

UNIVERSITE PARIS VIII - UFR PSYCHOLOGIE, PRATIQUES CLINIQUES ET SOCIALES

MASTER 2 PROFESSIONNEL - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOPATHOLOGIE, PSYCHOTHERAPIES

# Enfant Présent : la crèche comme outil de prévention



Mémoire présenté par Sandrine Dekens (n°183016)

SOUS LA DIRECTION DU PROFESSEUR ALAIN BLANCHET - SEPTEMBRE 2007

A mes grands-mères,

dont la présence réconfortante a construit les bases de ma résilience.

# Sommaire

<b>1. Qu'est-ce qu'une crèche préventive ?</b> .....	5
a. Quelles missions ? .....	7
b. Quels services ? .....	8
✓ <i>Crèche familiale, crèche collective</i> .....	8
✓ <i>Accompagnement psychosocial</i> .....	9
✓ <i>Aide éducative à domicile</i> .....	9
c. Quels types d'accueil ? .....	9
d. Les familles, les professionnels et la prévention.....	10
e. L'équipe pluriprofessionnelle du 20 <sup>ème</sup> .....	11
<b>2. Quelle prévention à Enfant Présent ?</b> .....	13
a. S'inscrire dans un cadre : un premier pas.....	14
✓ <i>Garde minimum</i> .....	14
✓ <i>Entretien de suivi mensuel</i> .....	16
✓ <i>Respect des horaires</i> .....	16
✓ <i>Participation financière</i> .....	16
b. Logique préventive et bienveillance des familles.....	17
✓ <i>Du côté des parents : Zone proximale et tuteur de développement, étayage, guidance parentale, suppléance familiale...</i> .....	18
✓ <i>Du côté de l'enfant : des attachements multiples comme tuteurs de résilience</i> .....	20
c. Etayer la paternité en difficulté .....	22
<b>3. La prise en charge psychologique, un outil préventif</b> .....	25
a. Traiter le rapport à la réalité d'un enfant de mère psychotique : Danyel, l'enfant « décontenancé ».....	25
b. Les missions de la psychologue d'Enfant Présent .....	30
✓ <i>La place du stagiaire-psychologue</i> .....	31
c. Les outils de la psychologue.....	32
✓ <i>Auprès des enfants : L'observation clinique, une création comme soin</i> .....	32
✓ <i>Auprès des parents : L'entretien comme espace pour traiter la relation</i> .....	40
✓ <i>Auprès des professionnelles : Contre-transfert et émotions dans le soin</i> .....	46
✓ <i>Auprès des partenaires : Les réunions comme espace pour représenter l'enfant</i> .....	51
d. Guider les modalités de l'accueil en investissant les espaces symboliques.....	51
e. Les thématiques transversales abordées .....	53
f. Contraintes et perspectives d'ouverture .....	54
<b>4. Pour conclure</b> .....	63

## Bibliographie

- Annexe A - Prévenir Quoi ? Repères théoriques sur la prévention
- Annexe B - Les assistantes maternelles, outil préventif d'Enfant Présent
- Annexe C - Eléments d'évaluation d'Enfant Présent
- Annexe D - Matériel clinique recueilli
- Annexe E - Acronymes

# Enfant Présent :

## La crèche comme outil de prévention

Le travail clinique que je présente ici a été mené au cours de l'année universitaire 2006-2007, dans le cadre de mon stage de Master 2 Professionnel de psychologie clinique, au sein d'une structure préventive en direction des familles en grande difficulté : la crèche associative Enfant Présent, située dans le 20<sup>ème</sup> arrondissement de Paris.

Le stage s'est déroulé du 1<sup>er</sup> octobre 2006 au 30 juin 2007, à raison de deux jours par semaine, sous la référence d'Anne Ferran Vermot, psychologue clinicienne, qui a constamment eu le souci de partager ses réflexions cliniques, et que je tiens à remercier pour sa disponibilité et son ouverture clinique, ainsi que pour sa patience à l'égard de mes incessantes questions et propositions. Je dois également beaucoup à Patricia Velletri, psychologue chef de service de la crèche du 20<sup>ème</sup>, qui a chaleureusement accepté de m'accueillir dans la période particulièrement critique qu'a traversé Enfant Présent en cette année 2006-2007. En effet, depuis septembre 2006, Enfant Présent est contraint à une réforme structurelle majeure, car l'évolution des textes de loi réglementant le temps de travail des assistantes maternelles contraint l'association à modifier fondamentalement le dispositif. Cette restructuration est toujours en cours à cette heure et aboutira à une nouvelle organisation qui devrait se stabiliser en janvier 2008. Cette période particulière pour l'institution a bouleversé le travail clinique, et a contribué à mettre à mal une partie des outils de prévention, tout en mettant en lumière leur cruciale nécessité.

D'emblée, l'articulation de la parentalité en souffrance et de la prévention appliquée à la clinique ont fait surgir des questionnements éthiques et pratiques qui ont guidé l'ensemble de mon stage et qui constitueront le fil conducteur de ce mémoire. La question transversale de la prévention en clinique qui a traversé mon année de stage s'inscrit dans la continuité de ma recherche de maîtrise, qui portait sur la psychopathologie des enfants adoptés à l'étranger. En effet, après m'être intéressée aux conséquences psychologiques des ruptures de filiation précoces, il paraissait bien naturel de se tourner vers la prévention de telles ruptures.

Dans ce mémoire, je propose dans un premier temps de présenter Enfant Présent et son dispositif de prévention. Après un détour théorique visant à contextualiser la prévention psychosociale dans le domaine de la périnatalité et autour de la parentalité que j'ai choisi d'exposer en annexe (annexe A), une seconde partie du mémoire est consacrée à l'approche développée par Enfant Présent quant à la mission de prévention qu'elle s'est fixée. Dans un quatrième temps, je développerais le travail de la psychologue au sein de la structure, qui constitue un des principaux outils de la prévention périnatale, avec les assistantes maternelle auxquelles je consacre également une annexe (annexe B). Les illustrations cliniques qui parcourent l'ensemble du mémoire sous forme d'encadrés, conduiront à mettre en lumière le rôle du psychologue dans la structure, les outils dont il dispose, les spécificités de son action ainsi que les contraintes auxquelles il est confronté. Ainsi, au fil des vignettes exposant la prise en charge institutionnelle, le lecteur entrera de plain-pied dans les problématiques complexes avec lesquelles les psychologues d'Enfant Présent doivent travailler. Ces allers-retours entre théorie et clinique rendront plus vivante la lecture de ce travail professionnalisant, alliant tout à la fois clinique, recherche et expérimentation.

Pour la rédaction de ce mémoire, les situations cliniques ont été anonymisées, tant pour les familles (identité de substitution proche de l'origine), que pour les assistants maternels (initiale du nom de famille). Le métier d'assistant maternel est composé d'une forte majorité de femmes, même si quelques hommes le pratiquent également, y compris à Enfant Présent. Pour ce qui concerne l'évocation de ces professionnels dans le présent travail, j'ai choisi, pour des raisons de facilité de lecture, d'en parler systématiquement au féminin, une fois n'est pas coutume !

# 1. Qu'est-ce qu'une crèche préventive ?

**E**nfant Présent est un dispositif original d'accueil préventif et d'interventions socio-éducatives pour des enfants de zéro à six ans en situation de grande difficulté (Auguin, Gerber, 2005 : 313).

L'association existe depuis 1987, date d'ouverture de la première crèche familiale de 45 places dans le Nord-est parisien (au sien de laquelle s'est déroulé mon stage). Elle a été créée par Françoise Gerber, psychologue clinicienne, et Christine Auguin, assistante sociale. Elle compte actuellement trois lieux : deux sites multi-accueil dans les 20<sup>ème</sup> (crèches familiale et collective préventive, service d'AED<sup>1</sup>) et le 18<sup>ème</sup> (crèches familiale et collective préventive, accueil collectif occasionnel temporaire, service d'AED) ; et un site dans le 13<sup>ème</sup> (crèche familiale préventive, AED). L'ouverture d'un quatrième lieu dans le Val d'Oise est prévue pour 2008.

Les familles prises en charge à Enfant Présent « dysfonctionnent dans de nombreux domaines à un degré tel que la suppléance est considérée comme nécessaire » (Auguin, Gerber, 2005 : 317). L'encadré 1 propose une illustration clinique d'un type de problématique familiale, exemple parmi d'autres des situations accueillies à Enfant Présent.

Les problèmes rencontrés par ces familles peuvent être regroupés comme suit :

Des parents présentant des problèmes physiques (maladies, handicaps, tels : VIH, épilepsie, drépanocytose, etc.), et/ou psychiatriques pris en charge par la psychiatrie de secteur (tels les dépressions majeures, psychoses maniaco-dépressives, psychoses de plus ou moins longue durée ou décompensations post-partum, etc.), qui assument leur parentalité de manière discontinue (au rythme des hospitalisations) ;

Des familles qui présentent des dysfonctionnements majeurs résultant d'un important cumul de difficultés sociales et éducatives (alcoolisme, toxicomanie, violences conjugales, carences éducatives et affectives, errance, placements antérieurs d'enfants aînés, etc.) ;

Des enfants présentant des problèmes physiques (maladies, handicaps, tels : trisomie, X fragile, VIH, etc.), et/ou psychologiques (troubles psychologiques et/ou psychiatriques), ayant un retentissement sur la parentalité (hospitalisations, etc.).

---

<sup>1</sup> Une liste des acronymes est jointe en annexe E.

Certaines familles présentent un cumul de difficultés : monoparentalité, maladie grave du parent, troubles psychiatriques du parent et de l'enfant, alcoolisation, problèmes socioéconomiques importants (comme la précarité de l'hébergement, le chômage), etc.

*Encadré 1* - Adile (encadrés 15, 17, A8, A10) est née en juin 2004, elle a 5 mois à son arrivée à la crèche.

Les parents d'Adile sont turcs, arrivés en France il y a 5 ans. Monsieur est un opposant politique engagé dans la défense des Droits de l'homme, qui après avoir fait 6 mois de prison dans son pays, s'est enfuit en France. Madame est journaliste et le rejoint quelques mois plus tard. Ils s'aiment depuis longtemps, se sont connus depuis leur jeunesse, étant tous deux originaires de la région de Silé au Nord d'Istanbul. Quelques semaines après que Madame ait rejoint Monsieur en France, le couple se marie. Monsieur est chercheur en biologie, Madame tente de reprendre le journalisme. Mais le conflit ne tarde pas à agiter ce couple, et la grossesse se passe dans un climat déjà tendu. Madame va mal psychologiquement, elle décompense au moment de la naissance d'Adile, la mère et l'enfant sont alors hospitalisées à l'UHME. Bien que n'ayant pas d'antécédents psychiatriques, un diagnostic de psychose maniaco-dépressive est posé, des antidépresseurs et des neuroleptiques lui sont prescrits. A la sortie de l'UHME, Adile est accueillie à Enfant Présent.

Très vite, une crise conjugale majeure éclate, lors de laquelle Monsieur fracture le bras de son épouse, à la suite de quoi elle doit être hospitalisée et soignée pour des lésions graves qui immobilisent totalement son bras (broches, etc.). Le juge ordonne la garde d'Adile à Enfant Présent et fixe les modalités de garde alternée entre les parents, officiellement séparés. C'est Enfant Présent qui est le lieu de médiation, l'alternance de la garde s'effectuant par le biais de la crèche (un vendredi sur deux, Monsieur qui a la garde principale, dépose Adile le matin et c'est sa mère qui vient la chercher le soir). Les deux parents s'accusent mutuellement d'être à l'origine des conflits, Monsieur dit que Madame est folle et incapable de s'occuper de leur fille. Mais la violence qu'il développe à son égard alerte également sur son propre fonctionnement, probablement marqué par la répression politique et l'expérience de la prison. Il est persuadé de se battre seul contre tous, refuse de faire confiance à quiconque et perçoit l'intervention d'Enfant Présent comme lui étant hostile. Il demandera à plusieurs reprises à exercer son droit de consultation du dossier de sa fille à Enfant Présent.

Lors d'une nouvelle crise, Madame, qui était retournée vivre avec Monsieur, s'enfuit du domicile en emmenant Adile. Elle porte plainte pour violences conjugales et le divorce est demandé. Elle revient ensuite vers Monsieur, dans une alternance de haine et de désespoir, et Adile et ses parents habitent ensemble à nouveau pendant un temps. En raison de sa maladie, fortement instrumentalisée par l'avocat de Monsieur, elle n'a le droit d'avoir sa fille avec elle que deux jours par mois. Pendant cette période, elle prend souvent des rendez-vous avec la psychologue d'Enfant Présent comme prétexte lui permettant d'apercevoir sa fille à la crèche pendant quelques minutes. Ces moments sont toujours très bouleversants pour l'équipe, et probablement pour Adile, bien que celle-ci ne manifeste pas de signes de détresse.

Dans ce climat de guerre conjugale et de troubles psychopathologiques de la part de ses deux parents, Adile est instrumentalisée par l'un et par l'autre. Ainsi un matin, son père l'amène à la crèche avec les cheveux complètement rasés. Le choc est important pour l'équipe car Adile avait jusque la veille une épaisse et longue chevelure brune. Le soir, c'est au tour de sa mère de venir la chercher et de découvrir avec horreur la 'coiffure' de sa fille. Elle établit aussitôt un lien avec le fait que ce jour est celui de son anniversaire. Vers 18h30, Monsieur semble confirmer la nature du message, puisqu'il appelle la crèche pour savoir de quelle manière Madame a apprécié « la nouvelle coupe ».

En mai 2007, suite à un nouvel épisode de violence qui conduit Madame à porter à nouveau plainte contre Monsieur, et alors qu'elle est censée venir rechercher sa fille à la crèche, Madame fait une tentative de suicide à son domicile par surdose de médicaments. Elle est

hospitalisée en réanimation et c'est Monsieur qui s'occupe d'elle, signant ainsi la complète ambivalence de cette relation. N'ayant pas d'informations sur l'état de Madame, c'est pourtant la chef de service d'Enfant Présent qui doit annoncer à Adile que « sa maman est souffrante et qu'elle ne pourra pas venir la chercher ». Monsieur viendra donc la chercher à 20 heures... Dans cette histoire tumultueuse et pleine de violence, Adile est une enfant vivante, active, très sociable, qui est accueillie quotidiennement à la crèche collective, et n'inquiète pas spontanément l'équipe. Cependant, j'aurais l'occasion de revenir sur son fonctionnement et ce que son style relationnel nous donne comme renseignements sur son développement particulier (encadré A10). Cette famille a fortement mobilisé tout au long de l'année de stage, les ressources de l'équipe d'Enfant Présent et en particulier de la psychologue qui les suit. La prise en charge d'Adile et l'intervention auprès de ses parents a fait l'objet de multiples discussions d'équipe, tant au niveau éducatif, juridique, que psychologique, médical et psychiatrique.

Le dispositif qui leur est proposé est à la fois un mode de garde de type crèche familiale et collective, une suppléance parentale précoce, et un placement familial séquentiel. Il s'adresse par conséquent à des enfants dont les parents sont en grande difficulté tant sociale que psychologique, et qui risquent d'évoluer sur un mode déficitaire ou qui manifestent déjà des troubles du développement. Il propose un mode de garde afin de faciliter l'insertion sociale des parents après une naissance, leur récupération psychologique ou physique, et un soutien à la parentalité en intervenant simultanément auprès des enfants et des parents. Il s'agit d'un dispositif complexe et inédit en France, « qui s'apparente à la fois à la crèche familiale de PMI, du point de vue de l'habillage institutionnel, et au placement familial de l'ASE par ses techniques<sup>2</sup> » (Corbillon et coll., 1997 : 281), dont je vais décrire les caractéristiques dans cette première partie.

## **a. Quelles missions ?**

Enfant Présent est agréée et soutenue par la ville, le département et la CAF de Paris au titre des compétences qu'elle mobilise et organise en direction de trois objectifs simultanés et intriqués (Jesu et coll., 2005 : 80) :

- Assurer sur le mode de la suppléance partielle et modulable un accueil familial séquentiel et une coéducation appropriés à des enfants de moins de 3 ans risquant d'évoluer de

---

<sup>2</sup> Tableau présentant les sources d'emprunts des différentes caractéristiques du dispositif (Corbillon et coll., 1997 : 281) :

Emprunts à la crèche familiale PMI	Emprunts au placement familial ASE
- Assistantes maternelles agréées	- Equipe pluriprofessionnelle
- Structure locale	- Suivi individualisé des enfants
- Participation financière des parents	- Accompagnement des parents
- Maintien de l'autorité parentale	- Accueil de nuit et week-end

façon péjorative ou manifestant des troubles précoces du développement du fait des difficultés psychosociales et éducatives de leurs parents ;

- Proposer un soutien et un accompagnement personnalisés à ces parents, en les associant notamment à l'organisation de l'accueil familial de leurs enfants, afin de favoriser le remaniement relationnel et/ou la réorganisation sociale qu'ils ont à opérer pour mieux assumer, notamment, leurs fonctions parentales ;
- Articuler en permanence ces deux types d'interventions afin de privilégier, de façon précoce et suivie, le maintien ou la restauration de liens satisfaisants entre l'enfant et ses parents et afin d'éviter, si possible, le recours au placement institutionnel (de protection socio-éducative ou sanitaire) de l'enfant.

Ainsi ces objectifs déterminent les actions menées par Enfant Présent, qui se complètent en s'articulant les unes aux autres afin de traiter le lien parents-enfants dans : i) une démarche thérapeutique en lien avec les services extérieurs (psychiatres et psychologues suivant parents et enfants) ; ii) une démarche éducative dont l'objectif est d'aider les parents à assumer leur enfant en prenant appui sur ses compétences ; iii) une démarche pédagogique visant l'épanouissement de l'enfant et l'implication des parents ; iv) ainsi qu'une démarche d'insertion sociale pour les parents. Un projet individualisé est élaboré en réunion de synthèse interne pour chaque enfant dont le développement a été perturbé (qui peut alors bénéficier d'un suivi individuel par un psychologue ou une éducatrice de jeunes enfants). Un entretien mensuel parent-enfant avec un professionnel (psychologue ou travailleur social selon la nature des problèmes rencontrés par la famille) fait également partie du contrat d'accueil, de façon à associer le parent aux décisions prises pour son enfant.

C'est l'articulation de ces démarches qui constitue le cœur de la mission de *prévention socio-éducative secondaire précoce* d'Enfant Présent (Fablet, 1999), qui s'appuie sur un cadre contenant et souple pour permettre un travail s'inscrivant dans la durée. Le concept de prévention sera développé dans une seconde partie de ce mémoire, en tant qu'il oriente fortement les interventions clinique des psychologues d'Enfant Présent.

## **b. Quels services ?**

### ✓ **Crèche familiale, crèche collective**

Il s'agit d'une crèche de droit commun (Auguin, Gerber, 2005) accueillant en journée des enfants de moins de trois ans, soit chez des assistantes maternelles agréées (crèche familiale de 60 places dans le 20<sup>ème</sup>), soit dans un espace collectif (crèche collective de 20 places). Pour les enfants accueillis chez les assistantes maternelles, l'accueil peut être étendu 24h/24 et 7j/7, de

manière modulable, ce qui permet d'individualiser le rythme d'accueil de chaque enfant en fonction des difficultés des parents.

✓ **Accompagnement psychosocial**

Une équipe pluridisciplinaire propose un accompagnement individuel des familles dans les remaniements psychologiques et/ou les réorganisations sociales qu'elles ont à opérer. Pour cela, aux compétences traditionnelles des professionnels de la petite enfance (puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, infirmières, pédiatres, etc.), s'ajoutent celles de la prévention spécialisée (psychologues, éducateurs spécialisés).

✓ **Aide éducative à domicile (AED)**

Service existant depuis onze ans et ayant pour originalité d'être complètement intégré à la crèche, l'AED est un contrat tripartite signé par les parents, Enfant Présent et l'ASE, permettant aux enfants ayant besoin d'un suivi renforcé d'être suivis à domicile par un éducateur spécialisé jusqu'à ses 8 ans. Vingt familles bénéficient de ce soutien renforcé.

### **c. Quels types d'accueil ?**

Jusqu'en septembre 2006, chaque enfant pouvait bénéficier d'un accueil « à la carte », parmi quatre types d'accueil (Auguin, Gerber, 2005 : 316) : un *accueil à la journée* entre 7h et 19h avec un accueil minimum de 10h à 16h ; un *accueil hors-cadre* pour les parents qui ont des besoins plus tôt ou plus tard et ponctuellement la nuit et le week-end ; un *accueil à temps complet* jour et nuit ; un *accueil le week-end* pour des parents dans un contexte d'isolement social et qui ont besoin de souffler. Ces quatre types d'accueil formaient un dispositif évolutif, un même enfant passant de l'un à l'autre selon le contexte et le besoin du moment.

Votée le 27 juin 2005<sup>3</sup>, une loi règlementant leur temps de travail des assistantes maternelles n'a plus permis d'assurer la garde continue, ce qui signifiait que la pierre angulaire de la prévention était mise à mal. Avec la disparition de la garde de nuit, disparaissait la souplesse et une part de l'innovation du dispositif. Au-delà de la dimension administrative et financière que je ne vais pas traiter ici, cette nouvelle législation a contraint Enfant Présent à une restructuration profonde de

---

<sup>3</sup> La loi du 27 juin 2005 vise à doubler le temps de formation, instaurer un minimum de rémunération, et améliorer les conditions de travail des 353 000 assistants maternels. L'article L. 773-11 du code du travail dispose désormais que « l'employeur ne peut demander à un assistant maternel de travailler plus de 48 heures par semaine, cette durée étant calculée comme une moyenne sur une période de 4 mois, sans avoir obtenu l'accord de celui-ci et sans respecter les conditions définies par décret. Avec l'accord du salarié, cette durée peut être calculée comme une moyenne sur une période de 12 mois, dans le respect d'un plafond annuel de 2 250 heures ». Le temps de travail maximum journalier des assistantes maternelles d'Enfant Présent ne peut donc plus excéder dix heures, du premier enfant arrivé eu dernier enfant parti.

son action. La suspension des accueils de nuit a provoqué une crise professionnelle au sein d'Enfant Présent, les équipes ayant l'impression d'avoir été amputées de leur principal outil de prévention. Provisoirement, seul l'accueil en journée a été maintenu. Une forte angoisse a alors circulé parmi les professionnels, avec l'impression qu'ils ne pourraient plus soustraire les enfants à des situations de négligence ou de maltraitance, ce que permettait jusqu'alors la garde de nuit. Les professionnels craignaient d'avoir à faire un plus grand nombre de signalements et de devoir faire face à de nombreux placements. Un partenariat actif s'est alors engagé avec quelques structures d'accueil et/ou placement familial alternatives (La colline aux enfants, Le relais d'Alésia) afin de 'limiter la casse' des liens familiaux.

Afin de pouvoir continuer de mener sa mission de prévention et de sauvegarder son principal outil, une nouvelle organisation a été retenue, conduisant les assistantes maternelles à changer de statut. Les personnes qui le souhaitent devront alors solliciter un agrément d'assistante familiale, et intégrer le nouveau dispositif qu'Enfant Présent achèvera de mettre en œuvre en janvier 2008. Durant la période de mon stage, une grande partie du travail des équipes a consisté à atténuer l'impact de la disparition des « nuits » sur les familles, de gérer les nouvelles contraintes de l'organisation, tout en préservant la souplesse qui caractérise habituellement l'accueil des enfants. Les réunions d'équipe ont été fortement investies en termes d'organisation et de coordination. L'équipe technique, les assistantes maternelles et dans une moindre mesure les professionnelles de la crèche collective se sont constamment interrogées sur le retentissement de cet événement dans la vie des enfants, de leurs parents, mais également dans les fondements de leur engagement auprès d'eux. Les discussions informelles et les échanges durant les réunions ont été marqués par la forte incertitude sur l'avenir de la structure et de la place de chacun en son sein.

Le dispositif de prévention a donc fonctionné « à bas bruit » pendant le stage, orientant le travail clinique vers un plus grand soutien aux enfants et à leurs parents, mais augmentant aussi la nécessité d'un soutien psychologique aux assistantes maternelles. C'est donc une clinique orientée vers l'écoute et le soutien, rendant nécessaire une articulation entre histoire individuelle et histoire collective (Sironi, 2007 : 18), entre vicissitudes du vécu personnel et dimensions politique, professionnelle, culturelle et sociale, à laquelle j'ai collaboré.

#### **d. Les familles, les professionnels et la prévention**

Les autres acteurs de la prévention utilisent Enfant Présent comme un outil complétant leur intervention et y orientent les familles : médecins de PMI et puéricultrices de secteur, ASE (sortie de pouponnière, de foyers maternels), services de pédopsychiatrie (CMP et services d'hospitalisation mère-enfant), polyvalence de secteur, services judiciaires ou administratifs

d'AEMO, Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, etc. Dans quelques situations, les Juges des enfants formulent une injonction de fréquentation du lieu d'accueil, mais cela reste exceptionnel. La plupart des familles acceptent d'être aidées et accompagnées, car la porte d'entrée dans le dispositif étant un mode de garde, il constitue une véritable opportunité d'insertion socioprofessionnelle, dans un contexte où les places en crèches sont très difficiles à obtenir, surtout lorsqu'on ne dispose pas d'un emploi fixe. La fonction d'insertion sociale de l'intervention est fondamentale car elle constitue le socle indispensable à des actions basées sur la dimension relationnelle. La coopération des familles est également accrue par le fait que ce sont souvent les mêmes professionnels qui interviennent auprès des enfants et des parents.

Cependant, pour les cas les plus critiques, il arrive que l'accueil de l'enfant à Enfant Présent soit contraint lorsqu'il complète une injonction de soins faite par la justice (par exemple dans le cas d'un bébé secoué) ou qu'il fait partie d'un dispositif judiciaire pour accompagner le retour auprès de ses parents d'un enfant qui a été placé.

