa disponibilité. Organiser les rencontres à l'heure habituelle d'une sieste n'aiderait pas la dyade à se retrouver et à améliorer ses liens.

Le soin est basé sur les mêmes concepts que lors de l'hospitalisation : attention contenante, discrète, empathique, centrée sur le bébé, le soutenant dans la souffrance ; double holding ; priorité donnée à ce qui permet les bons échanges (comme le bain par exemple pour Lolita et sa maman), soutien à la mère pour qu'elle

se centre sur son bébé, s'identifie à lui, répond à ses attentes et profite alors d'être une mère « suffisamment bonne ».

Les retrouvailles et les au-revoir sont des moments particuliers. La mère et le bébé accompagné de son assistante maternelle ne sont pas reçus ensemble, afin d'éviter qu'ils se rencontrent sur ces temps-là. Ce temps est celui de la rencontre mère-bébé. Les clivages et les projections d'une famille envers l'autre doivent être maintenus autant que possible en-dehors de cet espace. Le soignant recueille les informations sur le développement de l'enfant, son quotidien, les événements récents (comme l'hospitalisation de l'enfant par exemple, une maladie, l'apparition de nouvelles dents...). Il les retransmet de manière contenue à la mère. Après la médiation, l'échange entre le soignant et l'assistante maternelle est très court, centré sur l'enfant et non la mère, et relatant essentiellement le positif de la relation. Le référent sert ainsi de trait d'union entre les deux environnements du bébé, en essayant de limiter le clivage et l'image chez la famille d'accueil d'une mère mauvaise et déstructurante.

Le référent constitue un appui dans les retrouvailles et les séparations entre le bébé et sa mère. Il demande à la mère d'attendre que son bébé soit prêt à la retrouver. Ceci se fait petit à petit, comme le décrit Denis Mellier (2007) L'auteur reprend les retrouvailles entre une petite fille de cinq mois et sa mère : « Ce n'est que petit à petit, sens après sens, « feuillet après feuillet », que le bébé retrouve sa mère : d'abord celle qu'elle reconnaît de suite, celle qu'elle voit de loin, ensuite son portage, sa manière d'être tenue, mais ce n'est que très tard que le contact œil à œil arrive à s'établir. La souplesse de l'attention présente dans l'interaction habituelle entre le bébé et sa mère fait place ici à une mise en relief des différentes « enveloppes » du bébé ».

L'enfant fait régulièrement des va-et-vient par le regard, le toucher, entre sa mère et ce qui fait lien avec « l'avant sa mère ». Ainsi, dans les médiations thérapeutiques, c'est le soignant qui sert d'appui pour le respect de la continuité.

Lors de ces retrouvailles, mère et enfant apparaissent l'un à l'autre à la fois familiers et étrangers. Fleury, Leblanc et Rottman, en faisant référence à Freud, parlent « d'inquiétante étrangeté ». La familiarité est recouverte par les expériences

déroulées en l'absence de l'autre. La joie des retrouvailles, le trouble de l'étrangeté, la colère de l'absence, s'emmêlent alors chez le bébé.

## **VI. Quel recul aujourd'hui ? Quelles évaluations futures seraient nécessaires ?**

M. Champion et O. Khalifat ont réalisé une petite étude dans leur unité mère-bébé (La Pomme à Paris). Onze bébés (dont 2 jumelles) de dix mères schizophrènes composent leur échantillon. Les mères étaient adressées par le psychiatre de leur secteur. Elles avaient toutes des symptômes de dissociation, de discordance et d'attaque de la pensée. Six d'entre elles présentaient des éléments déficitaires (retrait, apragmatisme), quatre des éléments productifs (délire, hallucination et excitation). Parmi ces dernières, deux avaient des troubles thymiques associés (dépression ou manie). Alors que six de ces dix mères sont restées dans un déni de leurs troubles, les quatre autres ont pu faire un travail d'élaboration en profondeur autour de leur maladie.

Sept pères étaient présents auprès des dyades. Deux étaient absents dont un qui souffrait de schizophrénie. Le dernier père, schizophrène également, est décédé pendant la grossesse de sa conjointe. Parmi les sept présents, trois présentaient des troubles psychiatriques sévères et quatre avaient une présence de qualité auprès de leur bébé.

Parmi les neuf grand-mères maternelles, trois pouvaient offrir un relais à la mère et étaient dans de bonnes relations avec leur fille. Les six autres étaient en mauvais termes avec leur fille, laquelle les mettait à l'écart.

Au niveau des interactions, une mère très délirante semblait totalement indifférente à son bébé. Les autres exprimaient un fort attachement et une préoccupation de leur enfant.

Une seule mère avait une interaction globale de qualité avec son enfant. Les autres montraient de la discontinuité et de la pauvreté dans leurs relations à leur bébé, ce dernier étant alternativement sollicité et rejeté. Cependant des moments d'échange

de grande qualité étaient observés. Cette discontinuité était en lien avec une fatigabilité, un envahissement psychique par le délire ou l'angoisse, une absence de représentations des besoins de l'enfant, ou un manque d'adaptation aux situations nouvelles.

Les mères ne jouaient pas spontanément avec leur bébé. Le portage était adapté pour six d'entre elles. Les interactions verbales étaient pauvres ou quasi-absentes pour six également. Trois parlaient à leur enfant de manière désadaptée. Quatre mères évitaient activement le contact visuel avec leur bébé. Chez cinq mères le regard était morcelant, se posant sur chaque partie du bébé, parties qui ne semblaient pas être reliées entre elles.