En facilitant l'observation, l'évaluation et le diagnostic des troubles des liens qui unissent l'enfant et ses parents, Enfant Présent a pour mission de mettre en place une suppléance familiale plus ou moins appuyée auprès de l'enfant et auprès des parents. Tout en s'outillant pour repérer les risques et dangers auxquels est exposé l'enfant et pour intervenir de manière préventive, de nombreuses questions se posent au quotidien aux professionnels : quels sont les critères d'évaluation des risques, jusqu'où est-il possible de pallier aux carences, quelle limite entre prévention et soin, à partir de quand bascule l'équilibre bénéfice/risque pour l'enfant à rester en famille ? C'est ainsi que la question du placement de l'enfant se trouve constamment actualisée, et fait l'objet d'un travail collectif et pluridisciplinaire intense en interne et avec les autres partenaires qui interviennent auprès des familles. Les réponses à ces questions complexes ne peuvent jamais être binaires, car d'une part les caractéristiques des familles les éloignent considérablement d'une parentalité normative, et d'autre part les différents professionnels ne partagent pas forcément le même point de vue sur les intérêts en jeu, les risques encourus et les traitements possibles. Des divergences fécondes opposant régulièrement éducateurs, psychologues et médecins, nourrissent le travail clinique mené auprès des enfants et permettent de ne jamais trancher ces questions sur l'avis d'une seule personne.

## **e. L'équipe pluriprofessionnelle du 20<sup>ème</sup>**

Pour cette prise en charge pluriprofessionnelle, l'équipe de la petite enfance du 20<sup>ème</sup> est composée d'environ vingt assistantes maternelles et de l'éducatrice de jeunes enfants pour

l'accueil en crèche familiale, ainsi que de professionnelles de la petite enfance (puéricultrice, éducatrices de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture,) pour l'accueil en crèche collective.

Une *équipe technique* est située dans le lieu d'accueil, afin de renforcer le dispositif dans sa dimension préventive : une psychologue clinicienne ayant huit ans d'ancienneté dans la structure, et un assistant social présent depuis deux ans, y sont attachés, ainsi qu'une cadre de santé et une pédiatre expérimentées dans le domaine de la prévention infantile, et une jeune infirmière.

L'AED est assurée par une éducatrice spécialisée récemment arrivée, qui intervient en renforcement éducatif auprès des parents des enfants accueillis en crèche, ainsi que pour les enfants ayant dépassé l'âge de la crèche et qui continuent d'être suivis par *Enfant Présent*.

La coordination des services, fonction centrale au sein d'une équipe pluridisciplinaire, est assurée par une chef de service expérimentée dans le domaine de la prise en charge globale des familles en difficulté, psychologue clinicienne et éducatrice spécialisée de formation. C'est elle qui, avec la Direction, assure la permanence téléphonique 24h/24 (astreinte pour faire face aux urgences).

L'activité de chacun est partagée lors des réunions de synthèse clinique, temps forts de l'institution, tant pour la crèche collective (jeudi) que pour la crèche familiale (mardi). Elles réunissent chaque semaine l'équipe de petite enfance ou sa représentante (la responsable de la crèche collective), la psychologue, la pédiatre, l'assistant social, l'éducatrice de l'AED, celle de la crèche familiale, autour de la chef de service. L'évaluation du niveau de danger encouru par un enfant, le degré de perturbation des interactions parentales, l'évolution clinique des enfants sont autant de sujets qui font l'objet de discussions et d'échanges. Les situations difficiles et les urgences y sont débattues, afin de parvenir à des décisions cliniques collégiales (par exemple l'indication d'une observation par la psychologue d'un enfant qui inquiète l'équipe, ou encore un entretien de la chef de service avec un parent). C'est également l'espace dans lequel les décisions majeures sont prises, comme les signalements au procureur, ou la demande de placement d'un enfant.

## 2. Quelle prévention à Enfant Présent ?

Cette partie est consacrée à la prévention telle qu'elle est envisagée et réalisée au sein de la crèche d'Enfant Présent : je donnerais quelques unes des caractéristiques du cadre institutionnel et du fonctionnement de la structure, puis je m'attarderais sur la logique de l'intervention, pour finalement présenter les outils dont Enfant Présent s'est doté pour remplir sa mission.

Comme je l'ai montré, la naissance d'un enfant occasionne toujours un remaniement de l'économie générale des liens familiaux. Le plus souvent, ce travail s'effectue au sein de la famille, ou en ayant recours à des services médico-sociaux 'ordinaires' (Fablet, 1999 : 22). Mais lorsque les difficultés sont trop nombreuses, les risques de répercussions négatives sur les interactions parents-enfants sont possibles et doivent être prévenues. Ainsi, il s'agit pour Enfant Présent de :

- prévenir d'éventuelles séparations parents/enfant (placement) dont on connaît les méfaits sur le développement de l'enfant et qui se traduisent ensuite par des prises en charges spécialisées le plus souvent stigmatisantes (Fablet, 1993 : 98) ;
- protéger l'enfant dans des situations à risque (mauvais traitements, négligence).

Pour cela, « placer ne suffit pas » (Pourtois, Durning, 1994), et il est nécessaire de traiter la relation primaire de l'enfant avec son/ses parents et de la préserver autant que possible, même quand elle comporte un certain nombre d'aspects négatifs, car la construction de ce lien est essentiel pour le développement de l'enfant (Barraco, Lamour, 2001 : 5). Il est donc capital de prévenir les dysfonctionnements susceptibles de se produire au niveau des relations parents-enfant. Le dispositif préventif d'Enfant Présent organise donc une **intervention dite précoce**, en raison de l'âge de l'enfant, située au niveau de la **prévention secondaire**, puisque ce sont les services sociaux qui orientent les familles vers Enfant Présent, compte tenu des difficultés d'ordre psychosocial qui ont été dépistées (Fablet, 1999 : 47), et, dans la mesure où la place du psychologue est centrale dans cette intervention, une **prévention tertiaire**. Notons toutefois que « toute démarche de prévention secondaire envers le parent se constitue en prévention primaire pour le bébé » (Neyrand, 2004).

Ainsi ce qui est d'emblée repéré lors de l'admission concerne les ressources possibles sur lesquelles va s'adosser l'intervention : les éventuels relais familiaux, amicaux et de voisinage ; les prises en charge par d'autres services, les orientations nécessaires, et les conditions socio-économiques de la famille. Les modalités d'accueil de l'enfant seront pensées en fonction de ces différents

paramètres et de la demande de la famille. Ce repérage social s'accompagne d'une démarche éducative, à travers des entretiens individuels, rencontres de parents lors de regroupements d'enfants ou de parents suivis en AED, rencontres tripartites avec le parent au domicile de l'assistante maternelle (avec la puéricultrice, psychologue, assistant social, pédiatre). Les parents reçoivent des conseils et des repères pour la parentalité, lors de rencontres régulières avec les membres de l'équipe, et les communications téléphoniques sont autant d'opportunités pour que le parent sorte de son isolement et se sente épaulé pour élever son enfant.

Dans la plupart des situations, l'intervention se fixe comme objectif le *traitement des difficultés*, dans une perspective de résorption ; mais il arrive pour les situations les plus lourdes qu'on cherche davantage une *stabilisation* afin d'éviter une dégradation. Dans le cadre de cette démarche thérapeutique, Enfant Présent s'inscrit dans une logique d'articulation du travail avec les équipes extérieures lorsque des thérapies sont engagées, œuvre à une prise de conscience qu'un suivi psychologique est nécessaire et orienter vers des consultations extérieures. Quant aux enfants, ils sont directement bénéficiaires de l'accueil, de regroupements réguliers à la crèche collective pour ceux qui sont gardés par des assistantes maternelles et d'un soutien individuel par les différents membres de l'équipe.

Préventive, l'action l'est également car l'objectif poursuivi consiste à éviter les placements, sans pour autant défendre une idéologie du maintien des liens, mais selon les caractéristiques des situations. Si dans certains cas, majoritaires, le placement peut en effet être évité, moyennant souvent un prolongement de l'accompagnement de la famille lors de la scolarisation de l'enfant (sous la forme d'une AED), dans d'autres cas, la mobilisation de la famille n'est pas suffisante, le placement s'impose par l'intermédiaire d'un signalement, avec l'adhésion des parents ou pas, réalisé par Enfant Présent ou d'autres intervenants.

## **a. S'inscrire dans un cadre : un premier pas**

Pour présenter le cadre de l'intervention proposée, je retiens quelques éléments qui caractérisent le « contrat » que passe Enfant Présent avec les familles. D'une part, elles s'engagent à faire garder très régulièrement leur enfant, elles acceptent d'avoir un entretien de suivi avec un professionnel de l'équipe technique, elles doivent respecter les horaires de garde et payer une participation financière.

### ✓ **Garde minimum**

Fréquentant Enfant Présent, les parents s'engagent à faire garder leur enfant au minimum quatre jours par semaine et de préférence tous les jours, avec des horaires souples et répondant aux

besoins de la famille. Il est demandé que l'enfant soit présent à la crèche au minimum de 10h à 16h, afin qu'il puisse trouver son rythme propre, avoir le temps d'investir les activités et d'être investi par les autres enfants.

Une période d'adaptation progressive est prévue pour que l'enfant et le parent s'habituent à la séparation et au nouvel environnement : d'abord une phase où le parent reste avec l'enfant à la crèche pendant une heure, puis il laisse l'enfant seul pendant une heure, puis une demi-journée, etc. La durée de cette adaptation n'est pas standardisée, elle doit être déterminée en fonction des besoins de l'enfant et de la famille. L'adaptation étant une exposition progressive à l'absence et un apprentissage de la séparation, elle est souvent un puissant révélateur des angoisses de séparation. Certains parents voudraient pouvoir évacuer l'importance d'une première vraie séparation et minimisent le besoin de se séparer progressivement : « il s'adapte très vite, il aime beaucoup les enfants, il est très sociable, je peux le laisser à n'importe qui ». Ce sont les parents pour lesquels la dépendance de l'enfant à leur égard est pénible, qui minimisent la force de l'attachement réciproque car ils ont peur de ne pas être à la hauteur. Cette dépendance du bébé peut alors être vécue comme persécutive et exposer l'enfant à des négligences et/ou des mauvais traitements. A l'inverse, pour certains parents à l'attachement très anxieux, l'adaptation est longue et le parent, souvent la mère, se montre en grande difficulté pour se séparer. Après un certain temps d'adaptation, il arrive que les choses tournent en longueur. Pour ces parents, le minimum de 6 heures de garde consécutives et donc de séparation peuvent être particulièrement long et difficiles à vivre... Dans les deux cas, les professionnelles doivent donner la priorité au besoin de l'enfant, tout en tenant également compte de celui du parent.

*Encadré 2 - Horia (encadré A11) est un petit garçon âgé de 13 mois au moment de son entrée en crèche. Sa mère, Madame Ilyanescu, est hyper-angoissée et déprimée. Après une adaptation longue de deux semaines, il est censé fréquenter la crèche de 9h à 16h 30, Madame Ilyanescu ne travaillant pas. Il a fallu trois mois à Madame Ilyanescu pour parvenir à se conformer aux horaires sans tenter de les réduire. Ainsi, pendant des semaines, Madame dépose Horia à 10h et vient le chercher Horia à 15h30. Appuyée par les interventions de la psychologue, Madame Ilyanescu finira par réussir à patienter jusqu'à 16h30. Pendant une période transitoire, elle est autorisée, à sa demande, à arriver à 16h30 et à patienter 30 minutes dans l'espace des parents, pour tenter de dominer son inquiétude et sa difficulté à faire garder son fils, de manière acceptable pour tout le monde (pour Horia, pour elle et pour l'équipe).*

Comme toute crèche, Enfant Présent n'est pas autorisé à remettre l'enfant à une personne qui ne détient pas l'autorité parentale, à moins d'y avoir été autorisé par écrit. Lors de l'inscription, il est proposé aux parents d'établir une liste des personnes autorisées, ce qui est l'occasion d'évaluer la capacité à se projeter dans un empêchement à venir en personne, ainsi que la nature des relations intrafamiliales et l'état de leur réseau social.

✓ **Entretien de suivi mensuel**

Tous les parents d'Enfant Présent savent qu'ils fréquentent un lieu particulier. La dimension préventive est explicitée dès le premier contact téléphonique et développée lors de l'entretien d'inscription.

*Encadré 3 - 2 février 2007 : L'assistant social de permanence téléphonique reçoit les appels de parents qui cherchent une place en crèche. Le numéro d'Enfant Présent est communiqué aux familles par la mairie, parmi une liste de crèches ordinaires. Il présente d'emblée la spécificité de la structure : « Est-ce que vous savez que nous sommes un lieu pour des familles qui ont des difficultés d'ordre social, médical ou psychologique. Nous proposons une garde d'enfant plus un accompagnement social et psychologique selon les situations. Est-ce que vous êtes dans une telle situation ? »*

Le nombre de demandes étant bien souvent supérieur au nombre de places, il est spécifié aux demandeurs que les candidatures sont débattues avec la Direction et que priorité est donnée aux situations les plus lourdes.

Par conséquent, les familles inscrites à Enfant Présent acceptent un entretien de suivi avec un professionnel de l'équipe technique. En fonction des besoins qui ont été évalués par la chef de service lors de l'inscription, chaque famille bénéficie d'un référent (psychologue ou travailleur social) qui est le garant du projet individualisé auprès de l'enfant et de l'intervention globale enfant/famille. La famille ne reverra la chef de service qu'occasionnellement, et s'adresse préférentiellement à son référent pour tout problème, et le rencontre mensuellement lors d'un entretien. L'orientation est donc plutôt sociale (projet d'insertion) ou plutôt psychologique (troubles psychiatriques ou psychologiques des parents ou de l'enfant), mais comme je l'ai montré, l'intervention étant décloisonnée, il arrive que la psychologue intervienne ponctuellement auprès d'une famille suivie par son collègue assistant social.

✓ **Respect des horaires**

Le non respect des horaires de garde est souvent vécu comme une exception à laquelle il est difficile de faire face dans le cadre d'un mode de garde classique. A Enfant Présent, il faut un certain temps pour que ces parents déstructurés psychiquement et socialement parviennent à se plier aux impératifs horaires qu'ils ont eux-mêmes fixés. En effet, ce sont les parents qui font part de leurs besoins de garde à la structure qui s'organise en conséquence. Il leur est simplement demandé de respecter les horaires annoncés et de prévenir en cas de modification de l'organisation. Cette exigence est le premier pas vers un travail d'insertion sociale et permet d'installer un rythme et des repères psychosociaux à l'enfant et au parent.

✓ **Participation financière**

Alignée sur les tarifs pratiqués par la CAF, la participation financière à la garde de l'enfant est davantage pensée en termes psychoéducatifs que financiers. En effet, être prêt à *investir* une part raisonnable du budget familial pour des soins portés à l'enfant a une portée symbolique souvent révélatrice de la place psychique occupée par l'enfant dans la tête de son parent. D'autre part, cette participation financière est parfois appréciée par des parents très abîmés psychologiquement et socialement, au nom de l'égalité de traitement avec les « normaux ».

## **b. Logique préventive et bientraitance des familles**

Les modalités de la prise en charge sont définies dans une logique préventive puisqu'il s'agit d'envisager un accueil éducatif dont la formule est modulable en fonction de l'évolution de la situation familiale. Le cadre instauré que je viens de présenter permet un travail d'aménagement de la séparation et un traitement du lien parents-enfant. A *Enfant Présent*, la confiance nécessaire à tout travail préventif repose sur (Fablet, 1999 : 48) :

Les formes de soutien proposées s'étayent sur la formule d'accueil que celle-ci sollicite, ce qui facilite l'établissement de liens de confiance ;

Le fait que l'intervention en direction des parents ne soit pas menée par un service 'mandaté' et distinct, mais que c'est le même ensemble de professionnels qui intervient auprès de l'enfant et des membres de sa famille.

Aussi, les résistances qu'opposent assez souvent les familles à un mode d'accompagnement susceptible d'être vécu comme une intrusion ont-elles tendance à s'estomper. Ce dispositif de guidance parentale permet de contourner l'une des difficultés majeures de la prévention psychosociale et *Enfant Présent* peut ainsi exercer une action en direction d'une population difficilement accessible pour des services sociaux plus classiques (Fablet, 1999). Cette confiance des familles, gagnée et jamais acquise, repose également sur la qualité d'un regard professionnel qui, dans ce contexte de prévention secondaire et tertiaire, évite une normalisation risquant d'être stigmatisante : il ne peut y avoir de 'bonnes' ou 'mauvaises' familles, de parentalité totalement adéquate.

Cependant, il serait naïf d'ignorer que tout dispositif d'étayage à une parentalité exposée et de guidance parentale, renvoie à une représentation normative de ce que doit être la parentalité. Comme le souligne Jacques Faget (2001), la démultiplication de ces dispositifs de prévention contribue à une « fabrique sociale de la parentalité ». Par conséquent, la dimension éthique des pratiques qu'ils véhiculent doit être une préoccupation centrale (Jesu, 2001 ; Molenat, 2001).

En effet, il ne s'agit pas de répondre à un risque de maltraitance sur l'enfant par une maltraitance institutionnelle (Goffman, 1961) ou une maltraitance théorique (Sironi, 2003, 2007). C'est parce que la maltraitance psychologique par les institutions et la disqualification de parents déjà socialement disqualifiés, peut aggraver leurs souffrances, que de nombreux auteurs insistent sur l'importance de la « bientraitance » (Delforge, 2000 ; Detraux, 2001 ; Durning, 1995 ; Scelles, 2004 ; Titran, 2004) des familles en grande précarité. Barudy (2000) définit cette bientraitance comme le résultat de la mobilisation des ressources de l'environnement et des parents. C'est l'abord des personnes par leur spécificité, et par leur partie « saine » (Dumaret, 2004 : 53) et non par leurs carences ou leur pathologie qui est ainsi privilégiée et qui permet à un lien potentiellement réparateur de s'établir entre eux et l'institution. Il s'agit donc pour les professionnels non d'inciter les parents à s'adapter à ce qui est proposé, ce qui est parfois impossible, mais de construire, à partir d'une bonne connaissance de la famille, des stratégies d'adaptation (Titran, 2004 ; Scelles, 2004). C'est pourquoi *Enfant Présent* mène une réflexion heuristique et met en place des pratiques qui conduisent les parents en difficulté à devenir les co-acteurs de l'aide proposée. Il s'agit pour les professionnelles, de travailler sans recourir à une vision prédéfinie de ce que doit être une « bonne » famille, mais de réinventer la meilleure famille possible aux vues des difficultés spécifiques (Missonnier, 2003). C'est à ce prix que chacun pourra se sentir suffisamment en confiance et s'ouvrir à une possible construction du lien ou de possibles transformations des liens (Dumaret, 2004 : 52).

✓ **Du côté des parents : Zone proximale et tuteur de développement, étayage, guidance parentale, suppléance familiale...**

*« Aider des parents, c'est surtout aider à ce que la famille retrouve ou trouve ses propres compétences pour évoluer et permettre aux enfants, plus tard, de devenir des parents suffisamment bons ».*  
Marthe Barraco, 2002 : 62

Lev Vygotski (1934) a proposé de stimuler le développement de l'enfant par une activité de médiation dans sa « zone proximale de développement ». Il la définit comme « la distance entre le niveau de développement actuel tel qu'on peut le déterminer à travers la façon dont l'enfant résout des problèmes seul et le niveau de développement potentiel tel qu'on peut le déterminer à travers la façon dont l'enfant résout des problèmes lorsqu'il est assisté par l'adulte ou collabore avec d'autres enfants plus avancés » (Vygotski, 1934 : 86). Autrement dit, la zone proximale marque ce qui peut constituer la prochaine étape du développement pour peu qu'une interaction sociale (avec un adulte ou des pairs) soit initiée.

Appliqué à la parentalité, ce concept permet d'éclairer positivement les fondements de l'intervention d'*Enfant Présent*. En effet, si les apprentissages doivent être médiatisés avant de

pouvoir être autonomes, l'action des professionnelles de la petite enfance et des assistantes maternelles va 'tirer la parentalité vers le haut', en permettant un « développement en spirale » (Doise, Mugny, 1981) qui interrompra la spirale négative des interactions pathologiques dont j'ai parlé au chapitre précédent. Bien conduite, cette activité de médiation peut permettre à l'apprenant de fonctionner conjointement avec autrui à un niveau supérieur à ce qu'il était capable de faire seul et, dans un second temps, de fonctionner seul à ce niveau. L'apprentissage de la parentalité, médiatisé dans ses premiers temps, précède donc le développement de celle-ci chez des personnes qui ont été gravement carencées.

Ainsi abordée, la parentalité peut être étayée par un dispositif d'accompagnement. Selon Bruner (1996), l'étayage désigne « l'ensemble des interactions d'assistance de l'adulte permettant à l'enfant d'apprendre à organiser ses conduites afin de pouvoir résoudre seul un problème qu'il ne savait pas résoudre au départ ». Etayer la parentalité procède tout à la fois de l'apprentissage social d'une fonction inter-psychique, devenant peu à peu intérieure et donc intrapsychique (Vygotski, 1934 : 111).

En proposant un certain nombre de formes possibles aux échanges parent-enfant et en les guidant, les professionnelles incitent les parents à s'autonomiser vers des conduites de résolutions, à acquérir une capacité de jugement et d'autoévaluation (Bruner, 1996 : 38). C'est ainsi que se met en place un processus de « guidance parentale » dont le professionnel est le tuteur, ou pour reprendre l'expression de Marchive (1997) et l'appliquer à la parentalité, le transducteur, c'est-à-dire à la fois un transmetteur d'informations, de connaissances, et un traducteur dans un langage compréhensible par le parent. Comme je le montre dans la partie consacrée au travail des assistantes maternelles, le professionnel remplit alors une fonction initiatique, une fonction domestique et une fonction didactique. La guidance parentale, avec son aspect pédagogique, est une approche pragmatique, qui est la mieux perçue par les parents les plus démunis socialement et intellectuellement (Dumaret, 2003).

Durning (1985 : 102) définit la suppléance parentale comme « l'action auprès d'un mineur visant à assurer les tâches d'éducation et d'élevage habituellement effectuées par les familles, mises en œuvre partiellement ou totalement hors du milieu familial dans une organisation résidentielle ». Les interventions de suppléance produisent autour de l'enfant un véritable « dispositif de parentalité » (Neyrand, 2005), organisée à un niveau social.

Au sein d'Enfant Présent, il s'agit d'une « suppléance investie » (Chapon Cruzet, 2005), où « la famille d'origine revendique sa position de parent et la famille d'accueil conserve son rôle de suppléer les parents à un moment donné », par conséquent partielle et temporaire puisque l'accueil de l'enfant n'est pas un placement. Cette suppléance s'oriente vers un soutien à la

parentalité et une intervention ponctuelle. Elle a pour objectif de pallier aux empêchements de la parentalité sur l'axe de la pratique<sup>4</sup> et de permettre aux parents d'accéder à une parentalité autonome. Les allers-retours de l'enfant entre sa famille et son lieu d'accueil occasionnent un véritable travail d'étayage de la parentalité entre la personne/le collectif qui garde l'enfant. En effet, dans de nombreux placements familiaux, les contacts directs entre parents et assistantes familiales sont évités, alors que c'est l'inverse à Enfant Présent : le contact est non seulement possible, mais exploité à des fins thérapeutiques.

Lorsque les autres axes de la parentalité sont défaillants, c'est-à-dire que les parents ont développé des difficultés liées à leur expérience subjective, ce qui est le cas des parents psychotiques, l'étayage et la suppléance se trouvent face à des limites car c'est le développement-même de la parentalité qui est entravé. L'assistante maternelle et le travail d'Enfant Présent fonctionne alors davantage comme une prothèse que comme un tuteur de développement de la parentalité et un tuteur de résilience pour l'enfant, et des soins thérapeutiques de la relation mère-enfant sont alors nécessaires.

✓ **Du côté de l'enfant : des attachements multiples comme tuteurs de résilience**

*« Lors des deux premières années, l'ouverture de la conscience de l'enfant par des informations de plus en plus éloignées à partir d'une base de sécurité, et la mise en place d'un système protecteur de plusieurs attachements, favorisent la probabilité de résilience ». Boris Cyrulnik, 2001 : 89*

Comme je l'ai montré, la perspective sociorelationnelle du développement du jeune enfant a fait prendre conscience de la nécessité d'une relation privilégiée avec une personne de l'entourage, et ces deux dernières décennies, a surtout été influencée par l'émergence et la consolidation de la théorie de l'attachement primaire. Mais des recherches de plus en plus nombreuses, s'inscrivant dans la lignée de Wallon, Vygotski et Baldwin, proposent une approche davantage socioécologique du développement, et montrent la contribution des autres partenaires familiaux au développement psychosocial du jeune enfant, en soulignant en particulier l'importance de la triangulation de la relation et une contextualisation dans l'ensemble du contexte familial (Pierrehumbert, 2003, 2004). Boyer, Strayer et Ponce (2005) proposent à cet égard de dépasser la vision dyadique et unidimensionnelle de l'attachement primaire, pour élaborer un modèle « polydiaque » (Boyer et coll., 2005 : 215), écosystémique et multidimensionnel du développement social et affectif.

---

<sup>4</sup> Toutes les références qui émaillent ce mémoire et qui concernent les différents axes de la parentalité (exercice, pratique et expérience) s'inscrivent dans la proposition de théorisation du groupe de travail de Didier Houzel que je présente en annexe A.

Pour l'enfant qui doit se construire dans un milieu carencé ou pathogène, « un environnement constitué de plusieurs attachements augmente les facteurs de résilience » (Cyrulnik, 2001). Les relations établies entre l'enfant et son assistante maternelle ou son auxiliaire référente peuvent alimenter positivement la construction des modèles relationnels du bébé. Faisant partie de l'écosystème de l'enfant, leur action a une dimension réparatrice en ce sens qu'elle permet à l'enfant d'établir d'autres types de relations avec ses autres partenaires.

D'abord, la place des pères est particulièrement importante car le père marque l'enfant de son empreinte sensorielle, et parce qu'il a un effet de « rampe de lancement » (Lecamus, 2000) au développement, sorte d'apprentissage à la prise de risque. Comme le montrent les travaux d'éthologie humaine, les effets socialisateurs des pères sont différents en ce qu'ils incitent davantage les enfants à s'adapter à la nouveauté (Miljkovitch et Pierrehumbert, 2003, Lecamus, 2000, Parke et Tinsley, 1987). Pour ces auteurs, l'enfant manifeste davantage de comportements de proximité vis-à-vis de sa mère (il est proche d'elle, la touche, lui demande de le prendre dans ses bras), alors qu'il adopte plutôt des comportements d'affiliation vis-à-vis de son père (il lui sourit, le regarde, vocalise, lui montre ou lui offre des objets). Un travail de prévention auprès des interactions père-enfant apparaît d'autant plus pertinente que les interactions avec la mère sont perturbées. Pour autant, les pères lorsqu'ils existent dans la vie de leur enfant, sont souvent en conflit conjugal avec la mère ou sont eux-mêmes issus de milieux carencés, psychologiquement fragiles, ou suivis en psychiatrie. Soutenant la différence fonctionnelle entre conjugalité et parentalité, leur présence est soutenue par les professionnels d'Enfant Présent lors des entretiens de suivi et les activités proposées aux enfants (anniversaires, sorties, etc.) pour lesquels ils sont sollicités. Les professionnelles de l'équipe font autant que possible alliance avec les pères. Surtout lorsque l'enfant manifeste sa souffrance par des comportements difficiles pour le père (agressifs, rejetants, etc.) ou lorsqu'il présente des troubles le rendant étrange (autisme, symptômes psychotiques), elle instaure un lien interactif entre l'enfant et le père, en accompagnant de gestes et de paroles les comportements de l'enfant, afin que le père puisse progressivement passer de la place de « père potentiel », à celle de « père possible » pour finir par se sentir un « père compétent » (Aubert-Godard, Scelles, 2004 : 178). Pour cela, la manière dont les autres, en particulier les professionnels accueillent l'enfant, lui parlent, le touchent, le regardent, influence la façon dont l'homme se sentira devenir père de cet enfant-là. Ce travail d'humanisation de l'enfant par l'équipe accompagne le processus de parentisation de l'homme, dans un souci de trianguler la relation mère-père-bébé.

Lorsque la triangulation n'est pas possible avec un père réel complètement absent, les professionnels le convoquent par la parole auprès de l'enfant et de sa mère, encourageant celle-ci à investir des tiers, même féminins, dans l'éducation de l'enfant (grand-mère, tante, amie).

Ensuite les autres partenaires familiaux et sociaux comme les assistantes maternelles, et aussi leurs maris (figures masculines qui sont souvent investies par les enfants accueillis) sont autant de chances données à l'enfant de rencontrer des personnes qui l'accompagneront positivement dans son développement. L'ensemble des interventions contribue ainsi à démultiplier les liens d'attachement de l'enfant qui rencontre ainsi de multiples opportunités de 'recevoir du bon' et de se construire comme un être aimable.

### **c. Etayer la paternité en difficulté**

Pour clore cette partie consacrée à la prévention telle que la conçoit et la pratique *Enfant Présent*, j'ai choisi d'illustrer l'étayage à la paternité en difficulté en présentant la situation de Badra et Yann, âgés respectivement de 19 et 4 mois en juin 2007, enfants de Madame Fournier et de Monsieur Melloul.

*Encadré 4* - Madame Sylvie Fournier, d'origine allemande par sa mère, est mariée à Monsieur Tahar Melloul qui est tunisien. Elle est atteinte d'une psychose maniaco-dépressive pour laquelle elle est suivie en psychiatrie et prend des neuroleptiques (Zyprexa). Sa propre mère, alcoolique, est atteinte de la même maladie. Ses parents se sont séparés alors qu'elle était très jeune et elle n'a eu que peu de contacts avec son père qui habite en Province. Quant à Monsieur, il est venu en France pour s'occuper de la santé de son père, travailleur immigré dans les années 70, atteint maintenant de diabète. Il a grandi en Tunisie dans une famille aux nombreux enfants dont il est l'aîné, voyant peu leur père qui vivait en France. Le couple a des problèmes conjugaux très importants, conduisant parfois à des violences. Ils habitent dans un studio très exigü. Monsieur s'alcoolise, il a des dettes de jeu.

Ils ont un premier enfant, Badra, qui naît en novembre 2005. Les hurlements retentissants et continus de Badra interpellent et inquiètent les équipes de PMI. Un important dispositif d'accompagnement et de prévention est mis en place à cette époque : une travailleuse familiale au domicile, un suivi en CMP, la PMI, l'Unité mobile de prévention du secteur de pédopsychiatrie, la garde de Badra à *Enfant Présent*, etc. Badra a 10 mois lorsqu'elle est accueillie chez une assistante maternelle, Madame L. Elle supporte peu les contacts corporels et prend son biberon dans un transat (sans portage de la part de son assistante maternelle). A 13 mois, elle ne boit plus de lait, mais accepte bien les jus et la nourriture mixée. Monsieur se montre d'emblée très investi auprès de Badra, même s'il est désemparé par cette enfant qui pleure beaucoup et qu'il manque de savoir-faire pour les gestes du quotidien. Les difficultés de cette parentalité fragilisée du côté de l'expérience se manifestent dans la vie quotidienne : la mère comme le père ont beaucoup de mal à interpréter les signes de l'enfant et à s'y adapter. C'est à force de cris et de pleurs, que Badra parvient à obtenir ce qu'elle veut.

Au moment où je rencontre la famille en entretien, Badra a 14 mois et se montre épanouie et sociable. Sylvie est enceinte d'un deuxième enfant qui naît début février 2007 dans un climat de grande inquiétude de la part des professionnels. Confronté à la question de la garde de Badra pendant l'accouchement, Monsieur affirme désirer s'occuper lui-même de sa fille tandis que les professionnels se posent la question d'un accueil provisoire en Pouponnière. Avec le soutien de l'assistante maternelle d'*Enfant Présent*, Monsieur Melloul s'organise pendant cette période, mobilise une cousine pendant quelques jours pour l'épauler.

Alors que Yann a 15 jours, nous recevons en entretien la famille au complet. Pendant l'entretien, Badra semble contente d'avoir un petit frère, elle est attentive et intéressée par le bébé. Le couple se montre heureux de cette naissance, presque complice. Monsieur reconnaît qu'il supporte mal de voir Badra pleurer, et qu'il a tendance à lui céder. Il est détendu, il évoque son histoire familiale, parle de la Tunisie avec un certain plaisir, et de la fierté d'avoir un fils. Madame est plus maussade, mais dit se réjouir de la venue au monde de Yann, prénom à consonance allemande, choisi par le couple au regard des origines de Madame.

Une semaine plus tard, Monsieur emmène sa femme chez le psychiatre du CMP. Elle est aussitôt hospitalisée à l'UHME avec Yann, un diagnostic de dépression avec accès mélancolique est posé. Comme toujours quand elle va mal, Madame a des idées délirantes de ruine (qui s'ancrent dans les dettes du couple), et de persécution à l'égard de Monsieur (dit que tous ses problèmes viennent de lui, qu'elle veut divorcer etc.). Monsieur prévient aussitôt l'Enfant Présent qui accueille Badra, de l'hospitalisation de sa femme qui a le « baby blues » et de Yann. L'équipe technique appelle Madame L. pour la prévenir que c'est Monsieur qui viendra chercher Badra le soir car la mère est hospitalisée. Après un entretien téléphonique avec la psychologue, c'est l'assistante maternelle qui explique la situation à Badra.

Une réunion de synthèse rassemble les professionnels qui connaissent la famille, ce qui représente 23 personnes : autant de monde mobilisé semble paradoxalement révéler le défaut d'investissement véritable de la famille de la part des équipes. La question du placement de Badra est à nouveau évoquée, Monsieur étant considéré comme trop fragile pour pouvoir s'occuper de sa fille et la protéger. La psychologue d'Enfant Présent se prononce plutôt pour un étayage éducatif auprès de Monsieur de façon à l'aider à s'occuper de sa fille pendant l'hospitalisation de sa femme et de son fils. La crèche propose alors que l'assistante maternelle donne les bains et le repas du soir de Badra. La PMI rencontre Monsieur et lui propose de mettre Badra en Pouponnière, ce qu'il refuse. Finalement, Monsieur décide de payer une personne qui assurera les accompagnements du matin et du soir chez l'assistante maternelle.

Ainsi pendant cette période, Badra est gardée en journée par son assistante maternelle pendant que Monsieur travaille. Les journées sont longues et fatigantes pour tout le monde, Monsieur en premier lieu. Il parle de sa souffrance par rapport à la maladie de Madame, même s'il comprend la nécessité de l'hospitalisation, il supporte mal la séparation de sa femme et du bébé. Plus il est fatigué, plus il est en difficulté pour mettre des limites à Badra, et plus elle s'agite et le fatigue. La psychologue d'Enfant Présent emmène Badra rendre visite à sa mère et à son petit frère toujours hospitalisés. Badra est très excitable mais semble parfaitement comprendre la situation. Elle a fait des progrès impressionnants et parle et marche maintenant bien (elle a acquis au moins 10 mots de vocabulaire en un mois). À l'UHME, Madame Fournier est en effet très déprimée, semble épuisée et éteinte par les médicaments, mais se dit heureuse de voir sa fille.

Après une hospitalisation de presque 2 mois, la mère et l'enfant rentrent à la maison. Quelques jours après son retour, Madame annonce à Monsieur qu'elle a demandé le divorce. Lors d'une soirée dont chacun rapportera une version différente, une scène violente éclate au domicile, Monsieur frappe Madame qui l'enferme dehors. Il tente alors d'enfoncer la porte. Madame appelle la police, porte plainte pour coups et blessures, Monsieur est arrêté, son titre de séjour suspendu. Il était en attente de jugement au moment de la fin de mon stage, mais toujours sous contrôle judiciaire avec interdiction d'approcher Madame.

La psychologue l'a rencontré quelques jours avant la fin de mon stage : il était brisé par l'atomisation de sa famille, par la séparation d'avec ses enfants. Il a reconnu avoir « pété les

plombs » et pensait avec regrets, avoir été trop loin. Il était dans un état dépressif très préoccupant, et acceptait de rendre visite à ses enfants chez leur assistante maternelle deux fois par semaine.

### **Éléments de discussion**

Le placement des enfants semble inexorable dans cette situation. Pourtant, les équipes de prévention font le pari que tout ce qui peut être précocement pris de bon auprès du parent sera bénéfique au développement de l'enfant. Badra a montré des signes très inquiétants lorsqu'elle était bébé (raidissement au contact, refus précoce du biberon, cris perçants) qui auraient pu évoluer vers de graves troubles du développement infantile. Cependant, la présence de son assistante maternelle et l'investissement de la part de son père, avec son histoire et ses carences, lui ont cependant permis de se structurer et d'évoluer positivement. La dégradation de la maladie de Madame et de la relation de couple laissent à penser que la séparation est durable et que Yann ne bénéficiera pas de la même façon de la présence de son père à ses côtés. Il est probable que Madame, ayant perdu l'homme qui lui faisait fonction de « mauvais objet », rencontrera de grandes difficultés à retrouver un équilibre et à assumer seule les deux enfants.

Les enjeux de réparation vis-à-vis de leur propre enfance étaient importants du côté de Madame autant que de Monsieur, mais l'état psychique de Madame n'a pas permis à cette famille de redistribuer une nouvelle donne. La part de reproduction de l'histoire familiale de Madame affleure au long de la prise en charge : comme sa mère, elle est atteinte de psychose maniaco-dépressive, se marie à un homme étranger dont elle a deux enfants, homme dont elle se sépare quelques années plus tard. Sa colère contre Monsieur, teintée de délire, ne s'adressait probablement pas à l'homme qu'il est dans la réalité, mais sans doute au père-absent de son enfance. Du côté de Monsieur, les enjeux de réparation étaient de parvenir à occuper une place de père-présent auprès de ses enfants, à l'inverse de ce qu'il avait lui-même vécu avec un père-à-distance. Au final, c'est exactement la place qu'il risque d'occuper auprès de Badra et Yann : un père-à-distance.

Une situation comme celle-là illustre la difficulté que peuvent avoir les services classiques de prévention à travailler en investissant véritablement le père et en l'étayant de la même manière qu'ils peuvent le faire avec la fonction maternelle. Au cours des nombreuses réunions de synthèse, la psychologue d'Enfant Présent était souvent la seule à porter un regard positif sur la paternalité de Monsieur Melloul et à proposer des étayages spécifiques permettant d'éviter - ou de différer- le placement de Badra.

### 3. La prise en charge psychologique, un outil préventif

Le poste de psychologue est une pierre angulaire du dispositif de prévention à Enfant Présent. Il est d'autant plus important que la psychologue clinicienne intervient directement auprès des parents et des enfants, sous la forme d'entretiens et d'observations. Pour une grande part du travail, la clinique passe également par l'intermédiaire des professionnelles de la petite enfance et des assistantes maternelles : il s'agit de susciter, guider et collecter leurs observations des enfants, puis de les faire converger afin de dégager des hypothèses cliniques qui serviront ensuite à outiller les interventions.

Il est important de souligner qu'alors que l'ensemble des postes de la structure est sous la responsabilité directe de la chef de service, ceux du pédiatre et du psychologue sont placés sous la hiérarchie de la direction de l'association, au même échelon que la chef de service, dont elle est le principal allié. Cette organisation hiérarchique permet de prendre la mesure de l'importance du psychologue dans le dispositif préventif.

#### **a. Traiter le rapport à la réalité d'un enfant de mère psychotique : Danyel, l'enfant « décontenancé »**

J'ai choisi pour commencer cette partie d'illustrer globalement l'intervention de la psychologue au sein de la structure à travers la situation de Danyel, deux ans et demi, accueilli à la crèche depuis septembre 2004. Comme les illustrations de ce mémoire ont permis de le montrer, l'intervention préventive auprès de mères atteintes de troubles psychotiques est une caractéristique majeure de la clinique à Enfant Présent, en particulier dans la cadre de couples culturellement mixtes, ce qu'illustre la prise en charge de Danyel.

*Encadré 5 - Danyel (encadré A12) est né en janvier 2004. Il a huit mois au moment de son admission à Enfant Présent en septembre 2004, à la demande de l'unité d'hospitalisation mère/bébé de l'UHME. Il fréquente d'abord une assistante maternelle pendant dix-huit mois, puis quotidiennement la crèche collective. C'est dans ce cadre que je fais sa connaissance en octobre 2006. Il est alors âgé d'un peu plus de deux ans et demi, mais il paraît en avoir quatre, tant il est grand de taille.*

Je prends connaissance de sa situation enfant alors que les professionnelles de la petite enfance signalent des comportements difficiles à expliquer chez Danyel qui évoquent une perte de contact avec la réalité, ce qui va faire l'objet de plusieurs « flambées » d'inquiétude de la part de l'équipe durant l'année 2006-2007. Une professionnelle le trouve « complètement ailleurs depuis ce matin : grande agitation, pleurs et rires immotivés, peur de son ombre, peur et refus de s'asseoir sur sa chaise... ». Pour répondre à ces inquiétudes les guider dans la prise en charge, la psychologue va rencontrer la mère à plusieurs reprises et assister à des réunions

de synthèse extérieures. Au fil du stage, je vais aussi avoir de multiples occasions de l'observer en collectivité, mais également en sortie extérieure, et de rencontrer la mère de Danyel en entretien.

Madame Kouakou est une femme guadeloupéenne d'une trentaine d'années, soignée pour des troubles psychotiques. Elle a eu une première bouffée délirante à la mort de sa grand-mère, à la suite de quoi elle a été hospitalisée en Guadeloupe. En 2001 et en 2003, elle est hospitalisée en psychiatrie en métropole, sans qu'un suivi ne puisse s'établir. En 2003, elle se marie avec Monsieur Kouakou. Elle sera à nouveau hospitalisée en psychiatrie à deux reprises entre 2004 et 2006.

Au 8<sup>ème</sup> mois de grossesse, elle fait une bouffée délirante et est hospitalisée à l'UHME. Un suivi psychiatrique est mis en place à la sortie, et une orientation à Enfant Présent réalisée. En octobre 2004, elle a été hospitalisée une nouvelle fois, pour avoir décompensé « bêtement » : se sentant mieux, elle « oublie » de prendre ses neuroleptiques. Un traitement retard par injection (Risperdal LP) est alors prescrit. Pendant cette hospitalisation, Danyel était accueilli jour et nuit chez une tante maternelle.

Le père de Danyel est ivoirien, il travaille comme déménageur. Il assez peu présent à la maison car travaille beaucoup. Le couple a traversé des difficultés conjugales, car Monsieur en veut à Madame et à sa famille de ne pas avoir été informé de la maladie de son épouse avant le mariage. D'une part, il a du mal à reconnaître la gravité de la maladie de sa femme, et d'autre part, il cherche à y faire face seul, considérant que le recours à Enfant Présent stigmatise sa famille. Le rapport de Monsieur avec Enfant présent est donc problématique.

Dès l'accueil à Enfant Présent, Madame parle de Danyel comme d'un copain, grâce auquel elle ne sera désormais plus seule. Malgré le fort ralentissement lié aux neuroleptiques, elle est relativement bien adaptée, elle répond aux sollicitations de son fils. C'est une mère attentive, ayant besoin d'être rassurée sur la contingence de son comportement, avide de conseils (elle demande régulièrement si c'est « comme ça qu'il faut faire ? »). Cependant, elle est très inerte, tant au niveau des expressions que des silences qu'elle laisse s'installer. Elle regarde beaucoup la télé, son regard est souvent vide. A la maison, elle rencontre des difficultés pour poser des limites à Danyel qui s'agite beaucoup, crie, frappe les murs, jette et casse les jouets. En novembre 2006, Madame nous rapporte en entretien que Monsieur considère que c'est à elle de s'occuper de Danyel jusqu'à ses 6 ans et qu'ensuite, il prendra le relais.

A 11 mois, Danyel est un bébé qui semble bien adapté à l'interaction visuelle et aux stimulations, auxquelles il répond par le sourire et le geste. Il sait prendre l'initiative et explorer son environnement à quatre pattes. L'équipe est d'emblée frappée par sa grande taille, sa force et son appétit. Il est décrit comme un enfant assez nerveux, qui passe facilement des pleurs aux cris. Il a constamment besoin de l'adulte près de lui, est constamment agité, fait beaucoup d'allers-retours dans l'appartement de son assistante maternelle. Il a depuis toujours des difficultés d'endormissement.

A 22 mois, il est très agité, il ne supporte pas que les autres enfants lui prennent ses jouets et a des gestes très brusques à leur égard. Il ne peut pas se poser plus de 5 minutes. Il marche, mange seul et commence à dire quelques mots. La séparation avec sa mère lui pose problème : il se montre agressif et coléreux avec ses pairs, surtout en l'absence de celle-ci. Il est régulièrement suivi au CMP par une pédopsychiatre.

**Observation : « Qu'est-ce que c'est ? »**

Les observations cliniques et entretiens avec la famille, ont fait émerger la complexité du rapport de Danyel à la réalité.

A 2 ans et demi, il a du mal à ajuster son comportement à ce qu'il ressent ou veut exprimer. Alors qu'au début de son accueil, il avait un sourire défensif permanent, il sourit d'une manière plus adaptée qu'auparavant. Cependant, tout ce qui n'est pas déjà connu devient très vite angoissant (bruits, personnes, etc.) et déclenche des pleurs étranges, bouche grande ouverte, grosses larmes, cris lancinants. Il agresse les autres enfants lorsque ceux-ci ne décodent pas ses intentions. Bien qu'il connaisse les mots et commence à parler, Danyel n'utilise pas le langage dans ces circonstances, mais il frappe. Il peut être très agité et ne répond pas toujours à son prénom.

A la maison, il pose beaucoup de questions à sa mère, surtout depuis qu'elle a repris le travail : « Qu'est-ce que c'est ? », « Ça va ? », « Tu fais quoi ? », « C'est quoi ? ». A la crèche, c'est un enfant inquiet, doté d'une grande sensibilité auditive, que la présence de l'adulte et la verbalisation rassurent beaucoup. Il semble avoir été très marqué par la dernière hospitalisation de sa mère et conserver la crainte que cela ne se reproduise.

Lors d'un entretien avec sa mère et lui, Danyel met en scène cette double problématique : i) la permanence des objets et des personnes ; ii) le besoin d'identifier ce qui n'est pas manifeste. Un jeu l'amuse beaucoup : il cache un poulet en plastique dans une cocotte de la dînette, referme le couvercle et la secoue violemment pour faire du bruit. Il refait plusieurs fois ce jeu avec des objets divers (une tomate, un œuf) cachés dans des casseroles qu'il secoue pour faire du bruit. La psychologue joue à la devinette avec lui : « Mais qu'est-ce qu'il y a dans cette casserole ? ». Alors, Danyel l'ouvre et découvre le poulet qui s'y trouve avec jubilation. La psychologue dit alors : « Oh mais c'est un poulet ! ». Il éclate de rire.

Nous mettons ces observations en rapport avec :

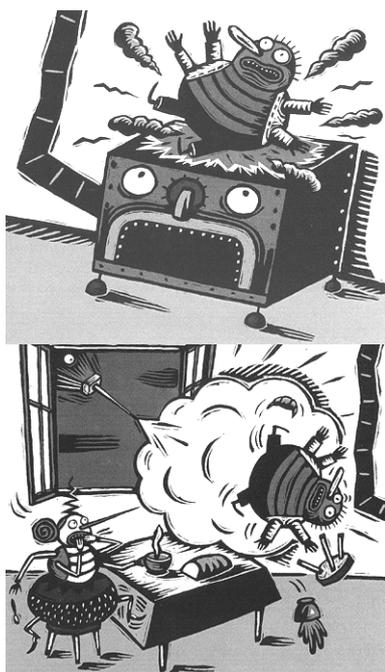
- Le besoin de s'assurer de la permanence des choses et des personnes (sa mère) qui peuvent disparaître et revenir. Pendant une période, le grand jeu de Danyel à la crèche était à cet égard d'allumer et éteindre la lumière, cette mise en actes de la maîtrise possible de la disparition l'apaisait ;
- Le bruit comme moyen d'échapper au silence morbide qui règne à la maison, comme si Danyel faisait du bruit pour animer le monde et se sentir vivant. D'ailleurs, lors de tous les entretiens, Danyel renverse bruyamment les jouets du bac, et s'amuse à les ranger dedans en faisant beaucoup de bruit, au point de régulièrement, il devient difficile de poursuivre le dialogue.
- Sa sensibilité auditive et le fait qu'il puisse par ailleurs se montrer rapidement inquiet lorsqu'un bruit provient de quelque chose qu'il ne peut pas voir. Il a alors besoin que l'on mette des mots sur expliquer le bruit et qu'on l'accompagne pour vérifier l'explication.

Danyel est un enfant qui se construit avec une mère psychotique qui a elle-même un rapport déformé à la réalité, du fait de l'activité délirante. Le délire est bien contrôlé par les neuroleptiques, mais Madame reste très fragile : elle se sent constamment menacée de perdre pied. Son propre rapport à la réalité est tellement vacillant qu'elle n'est pas en mesure de rassurer son fils.

A cet égard, la lecture des histoires se montre un exercice compliqué pour cette mère car cela la confronte à des stimuli ambigus à interpréter. Cette situation semble l'angoisser, elle ne cesse de solliciter l'approbation de la psychologue qui assiste à la scène. Durant un entretien, elle feuillette de bonne grâce un livre que Danyel a choisi, en essayant d'expliquer les images et de raconter une histoire.

Madame : « Alors là, c'est Monsieur le pou... Et puis ça c'est Madame le Pou... Enfin, on dirait sa femme... Je crois que c'est ça... (à la psychologue) C'est bien ça, hein ? On dit bien Madame

Illustrations : Monsieur Pou et sa femme, le vent, le feu



le Pou ? (...) Et puis là, c'est la fenêtre, et... (elle bute sur un dessin assez abstrait, difficile à interpréter)... C'est peut-être le vent ? ... Oui c'est le vent qui souffle par la fenêtre. Et là Danyel, tu vois c'est la cuisinière, avec le feu en dessous... Ça brûle ! ». Danyel suit attentivement ce que dit sa mère. En souriant, il approche sa main avec précaution du dessin, comme s'il pouvait se brûler, il souffle et dit : « Chaud ».

Brusquement, Madame n'est plus amusée par cette saynète. Elle paraît soudainement prendre peur que Danyel puisse confondre la fiction avec la réalité, et le fait qu'il se soit pris au jeu devient alors inquiétant. Elle se fige et dit alors : « Non, mais non Danyel, ce n'est pas chaud en vrai, c'est dans le livre, mais ça ne brûle pas hein ! C'est pas pareil qu'en vrai, c'est une histoire ».

#### **Intervention : « C'est toi, Danyel, qui apporte les verres »**

Tout au long de cette année de prise en charge, l'intervention d'Enfant Présent a eu pour objectif de préparer Danyel à son entrée à l'école en septembre 2007.

#### Après de l'enfant

- Mise en place d'une référence de l'éducatrice de jeunes enfants de la crèche collective, afin de répondre au besoin de relation privilégiée ;
- Verbalisations systématiques visant à expliciter ce qui se passe, les bruits entendus dans la pièce à côté, mettre en mots les émotions ressenties par Danyel pour l'aider à les identifier.
- Nombreux jeux pour l'aider dans son mouvement d'individuation-séparation et dans la maîtrise de son environnement : jeux de caché-montré, jeux avec des interrupteurs, auxquels il prend beaucoup de plaisir. Jeux visant à rassembler différentes pièces dans un grand motif comme la construction, les puzzles, pour lesquels il se montre très doué. Jeux de rôles et de prénoms avec son éducatrice et les autres enfants : « C'est moi, Nadine, qui m'assoit sur la chaise/c'est toi, Danyel, qui apporte les verres », etc.
- Visite de Danyel sur le lieu de travail de sa mère, afin qu'il puisse mieux se la représenter lorsqu'elle est absente.

#### Après des parents

- Encouragement aux activités thérapeutiques pour Madame et Danyel, ce qui a eu pour effet de les rendre plus assidus aux rendez-vous des psychiatres et pédopsychiatres ;
- Conseils à la mère sur le choix des livres qu'elle emprunte à la bibliothèque pour Danyel (de façon à ce qu'ils soient adaptés à son âge), prêt de disques de comptines antillaises pour étayer la mère dans son désir de transmission culturelle à son fils ;
- Faire émerger une place pour le père de Danyel dans le discours comme dans les actes (une activité régulière de piscine a été initiée le week-end avec le père, foot au square, etc.). Nous avons beaucoup parlé de son père en entretien et à la fin de l'année, l'investissement du père auprès de Danyel s'est concrétisé puisqu'il vient chercher son fils à la crèche de façon régulière ;
- Des vacances sont organisées pour l'été 2007 en Guadeloupe dans la famille de Madame, ce voyage revêt une importance particulière tant pour Madame qui souhaite renouer des liens avec sa propre mère que pour que Danyel fasse la connaissance de sa famille. Ces nouveaux

liens familiaux seront autant de possibilités de lui faire rencontrer d'autres figures d'attachement, plus structurées.