Tous les bébés manifestaient des signes de souffrance plus ou moins sévères, d'apparition précoce, dès qu'ils étaient en présence de leur mère. Cinq bébés venant directement de la maternité et trois de chez leur père ou leur grand-mère maternelle allaient bien à leur arrivée et ont développé des symptômes au cours de la quatrième semaine d'hospitalisation. Les jumelles venant du service de néonatalogie ont également manifesté des signes de souffrance très différents et spécifiques à chacune d'entre elles. L'unique bébé présentant des symptômes plus légers avait une mère qui ne l'a presque pas pris en charge.

La majorité des nourrissons ont présenté des troubles de la relation : une hypervigilance (deux), une hyperadaptation à leur mère (deux), un refus électif de la relation à leur mère (quatre), un syndrome de retrait relationnel sévère (deux).

Huit enfants avaient des troubles de l'alimentation (régurgitations (trois), glotonnerie sans plaisir (trois), refus alimentaire actif (un)).

Sept enfants présentaient des troubles du tonus, à type d'hyper ou d'hypotonie.

Six avaient des troubles du comportement (activité de succion envahissante, balancements, agitation et pleurs inconsolables, phases d'excitation avec mouvements incessants des membres inférieurs).

Cinq souffraient de troubles du sommeil.

Les troubles somatiques étaient rares.

En fin d'hospitalisation (durée moyenne de trois mois), l'évolution clinique était excellente pour trois bébés, bonne pour six, et décevante pour deux. Pour deux des trois enfants épanouis, un placement intrafamilial a été fait avec la participation active et positive de leur mère. Pour les sept qui demeuraient fragiles, une prise en charge à domicile avec suivi pédopsychiatrique, PMI et mode de garde en crèche a été organisée. Pour les deux enfants qui ne s'étaient pas améliorés, les parents ont organisé eux-mêmes la sortie contre l'avis de l'équipe (dont un cas pour raisons professionnelles). Des signalements judiciaires ont été faits pour six familles, avec demandes d'aide éducative. Une seule famille l'a vécu comme une menace et une disqualification plutôt que comme une aide.

A distance de la sortie, deux enfants présentaient une insécurité importante, des troubles du sommeil et des pleurs fréquents. Les parents de ces deux enfants sont les seuls qui avaient refusé le suivi en pédopsychiatrie de secteur et le mode de garde proposé après l'hospitalisation. Quatre autres enfants étaient asymptomatiques mais toujours suivis car trop adaptés à l'état psychique de leur mère. Les quatre derniers étaient totalement épanouis et bien structurés.

Deux enfants qui vivaient avec leurs parents à la sortie de l'hospitalisation ont été placés depuis. Ils iraient plutôt bien, malgré la séparation.

Huit enfants sont suivis par le secteur de pédopsychiatrie, la PMI, la crèche, le service d'aide éducative, les services sociaux. Une famille a repris contact avec le secteur peu de temps avant la rédaction de l'article, sur injonction judiciaire, le bébé présentant des manifestations inquiétantes. La dixième famille a refusé le suivi des jumelles par le secteur mais a accepté celui au CAMPS pour un retard psychomoteur, des troubles sévères du sommeil et une insécurité de base.

Les auteurs précisent que les bébés ayant présenté un retrait important étaient ceux qui avaient été en permanence en contact avec leur mère. Les moins symptomatiques, à l'inverse, étaient ceux pour lesquels la question de la séparation mère-enfant avait été posée d'emblée, et qui avaient profité de courts échanges mais de bonne qualité avec leur mère.

Les bébés semblent en moyenne aller bien à la sortie de l'hospitalisation. Celle-ci leur a permis de connaître leur mère et de s'attacher à elle, et elle à eux. On peut

ainsi imaginer que le soin leur a permis, malgré la souffrance, d'évoluer plutôt bien. (Bien sûr, cette étude, par son échantillon très restreint, ne permet pas de porter des conclusions définitives.)

Cependant, nous avons vu que certains troubles (cognitifs et relationnels), chez les enfants évoluant au contact de leur mère malade psychologiquement, ne se voient qu'au moment des apprentissages. D'autres concernent l'attachement aux parents et à la famille d'accueil, la constitution des imagos parentales, l'estime de soi, le contrôle pulsionnel, l'adolescence, la parentalisation... L'évaluation seule des bébés ne permet donc pas de s'assurer que leur développement ne sera pas « abimé » par la rencontre. Il serait donc intéressant de réaliser des études sur ces points, aux différents âges concernés, en comparant les enfants séparés à la naissance, de ceux ayant rencontré leur mère en hospitalisation mère-enfant avant une séparation, mais aussi de ceux ayant grandi avec une mère souffrant de graves troubles de la parentalité.

C'est en effet par l'évaluation clinique à distance qu'on peut vérifier que les spéculations théoriques sont bien fondées ou non. Il ne serait pas sérieux de défendre une position sans vérifier qu'elle est réellement soignante.