### **Evolution**

En juin 2007, Danyel a 3 ans et demi ; il répond à son prénom, il joue à « faire semblant » de manière presque adéquate avec l'éducatrice et d'autres enfants, il imite le comportement de ses copains de crèche, il assemble correctement les mots en petites phrases et a acquis la propreté. Il reste cependant un enfant facilement effrayé qui a besoin d'être contenu et étayé. Il continue d'inquiéter sporadiquement l'équipe, dans des moments où il s'angoisse et semble partir dans son monde intérieur, mais il est alors aisé de le rassurer et de le ramener à la réalité. Une proposition d'AED a été faite à la famille, de façon à prolonger l'accompagnement de la famille par Enfant Présent. Madame Kouakou a accepté qu'il bénéficie d'une accompagnatrice scolaire à la rentrée 2007.

### **Éléments de discussion**

Le père de Danyel a montré beaucoup de difficultés pour s'investir auprès de son fils et m'a interpellée sur la question de la mixité culturelle dans ces familles. En effet, un nombre très important des enfants suivis à Enfant Présent sont issus de couples culturellement mixtes. Il s'agit de rencontres entre des cultures souvent très éloignées, rendues possibles par « la modernité parisienne », entre des personnes qui n'auraient jamais pu se rencontrer sans la migration. Il s'agit très souvent de femmes françaises, européennes ou antillaises qui se sont mariées avec des hommes africains. Mais il est également des métissages moins facilement identifiables mais tout aussi surprenants entre l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest, etc. Les différences entre les personnes issues de ces régions ne sont pas superficielles : elles ne partagent pas la même langue, la même religion, les mêmes conceptions de l'enfant, de la famille, de la parentalité, ni les mêmes façons de faire... Les risques de malentendus (Sybille de Pury, 1998) sont alors très importants. J'ai remarqué que parmi ces couples, lorsqu'un des deux est atteint d'une maladie psychique, souvent la mère à Enfant Présent, l'autre membre est décrit comme fuyant, déniait la réalité des troubles de sa conjointe, ou inadapté dans les attentes formulées à son égard, etc. Dans le cas de Danyel, le père semble vouloir contraindre sa femme à assumer sa maternité jusqu'à ce que Danyel ait atteint l'âge de 6 ans. Il est intéressant de noter que Monsieur est ivoirien et que dans sa culture, il revient à la mère de s'occuper du nouveau-né. Le père n'intervient dans la vie de l'enfant, d'autant qu'il s'agit d'un garçon, à partir du moment où celui-ci commence à pouvoir être initié, la première initiation ayant lieu à l'âge de sept ans. En ce sens, il semble être dans le déni de la maladie de sa femme puisqu'il applique une logique normale à une situation pathologique.

Il est dit que Monsieur en veut à Madame et à sa famille de ne pas avoir été prévenu de la maladie de celle-ci. Au fil du stage, j'ai pu voir combien ce qui est perçu comme un déni, correspond à une difficulté de repérer la maladie mentale en situation interculturelle. Ne maîtrisant pas l'ensemble des codes sociaux et les normes des comportements dans le milieu d'origine de la personne, il devient très difficile d'identifier les comportements pathologiques comme tels, et de savoir s'il faut attribuer ce qui pose problème à l'origine culturelle ou à la pathologie. Ainsi, peut-être que lorsque Monsieur Kouakou a rencontré cette belle femme antillaise, il a sans doute été séduit par sa lenteur qu'il a attribuée à la douceur des femmes des îles... Un travail important a été mené toute cette année par la psychologue d'Enfant Présent auprès de couples présentant de grandes différences culturelles, afin que le parent sain puisse attribuer les dysfonctionnements de son conjoint à la pathologie et non à sa « mauvaise volonté » ou à une éventuelle paresse, etc.

L'enjeu d'une telle prise en charge est que les perturbations des interactions de Danyel avec une mère ayant elle-même un rapport très perturbé à la réalité, ne se fixent pas en psychopathologie de l'enfant. C'est cette préoccupation qui a guidé l'ensemble des interventions.

Malgré une évolution plutôt positive, certains signes inquiétants perdurent, en particulier le fait que Danyel, bien qu'ayant plus de trois ans, n'a pas dépassé le stade sensori-moteur pour ce qui concerne l'acquisition de la permanence de l'objet (selon Piaget). L'hospitalisation de sa mère alors qu'il avait 8 mois, semble avoir bloqué le développement au moment où Danyel aurait dû expérimenter sa possibilité de maîtrise sur le monde. Perdant l'enveloppe contenant de sa mère du fait de la séparation, puis la retrouvant en grande difficulté pour remplir sa fonction de protection psychique, Danyel se montre un enfant « dé-contenancé », c'est-à-dire, privé d'enveloppe, en référence à la notion de contenant psychique que constitue l'enveloppe maternelle (Anzieu, 1985), pour lequel le langage est une ressource qui lui permet d'interroger sur le monde qui l'entoure. En effet, la séparation a été une expérience subie qui l'a plongé dans l'imprévisibilité. Il montre ainsi une forte angoisse et a besoin que l'étayage se poursuive pour que l'angoisse permanente qui l'agite puisse laisser la place à un sentiment de sécurité. Sur ce point, la maladie de sa mère constitue un empêchement majeur, car elle plonge Madame Kouakou dans une réalité très imprévisible et peu sécurisante. Ainsi, l'étayage doit-il être fourni à Danyel par une intervention extérieure sous la forme de longues verbalisations visant à lui donner des repères, comme le préconise Myriam David (Ben Soussan, 2003).

## **b. Les missions de la psychologue d'Enfant Présent**

L'activité de la psychologue s'organise autour des quatre pôles suivants :

- L'observation directe des enfants, tant au domicile des assistantes maternelles pour la crèche familiale qu'au sein de la crèche collective, afin de repérer et d'évaluer l'état psychologique des enfants, d'outiller l'intervention ainsi que les décisions concernant la prise en charge quotidienne (ex : changement de mode de garde), mais aussi l'orientation vers le soin ;
- Les entretiens parents-enfant dans les bureaux de l'équipe technique, afin d'assurer le suivi mensuel de la situation, procéder à l'évaluation initiale des capacités des parents et de leur adaptation possible aux besoins de l'enfant. Guider, écouter, conseiller, le cas échéant, permettre au parent d'élaborer ses difficultés et l'orienter vers du soin individuel ou du traitement du lien lorsque la nécessité est repérée. Le but de ces entretiens est également repérer les ressources de l'environnement familial et social ;
- L'étayage de l'intervention des autres professionnels de la structure et l'appui aux décisions, à travers la participation aux réunions et synthèses cliniques, qui sont un espace dans lequel la psychologue est fréquemment interpellée pour avis sur telle ou telle situation. Il s'agit alors d'étayer les étapes du développement de l'enfant, en travaillant sur les relations de l'enfant avec ses figures d'attachement ;

- La représentation du vécu et des besoins de l'enfant, tels que les évalue Enfant Présent, au sein des réunions pluridisciplinaires rassemblant les partenaires d'une prise en charge familiale de secteur. Ces réunions d'autant plus fréquentes que les familles suivies présentent de lourdes difficultés rassemblent les intervenants des CMP adultes et enfants, secteur social, PMI, travailleuses familiales, éventuellement et selon les situations : pouponnière, hospitalisation, services mobiles de prévention, lieux de soins et traitements du lien parent-enfant, placement familial, etc.

Ainsi la psychologue a-t-elle plusieurs types d'interlocuteurs auxquels elle doit adapter ses interventions : des enfants de zéro à trois ans ; des parents souvent d'origine migrante, présentant des carences importantes de la parentalité et bien souvent des troubles psychiatriques graves ; des assistantes maternelles, la plupart d'origine migrante, formées à la garde d'enfant par initiation<sup>5</sup> ; des professionnels du socio-éducatif formés par pédagogie ; et des professionnels extérieurs de diverses professions.

#### ✓ La place du stagiaire-psychologue

En tant que stagiaire psychologue venant deux jours par semaine à Enfant Présent, j'ai été chaleureusement intégrée et investie par l'ensemble de l'équipe. Suivant à la trace ma référente dans toutes ses activités, y compris les réunions extérieures avec les partenaires, j'ai également développé une activité propre : observations cliniques des enfants de la crèche collective, participation aux activités quotidiennes de la crèche, échanges avec les professionnels des équipes petite enfance et technique, visites au domicile des assistantes maternelles, etc. Début janvier, répondant à une décision de la chef de service et de la psychologue, j'ai commencé le suivi individuel d'une petite fille de 2 ans au domicile de son assistante maternelle. A partir de cette période, une demi-journée de mon stage a été consacrée à ce suivi hebdomadaire.

Les temps de débriefing et de partage clinique entre ma référente et moi ont été intensément investis, tant pour partager des ressentis cliniques ou des éléments d'évaluation, que pour élaborer des hypothèses et des pistes d'intervention. La configuration des locaux ne se prêtant pas toujours aux colloques singuliers, tous les espaces informels internes ont été le théâtre de ces échanges (cuisine, pause cigarette, trajets de métro pour les visites à domicile, etc.). Les discussions cliniques, toujours animées et vivantes, se sont poursuivies à maintes reprises après la journée de travail jusqu'en début de soirée.

---

<sup>5</sup> Au sujet des assistantes maternelles, et de leur qualité d'« initiées » à la garde d'enfant, voir l'annexe B

La présence, la guidance et la collaboration avec les autres professionnels de la structure a également été une importante composante du stage. L'équipe et moi avons eu l'occasion de faire connaissance lors des 50 heures de stage de maîtrise, aussi mon intégration a-t-elle été rapide et je n'ai pas tardé à être directement sollicitée pour avis. Cette dimension du stage a été porteuse d'une grande richesse clinique et a aiguillé nombre de mes questionnements au fil de l'année.

C'est ainsi que ce mémoire professionnalisant se veut à la fois refléter largement l'activité la psychologue attitrée de la structure, et également la spécificité de mon activité de stagiaire (comme c'est le cas des observations).

### **c. Les outils de la psychologue**

Afin d'illustrer plus précisément les différents types d'interventions que la psychologue est amenée à faire dans le cadre de ses différentes missions, nous avons choisi de développer quelques uns des outils maniés par le clinicien, auprès de ses différents publics.

#### ✓ **Auprès des enfants : L'observation clinique, une création comme soin**

*« Quand l'observateur semble à ses yeux, occupé à observer une pierre,  
en réalité cet observateur est en train d'observer les effets de la pierre sur lui-même »  
Russel, B., 1969*

A l'Enfant Présent, l'observation est posée comme préalable fondant toute intervention, ce qui s'inscrit dans la démarche de bientraitance que j'ai précédemment évoquée, en temps qu'elle évite le placage théorique (Grégoire, 2001).

#### - **De quelle observation s'agit-il ?**

Il s'agit d'une observation éthologique (ou naturaliste), dont l'interprétation intègre l'ensemble des éléments du contexte de l'enfant (vécu familial, etc.), des professionnels, et de l'observateur. Cette observation clinique fine est destinée à faire émerger les compétences de l'enfant, cette observation constituant un bon support de communication positive avec les parents dans le but de leur permettre de découvrir et de s'ajuster à leur enfant réel (Tardos, 1975), qui peut dans ce cas être appelé le « bébé de l'observation » (Lamour, Barraco, 1999 : 10). Elle est également un soutien de la relation et des ajustements des professionnels dans la réalité quotidienne avec l'enfant. En tant qu'elle est destinée à améliorer les compétences du bébé et de ses partenaires, elle est directement inspirée de la méthode qu'Emmi Pikler a éprouvée à la Pouponnière Lóczy (Pikler, 1979 ; David, Appel, 1974), elle-même prenant racine dans les travaux d'Henri Wallon.

Réalisée auprès d'enfants en grande difficulté, dont les parents souffrent de graves atteintes psychiatriques mettant en péril leurs capacités parentales, elle est cependant couplée avec une composante importante de l'observation définie par Esther Bick (Bick, 1964 ; Delion, 2004). Ainsi, elle est une observation directe, avec une prise de note rétrospective, et centrée sur les émotions, c'est-à-dire faisant place à un travail approfondi sur la part contre-transférentielle.

- Méthodologie

Parler de l'observation nécessite cependant quelques éclaircissements méthodologiques préalables. Georges Devereux nous rappelle d'abord que dans les sciences humaines, l'observateur procède à un découpage de la réalité (Devereux, 1980), car l'objet observé n'est pas neutre fantasmatiquement (Cyrulnik, 1989 : 16). L'observateur sélectionne ainsi des informations à partir desquelles il crée une représentation qu'il nomme évidence, mais qui est déterminée par ses stratégies, ses pensées, ses théories et par les intentions qui président à l'observation (évaluation de l'état de souffrance, évolution d'un symptôme, réponse à une question concernant l'adéquation du mode de garde aux besoins de l'enfant, etc.). L'observateur observe donc aussi la manière dont son inconscient organise ce qu'il voit.

Ainsi, selon Françoise Sironi (1999 : 11), l'observé est un « objet compact », composé de l'enfant observé, du professionnel de la petite enfance, du clinicien qui observe, des outils qu'il utilise, du dispositif qu'il met en place, et des interactions entre l'enfant et ses partenaires. De plus, tout ce qu'on ne voit pas n'étant pas sans existence, l'observation clinique consiste autant à observer des événements que des non-événements, en ce sens qu'il s'agit aussi de noter ce qui arrive et ce qui n'arrive pas.

- Les effets de l'observation sur l'interaction

Ainsi, la présence de l'observateur a-t-elle un impact sur les observés (Lamour, Barraco, 1999 : 13) et sa présence suscite des modifications de la situation. Durant le stage, j'ai remarqué des réactions à l'observation venant des enfants, et aussi des professionnelles observées.

D'une part, ma présence a parfois suscité chez les enfants des réactions d'angoisse, des attitudes de séduction, des sollicitations, des manifestations joyeuses à mon arrivée, une recherche de contact physique ou visuel.

*Encadré 6 - Igor a huit mois, il vient de changer de baby-sitter. A mon arrivée dans l'espace bébé, il se fige, les yeux grands ouverts braqués sur moi. Son visage se crispe, il hurle malgré les paroles et les gestes rassurants de son auxiliaire. Il cherche du regard un refuge, tend les bras et se colle à son auxiliaire. Pendant toute la durée de l'observation, il peine à me quitter des yeux et reprend ses hurlements à chaque fois que je le regarde.*

Monique Pinol Douriez (1992) montre bien la fonction étayante du regard de l'observateur sur le psychisme du jeune enfant, ce qui se vérifie dans de nombreux exemples cliniques figurant dans ce mémoire. Le regard occupe une fonction protectrice pour l'enfant (David, Appel, 1974) qui lui permet de prendre des initiatives et de développer ses compétences et son autonomie, comme on le voit dans l'encadré qui suit.

*Encadré 7 - Amir (encadré 22) a repéré mon arrivée et s'aperçoit que je l'observe attentivement. Il reste à bonne distance de moi, mais se déplace dans tout l'espace de la crèche d'abord sans me quitter des yeux puis peu à peu, en vérifiant régulièrement que je l'observe toujours. Il s'éloigne peu à peu de son frère Omar et entreprend d'escalader le toboggan.*

D'autre part, l'observation a pu au début du stage, perturber l'activité des adultes dans leur spontanéité, en suscitant une peur d'être jugé (surtout de la part des jeunes professionnelles), un souci de conformité avec le cadre de référence. Il a été à cet égard important d'en parler et de mettre les adultes à l'aise. Le débriefing instauré en fin d'observation a d'ailleurs beaucoup contribué à détendre les professionnelles, levant le soupçon vis-à-vis d'une pensée qui aurait été soustraite à leur appréciation. Une collaboration a ainsi pu s'instaurer lors de ma présence à la crèche.

*Encadré 8 - Ben, observation sur la crèche collective, le 15 juin 2007*  
Ben sollicite l'éducatrice pour un câlin en tendant les bras, elle lui propose une activité. Il accepte aussitôt de faire un puzzle, mais après quelques minutes, il me tend les bras pour solliciter à nouveau un câlin. J'accepte en le prenant près de moi, tandis que l'éducatrice lui propose à nouveau une activité, proposition que je relaye en l'encourageant. Il accepte tout de suite de me lâcher (il est resté moins d'une minute contre moi).  
**Commentaire :** C'est comme s'il avait besoin de vérifier la disponibilité d'un adulte, la possibilité d'avoir un câlin, juste pour se rassurer. Il a recommencé cette séquence plusieurs fois durant les deux heures d'observation. Puis il est venu me voir, il a installé sa chaise face à moi. Forte demande de relation avec l'adulte.

- Qu'est-ce qu'on observe ?

Il s'agit d'observations de longue durée, se déroulant dans le lieu de vie de l'enfant, lors d'activités quotidiennes des enfants au sein de la crèche collective ou au domicile de leur assistante maternelle. L'observation réalisée est centrée sur les interactions d'un enfant précis, ou selon les cas, une observation flottante de l'ensemble des interactions entre le groupe d'enfant et la professionnelle.

On observe le comportement sous ses différents aspects :

- *Les comportements moteurs et l'expression des affects* (mimique, tonus, posture, déplacements, etc.), en référence au concept d'éprouvé posturo-émotionnel introduit par Wallon ;

- *Les interactions non-verbales* (Restoin et coll.,1983) : comportements affiliatifs (offrandes, caresses et bisous, prendre la main, poser la tête, etc.) et antagonistes (saisies, menaces, agressions, canalisations et réorientations de l'agression, isolement, etc.); Les rapports de domination (dominants, dominés, etc.), et les styles comportementaux (leaders, suiveurs, actifs, passifs etc.) ; la contingence comportementale, les initiatives, l'accordage de l'enfant à son partenaire, l'ajustement de l'adulte, la stimulation, les échanges de regards, etc. ;
- *La communication verbale* (langage, contenu des paroles, qualité et richesse de l'émission sonore).

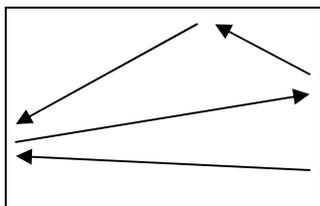
Mais aussi les dessins et créations plastiques, et l'apparence physique (soins et adaptation des vêtements, cheveux, etc.).

**Encadré 9 - Balthazar** (encadrés 19, A9), 28 mois, accueilli à la crèche collective depuis octobre 2005.

**Observation en crèche collective, le 30 janvier 2007**

20 minutes d'observation dans la salle d'activité, avant que son père vienne le chercher.

Il entre dans la pièce avec un téléphone qu'il colle à son oreille. Il déambule en disant « Allo, Allo, Allo » malgré les ballons qui rebondissent dans la pièce. Tandis que les autres enfants présents jouent au ballon seul ou à deux, Balthazar joue avec les boutons du téléphone, tout en heurtant de manière aléatoire sur les ballons qui sont sur son chemin. Il reçoit un ballon en pleine tête mais ne paraît rien remarquer et poursuit sa déambulation. L'auxiliaire de jeunes enfants lui explique que l'activité est le jeu de ballon et l'invite à s'y joindre. Aussitôt, il jette le téléphone par terre et shoote dans un ballon. Sa posture est assez raide, la tête rejetée en arrière, son dos fortement cambré. Il ramasse une balle, cherche des yeux quelqu'un sur qui la lancer, puis abandonne rapidement le jeu pour reprendre sa déambulation. Il rencontre Yvan



et le pousse, puis va à la rencontre d'autres enfants qu'il cherche à pousser. C'est Théo qui a ramassé le téléphone et à son tour, il mime un appel : « allo maman, bababa, je te passe ». Il vient alors coller le téléphone à l'oreille de Balthazar qui fait le même « Allo » que tout à l'heure. Il récupère le téléphone et reprend sa déambulation. Je pense alors qu'il utilise le téléphone comme le camion sur lequel il passe toute sa journée : comme un objet qui

l'accompagne dans ses déplacements. Il n'entre en interaction intentionnelle avec aucun enfant, il est comme une bille de flipper dans l'espace de la pièce. Finalement privé de son téléphone par l'auxiliaire, et incité à nouveau à jouer au ballon, il parvient à jouer 5 minutes puis finit par reprendre sa déambulation qui s'accélère. Il prend de la vitesse, se met à courir et se projette physiquement contre les murs en paraissant s'amuser beaucoup au moment du choc. Il court les yeux vers le ciel, sans regarder devant lui, jusqu'à percuter le mur. Je me demande ce qu'il éprouve à cet instant et j'ai l'impression qu'il cherche à saisir les limites de son corps. Je me demande s'il n'a pas une atténuation des sensations corporelles qui le conduirait à avoir besoin de sensations fortes pour éprouver quelque chose. Hypoesthésie sensorielle ?

**Observation à la crèche collective, le 27 février 2007**

Balthazar est plus souriant dans la crèche. Mais toujours sur son camion. A pleuré lorsque Omar lui a arraché une poignée de cheveux.

**Commentaires** : Balthazar est un enfant qui a passé sa première année de vie à l'hôpital. Il y a subi de multiples interventions chirurgicales afin de redresser et donner de la mobilité à sa colonne vertébrale. Les soins ont été longs et progressifs, et il a longtemps porté un corset de maintien, avec lequel il a appris à marcher. Sa posture très cambrée ainsi que la cicatrice à l'arrière du cou témoignent de cette histoire médicale lourde. Ses déplacements dans la pièce et son plaisir manifeste à ressentir l'impact de son corps sur le mur évoquent une perte d'enveloppe et la recherche des limites physiques de son corps, suite au fait que le corset avec lequel il avait appris à marcher lui ait été enlevé. J'ai beaucoup pensé à ce corset en observant Balthazar dans cette pièce, dont la mobilité particulière donnait l'impression que le corset avait fait partie de son enveloppe et qu'en lui retirant, c'est tout un nouvel apprentissage de son corps qu'il devait faire.

Cette observation a orienté une réflexion vers un travail à faire sur l'enveloppe qui a été maintes fois effractée au début de sa vie avec les hospitalisations et la chirurgie. Balthazar manifeste le besoin d'être contenu, enveloppé, et peut-être de retrouver les sensations du corset. Il est possible qu'il se projette ainsi contre les murs pour sentir les limites de son corps, comme si la peau ne faisait pas fonction d'enveloppe. C'est un enfant dur au mal, car il a beaucoup souffert physiquement

- Un cadre rigoureux et fiable

Les observations sont prévues et régulières, fréquentes et diversifiées (Mauvais, 1995 : 274), réalisées en accord avec l'équipe, qui est prévenue de ma présence. L'équipe petite enfance constitue un soutien important dans le repérage de ce qui peut être observé (lors des réunions d'équipe, etc.) et peut parfois formuler la nécessité d'observer tel ou tel enfant, dans un objectif de compréhension ou d'ajustement de la prise en charge.

Le choix du moment observé est important. Certains moments-clés sont régulièrement observés et riches en informations : le moment où le parent amène son enfant à la crèche (la séparation), les comportements que produisent cette séparation (activités autocentrées comme sucer le pouce, ou comportements de socialisation comme sourire, vocaliser, monter sur les genoux d'un adulte, etc.). Pendant la journée, les activités sont observées, les soins, les repas, le lever de sieste, puis le soir le moment des retrouvailles avec le parent.

L'observateur doit être en retrait, discret et moduler son attitude selon le climat de la situation. Il doit savoir sortir de sa réserve pour suggérer un changement dans le scénario de l'interaction, ou répondre à une sollicitation d'un enfant. Lorsque la difficulté est trop grande, il peut apporter un soutien plus concret et plus immédiat. En effet, « une modification des caractéristiques de l'interaction comportementale, avec l'aide d'une tierce personne, peut infléchir la courbe des interactions affectives » (Mauvais, 1995 : 276)

L'observation est une expérience d'une grande intensité émotionnelle (Sandri, 1998) et plonge l'observateur dans un état de grande « réceptivité émotionnelle » (Esther Bick, 1964), qui est une importante source d'empathie (Appel, Tardos, 1998), mais ce dernier ne doit cependant pas être

submergé par les mouvements contre-transférentiels et ses propres projections. Observer, c'est être en situation d'attente, devenir réceptif et alors, le travail sur les émotions du psychologue peut devenir un véritable outil clinique. En effet, il est indispensable d'être à l'écoute de soi-même, de ce que l'on a éprouvé pendant les phases successives de l'observation. La connaissance rétrospective et distanciée de ses propres émotions constitue pour l'observateur une indication sémiologique essentielle pour la compréhension de l'échange (Siksou : 270-277).

*Encadré 10 - Amine (encadrés 18, A4, A6), deux observations*

**Observation sur la crèche collective, le 30 mars 2007**

Il est complètement éteint dans la loveuse à mon arrivée : apathique, regard dans le vide, très peu réactif aux sons et aux passages devant lui. Au moment où il faut se mettre à table pour le goûter, il se traîne à sa place. Pendant la chanson du pouce, il a du mal à participer, son attention semble fluctuer : très absent puis d'un seul coup présent, puis à nouveau il décroche... Il agresse un peu Yvan qui est à côté de lui en lui tirant son tee-shirt. Puis pose brusquement sa tête sur ses bras. Je me demande alors ce qu'il fait, ainsi couché contre la table (attitude de désespoir, sommeil ?). Yvan le regarde et lui fait « des chatouilles aux cheveux » : une interaction amicale se met en place et ils commencent un jeu de chatouilles réciproques. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'Amine commence à s'animer. La psychologue est arrivée à la table du goûter entre temps, une interaction sympa s'établit entre enfants et adultes et Amine est maintenant bien revenu dans le groupe et la vie de la crèche. A partir de ce moment-là, il va s'amuser et paraître un tout autre enfant.

**Observation sur la crèche collective, le 14 juin 2007**

En arrivant à la crèche, je constate que Amine porte un tee-shirt noir, avec une grande tête de mort blanche, façon pirate, orné d'un slogan : Take a dive (argot britannique qu'on pourrait traduire par : « feindre le KO technique »). Je me dis que puisqu'il s'agit de feindre, il reste une possibilité d'intervenir...

Amine fait parfois un effet inquiétant aux personnes qui l'observent. Lors de la séquence du 30 mars, je me suis sentie aspirée par une sensation de malaise de plus en plus forte, j'ai soudain eu l'image d'un enfant en train de couler, de s'enfoncer dans la tristesse. Puis brusquement, en quelques minutes, la sensation disparaît, et je vois un enfant bien vivant, en train de s'amuser avec son voisin de table. Il est possible d'interroger le fonctionnement d'Amine, qui évoque un état dépressif, avec ses fluctuations au gré des stimulations. A cet égard, Amine va ensuite pleinement profiter d'une référence individuelle qui va pouvoir le « porter dans sa tête » et le stimuler positivement. L'indispensable travail avec la mère est rendu difficile car elle refuse tout contact avec la psychologue, malgré un état que je n'ai pas de peine à imaginer très dépressif. Mais l'état observé d'Amine est-il le fruit d'une relation mère-enfant fusionnelle ou une pathologie dépressive plus fixée ? Il est difficile de le dire en l'absence d'éléments supplémentaires.

Un débriefing post-observation a été rapidement institué avec les professionnels observés, en tant que la connaissance de l'enfant, acquise grâce à l'observation partagée, peut permettre aux adultes de mettre en œuvre des savoir-faire nouveaux (Mauvais, 1995 : 276). C'est la perspective d'échanges réguliers et d'un dialogue prochain avec l'observateur qui donne à sa présence son véritable sens. C'est également par ces échanges réguliers que les professionnelles

de la petite enfance et la psychologue acquièrent peu à peu une façon commune (mais non similaire) de regarder l'enfant (Szanto-Feder, 2002).

Cette nécessité de restitution n'est cependant pas sans interroger sur le contenu et la forme de ce qui est restitué. En effet, il m'est arrivé, surtout les premiers mois, d'être embarrassée quand la situation dont j'avais été témoin avait suscité des impressions pénibles ou négatives. C'est ainsi que j'ai pu constater la nécessité de prendre du recul vis-à-vis de l'observation. Nous avons donc convenu de procéder au débriefing dans le courant de la journée et non immédiatement après la fin de l'observation. Alors, la peur de dire ce que l'on a vu ou perçu, qui résultait sans doute d'une identification exclusive à l'enfant (Mauvais, 1995 : 279), a disparu. Le débriefing est également un moment dans lequel il est possible de faire émerger chez la professionnelle observée l'intensité des émotions qu'elle a ressentie devant certaines manifestations de mal être de l'enfant ou ses difficultés relationnelles.

L'observation étant directe et sans support, une prise de notes précise et immédiate était effectuée dans un second temps, aussi proche que possible du moment observé afin d'éviter la déperdition des éléments. Il s'agissait de noter de manière descriptive ce qui avait été observé, c'est-à-dire la trame de l'interaction, dans un effort d'exhaustivité, tel que préconisé par Esther Bick (Lacroix, Monmayrant, 1995), mais également de noter les pensées qui ont traversées spontanément l'observateur et les sensations qu'il a éprouvées.

- Les fonctions de l'observation soigneuse<sup>6</sup>

Le psychologue est souvent l'interlocuteur des parents et des professionnels, car il est susceptible de centrer son regard et de poser une sorte de diagnostic sur les enfants perçus en difficulté. La fonction première de l'observation est donc d'outiller l'ajustement mutuel et de développer les compétences des partenaires.

L'observation a une « fonction soignante » pour l'enfant et les adultes (Mauvais, 1995 : 288), car elle soutient ces derniers dans leur attention au bébé et augmente leur réceptivité aux messages qu'il adresse, ce qui permet de consolider les efforts pour s'ajuster. L'observation est un soin aussi parce qu'elle permet d'instaurer « une médiation pour percevoir, recevoir, contenir, penser l'impact de la vie émotionnelle du bébé dans son environnement et garder ainsi vivante l'attention à son égard » (Mellier, 2001).

---

<sup>6</sup> Je reprends l'expression de Martine Lamour et Marthe Barraco, dans Lamour, M., Barraco, M. (1999), *L'observation du bébé : méthodes et clinique*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin, p 33

C'est ainsi que les effets thérapeutiques de l'observation soutiennent le développement de l'enfant, faisant de la « fonction observante » (Mauvais : 1995 : 266) un outil au même titre que les autres fonctions remplies par l'équipe auprès des enfants.

Ainsi, l'observation à l'Enfant Présent est-elle placée au cœur et à la source des choix qui président à la résolution des difficultés et au fonctionnement du lieu d'accueil, comme je le montrerais dans les nombreux exemples cliniques qui suivent. Il s'agit pour les équipes d'un moyen de connaissance fine des registres comportementaux des enfants, de la manière dont ils traduisent leurs vécus et les difficultés de développement. Elle facilite également les échanges, soutient la pensée et guide l'intervention dans les réunions. Elle occupe ainsi une fonction pédagogique et thérapeutique majeure au sein du dispositif de prévention.

*Encadré 11* - Leïla est née en juillet 2005, elle a 20 mois au moment de l'observation. Ses parents sont marocains, Monsieur est atteint d'épilepsie et fait des crises fréquentes, une par semaine, depuis un traumatisme post-accident de la circulation. A la naissance, Leïla a suscité des inquiétudes médicales intenses en raison de la taille surdimensionnée de sa tête, ce qui d'après la pédiatre serait un héritage neurologique du père. Les bilans neurologiques de l'hôpital Robert Debré n'ont cependant pas montré d'anomalie. La mère a eu une ITG à 8 mois de grossesse avant Leïla, une anomalie chromosomique ayant été diagnostiquée. Le bébé a été nommé Mahmoud et enterré au Maroc.

A son arrivée à la crèche en juin 2006, Leïla avait un an, elle présentait un retard de développement, des difficultés pour se tenir assise et une insécurité importante. Malgré tout, elle a marché à 16 mois et commence maintenant à bien rattraper son retard depuis le voyage au Maroc avec ses parents, l'été 2006. Depuis septembre 2006, Leïla ne cesse de donner à voir ses progrès.

Je l'observe pendant une heure, un matin du 12 janvier 2007, dans la section des petits de la crèche collective.

Du point de vue moteur, elle est moins avancée que les autres enfants du groupe, elle manie sommairement les crayons. Elle a du mal à escalader le rebord, s'y reprend à plusieurs fois, se coince le pied sous elle... mais finit par y arriver. Elle se met debout sur le rebord avec une satisfaction non-dissimulée.

Elle semble prendre du plaisir en tout : découvrir des sensations en se jetant dans la piscine à balles, réussir de nouveaux mouvements, explorer le fonctionnement de nouveaux objets. Tout paraît l'intéresser. Elle montre de nombreux comportements affiliatifs avec les autres enfants et fait beaucoup d'offrandes de jouets et, à table, de nourriture. Elle apporte un jouet à Igor qui pleure, puis va chercher Fanta pour l'inviter à jouer aux emboitements, ou encore s'installe entre Fanta et Kenza pour se joindre à leur activité de dinette. C'est une enfant qui sourit beaucoup. Sa motricité est assez lente (elle mange et se déplace lentement) mais cela ressemble à une douceur toute hédoniste. Elle semble se découvrir et observer le monde avec ravissement, et les stimulations suscitent beaucoup de désir chez elle, même s'il existe un décalage manifeste entre ce qu'elle voudrait et ce qu'elle peut faire. Cette disposition devrait l'encourager à progresser. Le groupe est en ce sens très positif pour elle.

Débriefing de dix minutes à l'auxiliaire avec laquelle j'ai passé la matinée : Leïla est en plein progrès, elle a vraiment besoin d'être stimulée et encouragée, qu'on puisse se réjouir de ses

progrès et l'accompagner pour gagner en autonomie. Elle a encore besoin d'un accompagnement pour développer sa motricité. Mais l'amélioration est nette. L'observation de ce matin était très positive, elle est très bien intégrée au groupe d'enfants et suit beaucoup les leaders dans leurs propositions.

Ce retour de l'observation en direction de l'auxiliaire a eu un effet rassurant et a contribué à modifier le regard chargé d'inquiétude porté sur cette enfant. Ce faisant, c'est la relation entre Leïla et son auxiliaire qui s'est trouvée modifiée. En juin 2007, à la fin de mon stage, Leïla est passée dans la section des moyens, elle s'est transformée physiquement, devenant une belle petite fille, que sa mère habille de façon très coquette. Elle s'est épanouie et a complètement rattrapé son retard moteur. Son langage est maintenant bien développé. L'année prochaine, elle fera sa dernière année de crèche dans la section des grands.

### ✓ **Auprès des parents : l'entretien comme espace pour traiter la relation**

Les entretiens de suivi avec les parents se passent la plupart du temps en présence de l'enfant, car il s'agit de traiter de la relation entre les parents et leur enfant réel, et non d'un dispositif thérapeutique individuel qui concernerait l'enfant imaginaire. Auprès d'un public déjà stigmatisé<sup>7</sup> socialement et souvent en grande difficulté, la première étape, souvent longue, consiste à établir une relation de confiance entre la psychologue et la famille. Dans cette première étape, il s'agit pour la psychologue de valider auprès des parents et de l'enfant l'importance de l'attachement réciproque, afin de susciter une alliance et travailler ensuite avec eux les défaillances de la parentalité. Cette alliance thérapeutique naît en grande partie de la manière non-disqualifiante de mener l'entretien et d'accueillir le parent, qui tient compte du temps nécessaire à l'instauration de la confiance, de la connaissance mutuelle et de l'appréhension de la manière dont chacun : vit ce qui lui arrive ; souhaite que les choses changent ; parvient à imaginer la manière dont cela serait possible. Les perspectives d'avenir peuvent alors se dessiner lors d'une élaboration commune, dans une démarche de co-construction du sens entre la famille et la psychologue (Blanchet, 1989). Il s'agit de mettre ces parents en position d'experts (Sironi, 2006) afin de recueillir leurs propres interprétations de leurs difficultés, de co-construire la prise en charge clinique et de définir ensemble les interventions d'Enfant Présent à leurs côtés. Le psychologue est ainsi à l'écoute de leurs besoins et de ceux de l'enfant et dès lors, la rencontre ne met plus en scène un professionnel expert qui sait, peut contraindre, et qui estime être responsable, et des parents qui devraient se justifier, se défendre et n'aurait pas conscience de leurs responsabilités (Scelles, 2004). Elle engage deux interlocuteurs qui énoncent des désirs, font valoir sans trop de crainte leurs compétences et leurs limites.

---

<sup>7</sup> Sur les effets sociaux des stigmates : Goffman, E., (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris : Editions de Minuit

J'ai choisi d'illustrer le travail clinique mené par la psychologue avec les parents sur la relation à leur enfant, à travers la situation de Hamza et ses parents. Cette analyse clinique a été menée à l'issue d'un premier entretien que j'ai eu avec la famille, montrant la confrontation difficile entre enfant imaginaire et enfant réel, pour une mère hyper-angoissée. Dans cet entretien, une posture d'emblée qualifiante des parents a permis à chacun de parler de leurs peurs à l'égard de l'équilibre psychologique de leur fils, dans un contexte où la mère ne cesse de se disqualifier et où la peur de la maladie envahit la parentalité. Cet exemple montre également comment le travail clinique avec les parents s'articule avec la réflexion sur les modalités de l'intervention des professionnelles auprès de l'enfant.

#### *Encadré 12 - Hamza : Contenir l'angoisse maternelle*

Hamza est gardé en journée depuis un an par Madame T., assistante maternelle. Lorsqu'elle est en congés, il fréquente alors la crèche collective, où il a été repéré par les professionnelles comme un enfant agité, agressif, ayant du mal à trouver sa place dans le groupe, en difficulté dans ses relations avec les autres enfants.

La famille a été orientée à Enfant Présent en septembre 2006, pour un mode de garde et une intervention préventive, car Madame Dussolier exprime constamment des difficultés à s'ajuster aux besoins de son fils. En juin 2006, elle a cessé de prendre ses neuroleptiques et s'est trouvée hospitalisée en psychiatrie, pour ce qu'elle appelle sa « *maladie de l'angoisse* » (clausturation, bouffées d'angoisse), qui se manifeste sur un mode délirant. Depuis cette époque, elle bénéficie d'un traitement par injections-retard prescrit par un psychiatre tous les quinze jours, et elle se rend scrupuleusement aux rendez-vous de la psychologue du CMP, auprès de laquelle elle affirme recevoir beaucoup de soutien. Le père de Hamza a 33 ans et il travaille comme vendeur.

Madame interpelle constamment les membres de l'équipe petite enfance, que ce soit à la crèche collective ou l'assistante maternelle de son fils, pour avoir des conseils sur son comportement maternel et des évaluations sur le développement de son fils. Elle ne sait pas ce qu'elle doit faire, et se demande constamment si elle fait bien. « C'est bien ou c'est mal ? », demande-t-elle à tout propos. Son besoin de réassurance semble sans fond, les mêmes questions revenant chaque jour sous différentes formes. Les professionnels d'Enfant Présent sont sollicités, mais elle prend aussi des conseils constamment auprès de toutes les personnes qu'elle croise.

Hamza était autrefois « un bébé qui ne pleurait jamais » selon sa mère, et il est aujourd'hui un enfant qui passe insatiablement d'un jeu à un autre. Il a du mal à patienter. Il mord et agresse les autres enfants, ne supporte pas la frustration, le partage des jouets, etc. Il a davantage investi la motricité que le langage : à presque 2 ans, il dit des petits mots, mais assemble peu (2 mots maximum). Il aime aller au square et jouer à l'extérieur, mais a plus de mal à se concentrer sur une activité plus posée. Hamza est un enfant plein de vitalité, très éparpillé qui a beaucoup de mal à intégrer les règles, et un constant besoin du regard étayant de l'adulte, surtout dans un espace collectif. Chez son assistante maternelle cependant, contenu physiquement par une présence rassurante à ses côtés, et stimulé par les encouragements, Hamza semble à l'aise pour explorer plus durablement les activités proposées.

#### **La famille**

Je reçois le couple dans le cadre du suivi mensuel et dès le début de l'entretien, Madame envahit l'espace de doutes, inquiétudes et questions au sujet de ses capacités maternelles. Elle demande à être rassurée sur le fait que Hamza va bien, elle veut « tellement qu'il soit parfait ».

Je leur demande de me décrire comment ils trouvent Hamza, de me dire comment il va. Tous deux trouvent que Hamza est agité, qu'il n'obéit pas et ils peinent à lui imposer des limites. Madame parvient à dire qu'elle a « peur que son fils ne l'aime plus si elle lui impose des interdits », mais qu'en même temps, a « peur qu'il devienne malade comme moi ». Elle établit clairement un lien entre sa maladie actuelle et l'attitude de sa mère pendant son enfance. Elle pense qu'elle a « développé cette maladie car ma mère ne m'a jamais mis de limites, elle a toujours été faible avec ses enfants ». Madame oriente alors la discussion sur le déterminisme de sa propre maladie dans le comportement de Hamza : « est-ce que forcément, parce que je suis malade, si je ne suis pas une assez bonne mère, est-ce que forcément il ira mal ? ». Mais dès que la porte s'ouvre sur d'éventuels problèmes de leur fils, sur son excitabilité, elle est aussitôt refermée par l'angoisse violente de la mère, relayée par le père qui ajoute « c'est normal, c'est un enfant ».

Le pédiatre de la crèche a signalé un grand nombre de rendez-vous médicaux de Hamza. Dès qu'il présente une simple toux, ou un refus de manger ou qu'il ne va pas à la selle pendant une journée, sa mère l'emmène chez le pédiatre et ils ressortent avec une ordonnance. C'est ainsi que le moindre écart à ce que Madame se représente comme « normal », tant au niveau psychologique que physiologique, est l'objet d'inquiétude et de consultation.

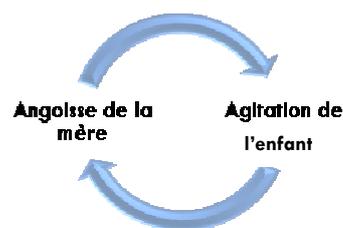
### **Interprétations : L'angoisse comme organisateur des relations**

Prisonnière de la reproduction du schéma maternel, Madame ne parvient pas à empêcher la répétition, et reproduit avec son fils un comportement qu'elle pense avoir été à l'origine de sa propre maladie, ce qui produit des « flambées » d'angoisse qu'elle ne peut contenir. Pour les deux parents, regarder en face les difficultés de Hamza est trop menaçant, car tous les deux partagent la question de l'hérédité de la maladie de Madame, même si Monsieur ne la formule pas directement, et se défend mieux contre cette menace. Il précise que sa mère (grand-mère paternelle de Hamza) dit que Hamza lui ressemble comme deux gouttes d'eau au même âge et qu'il était très turbulent.

Ainsi, admettre les difficultés de Hamza reste possible tant que la pathologie ne menace pas : des difficultés d'accord, mais sans dépasser la limite de ce qui est normal. La question du normal et du pathologique, est formulée par Madame dans les termes de bien/mal pour Hamza. Une pathologie de son fils serait une atteinte narcissique insupportable pour elle : Hamza est ainsi contraint d'aller bien pour rassurer sa mère.

Dans le même temps, l'angoisse est là en permanence et exerce une pression sur les partenaires. L'angoisse de mal faire empêche à la mère de poser des limites, ce qui angoisse Hamza qui s'agite. L'agitation de Hamza alimente en retour l'angoisse de sa mère (voir schéma).

Circulation de l'angoisse et ses effets



Du point de vue de la « maladie de l'angoisse », la dépendance de Madame à l'égard de son interlocuteur et l'incapacité qu'elle montre à partir lorsque l'entretien est terminé, permettent de poser l'hypothèse d'une angoisse de séparation massive, qui prend probablement racine dans la relation à sa propre mère (confirmée par le conseil de sa psychothérapeute de « couper le cordon » avec sa mère). Elle est comme « collée » au fonctionnement de sa mère qu'elle reproduit car faire différemment la détacherait, ce qui est beaucoup trop angoissant. Par défaut d'étayage, elle se vide de l'intérieur en permanence et a besoin d'être insatiablement remplie de paroles qui ne l'apaisent que quelques heures. Les failles narcissiques sont immenses, comme si son enveloppe psychique était déchirée et faisait fonctionner son narcissisme avide en circuit ouvert. Devant un tel tableau clinique, se pose la question de la permanence du travail thérapeutique qui devrait s'attacher à améliorer la capacité d'enveloppement, à solidifier le contenant, davantage qu'une élaboration étiologique.

### **Et Hamza dans tout ça ?**

A la vue du lien que Madame établit entre sa relation à sa mère, sa pathologie et la relation avec Hamza, il est possible de poser l'hypothèse d'un fonctionnement proche chez son fils, qui manifeste une certaine avidité dans ses désirs et une intolérance à la frustration, et une angoisse de séparation importante.

Devant une telle désorganisation maternelle, l'envahissement de l'espace par un enfant imaginaire et idéalisé qu'il n'est pas, l'incapacité de cette mère à regarder l'enfant réel sans risquer de s'écrouler, alors, il est légitime de se poser la question de l'espace dont dispose Hamza pour se développer. De plus, Madame Dussolier peut être très rejetante à l'égard de son fils dès qu'il ne se montre pas comme l'enfant idéal qu'elle voudrait qu'il soit. Plusieurs professionnels de la crèche ont observé que Hamza peut avoir des sursauts ou des gestes de protection lorsque quelqu'un n'est pas content de lui, comme s'il craignait de recevoir une claque. Ces observations confirment la difficulté pour Hamza à avoir une existence propre : soit il se plie au désir/besoin de sa mère et devient cet enfant idéal qui la rassure, soit il s'écarte délibérément de cette image pour affirmer son individualité et il s'expose alors au rejet maternel, voir à la maltraitance. Dans une telle configuration, le risque de psychopathologie de l'enfant est important : il est impossible pour un jeune enfant d'exister en dehors de l'amour maternel, d'autant plus qu'il s'expose ainsi à de la violence. En devenant « malade comme elle », il pourrait alors être pleinement le fils de sa mère, et se libérer d'une partie de la pression normative tout en exprimant son individualité.

### **Propositions d'intervention clinique**

L'intervention doit ici permettre de détendre le lien fusionnel nourri d'ambivalence entre la mère et l'enfant, par un soutien renforcé aux tiers potentiels de cette relation. Ainsi, la place du père est à valoriser autant que possible, et à cet égard, il faudra préciser son degré d'investissement dans la relation conjugale et dans la relation à son fils, au cours des entretiens ultérieurs. Il est menacé d'épuisement aux côtés de cette femme en demande constante.

Les tiers institutionnels sont également à renforcer : à l'issue de cet entretien, il semble nécessaire de programmer rapidement une visite au domicile de l'assistante maternelle de Hamza pour la soutenir pour faire face au risque d'épuisement (si la mère risque de l'épuiser par ses sollicitations incessantes, l'agitation de Hamza peut être également éprouvante) et pour explorer la question de la relation entre Hamza et sa mère.

Dans le cadre des entretiens, une attention particulière est apportée aux demandes qui ont été formulées par le parent concernant les modalités de la garde de son enfant. En effet, il est des requêtes formulées auprès de l'assistante maternelle ou d'autres professionnels, qui sont susceptibles de renseigner l'état de la relation parent-enfant, comme c'est le cas des demandes qui concernent les soins portés à l'enfant. En effet, il arrive qu'un parent demande à l'assistante maternelle de donner le bain, et/ou les repas du soir, et/ou que l'enfant soit déjà en pyjama au moment où il vient le rechercher. Sachant combien la relation affective avec le bébé s'établit à travers les soins corporels, la psychologue ne manque pas de reprendre avec le parent ce qui motive ces demandes et ce que représentent ces soins pour le parent. En effet, il est possible de s'interroger sur la place et les supports qui restent pour entrer en relation avec l'enfant lorsqu'il n'y a plus de soins à dispenser.

Lors de ces entretiens émerge parfois la nécessité d'un suivi thérapeutique plus régulier, psychothérapie individuelle pour le parent ou l'enfant, ou traitement des dysfonctionnements majeurs de la relation parent-enfant. Il arrive que le parent énonce spontanément la demande, ou qu'il accepte la proposition faite par la psychologue. Celle-ci accompagne la démarche en communiquant des coordonnées de thérapeutes du secteur privé ou public, et il arrive qu'elle facilite la mise en contact si c'est nécessaire.

Mais ces entretiens peuvent être également être investis par des parents fragiles comme faisant partie de leurs propres ressources, alors qu'ils n'envisagent pas un suivi psychothérapeutique extérieur. Selon les cas, il arrive aussi à la psychologue de suivre de plus près quelques situations particulièrement lourdes ou complexes. C'est le cas dans l'exemple présenté ci-dessous, avec le suivi de Monsieur Konaté, père de Lamine.

*Encadré 13 - Monsieur Konaté : Continuer d'être père tout en étant veuf...*

Monsieur Konaté est ivoirien et son fils, Lamine, 3 ans et demi, est accueilli à Enfant Présent depuis que sa mère est décédée accidentellement en avril 2005. A cette époque, Monsieur et Madame Konaté étaient sans papiers, hébergés dans un hôtel du 9<sup>ème</sup> arrondissement. Dans la nuit du 14 au 15 avril 2005, un incendie s'est déclaré au rez-de-chaussée de l'hôtel, et n'a pas tardé à se propager dans les étages supérieurs. Parmi les 22 victimes (dont 11 enfants) de ce terrible fait-divers relayé par les médias, se trouvait la mère de Lamine, alors enceinte de 8 mois, et Lamine. Ce jour-là, Monsieur Konaté était au travail, ce qui lui a sauvé la vie. En effet, ni la mère, ni l'enfant qu'elle portait, ne purent être sauvés, et Lamine fut hospitalisé pour une intoxication respiratoire.

Lamine et Monsieur Konaté sont suivis par la psychologue d'Enfant Présent depuis cette époque. Ce père a grandement investi les entretiens, en particulier pour trouver du soutien sur la manière dont il peut aider son fils à surmonter cette épreuve (faut-il ou non l'emmener sur la tombe, l'associer aux prières, etc.). Pendant les longs mois qui suivirent le début de l'accompagnement, il a beaucoup parlé de son propre deuil et de cette mort si difficile à accepter. Il est devenu un membre actif du collectif des victimes de l'incendie. L'équipe d'Enfant Présent a été très mobilisée par cette histoire tragique. Monsieur Konaté est venu régulièrement rencontrer la psychologue pour un conseil éducatif, pour lui parler du projet de faire venir ses deux filles aînées restées en Côte d'Ivoire, et depuis peu pour évoquer timidement l'idée d'un remariage. Sa préoccupation est de ne pas perturber davantage Lamine, qui est « tout ce qui lui reste » de la femme qu'il a jadis aimée.

Ce jour-là, nous sommes le 1<sup>er</sup> juin 2007. Monsieur Konaté a demandé un rendez-vous avec la psychologue qui ne l'a pas vu depuis un bon moment. Comme je l'ai déjà rencontré, et que nous avons alors évoqué ensemble la Côte d'Ivoire, pays que je connais bien, pour le plus grand plaisir de Monsieur, la psychologue me propose de sortir de ma position d'observatrice pour que nous menions un entretien conjoint. Monsieur commence par nous annoncer qu'il vit avec une nouvelle femme. Antouma a 31 ans, comme lui elle est Sénoufo, élevée dans le même quartier que Monsieur Konaté. Musulmane, très croyante, elle prie beaucoup. Elle n'a pas d'enfant et n'a jamais été mariée. Ils se sont rencontrés après la mort de Madame Konaté, alors que Monsieur Konaté était retourné au pays. Elle s'est installée chez Monsieur il y a presque trois mois. Orpheline d'un père dont elle était très proche, elle comprend d'autant mieux Lamine. Celui-ci a mis du temps, mais il a fini par accepter de s'approcher. Il dit à son père

qu'Antouma, « sa maman encore », ce que Monsieur Konaté comprend comme un signe d'acceptation.

### **Le rêve**

Monsieur Konaté explique qu'il vient nous voir parce qu'il fait des cauchemars. Auparavant et dans les mois qui suivirent l'incendie, il rêvait souvent de sa femme, il la voyait comme si elle était vivante. Depuis trois mois, les rêves se sont intensifiés et ont changé de nature. Il rêve qu'il est en compagnie de sa femme, comme dans le souvenir de cette fois où ils étaient allés faire des courses ensemble. Ils sont au magasin, elle est habillée en jean, vivante. Elle lui demande s'il va travailler ou s'ils rentrent à l'hôtel ensemble. Cette question fait surgir dans le rêve une angoisse par rapport au travail. L'image de sa femme disparaît, Monsieur Konaté se retrouve devant les policiers après l'incendie de l'hôtel. Il se sent projeté dans une autre réalité, qui lui rappelle que sa femme est morte, il voit les flammes. Tout en rêvant, il prend conscience qu'elle est morte, que tout ceci n'est qu'un rêve, il voit les détails, les lieux. Il se réveille angoissé, en sueur.

Il a fait plusieurs fois ce type de rêve récemment. Dans la journée, ses pensées sont souvent tournées vers la mort de sa femme, l'incendie, il y pense beaucoup plus qu'auparavant et cela l'inquiète. Antouma, sa nouvelle femme, accepte d'en discuter avec tendresse et sans jalousie. Néanmoins, elle lui a conseillé d'en parler moins autour de lui, car elle a l'impression que cela le préoccupe trop.