# Conclusion

Lorsque les parents présentent de graves troubles de la parentalité et qu'une séparation de leur bébé par placement judiciaire s'envisage, la rencontre entre un bébé et ses parents au mieux, sinon sa mère seule, semble pouvoir apporter de nombreux bénéfices, tant à l'enfant qu'à ses parents, et à condition qu'elle ait lieu dans un milieu soignant. Même lorsque la psychopathologie parentale est très lourde, de beaux moments peuvent avoir lieu, et emplir chaque partenaire de la triade. Ces bénéfices sont surtout visibles à moyen et à long terme. Lors de la rencontre, le bébé est soumis à un environnement difficile, et présente très souvent des signes de souffrance. Pourtant, nous pouvons faire l'hypothèse que si cette souffrance est accompagnée, ressentie et métabolisée par le référent du bébé, elle peut ne pas laisser le chaos prendre place. Les risques pour le bébé dans ce contexte ne sont pas anodins, et touchent aux domaines les plus importants de la vie psychique : la vie affective et relationnelle, l'estime de soi, la capacité de penser, d'apprendre... Il convient donc, lorsque le recul sur ces prises en charge mère-bébé le permettra, d'étudier et de comparer précisément la santé psychique des anciens bébés séparés de leur mère dès la naissance ou après l'avoir rencontrée, et ce sur plusieurs décennies.

Ce travail nous met également devant la question de la nature du soin en psychiatrie et en pédopsychiatrie. Nous pouvons nous demander, alors que la notion de soin ne semble plus suffire, où les termes de « sûreté » et de « bienveillance » s'installent, si notre mandat n'est pas plutôt d'aider les individus à vivre pleinement leur vie, tant dans ce qu'elle leur apporte de bon que de mauvais.

## Lettre du Nourrisson à sa Mère

Je picore ton ambiance.

Ton amour mal mis, mal fagoté, ton amour de travers, je le prends.  
Je le prends, quitte à me perdre.

Le jeu est plus amer, moins sucré que prévu.

Ton amour mal mis je le chausse, je m'en fais une chaussure, même si elle boudine le pied.  
Et va pour les ampoules ! va pour les douleurs !

Quand je fais au crayon de mine le contour de ton amour, le dessin se cherche, se perd et devient sombre.

Mais je n'en veux aucun autre, mon capital sera cette obscurité.  
A partir de l'obscurité, la lumière est toujours envisageable.

Je reconnais ton odeur, je reconnais tes brusqueries, je te regarde...

Ta façon de me prendre est dure, puis tu deviens liquide, évanescence, puis tu m'oublies pour revenir à grands pas, vérifier que c'est bien de moi dont il s'agit.

Je deviens l'icône, sage comme une icône,  
Icône de la jolie petite fille...

Moi, je suis juste autre, autrement, différemment, mais tu ne le sais pas encore.

Parfois, celle que tu regardes n'est pas celle que tu vois. Je le ressens.

Et je n'existe pas, ou par intermittence... par bribes... par faille dans ton regard... quand tes yeux enfin, voient, s'y autorisent, à voir, le beau milieu de mes contours...

que tu cherches,  
que tu perds,  
que tu obscurcis.

J'ai faim et je crie.

Le vide de la maison  
me répond.

je ne mérite pas de manger  
au bon moment  
-voilà ce que je me dis-

Tu réveilles ma nuit  
sans raison

ma fatigue se répand  
je ne mérite pas de dormir  
paisiblement  
-voilà ce que je me dis-

Et puis la farandole des autres visages

des autres jeux,  
ça me détend et m'enchanté...  
mais ton odeur, ton ambiance : irremplaçables

Qu'on t'aide à me voir, qu'on t'aide à me parler, qu'on t'apprenne à me prendre dans tes bras, à me prendre mieux, me prendre vraiment... ni trop lourd ni trop léger. Que ça fasse comme il faut... au fur et à mesure... avec vigilance.

Cette vigilance  
qui  
parfois  
manque

C'est juste le début de la vie, avec moins de murs qui cadrent, moins d'édredons, moins de cette agitation d'émerveillement qui entoure les berceaux, moins de paix, oui.  
Ici ? un cocon sommaire, un cocon qui a du plomb dans l'aile, un cocon qui prend l'eau, un cocon branlant, un cocon...  
pas le meilleur  
pas le plus beau  
mais le mien, le notre, le seul.

M'y mettre, m'y déposer sous surveillance, nous y habituer toutes deux.

Te connaître  
ma Mère,  
Comme tu es.

Pour pouvoir faire autrement,  
dans un autre lieu,  
à une autre saison.

Te connaître maintenant pour pouvoir *faire* demain.  
Qu'on m'arrache au vide, à la paralysie du vide d'être séparée de toi trop vite, ce vide qui ouvre toutes les portes de l'imaginaire, tous les possibles, tous les courants d'air, toutes les échappées..... tous les vols planés, tous les vols « plânants »... entre haine et adoration... de l'un à l'autre, incessamment...  
Combien de temps avant de toucher terre de nouveau ? Pour toi comme pour moi.

Dans la mesure du possible et de ma survie, qu'on me protège, mais pas de ta présence.  
La douleur sera ma donnée de base, ma donnée précoce... mais ce sera déjà ça.  
Dans cette douleur je ferai mes outils.

Mieux vaut des cicatrices que des membres manquants.

François PERNEL

# Annexe 1

## Lolita nie en bloc

Noir Désir, paroles B. Cantat

Lolita nie en bloc elle navigue au loin  
Sous les cils à cent lieues de se douter que  
Les silences et la jalousie la guettent  
Elle oublie la liste et l'allonge  
Encore elle veut s'isoler  
Et alors elle s'absorbe dans la contemplation  
De ses pieds

Un ange passe  
Un ange passe

Et puis son doigt décrit dans l'air  
Des étoiles ou bien des éclairs  
Elle ignore si superbement  
Les sentiments les aléas de l'amour  
Elle s'avance vers la fenêtre  
Abandonnée lascive et elle  
Couvre le ciel de mille signes étranges et inconnus de tous

Un ange passe  
Un ange passe

Désolé Lola je n'ai pas su déchiffrer le sens secret  
De tes gestes lents aérés,  
Simulacres ou magie futile  
A moins que le vide et l'ennui  
Ne s'emparent de toi Lolita  
et si cette bulle pleine de rien  
Voulait se crever enfin

Un ange passe  
Un ange passe

# Annexe 2

## Les écorchés vifs

Noir Désir, paroles B. Cantat

Emmène-moi danser  
Dans les dessous  
Des villes en folie  
Puisqu'il y a dans ces  
Endroits autant de songes  
Que quand on dort  
Et on n'dort pas  
Alors autant se tordre  
Ici et là  
Et se rejoindre en bas  
Puisqu'on se lasse de tout  
Pourquoi nous entrelaçons-nous ?

Pour les écorchés vifs  
On en a des sévices

Allez enfouis-moi  
Passe-moi par dessus tous les bords  
Mais reste encore  
Un peu après  
Que même la fin soit terminée  
Moi j'ai pas allumé la mèche  
C'est Lautréamont  
Qui me presse  
Dans les déserts  
Là ou il prêche  
Ou devant rien  
On donne la messe

Pour les écorchés  
Serre-moi encore  
Étouffe-moi si tu peux  
Toi qui sais ou  
Après une subtile esquisse  
On a enfoncé les vis...

Nous les écorchés vifs  
On en a des sévices.

Oh mais non rien de grave  
Y'a nos hématomes crochus qui nous  
Sauvent  
Et tous nos points communs  
Dans les dents  
Et nos lambeaux de peau  
Qu'on retrouve ça et là  
Dans tous les coins  
Ne cesse pas de trembler  
C'est comme ça que je te reconnais  
Même s'il vaut beaucoup mieux pour toi  
Que tu trembles un peu moins que moi.  
Emmène-moi, emmène-moi  
On doit pouvoir  
Se rendre écarlates  
Et même  
Si on précipite  
On devrait voir  
White light white heat

Allez enfouis-moi  
Passe-moi par dessus tous les bords  
Encore un effort  
On sera de nouveau  
Calmes et tranquilles  
Calmes et tranquilles  
Serre-moi encore  
Serre-moi encore  
Étouffe-moi si tu peux...  
Serre-moi encore  
Nous les écorchés vifs  
On en a des sévices  
Les écorchés vifs  
On les sent les vis

# Bibliographie

AINDSWORTH, M.D.S. (1967) *Infancy in Uganda : infant care and the growth of attachment*. Baltimore : John Hopkins Press.

ANDO, Y. , HATTORI, H. (1973) Statistical studies on the effects of intense noise during human fetal life. *Journal of Sound and Vibration*, no. 27, p. 101.

ANGELERGUES, J. (2005) Quelques réflexions d'un psychanalyste à propos du narratif. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse*. Toulouse : Erès , p. 135-141.

ANZIEU, D. (1981) *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*. Paris : Dunod.

ANZIEU, D. (1985) *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

APPEL, G. (1982) Tentative d'éradication des états de carence dans une pouponnière. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, no. 4-5 , p. 257-262.

APPELL, G. , TARDOS, A. (1998) *Prendre soin d'un jeune enfant : de l'empathie aux soins thérapeutiques*. Toulouse : Erès.

AUGUIN, C. (2003) Enfant présent : une aide à la parentalité. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 137-148.

AULAGNIER, P. (1975) *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF.

BARROSO, A. , POINSO, F. , GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. (2008) Schizophrénie, maternité et développement de l'enfant : une revue de la littérature. In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 65-88.

BAYLE, B. (2005) *L'enfant à naître : identité conceptionnelle et gestation psychique*. Toulouse : Erès.

BAYLE, B. (2008) Avant-propos. In *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 7-11.

BAYLE, B. (2008) Ma mère est schizophrène! In *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 17-28.

BELLON, L. (2003) Place du judiciaire, le juge et le nouveau-né. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 149-158.

BERGER, M. (1990) *Des entretiens familiaux à la représentation de soi : la topique de la profondeur*. Paris : Apsygée.

- BERGER, M. (1992) *Les séparations à but thérapeutique*. Paris : Dunod.
- BERGER, M. (1997) *L'enfant et la souffrance de la séparation : divorce, adoption, placement*. Paris : Dunod.
- BICK, E. (1964) Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique. In *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Paris : Hublot , 1998 , p. 279-294.
- BION, W-R. (1962a) *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF , 1979.
- BION, W-R. (1962b) Une théorie de l'activité de pensée. In *Réflexion faite*. Paris : PUF , 1983 , p. 125-135.
- BION, W-R. (1963) *Eléments de la psychanalyse*. Paris : PUF , 1979.
- BLAZY, M. (2003) Introduction. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 7-14.
- BOURCOIS, V (1993) *L'influence du mode d'engagement du père sur le développement affectif et social du jeune enfant*. Thèse de doctorat Nouveau Régime, Université Toulouse le Mirail.
- BOURDIER, P. (1972) L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux (observation clinique et hypothèse). *Revue neuropsychiatrique infantile*, no. 20 , p. 15-22.
- BOWBLY, J. (1958) The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 1958 , no. 39 , p. 350-373.
- BOWBLY, J. (1969) *Attachement et perte*. Tome I. *L'attachement*. Paris : PUF , 1978.
- BYDLOWSKI, M. (1997) *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF.
- CANDILIS-HUISMAN, D. (2005) Récit de naissance dans une psychanalyse d'enfant. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse*. Toulouse : Erès , p. 177-184.
- CAREL, A. (2002) Périnatalité psychique et générationnel. In ROBINEAU, C. *Filiations à l'épreuve*. Toulouse : Erès , p. 79-94.
- CAREL, A. (2007) Travail de nativité et métamorphoses de la temporalité. In CICCONE, A. , MELLIER, D. , et al. *Le bébé et le temps*. Paris : Dunod , p. 75-100.
- CAZAS, O. (2002) L'hospitalisation conjointe mère-bébé au cours des troubles psychiatriques post-partum. *Synapse*, no. 189 , p. 13-17.
- CAZAS, O. (2008) La femme schizophrène confrontée à l'expérience de la maternité et de la naissance. In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès.