Madame Konaté est décédée deux ans auparavant. Monsieur Konaté et Lamine ont participé cette année encore à la marche du souvenir organisée par le Comité des victimes dans les rues de Paris, jusqu'au pied de l'hôtel. L'année dernière, ils avaient lu les noms des défunts, mais l'émotion suscitée par le rituel a laissé place cette année à une manifestation plus silencieuse. Monsieur Konaté va régulièrement au cimetière sur la tombe de Madame et il y emmène souvent Lamine.

L'année dernière, l'anniversaire du décès se situant au moment de l'Aïd El Kebir, il a organisé un sacrifice et une fête musulmane chez lui. Mais cette année, manquant de moyens financiers, il a renoncé à l'achat d'un mouton et à la cérémonie de prières. Il évoque également un sacrifice qu'il faisait régulièrement pour sa femme décédée : il apportait du lait chaque lundi à la Mosquée. Ce sacrifice était suivi d'un rêve dans lequel il voyait sa femme le remercier. Il nous dit alors spontanément qu'il a interrompu ses prières et sacrifices à la Mosquée depuis un moment, là encore faute de moyens.

### **Interprétations du rêve : processus de deuil ou traitement du mort ?**

Percevant l'intérêt de Monsieur pour la psychologie et afin de répondre à la demande d'une interprétation adressée à une institution française, la psychologue d'Enfant Présent a d'abord proposé une première interprétation de la situation.

L'installation de la nouvelle compagne de Monsieur au domicile à la période d'anniversaire (deux ans après le décès) a contribué à réactiver les questionnements de Monsieur sur sa loyauté à l'égard de la morte. Il est sans doute en proie à une culpabilité inconsciente, tout en conservant une certaine ambivalence teintée de colère pour cette femme qu'il aimait et qui l'a « abandonné » avec un enfant. Bien qu'il ait pris beaucoup de temps et de garanties pour la choisir, il conserve peut-être des doutes sur le choix de sa nouvelle compagne. Cette réactivation conjoncturelle massive est liée à l'entrée dans la phase de reconstruction qui suit le deuil, et déclenche une nouvelle étape - douloureuse - du processus : Monsieur Konaté regarde en face la réalité de la mort de sa femme. Il franchit une étape dans la prise de conscience qu'elle est bien morte et ne reviendra pas. Cette prise de conscience s'accompagne d'une flambée traumatique dans laquelle les détails les plus douloureux qui avaient été enfouis, refont surface (les flammes, la police, le choc de l'annonce...). Cette

réactivation inquiète Monsieur mais elle témoigne du déroulement normal du processus de réinvestissement libidinal qui marque la sortie de la période de deuil.

Suivant Marie-Rose Moro, qui démontre l'intérêt d'une interprétation complémentariste des rêves, entre psychologie et tradition, dans le cadre de la prise en charge des migrants (2003), la psychologue me propose de compléter son interprétation à partir de ma connaissance du traitement des morts dans le Nord de la Côte d'Ivoire, par une seconde interprétation.

Les rêves de Monsieur Konaté ont commencé au moment de la date-anniversaire du décès, et peuvent ainsi être interprétés comme un appel au rituel de la part de la morte. En effet, chez les Sénoufos du Nord de la Côte d'Ivoire, pendant les temps qui suivent la mort, le mort revient souvent dans les rêves des vivants, cherchant à les entraîner avec eux. Il n'est pas rare qu'ils apparaissent, vêtus de leurs habits de vivants, incitant le rêveur à les suivre. Les rituels de deuil sont en fait des traitements du mort, visant à lui apporter la paix, et organisant la séparation du mode des morts de celui des vivants. Reposant en paix, le mort n'a plus de motif de revenir importuner les vivants. J'ai donc évoqué avec Monsieur Konaté la possibilité de reprendre les rituels qui avaient été abandonnés cette année (reprise du sacrifice hebdomadaire les lundis à la Mosquée, et une séance de prière à son domicile avec un imam). Pour des raisons financières, le sacrifice d'un mouton n'a pas été envisagé. Il pourrait s'avérer indispensable si les cauchemars persistent, le sacrifice de l'animal séparant très efficacement les deux mondes.

Benjamin Kilborne (1978) qui propose une analyse comparative des interprétations freudiennes et traditionnelles des rêves au Maroc, établit d'ailleurs un lien entre le retour du mort en rêve, expression de l'ambivalence et de la culpabilité du vivant par rapport au mort, et la fin de la période liminale, entre mort physique et mort sociale, mise en actes par les rituels de deuil. En cela, l'offrande qui est traditionnellement prescrite par les interpréteurs traditionnels des rêves, est un moyen pour le vivant de traiter son ambivalence et d'éloigner la menace que représente le retour du mort (Kilborne, Rêve 2 « du père mort », p 89).

Par ailleurs, les deux logiques ont convergé concernant le point suivant : alors que dans le rêve, Monsieur est face à la question de suivre ou pas sa femme morte, le surgissement des scènes traumatiques fait fonction de « rappel à la réalité » pour Monsieur qui alors se trouve brutalement confronté aux policiers, au souvenir des flammes, ce qui le réveille brusquement. Nous avons ainsi pensé que les reviviscences traumatiques, bien que paraissant pénible à Monsieur Konaté, faisait office de protection en le réveillant et l'empêchant de suivre la morte. Cette transformation du scénario des rêves correspond à la période de l'installation de la nouvelle compagne au domicile de Monsieur. Nous avons donc interprété très favorablement la présence d'Antouma au domicile, ses prières faisant office de protection à Monsieur Konaté.

Quelques jours plus tard, nous apprenions que Monsieur Konaté avait dit à l'éducatrice de l'AED, que notre rendez-vous l'avait beaucoup aidé et que « ça allait beaucoup mieux ».

✓ **Auprès des professionnelles : le travail du contre-transfert et des émotions dans le soin**

Avec sa méthode d'observation directe, Esther Bick a montré l'importance des émotions qui surgissent lors des interactions professionnelles avec un enfant (Delion, 2004), et la manière dont il est possible de travailler ce contre-transfert pour en faire une ressource de prise en charge. L'inquiétude est certainement l'émotion la plus fréquemment à l'œuvre chez les professionnels d'Enfant Présent, et elle constitue une indication privilégiée pour une observation menée par la

psychologue auprès des enfants et des parents. Elle est un véritable signal d'action, un signe toujours pris en considération et considéré comme important, car les professionnels qui s'occupent des enfants sont identifiés à l'enfant et en portent les inquiétudes qu'il ne peut pas toujours exprimer (David, 1989). Ainsi, en particulier avec les assistantes maternelles, une vigilance particulière est apportée au ressenti concernant l'enfant.

*Encadré 14* - Voilà 6 mois que Estelle France, 11 mois, est gardée par Madame L. Depuis qu'elle a changé d'assistante maternelle pour des raisons organisationnelles internes, Estelle ne cesse de pleurer dans les bras de Madame L., et refuse d'être posée, manifestation insécurisée. Au fil des 6 mois, la mère d'Estelle va de plus en plus mal et manifeste de plus en plus de troubles délirants, comme je le présente dans l'encadré A9. Après avoir renouvelé une période d'adaptation, et tenté de nombreuses modifications du rythme de garde, Madame L. pourtant assistante maternelle expérimentée (20 ans d'ancienneté à Enfant Présent) confie à l'équipe qu'elle n'en peut plus, elle ne sait plus quoi faire. Elle s'inquiète beaucoup du fait qu'Estelle mange et dort beaucoup pendant la garde, ce qui lui laisse supposer une importante inadaptation des soins maternels. Madame Letraux ne semble pas comprendre les transmissions du soir, ne répond pas aux inquiétudes de l'assistante maternelle... De plus en plus déconnectée, nous en déduisons qu'elle ne prend plus son traitement neuroleptiques. Les pleurs d'Estelle épuisent chaque jour davantage son assistante maternelle, et j'effectue plusieurs visites à domicile pour tenter de comprendre ce qui se passe. Début mars, la question du signalement se pose et Madame L. exprime son ras-le-bol et dit qu'elle ne tiendra plus très longtemps à ce rythme. Une semaine plus tard, Madame Letraux est hospitalisée par son psychiatre qui constate l'envahissement du délire. Estelle France est placée provisoirement à la pouponnière Michelet. Je pose alors l'hypothèse que le ras-le-bol de l'assistante maternelle était sans doute connecté à l'état psychologique d'Estelle France et à sa capacité à supporter l'inadaptation de sa mère à ses besoins, résolue par le placement. En effet, quelques jours plus tard, nous rendons visite à l'enfant à la pouponnière et l'équipe témoigne de sa bonne adaptation. Elle a cessé de pleurer.

A Enfant Présent, la psychologue est l'interlocuteur privilégié de l'ensemble de l'équipe, en ce sens qu'elle récolte les observations des différents professionnels sur les enfants, et leur propose parfois des interprétations, fonde des hypothèses cliniques sur le fonctionnement des enfants, la relation aux parents, et outille l'intervention des professionnels. Elle est ainsi en position de faire prendre conscience aux membres de l'équipe, la manière dont ils perçoivent certains enfants parfois chargée d'ambivalence, et le sens que prend ce contre-transfert dans la situation de cet enfant.

*Encadré 15* - Au sujet d'Adile (encadrés 1, 17, A8, A10) : Au fil d'une réunion clinique avec l'équipe de la crèche collective, il émerge qu'Adile est perçue comme « une enfant énervante » par les professionnelles, énoncé aussitôt relevé par la psychologue qui interroge : qu'est-ce qu'elle rejoue de sa relation à ses parents ? Qui énerve-t-elle dans la réalité ? Plutôt son père ou sa mère ?

Les ressentis de chacun à l'égard des enfants, émergent fortement dans les discussions informelles ainsi que dans les réunions d'équipe. La liberté de parole, ainsi qu'une forte confiance mutuelle,

permet à la psychologue de se saisir des sensations et affects suscités par les enfants chez celles qui s'en occupent.

*Encadré 16* - Lors de la réunion de synthèse avec l'équipe de la crèche collective, le 10 mai 2007, la responsable de la crèche déclare : « Linette passe son temps à perdre son doudou en ce moment, et à pleurer toutes les larmes de son corps. Ca me rend dingue ! »

#### **Commentaires cliniques**

La mère de Linette est atteinte d'une psychose maniaco-dépressive bien stabilisée par le traitement. Quelques temps auparavant, l'éducatrice était venue me faire part de l'observation suivante : Linette traîne constamment avec elle son doudou et sa tétine, dont elle refuse de se séparer et qu'elle semble garder toujours à portée de main. Lorsque ça ne va pas, elle se console seule avec ces objets, sans avoir besoin de l'adulte. Ce qui pourrait être interprété comme un signe positif n'avait pourtant pas manqué de m'interpeler, reliant cette autonomie affective précoce aux fluctuations de la disponibilité de la mère. En effet, Linette se comportait comme si elle avait déjà appris à ne pas compter sur les adultes. Ainsi, cette évolution de Linette montrait qu'elle semblait davantage capable d'interpeler les adultes autour de la perte de son doudou et de se montrer en situation d'être consolée. La réaction contre-transférentielle de la responsable de la crèche évoque la réaction de la mère aux demandes de Linette, qui d'une certaine manière, la rend effectivement « dingue » et auxquelles elle a du mal à donner le change.

La psychologue est fortement investie par différents membres de l'équipe, et il n'est pas rare qu'une professionnelle, éducatrice ou responsable de la crèche collective, vienne spontanément consulter son avis. Durant mon stage, avec l'éducatrice de jeunes enfants, jeune professionnelle très investie, nous avons pris l'habitude de nous retrouver de manière informelle (souvent dans la cuisine), moments lors desquels elle me faisait régulièrement part d'observations cliniques fines concernant les enfants de la crèche collective. Ces observations étaient l'objet d'échanges, de regards croisés et d'hypothèses interprétatives sur lesquelles fonder son intervention.

*Encadré 17* - Le 15 juin 2007, l'éducatrice de la crèche collective me rapporte les faits suivants : un soir précédent, son père annonce qu'il sera en retard pour venir chercher Adile (encadrés 1, 15, A8, A10). L'éducatrice dit à Adile qu'elle va attendre avec elle. Adile réclamait déjà pas mal sa mère depuis un moment. Elle semble triste. L'éducatrice range des jeux dans la pièce à côté lorsque la femme de service l'interpelle : Adile s'étrangle le cou avec les mains et se fait vomir. Elle vomit un peu ce soir-là. L'éducatrice intervient et lui verbalise que c'est sans doute difficile pour elle, qu'elle a envie de voir son père etc. Elle lui propose un câlin, ce qu'Adile accepte. Elle ne pleure pas.

*Commentaire clinique* : Si elle avait pu pleurer, elle n'aurait pas vomir.

Adile réclame souvent sa mère dans la journée (tout à l'heure elle pleurait en appelant « maman »), jamais son père. Elle dessine un grand papa qui prend toute la page et une toute petite maman. Elle veut toujours avoir ses deux tétines ensemble (tétines inséparables). Ça lui a fait du bien que ses deux parents soient présents à son anniversaire mardi.

*Hypothèse* : ces deux tétines reliées par un morceau de tissu sont constamment trimbalées par Adile qui les porte alternativement à la bouche. Les professionnelles envisagent de séparer les tétines, afin qu'Adile n'en ait plus qu'une à sa disposition. Je m'interroge sur l'opportunité de le faire : si ce sont ses parents qu'elle réunit, il vaut peut-être mieux lui laisser les deux.

Elle a une ordonnance de *Motilium* depuis des mois (renouvelée). Le père dit très souvent le matin qu'Adile a vomi pendant la nuit. Il se pourrait qu'elle se fasse vomir, ce qui expliquerait le *Motilium*. C'est la première fois que ce vomissement forcé est observé à la crèche.

*Encadré 18* - Le 30 avril 2007, l'éducatrice vient me parler de Amine (encadrés 10, A4, A6), dont elle est la référente et elle me rapporte une série d'éléments cliniques au sujet desquels je lui renvoie les commentaires qui suivent :

- Le fait que Amine dise « j'ai pas envie », dix fois par jour, à propos de tout ce qui lui est proposé, même lorsque que manifestement il en a envie ;

*Hypothèse* : « J'ai pas envie » : phrase prononcée par sa mère, déprimée, qu'il est susceptible d'entendre souvent et dont il saisit l'importance ;

- Les dessins qu'il commence sont très appliqués et soignés, mais ils se terminent très gribouillés, le papier gravé presque transpercé ;

*Hypothèse* : Reflet de l'ambivalence de l'investissement de Amine par sa mère : il est à la fois son bébé, un peu d'elle-même, et en même temps le fils de son père contre lequel elle éprouve rancœur et violence ;

- Il joue beaucoup à faire faire des allers-retours à une voiture ou à faire passer une voiture dans un tunnel (jeu du rentrer-sortir) ;

*Hypothèse* : Je pense à un mouvement auto-calmant, d'autant que ça arrive dans des moments d'agitation du contexte.

Mais une grande partie du travail de la psychologue auprès des professionnelles, en particulier sur le contre-transfert, s'opère dans les réunions formelles, au sein desquelles convergent les différentes observations de l'ensemble de l'équipe. C'est cette convergence des informations qui peut augmenter le niveau d'inquiétude et la mobilisation auprès de certains enfants. En effet, certains enfants sont portés à l'ordre du jour très régulièrement, alors que d'autres, moins bruyants dans leurs signes d'alerte, ont tendance à ne faire que rarement l'objet de synthèses. Ceci est régulièrement souligné par la psychologue qui se sert de l'observation des ordres du jour comme un outil clinique, visant à déterminer le degré d'investissement des enfants par l'équipe, reflet possible de leur degré d'investissement par leurs parents. Il faut noter à ce sujet que les enfants présentant les manifestations les moins bruyantes ont également tendance à se faire oublier. Le rôle du psychologue est alors d'utiliser la composition des ordres du jour pour susciter une réflexion et éventuellement modifier des pratiques.

Ces réunions sont le lieu des prises de décisions concernant le suivi des enfants, leur orientation, les perspectives d'interventions et aussi la nécessité d'orienter sur des soins externes ou de faire un signalement. C'est pourquoi la participation de la chef de service y est indispensable.

*Encadré 19* - Balthazar, 25 mois, accueilli à la crèche collective depuis octobre 2005. Echange à la réunion de synthèse du 17 octobre 2006

Crèche collective : Il a des comportements que nous avons du mal à comprendre : Il s'échappe constamment des bras, il se jette en arrière, crache, tape l'adulte. Il a du mal à jouer avec les autres enfants et à participer aux activités, comme si les relations individuelles ne l'intéressaient pas. Il se rue sur les camions dès son arrivée et c'est son seul jeu de toute la journée. Il paraît discordant, et en même temps il est capable de nommer tous les enfants de la crèche. Au niveau langage, il commence à très bien répéter.

Psychologue : J'ai remarqué que le père ne sait pas trop comment procéder le matin pour le déposer. Il a tendance à le pousser de l'autre côté de la barrière et à s'en aller. Il faut vraiment dire au père de prendre le temps de s'installer dans le fauteuil, de le prendre dans ses bras pour lui dire au revoir et le déposer dans l'espace enfants.

Pédiatre : j'ai aussi l'impression que c'est un enfant peu gratifiant dans les relations et que l'équipe ne prend pas forcément beaucoup de plaisir avec lui...

Chef de service : Les observations ne sont pas toutes convergentes, et moi j'aurais tendance à trouver qu'il est vraiment en progrès, alors je pense qu'il faudrait que la psychologue fasse une observation clinique détaillée pour qu'on saisisse l'enfant réel, débarrassé des interprétations qu'on peut faire de son comportement.

*Encadré 20 - Jackie, 27 mois, accueillie à la crèche collective depuis janvier 2006. Echange lors de cette même réunion de synthèse du 17 octobre 2006*

La crèche collective : le père de Jackie est constamment hyper-inquiet. Il élève seul sa fille en essayant de suppléer au quotidien à la mère absente (femme qui l'a quitté et qui présentait des troubles du comportement et des troubles addictifs), il est très interventionniste auprès de Jackie qui dort avec lui.

La pédiatre : Il a tendance à pratiquer une automédication préventive et en même temps, n'a pas confiance dans les médecins. Jackie a un problème de constipation chronique depuis toujours, auquel le père répond par des suppositoires à la glycérine, ce qui a pour effet de la 'vider'.

La psychologue : L'équipe de la crèche l'a orienté vers moi par rapport à son inquiétude constante, et depuis, il ne me dit plus bonjour car il ne veut pas entendre parler de "psy". Jackie est à l'étape importante de la maîtrise des sphincters pour acquérir la propreté mais elle ne parvient pas à se faire confiance, avec un père constamment inquiet qui n'arrive pas à la lâcher. Il a besoin d'être rassuré, il faut l'aider à être moins sur la défensive et lui montrer qu'il n'est pas un mauvais père. En rassurant le père, on pourra peut-être rassurer Jackie.

L'assistant social : J'ai un bon contact avec lui, au fil des entretiens, il parvient quand même à demander des conseils. On pourrait le voir ensemble pour commencer à évoquer l'acquisition de la propreté de Jackie.

Les éducateurs sont certainement les professionnels de l'équipe pour lesquels l'écart à la norme éducative est le plus travaillé en réunion de synthèse, ce à quoi contribuent grandement les interventions de la psychologue. Les explications cliniques, propositions d'interprétations, et analyses du contre-transfert, permettent aux éducatrices de réaménager leurs attentes et de fonder une intervention plus souple. La présence au sein de cette réunion interdisciplinaire de la

chef de service, également psychologue, permet de garder le cap de la mission préventive, ce qu'illustre l'exemple clinique ci-après.

*Encadré 21* - A l'issue de la discussion qui concernait Linette (encadré 16), ce 10 mai 2007, la chef de service déclare : « N'oublions pas que l'équipe a tendance à gratifier les leaders, et à moins s'investir auprès des 'suiveurs'. La mère de Linette est une intellectuelle, ce n'est pas elle qui va donner de l'énergie physique à sa fille. Cependant, grâce à elle, Linette connaît les couleurs, c'est le bon que sa mère peut lui donner. Et nous devons respecter ça, il faut le valoriser ».

✓ **Auprès des partenaires : les réunions de synthèse comme espace pour représenter l'enfant**

La psychologue représente très fréquemment Enfant Présent au sein des réunions de synthèse qui rassemblent tous les partenaires intervenant auprès d'une famille. Ces réunions sont d'autant plus fréquentes que l'inquiétude au sujet d'une famille ou d'un enfant est importante ou que dans la perspective d'un placement. Il appartient à la psychologue de préparer ces réunions en sollicitant les observations et autres éléments cliniques auprès de ses collègues qui connaissent bien l'enfant (par exemple l'assistante maternelle de l'enfant, l'éducatrice de la crèche familiale etc.).

Comme l'illustre l'encadré 4 au sujet de la famille Fournier Melloul, il arrive fréquemment que la psychologue s'y trouve isolée en tant qu'elle témoigne du vécu de l'enfant et de l'observation de la relation réelle qui existe avec le parent, dégagée des fantasmes et projections. Dans cet exemple, les partenaires présents étaient particulièrement nombreuses, exclusivement des femmes, ce qui a pesé dans le jeu des identifications pour examiner la situation d'enfants dont le père était un homme migrant, présenté comme alcoolique et violent. Autre exemple, les réunions de synthèse concernant la famille Sissokho (Modibo, encadrés 23 et A7), au sein desquelles Enfant Présent amenait la question du placement thérapeutique familial pour les enfants, au vue de la souffrance psychique qui avait été observée par Enfant Présent. La psychologue et la chef de service se sont alors retrouvées très isolées, face à des professionnels de la psychiatrie suivant la mère (CMP Adulte), souhaitant préserver la relation à la mère, tout en étant manifestement pris dans une relation contre-transférentielle non analysée.

**d. Guider les modalités de l'accueil en investissant les espaces symboliques**

Entre l'extérieur et l'intérieur de la crèche collective, il est un lieu de transition hautement stratégique et particulièrement riche à observer pour le psychologue : il s'agit de l'espace réservé à l'accueil parent-enfant qui fait office de sas dans lequel les parents déshabillent

l'enfant à son arrivée et le rhabillent le soir. C'est dans cet espace ouvert, séparé de l'espace enfant de la crèche collective par des vitres à mi-hauteur, où se passent les transmissions de la journée, les séparations et les retrouvailles.

*Encadré 22 - Omar et Amir (encadré 7) sont jumeaux, ils ont 19 mois, et sont accueillis sur la crèche collective depuis 6 mois. Notes de la synthèse clinique du 17 octobre 2006.*

Equipe crèche : quand la mère vient les rechercher et qu'elle est seule, nous avons remarqué qu'elle ne s'en sort pas du tout avec Omar. Elle habille d'abord Amir et puis elle doit ensuite « se battre » avec Omar pour l'habiller. Il hurle et se débat et elle montre vraiment des signes de détresse dans ces moments-là.

Psychologue : C'est dur pour Omar de retrouver sa mère dans ces conditions. Est-ce qu'il serait possible à quelqu'un de l'équipe d'accompagner les jumeaux dans l'espace parents-enfants de façon à ce que dans le même temps, Madame habille Amir et une professionnelle habille Omar ? Ce serait important de soulager la relation de ces moments négatifs et de rompre un peu le cercle vicieux qui les enferme tous les deux.

Certains parents s'autorisent à pénétrer dans l'espace enfants, mais la plupart ne le font pas. Cet espace transitionnel entre intérieur et extérieur, entre monde du parent et de la famille et espace de crèche, est un endroit stratégique en tant qu'il met en scène les difficultés d'un enfant à passer d'une chose à une autre et à faire face aux discontinuités.

*Encadré 23 - Modibo (encadré A7) arrive à la crèche avec sa mère. Il reste collé à elle tandis qu'elle tente de le faire rentrer dans l'espace enfant. Il résiste. Elle lui enlève son manteau avec difficulté, il est figé, son visage ressemble à un masque. Il semble incapable de se séparer d'elle. Je demande à l'éducatrice de sortir de l'espace enfant pour entrer dans l'espace transitionnel afin d'aider la mère et d'accueillir Modibo dans un endroit où le monde de la maison et celui de la crèche peuvent cohabiter. L'éducatrice s'approche de lui avec un petit camion qu'il saisit, tout en s'accrochant au pagne de sa mère. L'éducatrice demande à celle-ci si elle peut le laisser à Modibo pour la journée et verbalise qu'il peut la garder avec lui pour entrer. Modibo agrippe le pagne et entre dans l'espace enfant accompagné de l'éducatrice. La mère sort.*

Dans cette séquence, je veux montrer la manière dont les objets circulent dans cet espace transitionnel : une personne (éducatrice) et un objet de la crèche (camion) en sortent provisoirement, un objet de la maison y entre (le pagne), tous deux accompagnent le passage de l'extérieur vers l'intérieur. En assouplissant les interactions qui accompagnent le passage d'un monde à l'autre, cela permet de créer une continuité entre les espaces, de façon à ne pas recréer le clivage qui organise les enfants de mère psychotique.

## **e. Les thématiques transversales abordées**

Quelque soient les interlocuteurs de la psychologue, un ensemble de thématiques sont diversement abordées avec les professionnelles et les parents. Elles concernent la vie du bébé et du jeune enfant, ainsi que l'étayage à la parentalité en difficulté.

- La vie somatique : sommeil, alimentation, propreté. Caractéristiques, habitudes, organisation des soins, rythme de vie, style comportemental, affects. Ex : Comment dort-il ? Avec quels objets ? Avec qui ? Où ? Comment est organisée la maison ? la vie quotidienne ? Qui fait la toilette ? Les changes ? etc.
- L'éducation : stimulations, choix de jouets et livres adaptés à l'âge, etc. Envies, capacités de l'enfant ;
- Les confrontations entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel ;
- La relation de l'enfant et du parent avec son assistante maternelle ou la crèche collective ;
- La préparation à l'école ou au jardin d'enfant ;
- Le contexte de vie ;
- Le contexte relationnel : relais familial.

Lorsque c'est possible, sont également évoqués la vie conjugale, la vie sociale et familiale, la petite enfance des parents et leurs relations avec leurs propres parents. Plus rarement, sont pris en compte l'histoire familiale transgénérationnelle, la culture d'origine, les attaches religieuses, politiques, etc.