- CHAMPION, M. , KHALIFAT, O. (2008) Les bébés de mères schizophrènes en unité mère enfant. In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 125-144.
- CHARLIER-MIKOLAJCZAK, D. , SEGHERS, A. (2005) Il était une fois... un ouragan psychique. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse*. Toulouse : Erès , p. 161-176.
- CICCONE, A. (2001) Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, no. 17 , p. 81-102
- CICCONE, A. (2005) L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, no. 53 , 1-2 , p. 24-31.
- CICCONE, A. (2007) Rythmicité discontinuité des expériences chez le bébé. In CICCONE, A. , MELLIER, D. , et al. *Le bébé et le temps*. Paris : Dunod , p. 13-37.
- COEN, A. (2008) Choisit-on ses parents ? In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 13-16.
- COEN, M. (2008) Le vécu de la maternité chez les femmes schizophrènes : à propos de deux observations cliniques. In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 37-53.
- COHIER-RAHBAN, V. , MALKEI, F. (2008) Un oisillon sous une peau de guépard : un travail de construction. In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 209-225.
- COMBY, A. (1990) L'approche psychanalytique de l'observation du nourrisson dans sa famille, apport à la pratique psychiatrique. In CAREL, A. , HOCHMANN, et al. *Le nourrisson et sa famille*. Lyon : Césura , p. 47-66.
- COSNIER, J. (1994) *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz.
- DANON-BOILEAU, L. (2005) Narrativité, conscience de soi et accès à la culture chez l'enfant. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse*. Toulouse : Erès , p. 21-28.
- DAVID, M. , APPELL, G. (1973) *Lóczy ou le maternage insolite*. Paris : Scarabée.
- DAVID, M. , CASTEX, E. , LEGER, EM. et al. (1981) Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique : une tentative de réponse. *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 24 , no. 1 , p . 151-196.
- DAVID, M. , LAMOUR, M. , KREISLER, A. , et al. (1984) Recherche sur les nourrissons de familles carencées. *Psychiatrie de l'enfant*, no. 37 , p. 175-222.
- DAVID, M. (1987) Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel. *Perspectives psychiatriques*, 26<sup>e</sup> année , no. 6/1 , p. 7-22.
- DAVID, M. (1989) *Le placement familial : de la pratique à la théorie*. Paris : ESF.

- DEBOURG, A. (2003) Indispensables séparations. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 15-26.
- DELENS-RAVIER, I. (2003) Parents quête d'une place. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 75-100.
- DELION, P. (sous la dir. de).. (2004) *L'observation du bébé selon Esther Bick : son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui.* Toulouse : Erès.
- DELION, P. (2005) Histoire(s), institutions et soins. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse.* Toulouse : Erès , p. 185-196.
- DOLTO, F. (1988) *Quand les parents se séparent.* Paris : Seuil.
- DOZIER, M. , STEVENSON, A.L. , LEE, S.W. , et al. (1991) Attachment organization and familial overinvolvements for adults with serious psychopathological disorders. *Dev. Psychopathol.*, no. 3 , p. 475-489.
- DURAND, B. , LIBERT, C. (2003) Perturbations précoces des interactions mère-bébé et troubles envahissants du développement : l'apport de l'hospitalisation conjointe mere-bébé. *Archives de pédiatrie*, no. 10(1), p. 126-136.
- ELBAZ-CUOQ, N. (2008) Mères schizophrènes et bébés placés, la réponse d'une unité mère-bébé, : à propos de deux observations. In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité.* Toulouse : Erès , p. 145-156.
- ELIACHEFF, C. (1996) *Vies privées. De l'enfant roi à l'enfant victime.* Paris : Odile Jacob.
- ENRIQUEZ, M. (1993) Incidence du délire parental sur la mémoire des descendants. In KAES, R. , FAIMBERG, H. , ENRIQUEZ, M. , et al. *Transmission de la vie psychique entre générations.* Paris : Dunod , p. 130-149.
- FLEURY, C. , LEBLANC, N. , ROTTMAN, H. (1991) Objet absent ou objet perdu ? *Dialogue*, no. 112 , p. 17-23.
- FONAGY, P. , LEIGHT, T. , STEELE, M. (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.*, no. 64 , p. 22-31.
- FRAIBERG, S. (1982) Mécanismes de défenses pathologiques au cours de la petite enfance. In MELIER, D. , et al. *La vie émotionnelle des bébés.* Paris : Dunod , 2002 , p. 49-73.
- FRAIBERG, S. (1999) *Fantômes dans la chambre d'enfants.* Paris : PUF.
- FREUD, S. (1914) Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle.* Paris : PUF , 1985 , p. 81-105.
- GARRET-GLOANEC, N. , GUILLEMOT-MORTAGNE, F. , PERNEL, A-S. (2008) Histoire de Sidonie et de sa maman schizophrène : quels signes, quelle évaluation du

risque développemental ? Quelles réponses soignantes ? In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 157-190.