L'apprentissage de la propreté est un élément important de la clinique des enfants de zéro à trois ans. C'est pour l'enfant une exploration de la possibilité de « faire ou non plaisir à l'autre, de donner ou refuser en gardant pour soi, de cumuler, de se défaire de quelque chose, de retenir » (Barabé, 2001 : 99). C'est ainsi que les fragilités narcissiques et les angoisses précoces peuvent interférer dans cet apprentissage, d'autant que la relation avec le parent n'est pas sécurisante. Selon Tustin (1989 : 84), les angoisses fondamentales qui peuvent saisir les enfants comme les adultes sont la peur de tomber, d'être précipité, de s'écouler, de tomber en morceaux, de se déverser ou de se dissoudre, d'exploser, bref, des angoisses archaïques de morcellement et/ou d'anéantissement qui mèneraient à la mort. Ainsi, l'étape de l'acquisition de la propreté peut confronter les enfants à des angoisses de mort par écoulement et pas liquéfaction (Barabé, 2001). Le rôle de la psychologue est donc d'aider l'enfant à passer une étape, à vivre un changement, ce qui lui permet de faire l'expérience de la continuité tout en étant en mouvement. Pour cela un travail méticuleux doit être fait auprès des parents, et également auprès de l'enfant par l'intermédiaire de son assistante maternelle ou de l'équipe de la crèche collective.

L'acquisition de la propreté fait l'objet de réunions entièrement consacrées à cette question, passant en revue tous les enfants concernés par cette question. C'est ce travail en finesse qui est illustré par l'encadré suivant.

*Encadré 24* - Rania a 3 ans et demi, elle entre au jardin d'enfant à la rentrée prochaine. L'acquisition de la propreté entre donc dans son actualité, et fait l'objet d'une discussion lors de la synthèse de la crèche collective du 10 mai 2007.

L'équipe : Rania rechigne à aller sur les toilettes. Elle a commencé son apprentissage le 19 mars, et depuis ça stagne. Les parents sont très patients : ils essaient de ne pas lui mettre de couche le matin avant de venir. Elle arrive très souvent mouillée. On se demande s'il ne faut pas lui remettre la couche.

La psychologue : Mais comment réagit-elle quand elle a des accidents ? Avez-vous l'impression qu'elle a envie de se débarrasser de sa couche ?

*Commentaire* : La psychologue cherche à comprendre le vécu subjectif de Rania autour de ses accidents : est-ce qu'elle les vit comme un échec ? Est-ce que remettre une couche ne serait pas davantage perçu comme un échec ?

L'équipe : Elle ne réagit pas tellement quand elle a des accidents. Cela ne semble pas la gêner... C'est comme si cela ne la concernait pas. Elle est intéressée par la culotte, mais elle voudrait pouvoir avoir les deux, la culotte et la couche !

La psychologue : Elle a peut-être besoin qu'on l'aide à associer les sensations de l'envie de faire pipi à la procédure (demander à aller aux toilettes). Et puis Rania a fait tellement de progrès cette année... Peut-être qu'elle ne peut pas tout faire en même temps ou à l'inverse, peut-être qu'elle ne sent pas assez les enjeux... C'est difficile de trancher car je n'ai pas assez d'éléments.

L'équipe : En tout cas, son père ne s'inquiète pas du tout, il est persuadé que cela va se régler tout seul cet été en Tunisie lorsqu'ils seront dans la famille.

La psychologue : Il a probablement raison, mais peut-être que dans ce cas, ce serait bien que je le vois pour voir comment il envisage les choses, afin que nous puissions nous positionner.

## **f. Contraintes et perspectives d'ouverture**

Pour pouvoir travailler sereinement avec les parents ayant une déficience intellectuelle ou une psychopathologie psychiatrique, le travail de la psychologue passe par le fait de leur permettre d'accéder à une prise de conscience de leurs difficultés pour en atténuer les effets (Coppin, 2004 : 28). Certains mécanismes de défense mis en place par le parent (dénier, persécution, rationalisation, etc.), font partie intégrante de la pathologie et peuvent constituer un obstacle majeur à une prise en charge préventive. Chez ces parents, les interactions éducatives quotidiennes peuvent être teintées d'une certaine difficulté à trouver une bonne distance entre fusion et distanciation, et une difficulté à utiliser le langage comme médiateur des conflits et

autres questions qui surgissent dans le développement. C'est ainsi que de nombreuses familles accueillies à Enfant Présent font face à des problématiques concernant les limites mises aux jeunes enfants et à des problèmes d'autorité. L'opposition fait partie du développement et en l'absence de médiation langagière entraîne une difficulté à mettre en mots un interdit et à en expliciter le sens, de même qu'elle suscite davantage de passages à l'acte (fessées, colères). Par ailleurs, cette parentalité confronte l'enfant à un manque de cohérence et de continuité dans les prises de décision d'un moment à l'autre, d'un lieu à l'autre. Dans ces situations, le psychologue doit prendre en compte ces paramètres et tenter d'établir un travail davantage éducatif et de guidance, plutôt qu'une réflexion théorique basée sur des capacités d'élaboration : elle intervient davantage directement dans les conseils, les choix de jouets adaptés à l'âge, le type d'organisation de la vie quotidienne, etc. qui prennent en compte les besoins de l'enfant et les capacités des parents. C'est par la qualification de leurs pratiques et la reconnaissance de compétences parentales que l'intervention psychologique peut les amener à une meilleure maîtrise de leur destin.

De ce fait, la contrainte à la co-construction de l'intervention et du sens des difficultés auxquelles se heurtent les parents est d'autant plus cruciale. Il ne peut en aucun cas exister une parentalité « standardisée » à laquelle pourraient accéder ces personnes. Il s'agit bien d'adapter les objectifs du suivi à leurs singularités. « L'intervention auprès des parents est adaptée selon leur situation et déterminée avec eux. Il s'agit (...) de les amener à reconsidérer leurs valeurs, leurs modèles, leurs pratiques en matière d'éducation pour mieux résoudre les conflits que suscite l'éducation des enfants » (Auguin, Gerber, 2005).

Dans le même temps où Enfant Présent répond aux besoins de garde des parents et de l'enfant, il appartient à la psychologue de faire évoluer les conceptions qu'ils se font de la parentalité. Dans cette perspective de modification en profondeur de la parentalité et du psychisme, la dimension uniquement pédagogique atteint ses limites avec la pathologie parentale et/ou infantile qui nécessite du soin au-delà de l'éducation. Cette transformation doit être durable et pérenne au-delà de l'intervention d'Enfant Présent. Par conséquent, « éduquer » ne peut suffire, il s'agit bien de « traiter », ce qui inclut une dimension fortement thérapeutique aux interventions de la psychologue.

Ce public dont il s'agit de modifier durablement les modèles éducatifs sont non seulement des parents carencés, au vécu psycho-social lourd, souvent atteints de maladies psychiatriques, mais aussi des migrants pour la plupart. Des migrants, des personnes d'origine étrangère, et des français originaires de Province, qui ont en commun un fort isolement social et familial en région parisienne. Leurs attachements sont lointains, et ils se trouvent ici déliés des matrices culturelles qui

donnent sens à leur vie et particulièrement à l'éducation des enfants. Les couples culturellement mixtes qui ne manquent pas de se former dans les métropoles occidentales sont fréquents à *Enfant Présent*.

*Encadré 25* - Quelques exemples de la diversité culturelle des parents et des enfants suivis à *Enfant Présent* : la mère de Aliou Césaire est métropolitaine, son père est guadeloupéen ; la mère de Tiako Valérie est née à Abidjan, son père à Argenteuil ; la mère de Marek est algérienne, son père est français ; la mère de Malika est marocaine, son père est martiniquais. Ainsi de nombreux enfants portent des prénoms composés qui reflète la diversité culturelle de leurs origines. Comme nous l'avons vu dans le cas de Danyel (encadrés 5, A12), de nombreux couples unissent des femmes françaises (métropole, Antilles, Guyane, Réunion), souvent atteintes de troubles psychiatriques, à des hommes africains, maghrébins, etc.

C'est ainsi que l'intérêt de la structure, et plus particulièrement de la psychologue, pour une ouverture vers les théories culturelles du développement de l'enfant et des désordres familiaux ne surprendra pas, intérêt reflété dans la vignette clinique de Monsieur Konaté (encadré 13).

Comme le montrent de nombreux auteurs (Houzel, 1999 ; Sellenet, 2002 ; Delaisi de Perceval, 2000), les ruptures culturelles liées à la migration sont susceptibles d'éclairer les enjeux de la parentalité et ses empêchements, et ont en cela un impact majeur sur les systèmes familiaux. De très nombreux travaux cliniques menés ces dernières années auprès des migrants et dans leurs sociétés d'origine, soulignent la dimension culturelle de la construction de la parentalité et du développement de l'enfant (pratiques et rituels de séparation, d'endormissement, de sevrage, de maternage, etc.) (Devereux, 1985 ; Rabain, 1994 ; Erny, 1999 ; Koubi, 1995 ; Stork, 1986, 1993 ; Bril, 2000, 2004 ; Bouche-Florin et coll., 2005 ; Cherif, 2005). Cette transmission culturelle à l'enfant, ou « fabrication culturelle », passe dans les premiers temps de la vie, par les soins corporels donnés à l'enfant. Ainsi, toute norme éducative à laquelle se réfèrent les parents, ou dont ils peuvent s'écarter, est une norme culturellement déterminée, qui se reconfigure avec les effets de la migration (acculturation puis intégration fragmentaire des normes véhiculées par les institutions de la société d'origine).

Du point de vue de la psychopathologie des enfants d'origine migrante nés en France, depuis environ vingt ans, Marie-Rose Moro et son équipe de recherche clinique (Moro, 2007, 2001), des auteurs issus de l'ethnopsychiatrie (Moro, Nathan, 1989 ; Nathan, 1991), ainsi que de l'anthropologie (Lallemand, 1997) et des pratiques cliniques interculturelles (De Pury, 1998 ; Mesmin, 2001), montrent à travers leurs nombreux travaux l'existence d'étiologies culturelles pour interpréter les désordres manifestés par les enfants, en particulier à partir de l'identification de leur nature (Lallemand, 1978 ; Moro, Nathan, 1989 ; Moro, 1988 ; Nathan, 2000 ; Petit Rosevègue, 2002 ; Zougbedé, 2003) et leur intérêt majeure dans les psychothérapies et les

interventions visant à transformer durablement les situations (Moro, 1998, 2004 ; Mesmin, 1995, 2001).

Ainsi, si la crèche constitue le premier espace de socialisation d'enfants nés en France, elle est également l'occasion de rencontres entre des représentations et des pratiques culturelles différentes entre le monde de la maison (les parents) et celui de l'extérieur (la société d'accueil), à l'intersection desquels se trouvent les enfants. Il est souvent important de pouvoir se référer à la culture<sup>8</sup> d'origine des parents pour pouvoir saisir la place qu'occupe leur enfant dans leur psychisme. A travers l'encadré consacré à Danyel et à ses parents, j'ai montré combien la médiation peut être nécessaire dans les couples culturellement mixtes, dont les malentendus nous montrent que ce qui paraît être évident et naturel, voire relever du sens commun, se trouve être culturel (Bruner, 1990). Une intervention véritablement respectueuse de la personne, peut devenir un vecteur d'intégration pour les enfants et les parents d'origine migrante, si tant est qu'elle accueille également leurs pensées, leurs objets, leurs théories et leurs pratiques, sans les disqualifier. C'est ainsi que peut alors se construire autour de la prise en charge de l'enfant une véritable clinique de la multiplicité.

Dans cette perspective, une des psychologues recrutée par Enfant Présent pour son lieu du 13<sup>ème</sup> a été formée à Paris 8, et la psychologue référente de mon stage s'est montrée particulièrement intéressée par l'apport de l'ethnopsychiatrie à notre pratique quotidienne. D'autres professionnels de la structure m'ont également sollicitée pour des éclairages ponctuels ou des orientations, pour des situations mobilisant des étiologies culturelles.

*Encadré 26* - La psychologue du 18<sup>ème</sup> me parle de la situation de Madame Foukoun, camerounaise, d'ethnie bamiléké. Elle a 28 ans, et est arrivée en France en 2004. Sa fille a 20 mois et est accueillie à Enfant Présent. Madame est très déprimée, elle perd beaucoup de cheveux, ce qu'elle met en rapport avec le fait d'avoir été piquée à la tête par un épervier alors qu'elle était enfant. La psychologue se demande comment comprendre cette interprétation livrée par Madame Foukoun.

*Encadré 27* - L'assistant social de l'AED du 13<sup>ème</sup> suit les parents d'Othman, âgé de 2 ans. Monsieur est burkinabé et Madame est une métisse congolaise de mère et roumaine de père. Elle a eu un traumatisme crânien accidentel à l'âge de 8 ans, qui a interrompu son développement cognitif. Le conflit de couple est majeur, sans que l'assistant social ne puisse se rendre compte de la prise de conscience par Monsieur du retard cognitif très important de son épouse. Il s'interroge sur la part de déni du côté de Monsieur, qu'il considère comme de la négligence. Par ailleurs, il décrit Othman comme « un bébé qui marche » : sa croissance semble interrompue, car à 2 ans, il présente le développement d'un enfant de 12 mois. L'assistant social envisage une orientation en ethnopsychiatrie.

---

<sup>8</sup> J'utilise ici le mot culture dans son acception large, au un sens de l'ensemble des attachements familiaux, politiques, religieux, ethniques, linguistiques, etc.

En décembre 2006, l'éducatrice de l'AED me sollicite pour l'accompagner en visite à domicile dans la famille Traoré. En effet, cette famille est suivie depuis plusieurs années par *Enfant Présent*, et malgré un accompagnement éducatif rapproché, elle se heurte à des difficultés pour amener Monsieur et Madame à changer leurs comportements éducatifs à l'égard de leurs filles. Elle se demande si les résistances au changement sont culturelles ou liées à la pathologie psychiatrique de Madame et à la personnalité de Monsieur. Sans souhaiter une intervention directe de la psychologue, elle sollicite cependant un éclairage culturel sur cette situation.

**Encadré 28** - Mamadou Traoré est un malien d'ethnie bambara, âgé de 43 ans. Il ne travaille plus depuis qu'il a de sérieux problèmes de santé : il est atteint d'une grave maladie des yeux et perd peu à peu la vue. Depuis 1998, il est marié à Bintou Traoré, 29 ans, elle aussi d'origine malienne, née à Paris. Madame Traoré ne travaille pas non plus et la famille est constamment des problèmes financiers importants. Le couple a deux enfants : Hawa, née en octobre 2000, et Aminata, née en octobre 2003.

Après l'accouchement d'Aminata, Madame a eu un épisode délirant à son retour de la maternité (hallucinations auditives à thématique persécutive), elle a aussitôt été hospitalisée tandis qu'Aminata était accueillie à *Enfant Présent* à temps complet. Elle est ainsi accueillie en journée et deux nuits par semaine chez une assistante maternelle d'*Enfant Présent* depuis l'âge de un mois, depuis que Madame a quitté l'hôpital de son propre chef après 15 jours d'hospitalisation. Depuis cet épisode, Madame est suivie par un psychiatre du CMP et sous traitement neuroleptique. En mai 2005, Madame a de nouveau un discours incohérent, elle semble très fatiguée, montre des signes d'agacement envers Aminata, roule des yeux méchants... Madame Traoré est alors hospitalisée 15 jours en clinique psychiatrique suite à une nouvelle décompensation (toujours des hallucinations auditives, des voix qui disent : « Nous sommes des sorciers, nous ne t'aimons pas et nous allons te manger »). Son regard est absent, son visage fermé, elle est fatiguée par les médicaments. Un traitement traditionnel est entrepris par la famille (amulettes, infusions, projet de voyage au pays pour se faire soigner). Monsieur Traoré assure la part sociale et économique de la vie de la famille : fait les courses, se rend aux rendez-vous... Mais ne semble pas en mesure de s'occuper des enfants sur le plan éducatif, ce qu'il reconnaît. Il exhorte plutôt Madame à remplir son rôle, montrant qu'il a du mal à accepter la maladie de sa femme. Les enfants sont souvent accueillies les week-ends par leur grand-mère maternelle qui vit à Paris, et bénéficient du soutien de tantes également présentes. En plus d'EP, la famille est également suivie par une éducatrice spécialisée dans le cadre de l'AED, et mobilise un grand nombre de professionnels extérieurs (PMI, CMP adulte, CMP enfant, services sociaux de secteur, de l'école, travailleuse familiale).

#### **Aminata**

Dès sa naissance, Aminata est en relation avec une mère souvent délirante et très inadaptée : vêtements inappropriés en taille et à la température, défaut de surveillance par « oubli » du bébé, de stérilisation des biberons ou même de ses repas... Aminata pleure beaucoup au domicile, ce que les parents supportent mal. Les interactions et le discours de Madame avec ses enfants sont très pauvres. A l'âge de deux mois, Aminata trouve auprès de son assistante maternelle les câlins dont elle a besoin, restant souvent lovée un long moment dans les bras de celle-ci. Elle dort beaucoup et mange régulièrement. A sept mois, elle a cumulé un certain nombre de problèmes physiques : bronchiolites à répétition, excéma. Un soutien médical spécifique a été mis en place par la pédiatre d'*Enfant Présent* afin d'aider Madame à donner les médicaments à sa fille. Un programme de stimulation motrice a été mis en place chez son assistante maternelle car Aminata régresse dans ses acquis à chaque week-end passé en

famille. A presque huit mois, elle est capable de se retourner plusieurs fois de suite, d'attraper un jouet posé à ses côtés et de la faire passer d'une main à l'autre. Elle s'assoit seule. L'éducatrice a appris à Madame Traoré à préparer des repas à Aminata qui ne prenait jusque-là que des bouillies. A l'âge de un an, Aminata est un bébé joyeux et tonique, elle commence à marcher seule. Elle sollicite constamment le regard de sa mère et l'interpelle en l'appelant. A 20 mois, elle commence à s'intéresser à différents jeux, mais supporte mal la frustration, elle peut alors se mettre en colère et se jeter en arrière. C'est une enfant très gourmande, dans une grande demande affective à l'égard des adultes. Elle met en place des comportements pour attirer l'attention de ses parents (grognements, se jeter en arrière, jeter les jouets) et les faire réagir. Elle continue de happer le regard des adultes, étayage dont elle a encore un grand besoin. Elle imite beaucoup sa sœur et commence à dire quelques mots.

### **Hawa**

A 3 ans, Hawa quant à elle s'est très bien adaptée à l'école, c'est une enfant active qui a besoin de se dépenser, elle parle très bien et raconte sa journée d'école avec plaisir. Cependant, à la maison, elle semble ne pas avoir de limites et ses parents sont en difficulté pour la recadrer. Rapidement au fil des mois, les parents vont être rapidement dépassés au plan éducatif. Madame ne répond à aucune de ses sollicitations et Hawa a appris à demander ce dont elle a besoin aux autres adultes (même en présence de sa mère) : lacer ses chaussures, l'emmener aux toilettes, être câlinée... A l'âge de 4 ans, ses grandes capacités d'apprentissage sont mises en avant par l'école, mais ses problèmes de comportement sont difficiles à gérer en classe : elle doit être constamment surveillée pour l'empêcher de perturber les autres, ne peut mener une activité d'un bout à l'autre. Elle a une très grande demande affective envers sa maîtresse. Elle est régulièrement suivie par une psychologue du CMP et sollicite davantage sa mère, dont les réponses sont toujours très pauvres ou inexistantes. A quatre ans et demi, la relation mère-enfant évolue peu, cependant que Hawa est moins agitée et respecte davantage les limites. Elle peut se montrer provocante et effrontée, et malgré son intelligence, peine à finir les exercices scolaires par défaut de concentration. En grandissant, il semble que Hawa a pris conscience des difficultés de sa mère et qu'elle s'y est adaptée.

### **Un éclairage culturel**

Bien que la relation entre ces parents et l'éducatrice de l'AED soit bonne et confiante, il est très difficile de faire entendre les conseils éducatifs à Monsieur et Madame Traoré ; le couple peine à les appliquer et ne semble souvent pas en voir le sens, en particulier sur ce qu'il est normal d'autoriser et ce qui doit être interdit. Lorsqu'à force d'explicitations, il est arrivé à Monsieur Traoré de se fâcher contre ses enfants et de donner une tape à l'aînée devant l'éducatrice pour « mettre en pratique » les conseils et montrer sa bonne volonté. Pour l'éducatrice, il est difficile de percevoir la part de leur culture, qui semble très présente dans le discours et dans la manière dont ils souhaitent élever leurs enfants, et de leurs états de santé respectifs, dans les difficultés éducatives rencontrées avec leurs enfants.

C'est dans ce contexte que l'éducatrice me sollicite pour l'accompagner lors d'une visite à domicile chez les Traoré. Elle souhaite mettre à profit mes connaissances des populations issues de l'ancien empire mandingue pour recueillir mon avis de psychologue stagiaire sur la situation des Traoré. Je vais donc l'accompagner pour rendre visite au couple en décembre 2006, en l'absence des enfants. Le but de cette rencontre est de proposer de nouvelles perspectives pour l'intervention de l'éducatrice auprès de la famille. Ma présence est acceptée bien volontiers par Monsieur et Madame Traoré qui se montre très accueillants. Une heure de discussion avec Monsieur et Madame vont permettre de recueillir des éléments importants.

### **La dégringolade sociale**

Monsieur Traoré est un homme cordial, qui nous reçoit dans les règles de la politesse africaine. Il est né à Bamako, dans un quartier ancien, qui a eu son heure de gloire à l'époque coloniale. Son père, aujourd'hui décédé, était médecin. Il nous dira qu'il était son « fils préféré » (énoncé soulignant le lien affectif fort entre eux deux et révélant que son père avait vu en lui le dépositaire de la force familiale). En tant que Traoré, il est issu d'une famille de nobles et des marabouts. En effet, parmi les 5 grandes familles maraboutiques du Mandingue, les Traoré sont les principaux, ce que ne manquera pas de me rappeler Monsieur, évoquant le proverbe « XX Mandé Mori »<sup>9</sup> (Cherif, 2005). Leur histoire est liée à celle du fondateur de l'empire, Soundiata Keita. Dans ce système, les nobles doivent respecter certains interdits pour les alliances : par exemple, ils ne se marient pas avec les gens de caste, ni avec leurs esclaves. En ce sens, l'alliance de Monsieur et de Madame répond à ces exigences.

Après ces explications, le décor est planté et nous savons que nous sommes face à un homme issu d'une famille noble et puissante, ayant un père respecté, médecin (intégration parfaite de la force traditionnelle des Traoré à la modernité : du marabout au médecin, les Traoré restent dans le soin et dans le pouvoir). Issu d'une grande famille malienne, et immigré en France, Monsieur Traoré me signifie qu'il n'est pas n'importe qui et qu'il maîtrise parfaitement les codes culturels de son monde. D'ailleurs, à l'époque où il travaillait, la maison était toujours pleine de gens, il distribuait les conseils et l'argent. Il achetait des cagettes de poulets que Madame faisait braiser et tout le monde en profitait. C'est lui qu'on venait voir pour emprunter de l'argent... Auréolé du prestige de son père et des Traoré, il rayonnait dans la communauté parisienne.

### **L'attaque**

Au retour de vacances au Mali, se déclenche brutalement une maladie des yeux qui aujourd'hui encore étonne les médecins, une maladie atypique qu'ils ne connaissent pas. Pour Monsieur Traoré, cette étrangeté médicale est la preuve de l'origine sorcière de son mal. La maladie de sa femme fait également partie de l'attaque qui est dirigée contre lui (les voix qu'elle entend en témoignent).

Issu d'une famille prestigieuse, ayant réussi lui-même, il sait être l'objet de convoitises et de jalousies. « Les africains ne supportent pas la réussite d'un des leurs et préfèrent le faire chuter que de se réjouir », dit Monsieur Traoré.

### **La chute**

Aujourd'hui, Monsieur Traoré ne travaille plus, il vit avec 550€ de pension d'invalidité mensuelle. Il fait son possible pour gérer au mieux son argent, car pour Monsieur Traoré, l'enjeu d'importance est maintenant de ne pas perdre son honneur, en plus de sa santé et de sa situation professionnelle.

Il préfère ne pas demander de soutien à sa communauté : d'une part, à cause de l'attaque sorcière dont il pense être victime et qui prendrait racine dans la jalousie, et d'autre part, car son statut social d'origine ne lui permet pas de tendre la main. Celui dont la maison ne désemplissait pas, celui qui prêtait de l'argent aux autres, cet homme-là ne peut pas s'humilier à demander des dépannages financiers. Il refuse d'ailleurs que les uns et les autres viennent visiter son nouvel appartement HLM car il sait parfaitement qu'ils cherchent à voir de quelle manière il vit, ce qui le fragiliserait davantage.

---

<sup>9</sup> « Les XX (ndr : vrai nom des Traoré) sont les marabouts du Mandingue »

### **Trouver des alliés**

Etre noble, c'est aussi savoir faire face à l'adversité et garder la tête haute. En véritable *sotigui*<sup>10</sup> qu'il est, Monsieur Traoré a une stratégie de sortie de crise : l'alliance avec le système français. Cette perspective intégrative peut tout à la fois relever d'une stratégie de maintien d'un certain statut social et financier dans sa famille (il envoie de l'argent au Mali chaque mois), mais également être une stratégie de sortie de son groupe (il tient ainsi un discours qui reflète l'attraction pour le monde occidental, où la réussite individuelle est possible, où des valeurs comme l'intérêt général existent, où les femmes ne colportent pas les ragots à l'extérieur de la famille etc.).

### **Madame Traoré, épouse Traoré**

Lors de notre visite, Madame est souriante, mais rendue inerte par les neuroleptiques (elle vient tout juste d'avoir sa piqûre). Elle n'a pas effectué les tâches habituellement assurées par les femmes, c'est son mari qui nous a servi le thé. Elle est manifestement beaucoup plus jeune que son mari, et s'exprime avec l'accent français, en contraste avec Monsieur qui a le vrai accent malien. Il est alors possible de faire les hypothèses qu'elle a pu être mariée à Monsieur Traoré à cause de sa maladie psychiatrique (dans la perspective où les Traoré sont dépositaires d'un pouvoir thérapeutique, ce genre d'alliance visant à stabiliser une femme malade en la mariant à un homme plus âgé, parfois un marabout, est pratiquée au Mali) ; et que Monsieur Traoré aurait une première épouse au pays et probablement d'autres enfants (ce qui expliquerait l'envoi très régulier d'argent).

La carence de la fonction d'épouse dans le domicile est manifeste : la maison est celle d'un homme célibataire ou marié à une femme du village, ce qui n'est pas le cas de Madame qui est née à Paris. Les lieux sont peu aménagés, ils ont fini par acheter un lit aux enfants, mais il n'est pas encore monté. Il y a peu de jouets, peu de meubles.