GARRET-GLOANEC, N. , HUE, V. , PERNEL, A-S. (à paraître) *Maintenir les liens dans la séparation : de la pertinence des visites médiatisées*. In SELLENET, C. (sous la dir. de). s.n. Paris : Harmattan.

GIBELLO, B. (1984) *L'enfant à l'intelligence troublée*. Paris : Centurion.

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. , Groupe UMB-SFM (2002) Diversité des hospitalisations mere-enfant plein-temps en France, en Belgique et dans d'autres pays. In *5<sup>e</sup> journées européennes des unités d'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie*, Limoges , no. 1 , p. 32-38.

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. (2003) Séparation et pathologie maternelle. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 67-74.

GOLSE, B. (2005) Avant-propos. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse*. Toulouse : Erès , p. 7-18.

GORANS, D. (2002) *Lettres inédites du fils de Gulliver*. coll. Pharos : Hommes et Perspectives. Martin Media.

GROTSTEIN, J.S. (1981) *Splitting and Projective Identification*. New-York : Jason Aronson.

GUEDENEY, A. (1999) De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, no. 47 , 1-2 , p. 63-71.

GUEDENEY, A. (2007) La position de retrait chez le bébé : de l'échec à maintenir le maintenant à la position dépressive. In CICCONE, A. , MELLIER, D. , et al. *Le bébé et le temps*. Paris : Dunod , p. 145-155.

GUYOTAT, J. (1978) Processus psychotique et filiation. *Confrontations psychiatriques*, no. 16 , p. 191-217.

GUYOTAT, J. (1980) *Mort, naissance et filiation*. Paris : Masson.

HAAG, G. (1985) La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, no. 33 (2-1) , 1 , p. 107-114.

HAAG, G. (1986) Hypothèses sur la structure rythmique du premier contenant. *Gruppo*, 2 , p. 45-54.

HAAG, G. (1991) Nature de quelques identifications dans l'image du corps : hypothèses. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, no. 10 , p. 73-92.

HAAG, G. (1997) Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, no. 20 , p. 111-131.

- HAAG, M. (1993) Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations. In ANZIEU, D. *Les contenants de pensée*. Paris : Dunod , p. 41-60.
- HAMON, H. (2002) Droit et parentalité. In ROBINEAU, C. *Filiations à l'épreuve*. Toulouse : Erès , p. 79-94.
- HOUZEL, D. (1994) Enveloppe familiale et fonction contenante. In ANZIEU, D. , et al. *Emergences et troubles de la pensée*. Paris : Dunod , nouv. éd. 2000 , p. 27-40.
- HOUZEL, D. (sous la dir. de). (1999) *Les enjeux de la parentalité*. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Toulouse : Erès.
- JAPIOT, D. , ROBINEAU, C. (2002) Introduction : des filiations singulièrement plurielles. In ROBINEAU, C. *Filiations à l'épreuve*. Toulouse : Erès , p. 7-15.
- JARICOT, B. (2006) Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & PSY*, 2006/4 , no. 33 , p. 80-91.
- KAES, R. (1989) Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs. In MISSENARD, A. et al. *Le négatif : figures et modalités*. Paris : Dunod , p. 101- 136.
- KAES, R. (1996) Souffrance et psychopathologie des liens institués. Une introduction. In KAES, R. , et al. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris : Dunod.
- KESTENBERG, E. (1962) L'identité et l'identification chez les adolescents : problèmes théoriques et techniques. In *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 5 , fasc. 2.
- KLEIN, M. (1957) *Envie et gratitude et autres essais*. Paris : Gallimard , 1984.
- KLITZING (Von), K. , SIMONI, H. , AMSLER, F. , et al. (1999) The role of the father in early family interactions. *Infant Mental Health Journal*, no. 20 , p. 222-237.
- KOMELOW, S. , HARDIN, G. , TOURIS , M. (1990) The role of the father in the development of stranger sociability during the second year. *American Journal of Orthopsychiatry*, no. 60 , p. 521-530.
- LABRELL, F. (1992) *Contributions paternelles au développement cognitive de l'enfant dans la deuxième année*. Thèse de doctorat Nouveau Régime, Université Paris V.
- LAMOUR, M. , LEOVICI, S. (1989) Les interactions du nourrisson avec ses partenaires. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Dans *Psychiatrie*, 1989, 37-190-B60 , 10, 22 p.
- LAMOUR, M. , BARRACO, M. (1990) Le nourrisson et sa mère psychotique : mode d'abord thérapeutique des interactions précoces. *Neuropsychiatrie de l'enfant*, no. 38 , p. 385-391.
- LAMOUR, M. , BARRACO, M. (1995) Perturbations précoces des interactions parents-nourrisson et construction de la vie psychique. Le jeune enfant face à une mère psychotique. *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 38 , no. 2 , p. 529-554.

- LAMOUR, M. , BARRACO, M. (1998) *Souffrances autour du berceau : des émotions au soin*. Paris : Gaëtan Morin.
- LAMOUR, M. (2003) La souffrance des professionnels confrontés aux séparations précoces parents-nourrisson. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 101-126.
- LARROUSSE, *Dictionnaire Petit Larousse*, 1997.
- LAURA, J. , MILLER, L.J. (1996) Sexuality, pregnancy and child rearing among women with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull.*, no. 23 , p. 623-635.
- LAURA, J. , MILLER, L.J. (1997) Sexuality, reproduction, and family planning among women with schizophrenia. *Psychiatric Services*, no. 5 , p. 502-506.
- LAZNIK, M.-C. (2007) La prosodie avec les bébés à risqué d'autisme : clinique et recherche. In TOUATI, B. , JOLY, F. , LAZNIK, M.-C. (sous la dir. de) *Langage, voix et paroles dans l'autisme*. Paris : PUF.
- LE CAMUS, J. (1995) Les interactions père-enfant en milieu aquatique. *Revue internationale de pédiatrie*, no. 255 , p. 7-17.
- LE CAMUS, J. (2002) Le lien père-bébé. *Devenir 2002/2, vol. 2* , p. 145-167.
- LEBOVICI, S. (1983) *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Paris : Centurion.
- LEVY-SOUSSAN (2002) Filiations à l'épreuve des adoptions : « un parent, ça n'existe pas ». In ROBINEAU, C. *Filiations à l'épreuve*. Toulouse : Erès , p. 95-104.
- LEVY-SOUSSAN, P. (2003) Le lien : approches théoriques. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 27-38.
- LOVESTONE, S. , PASQUINI, P. (1993) Postnatal psychiatric illness : the impact on partners. *Br. J. Psychiatr.*, no. 163 , p. 210-216.
- MAC DONALD, K. , PARKE, R.D. (1984) Bridging the gap : parent-child interaction and peer interactive competence. *Child Development*, no. 55 , p. 1265-1277.
- MARCELLI, D. (1985) De l'hallucination à la pensée d'une absence : à propos du rôle de l'absence dans les relations d'objet précoces. *La psychiatrie de l'enfant*, no. 28 , 2 , p. 403-440.
- MARCELLI, D. (1992) Le rôle des microrhythmes et des macro-rythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La psychiatrie de l'enfant*, no. 35 , 1 , p. 57-82.
- MASSON, O. (1975) Casuistique d'enfants de mères schizophrènes. *Séminaire : la famille du schizophrène, évolution psychiatrique*, no. 2 , p. 380-394.
- MAZET, P. , STOLERU, S. (1998) *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Paris : Masson.

MC NEIL, T.F. , KAIJ, L. , MALMQUIST-LARSSON, A. (1983) Women with non organic psychosis. *Acta psychiat scand*, no. 68 , p. 445-457.

MC NEIL, T.F. (1986) A prospective study of post-partum of psychoses in a high-risk group. 1. Clinical characteristics of the current post-partum episodes. *Acta Psychiatr. Scand.*, no. 68 , p. 445-457.

MELLIER, D. (sous la dir. de). (2003a) *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*. Paris : Dunod.

MELLIER, D. (2003b) L'intégration psyché-soma et le temps de l'intrigue, ce que nous apprennent les bébés. *Champ psychosomatique*, no. 30 , p. 27-43.

MELLIER, D. (2005a) Narrativité et souffrances primitives : s'inscrire, décrire et raconter. La question des différents récits dans l'observation du nourrisson selon la méthode d'Esther Bick. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse*. Toulouse : Erès , p. 103-120.

MELLIER, D. (2005b) La fonction à contenir : objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, no. 48 (2) , p. 425-499.

MELLIER, D. (2007a) La symbolisation « au présent » du bébé, un travail d'attention. In CICCONE, A. , MELLIER, D. , et al. *Le bébé et le temps*. Paris : Dunod , p. 39-74.

MELLIER, D. (2007b) La narration entre observation et historicisation, l'apport de la clinique du nourrisson. *Annales Médico Psychologiques*, no. 165 , p. 478-484.

MELLIER, D. , CICCONE, A. (sous la dir. de) (2005) Le temps du bébé. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, no. 53 , 1-2.

MIGNOT, C. (2003) Eloigner ? Séparer ? Placer ? In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 39-48.

MISSONNIER, S. (2004) L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel. In MISSONNIER, S. , GOLSE, B. , SOULE, M. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité : éléments de psycho(patho)logie périnatale*. Paris : PUF , p. 111-130 .

MIRET, M. (2003) Séparation précoce : le rôle de l'ASE. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 127-136.

MUROOKA, H. , KOIE, Y. , SUDA, N. (1976). Analyse des sons intra-utérins et leurs effets tranquil-lisants sur le nouveau né. *Journal of Gynecology and Obstetrics : Biologie de la Reproduction*, no. 5, p. 367-376

NEGRI, R. (1997) Quelques propos sur la personnalité du fœtus. In BUSNEL, et al. *Que savent les fœtus ?* Toulouse : Erès , p. 79-102.

NEZELOF, S. , VANDEL, P. , BIZOURAS, P. (1998) Indications et contre-indications des hospitalisations mère-bébé. *Perspectives psychiatriques*, p. 327-331.

OXLEY, J. (2003) Maintien des liens parents-enfants à distance. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 169-178.

- PECHEUX, M.G. , LABRELL, F. , PISTORIO, M. (1993) What do parents talk about to infants ? *Early Development and Parenting*, no. 2 , p. 89-97.
- PAYET, G. , RAINELLI, C. (2008) Une certaine mère : spécificités des interactions entre la mère schizophrène et son bébé. In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 89-110.
- PIERREHUMBERT, B. , MILJKOVITCH, R. , BORGHINI, A. (2005) Compétence autoréflexive et désorganisation de la narration. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse*. Toulouse : Erès , p. 87-102.
- PIONTELLI, A. (1989) Recherche sur les jumeaux avant et après la naissance. *Topique*, no. 51 , 1993 , p. 89-111.
- POINSON, F. , GAY, M-P. , GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. , et al. (2002) Care in mother-baby psychiatric unit : analysis of separation at discharge. *Archives of Women's Mental Health*, no. 5 , p. 49-58.
- PRAT, R. (2002) Un rythme à deux : opera de la séance, opera de la vie. *Revue française de psychanalyse*, no. 5 , p. 1613-1618.
- PRAT, R. (2003) Une proximité dangereuse pour le bébé. In DEBOURG, A. , et al. *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Toulouse : Erès , p. 47-66.
- RACAMIER, P-C. , SENS, C. , CARRETIER, L. (1961) La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evolution psychiatrique*, vol. III, no. 26 , p. 525-570.
- RATNER, N.B. (1988) Patterns of parental vocabulary in speech to very young children. *Journal of child language*, p. 481-492.
- RICAUD, H. (1998) *Education familiale et socialisation du jeune enfant*. Thèse de doctorat Nouveau Régime, Université Toulouse le Mirail.
- ROTTMAN, H. (2001) L'enfant face à la maladie mentale de ses parents : impact et traitement en placement familial. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. no. 49 , p. 178-185.
- ROUSSILLON, R. (1991a) *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON, R. (1991b) Epreuve d'actualité et épreuve de réalité dans le face à face psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, lv. 3 , p. 581-596.
- ROUSSILLON, R. (2002) *Séparation et chorégraphie de la rencontre*. Conférence Montpellier, juillet.
- SABLAYROLLES, P. , SAMRETH, R (2008) Apport de la vidéo dans la prise en charge des mères schizophrènes et de leur bébé. In BAYLE, B. (sous la dir. de) *Ma mère est schizophrène : schizophrénie et parentalité*. Toulouse : Erès , p. 191-202.
- SANDLER, J. (1960) The background of safety. *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 41 , p. 352-356.

- SCHOLZ, K. , SAMUELS , C.A. (1992) Neonatal and bathing intervention with fathers, behavioral effects 12 weeks after birth of the first baby : the Sunraysia Australia Project. *International Journal of Behavioral Development*, no. 15 , p. 67-81.
- SOULIE, M. (2002) L'épreuve de la filiation, filiation sans preuve. In ROBINEAU, C. *Filiations à l'épreuve*. Toulouse : Erès , p. 149-160.
- STERN, D. (1983) Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 38 , no. 2 , p. 529-554.
- STERN, D (1998) *La constellation maternelle*. Paris : Calmann-Lévy.
- STERN, D. (2005) L'enveloppe prénarrative : vers une unité fondamentale d'expérience permettant d'explorer la réalité psychique du bébé. In GOLSE, B. , MISSONNIER, S. (sous la dir. de) *Récit, attachement et psychanalyse*. Toulouse : Erès , p. 29-46.
- TARDOS, A. , DAVID, M. (1991) De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du self. *Devenir*, no. 4 , p. 9-33.
- VANISTENDAEL, S. , LECOMTE, J. (2000) *Le bonheur est toujours possible*. Paris : Bayard.
- WAINRIGHT, W.H. (1996) Fatherhood as a precipitant of mental illness. *Am. J. Psychiatry*, no. 123(1) , p. 40-44.
- WENDLAND, J. (2005) Les premiers liens : perspectives thérapeutiques et preventives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, no. 53 , p. 71-77.
- WINNICOT, D-W. (1945) Le développement affectif primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 57-71.
- WINNICOT, D-W. (1949a) Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 111-134.
- WINNICOT, D-W. (1949b) L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 135-149.
- WINNICOT, D-W. (1950-1055) L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 150-168.
- WINNICOT, D-W. (1951) Objets transitionnels et phénomènes transitionnels : une étude de la première possession non-moi. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 169-186.
- WINNICOT, D-W. (1952) Psychose et soins maternels. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 187-197.
- WINNICOT, D-W. (1956) La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 285-291.

WINNICOT, D-W. (1958a) La première année de la vie : conceptions modernes du développement de la vie au cours de la première année de la vie. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 310-324.

WINNICOT, D-W. (1958b) La capacité d'être seul. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 325-333.

WINNICOT, D-W. (1960) La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 358-368.

WINNICOT, D-W. (1961) L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot , 1969 , p. 385-397.

WINNICOTT, D-W. (1971) *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard , 1975.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : PERNEL

PRENOM : ANNE-SOPHIE

Titre de la thèse : Faut-il bien se connaître pour mieux se séparer ?

Le cas des séparations précoces mère-bébé en raison de la psychopathologie parentale

---

## RESUME

En raison des conséquences graves de troubles majeurs de la parentalité sur le développement de l'enfant, une séparation mère-bébé dès la naissance est parfois pensée. Une telle séparation est-elle vraiment préférable pour l'enfant ? Dispense-t-elle parents et bébé de souffrances en évitant l'attachement ? Ne serait-il pas mieux que l'enfant rencontre sa mère et son père en unité mère-bébé avant ? A quoi peut-il servir de s'être rencontrés, de s'être attachés l'un à l'autre, pour la suite, du côté du bébé et du côté des parents ?

A partir d'un cas clinique, ces questions vont être illustrées. Le court et le long terme seront envisagés, dans les avantages comme dans les risques d'une rencontre. Enfin, la nature du soin en psychiatrie périnatale, par rapport à ces questions de la rencontre et de ces dangers, sera étudiée.

---

## MOTS-CLES

Bébé - Mère – Père – Rencontre - Séparation - Attachement –  
Naissance - Psychopathologie parentale - Troubles de la parentalité -  
Parentalisation – Imagos parentales – Identité – Identifications –  
Psychiatrie périnatale - développement psychique – rythmes