### **Une vieille de 3 ans**

Aminata porte le nom de sa grand-mère paternelle. Au début, Monsieur l'appelait « maman » comme le veut la coutume. Il raconte qu'à un moment, il avait arrêté de le faire et que c'est elle-même qui lui a demandé de continuer. En effet, comme elle est l'homonyme de sa mère, Monsieur Traoré doit s'adresser à sa fille comme s'il parlait à sa propre mère, avec le respect qui lui est dû, sinon l'enfant peut devenir ingérable.

Disant cela, Monsieur nous conduit à faire l'hypothèse qu'Aminata aurait un statut particulier au sein de sa famille et l'exploration de cette question pourrait permettre de comprendre davantage les rapports qu'elle entretient avec ses parents et la place qu'elle occupe dans la famille. Il semble important d'explorer ultérieurement cette question, car si l'enfant est identifié par ses parents comme ayant un statut et une fonction ancrée dans la pensée traditionnelle, il sera important d'en tirer toutes les conséquences dans la prise en charge éducative.

### **Conclusions**

La famille Traoré nous est apparue comme profondément ancrée dans un cadre culturel bambara, très différent de la culture européenne, en particulier en ce qui concerne l'éducation des enfants. Cependant, des éléments montrent également que, du fait de la migration, l'étiologie sorcière des troubles familiaux n'a pas permis un rapprochement de la communauté, mais au contraire les a délié du groupe social d'origine.

La stratégie d'existence de Monsieur Traoré a été de se tourner vers la protection et le soutien social de la société française. Si cela fonctionne plutôt bien du point de vue administratif et

---

<sup>10</sup> Sotigui : chef de famille

financier, l'on peut en déduire que c'est une stratégie moyennement fonctionnelle à l'égard de l'éducation des enfants, car il est en difficulté pour intégrer les normes de ce nouveau groupe auquel il souhaite se rattacher.

L'hypothèse de la nature particulière d'Aminata pourrait également permettre d'expliquer les tensions éducatives entre le modèle européen et les contraintes traditionnelles dans lesquelles pourrait être pris Monsieur.

De plus, la maladie de sa femme le place en position de devoir assumer un rôle éducatif très précoce auprès de ses enfants, ce qui n'est traditionnellement pas celui du père, qui commence à enseigner ses savoirs à l'enfant lorsqu'il grandit (à partir de l'âge de sept ans). C'est ainsi que nous pouvons comprendre les fréquentes exhortations qu'il réitère à Madame pour qu'elle assume sa part du travail.

Nous faisons également l'hypothèse que le déni de la maladie psychiatrique de Madame participe d'une stratégie inadaptée de lutte contre l'attaque sorcière. En effet, le mécanisme de défense le plus courant contre la sorcellerie est d'en nier les effets. Car il est dit que le simple fait de penser qu'on en est victime ouvre davantage la porte à l'œuvre du sorcier. Ce déni semble néanmoins partiel puisqu'il n'empêche pas Monsieur d'envoyer Madame se faire soigner au pays.

## 4. Pour conclure

Comme le montre Neyrand (2002 : 11), la focalisation des démarches thérapeutiques fondées sur les psychotropes au détriment de l'approche psychologique, trouve ses limites en pédopsychiatrie, où les manifestations symptomatiques du bébé peuvent difficilement se dissocier de leur dimension relationnelle et où la clinique de la relation dont il est question dans ce mémoire, montre des effets très positifs, en particulier pour les interventions précoces.

Tout au long de ce mémoire, il apparaît que le travail mené par Enfant Présent présente pour caractéristique la simultanéité d'une « prévention psychique précoce » (Dugnat, 2004) auprès de l'enfant, et d'un travail psycho-éducatif mené auprès des familles. Cette simultanéité repose sur l'importance constatée pour l'équilibre psychique du bébé et son développement, du cadre relationnel où il s'inscrit, et notamment des relations qu'il entretient avec ses parents (Mellier, 2004). En cela, il s'agit d'une clinique de la relation parentale, mais également d'une clinique de la relation sociale au sens large, qui s'articule à une clinique du social, capable de répondre aux situations de détresse. La conséquence majeure de ce type de prévention secondaire auprès des parents (qui peut aussi être une intervention thérapeutique), est qu'elle se constitue en prévention primaire pour l'enfant (Fablet, 1993). De cette complexité de la clinique, naît l'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire et complémentaire, amenant la psychologue à travailler avec d'autres professionnels du social, de l'éducation et du médical.

Cette intervention est fondée sur la coproduction de pratiques plutôt que de normes réductrices. Bien que faisant face à des empêchements majeurs dans la pratique de la parentalité, empêchements résultant des carences de leur expérience, du cumul de désordres sociaux et/ou des psychopathologies psychiatriques dont ils sont atteints, les parents sont considérés comme des partenaires compétents, capables de co-construire avec le psychologue, une **parentalité véritablement singulière**. Quant aux enfants, ils sont également considérés comme porteurs de compétences qui peuvent être développées, soutenues, étayées, sur lesquelles parents et professionnels vont fonder leur confiance. Une fois détachée de la pensée normative, la pratique psychologique au sein d'Enfant Présent produit une conversion du regard (Canguilhem, 1966 ; Foucault, 1999) qui se trouve « revitalisé par la marge, les écarts, les expérimentations et les singularités » de la parentalité (Mozère, 2002). Par conséquent, la prévention institutionnelle menée par EP, correspond au « modèle préventif d'expression » défini par Neyrand (2002), en ce sens qu'il est centré sur la dynamique interpsychique, d'une prévention anormative tendant vers

une autorégulation familiale. Ce modèle de prévention offre comme principal atout d'être débarrassé des logiques désubjectivantes du contrôle institutionnel.

Le dispositif préventif est également caractérisé par sa grande souplesse de fonctionnement et sa rapidité de réaction face aux événements susceptibles de survenir. Ceci est valable pour la pratique de la psychologue en son sein : en effet, travaillant auprès de populations fortement stigmatisées et en souffrance, dans une structure dont la mission est l'action de terrain, la psychologue exerce son activité en prise directe avec la réalité et la plupart du temps en dehors d'un salon d'entretien. Les aménagements du cadre classique de l'exercice de la psychologie clinique s'en trouvent nombreux, en particulier par le fait qu'elle ne travaille pas à partir d'une demande de soin clairement formulée, mais davantage à partir de « demandes masquées » par les difficultés et la souffrance (Dugnat, 2002). De plus, l'articulation de son travail avec celui des autres professionnels, en interne comme en externe, la conduit à devoir constamment rendre compte de sa pensée clinique à des personnes qui ne partagent pas toujours ses théories et concepts, et envers lesquelles un souci et de clarté qui empêche tout jargonage professionnel. Il s'agit donc d'une psychologie pragmatique et compréhensive<sup>11</sup> qui place les acteurs au centre de ses interventions.

Les évaluations dont a fait l'objet *Enfant Présent* (Corbillon et coll., 1993, 1997, 1998), montre que ce dispositif est efficace<sup>12</sup> (voir annexe C), y compris dans ses effets préventifs à long terme, même si ce modèle est aussi plus coûteux à court terme, puisqu'il suppose une plus grande attention accordée à la dimension psychologique, une mobilisation des acteurs familiaux au-delà du cercle restreint de la dyade et une coordination forte entre professionnels.

---

<sup>11</sup> J'emprunte ce terme à la sociologie compréhensive telle qu'elle est définie par Boltanski et Thévenot (1991).

<sup>12</sup> Plusieurs évaluations d'*Enfant Présent* ont été réalisées : En 1993 : « *Enfant Présent* » une crèche familiale entre accueil et prévention. *Evaluation d'un mode d'accueil innovant*. Groupe de recherche sur la reproduction et l'innovation sociales (GERIS). Etude coordonnée par Michel Corbillon. En 1997 : audit réalisé par l'URIOPSS. En 1999 : *Suppléance familiale précoce et soutien à la parentalité : Enfant Présent, un dispositif de prévention socio-éducative innovant*. Equipe de recherche et d'intervention en suppléance familiale et éducation résidentielle (ERISFER). Etude coordonnée par Dominique Fablet.

*Enfant Présent* a également fait partie des initiatives innovantes présentées dans le rapport que la mission parlementaire menée par Michel Charzat a présenté en 2002 à Mme Ségolène Royale, alors Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées.

# Bibliographie

- Accard, N., Benateau, C., (2006), « Comme réponse à la précarité du lien mère–bébé, les « Petits Pas » : un réseau en périnatalité... », *Pratiques psychologiques*, n°12, Paris : Elsevier, pp 157-175
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978), *Patterns of attachment : a psychological study of Strange Situation*, Hillsdale : Erlbaum.
- Ainsworth, M.D., (1979), « Attachment as related to mother-infant interactions », in Rosenblatt, J.S., Hinde, R.A., Berr, C., Busnel, M. (Eds), *Advances in the study of behavior*, New York : Academic Press
- Ajuriaguerra, J., (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris : Masson
- Ajuriaguerra, J., (1970), « L'Enfant et son corps », *Psychomotricité*, Genève : Médecine et Hygiène, pp 7-23
- Anicet, M., Autin, M., Chauvin, A., Jardin, F., Le Van, C., Richaud, A., (1999), *Psychose et parentalité*, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Anzieu, D., (1985), *Le Moi-Peau*, Paris : Dunod, 1995
- Appell, G., Tardos, A. et coll. (1998), *Prendre soin d'un jeune enfant. De l'empathie aux soins thérapeutiques*, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Aubert-Godard A., Scelles R. (2004), « Écouter les pères, leur ménager une place, une mesure de prévention pour le devenir de l'enfant handicapé et de ses proches », *Pratiques psychologiques*, n°10, Paris : Elsevier, pp 169–185
- Auguin, C., Gerber, F., (2005), « Enfant Présent », in Gabel, M., Lamour, M., Manciaux, M., *La protection de l'enfance : maintien, rupture et soins des liens*, Paris, Fleurus, 2005
- Barabé, N., (2001), « Le Réveil des angoisses précoces d'écoulement ou d'assèchement lors de l'apprentissage de la propreté », *Parentalités défaillantes, soins et séparations*, Dialogue, n°152, Ramonville Saint-Agne : Erès, pp 99-106
- Barraco, M. et coll., (2001), « Le Bébé : du rêve au cauchemar », *Parentalités défaillantes, soins et séparations*, Dialogue, n°152, Ramonville Saint-Agne : Erès, pp 3-16
- Barraco, M., (2002), « Aide psychologique à la parentalité », *Dialogue*, n°157, Ramonville Saint-Agne : Erès, pp 59-52
- Barudy, J., et coll., (2000), *La Parentalité bienveillante et responsable dans les familles victimes de la guerre, de la répression politique et de génocides, venues chercher refuge en Belgique*, Rapport de la recherche-action fonds Houtman, Bruxelles : Exil
- Baudonnière, P.M., (1997), *Le Mimétisme et l'imitation*, Paris : Flammarion
- Belsky, J., Isabella, R., (1988), « Maternal, Infant and Social-Contextual Determinants of Infant-Mother Attachment », in Belsky, J., Nezworski, T. et coll., *Clinical Implications of Attachment*, Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates, pp 41-94
- Ben Soussan, P., (al.), (2000), *La Parentalité exposée*, Ramonville Sainte-Agne : Erès
- Ben Soussan, P. et coll., (2003), *Avec Myriam David : quel accueil pour les jeunes enfants ?*, Spirale n°25, 2003/1, Ramonville Sainte-Agne : Erès

- Berger, M., (1997), *L'Enfant et la souffrance de la séparation*, Paris : Dunod
- Berger, M., (2001), « Quand faut-il un placement ? Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale », *Parentalités défaillantes, soins et séparations*, Dialogue, n°152, Ramonville Saint-Agne : Erès, pp 33-62
- Bick, E., (1964), « Notes on infant observation in psychoanalytic training », *International Journal of Psychoanalysis*, 45, pp 558-566
- Blanchet, A. (1989). L'Entretien : la co-construction du sens, in Revault d'Allonnes, C. et coll., *La démarche clinique en Sciences humaines*, Paris: Dunod, pp 87-102
- Boekholt, M., (1990), « A propos du devenir des enfants des parents psychotiques », *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, n°38, 6, pp 359-368
- Boltanski, L., Thévenot, L. (1987), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris : Gallimard, 1991
- Bouche-Florin, L., Ayosso, J., Riand, R., Moro, M.-R., (2005), « Dormir ici et ailleurs. Approche transculturelle du sommeil du nourrisson et de ses troubles », *Dodo, l'enfant do*, Spirale, n°34
- Boukobza, C., Causer, J.-Y., Chauvet, E., Gabel, M., Gache, F., Gaillot, J., Hermange, M.-T., Hoff, J.-M., Lassus, P., Manciaux, M., Petitclerc, J.-M., Rémy, P.-L., (2000), *Etre parents en situation de grande précarité*, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Bowlby, J., *Attachment and loss*. Vol 1 : *Attachment* (1969) ; Vol 2 : *Separation : Anxiety & Anger* (1973) ; Vol 3 : *Loss: Sadness & Depression* (1981), London : Hogarth Press.
- Boyer, F., Strayer, F., Ponce, C., (2005), « Les Etudes des relations sociales précoces : sommes-nous trop « sécurisés » avec l'attachement ou trop « attachés » à la sécurité ? », *Psychologie française*, 50, pp 211–223
- Brazelton, T.B., (1981), « Comportement et compétence du nouveau-né », *Psychiatrie de l'enfant*, 24, 2, pp 375-396
- Brazelton, T.B., (1983), « Le Bébé : partenaire dans l'interaction », in Brazelton, T.B., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R., Soulé, M., *La dynamique du nourrisson*, ESF
- Bril, B., Zach, M., (2000), *Motricité au quotidien, de la naissance à la marche*, Paris-Dugurakoro, Paris : Migrations Santé
- Bril, B., (2004), « Les Pratiques de maternage varient selon les époques et les cultures », *Le journal des professionnelles de l'enfance*, n°31, pp 68-70
- Bruner, J., (1990), *Car la culture donne forme à l'esprit. De la révolution cognitive à la psychologie culturelle*, Paris : Eshel
- Bruner, J., (1996), *L'Education, entrée dans la culture. Les problèmes de l'école à la lumière de la psychologie culturelle*, Paris : Retz
- Canguilhem, G. (1966), *Le Normal et le pathologique*, Paris : Galien, Presses Universitaires de France
- Chapon Cruzet, N., (2005), « Un nouveau regard sur le placement familial : relations affectives et mode de suppléance », in Chapon Cruzet, N., Neyrand, G. et coll., *Parentalité et familles d'accueil*, Ramonville Saint-Agne : Erès, pp 17-27
- Cherif, A., (2006), *L'Importance de la parole chez les Manding de Guinée. Paroles de vie, paroles de mort et rituels funéraires*, Paris : L'Harmattan

- Clément, C., (2006), *Les Troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent : vers une cohérence des pratiques pluridisciplinaires*, Pratiques Psychologiques, n°12, Paris : Elsevier
- Coppin, B., (2004), « Être parent avec une déficience intellectuelle », *La bientraitance*, Pratiques psychologiques, n°10, Paris : Elsevier, pp 25–38
- Corbillon, M., (1998), « Les Effets d'une intervention innovante auprès de la petite enfance, les apports d'une recherche à méthodologies contrastées », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1998, 46 (1-2), pp 82-87
- Corbillon, M., Auguin, C., Durning, P., Fablet, D., Gerber, F., (1997), « Une crèche familiale originale : point de vue sur les apports de l'évaluation au changement social », in Tochon F.V. (dir.), *Eduquer avant l'école*, Montréal-Paris : Les Presses de l'Université de Montréal - De Boeck Université, 279-296
- Corbillon, M., Durning, P., Fablet, D., (1993), *Enfant Présent, une crèche entre accueil et prévention*, Rapport final de recherche
- Cramer, B., Palacio Espasa, F., (1993), *La Pratique des psychothérapies conjointes mères-bébés. Etudes techniques et cliniques*, Paris : Presses Universitaires de France, Collection Fil rouge
- Cyrułnik, B., (2001), *Les Vilains petits canards*, Paris : Odile Jacob
- Cyrułnik, B., (1992), « Les Niveaux affectifs en éthologie », *Modèles pour le psychisme*, Paris : Eshel
- Cyrułnik, B., (1989), *Sous le signe du lien, Une histoire naturelle de l'attachement*, Paris : Hachette, coll. Pluriel.
- David, M., Appell, G., (1973), *Lóczy ou le maternage insolite*, Paris : Editions du Scarabée
- David, M. et coll. (1984), « Infants having to face early failure of parenting : a workshop report », in Call, J.-D., Galenson, E., Tyson, R.-L. et coll., *Frontiers of Infant Psychiatry (II)*, New York : Basic Books Publishers, pp 455-465
- David, M., (1987), « Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel », *Perspectives psychiatriques*, 6-1, pp 7-21
- David, M., (1989), *Le Placement familial*, Paris : ESF, 1994
- Debourg, A., Auguin, C. et coll., (2003), *Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?* Ramonville Saint-Agne : Erès
- Dekens, S., (2006), *Exposés et sauvés. Le destin singulier des enfants adoptés à l'étranger*, Mémoire de maîtrise de psychologie clinique et psychopathologie, Saint-Denis : Paris VIII
- Delaisi de Parseval, G., (2000), « Qu'est-ce qu'un parent suffisamment bon ? » *Homoparentalités, état des lieux. Parentés et différences des sexes*, ESF
- Delforge, B. et coll., (2000), « Vers la bientraitance de l'enfant et des familles », Présentation au colloque *Résilience, le réalisme de l'espérance*, Paris
- Delion, P. et coll., (2004), *L'Observation du bébé selon Esther Bick : son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*, Ramonville Saint-Agne : Erès, Mille et un bébés
- Detraux, J.-J., (2001), « De la résilience à la bientraitance de l'enfant handicapé et de sa famille : essai d'articulation de divers concepts », *Pratiques psychologiques*, 1, Paris : Elsevier, pp 29–41
- Devereux, G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris : Flammarion

- Devereux, G., (1985), « L'Image de l'enfant dans deux tribus : Mohave et Sedang », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, n°4, Paris, pp 109-120
- Doise, W., Mugny, G., (1997), *Psychologie sociale et développement cognitif*, Paris : Colin
- Dolto, F., Rapoport, D., This, B., (1997), *Enfants en souffrance*, Paris : Stock
- Dozier, M. et coll., (2002), « Intervening with infants'caregivers: Targeting three critical needs », *Infant Mental Health Journal*, n°23 (5), pp 541-554
- Dugnat M. et coll., (2004), *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Ramonville Saint-Agne : Eres
- Dugnat, M., Neyrand, G., Revest, G., Trouvé, J.-N., (2004), *Préserver le lien parental. Pour une prévention psychique précoce*, Paris : Presses universitaires de France,
- Dugnat M. (2002), « Santé mentale et psychiatrie périnatales : renouveler l'approche de la prévention », *Dialogue*, n°157, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Dumaret, A., (2003), « Soins précoces et guidance parentale : le point de vue des familles », *Dialogue*, n°162, Ramonville Saint-Agne : Erès, pp 9-24
- Dumaret, A., (2004), « Accompagnement des intervenants médicosychosociaux et collaboration des parents et des familles d'accueil dans l'éducation des enfants », *Pratiques psychologiques*, n°10, Paris : Elsevier, pp 51-63
- Durning, P., (1985), *Education et suppléance familiale*, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicapés et les inadaptations (C.T.N.E.R.H.I.), Nanterre : Paris X
- Durning, P., (1995), « À la lecture des recherches contemporaines : quelques acquis et de nombreuses questions », *Maltraitance, maintien du lien ?* Paris : Fleurus, pp. 29-57
- Enriquez, M., (1993), « Incidence du délire parental sur la mémoire des descendants », in Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., Baranes, J.-J. et coll., *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris : Dunod, pp 130-149
- Erny, P., (1999), *Les Premiers pas de l'enfant d'Afrique noire*, Paris : L'Harmattan.
- Escots, S., (2001), « Fonction des équipes en accueil familial : du fonctionnel au symbolique », *L'accueil familial en revue*, n°11, pp 13-15
- Eydoux, A., (2005), « Les Métiers de la petite enfance à l'épreuve des horaires atypiques. Les leçons des structures expérimentales », *Recherches et prévisions*, n°80, 2005/06, pp 41-54
- Fablet, D., (1993), « Dispositifs innovants de suppléance familiale et prévention de l'exclusion », *Connexions*, n° 62, 1993/2, pp 91-106
- Fablet, D., (1999), *Suppléance familiale précoce et soutien à la parentalité : Enfant Présent, un dispositif de prévention socio-éducative innovant*, Rapport GERIS, Équipes de recherche et d'intervention en suppléance familiale et éducation résidentielle (ERISFER), Nanterre : Paris X
- Faget, J. (2001), « La Fabrique sociale de la parentalité », in Bruel, A., Faget, J., Jacques, L., Joecker, M., Neirinck, C., Poussin, G., *De la parenté à la parentalité*, Ramonville Saint-Agne : Eres
- Ferenczi, S., (1932), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », *Psychanalyse IV, Œuvres complètes*, Paris : Payot, 1982, pp 125-134
- Foucault, M. (1999), *1974-75 : Les anormaux, Cours au Collège de France*, Gallimard : Paris

- Grégoire, F., (2001), « L'Observation, un outil de 'bienveillance' institutionnelle », in Dugnat, M. et coll., *Observer un bébé avec attention ?*, Aris, Eres, pp
- Guedeney, N., Jacquemain, F., Glangeaud, M.C., (2000), « Le Rôle des facteurs environnementaux, de la vulnérabilité individuelle et du support social dans la survenue des dépressions du post-partum », *Devenir*, n°12 (4), pp 13-33
- Guedeney, N. et A., (2002), *L'Attachement : concepts et applications*, Paris : Masson
- Gibello, B., (1984), *L'Enfant à l'intelligence troublée*, Paris : Le Centurion
- Goffman, E., (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris : Editions de Minuit
- Goffman, E., (1961), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris : Éditions de Minuit, 1968
- Goodman, S.-H., Brumley, H.E., (1990), « Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting », *Developmental Psychology*, n°26, 1, pp 31-39
- Greenspan, S., Lieberman, A., (1980), « Infants, mothers and their interactions: a quantitative clinical approach to developmental assessment », in Greenspan, S., Pollock, G. (Eds), *The course of life*, Vol. 1., Washington : Infancy and Childhood
- Houzel, D. et coll., (1999), *Les Enjeux de la parentalité*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2004
- Hubin-Gayte, M., (2004), « Le Développement de l'attachement des nourrissons irritables : une revue », *Devenir*, n°3, Vol. 16, pp 199-212
- INSERM, Expertise collective, (2005), *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Inserm
- Jesu, F. et coll., (2005), « Exercer le métier d'assistant-e maternel-le à la crèche familiale préventive Enfant Présent », *Parentalité et familles d'accueil*, Dialogue, n°167, Ramonville Saint-Agne : Erès, pp 77-88
- Jesu, F., (2001), « Pour une éthique de la prévention dans le champ de la protection de l'enfance », *Colloque de l'association Orée*, Mulhouse
- Kilborne, B., (1978), *Interprétations du rêve au Maroc*, Claix : la Pensée sauvage
- Koubi, J. et coll., (1995), *Enfant et sociétés d'Asie du sud-est*, Paris : L'Harmattan.
- Lacroix, M.-B., Monmayrant, M. et coll., (1995), *Les Liens d'émerveillement : l'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Lallemant, S., (1978), « Le Bébé-ancêtre mossi », *Systèmes de signes. Hommage à G. Dieterlen*, Paris : Hermann, pp 307-316
- Lallemant, S., (1997), « Enfances d'ailleurs, approche anthropologique », *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*, Paris : Armand Colin
- Lamour, M., Barraco, M., (1988), « Le Nourrisson de mère psychotique : une singulière exposition », in Moro, M.-R. et coll., *L'enfant exposé*, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°12, pp 105-118
- Lamour, M., Barraco, M. (1998), *Souffrances autour du berceau : des émotions au soin*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin
- Lamour, M., Barraco, M. (1999), *L'observation du bébé : méthodes et clinique*, Levallois-Perret : Gaëtan Morin

- Lecamus, J., (2000), *Le Vrai rôle du père*, Paris : Odile Jacob
- Lebovici, S., Mazet, P., Visier, J.-P. et coll. (1989), *L'Evaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Paris : Eshel
- Llewellyn, G., McConnell, D., Cant, R., Westbrook, M., (1999), "Support network of mothers with an intellectual disability: An exploratory study", *Journ. Intellect. Dev. Disabil.*, 24, pp 7–26
- Main, M., (1996), « Introduction to the special section on attachment and psychopathology : Overview of the field of attachment », *Journal of Consulting on Clinical Psychology*, 64, pp 237-243
- Manciaux, M., (2001a), « La Maltraitance : facteurs de risque et modalités de prévention », in Tychey, C. et coll., *Peut-on prévenir la psychopathologie ?* Paris : L'Harmattan.
- Manciaux, M., (2001b), *La Résilience*, Paris : Médecine et Hygiène
- Manni, G. et coll. (2002), *Accueillir les tout-petits, oser la qualité*, Bruxelles : Edition One-Fonds Houtman
- Marchive, A., (1997), « L'Interaction de tutelle entre pairs : approche psychologique et usage didactique », *Psychologie & Education*, n° 30, pp 29-43
- Mauvais, P., (1995), « L'Observation dans les lieux d'accueil de l'enfance et de la petite enfance ; Réflexion sur le rôle du psychologue dans l'équipe », *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII, 1, 1995, pp 247-309
- Mazet, P., Stolerus, S., (1993), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris : Masson
- Mellier, D. et coll., (2001), *Observer un bébé : un soin*, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Mellier, D., (2004), « Prévention et vie psychique ou comment accueillir les souffrances présentes en périnatalité ? », in Dugnat, M., *Prévention précoce, parentalité, périnatalité*, Ramonville Saint-Agne : Eres
- Mesmin, C. (1995), *Psychothérapie des enfants de migrants*, Grenoble : La Pensée Sauvage
- Mesmin, C., (2001), *La Prise en charge ethnoclinique de l'enfant de migrants*, Paris : Dunod
- Merlet, A.-M., Rottman, H., (1987), « Le Maintien des liens avec un parent psychotique et son impact sur le développement du nourrisson », *Perspectives Psychiatriques*, 26<sup>ème</sup> année, n°6/1
- Metz, C., Thevenot, A., (2006), « Trouble ou symptôme, comment penser la psychopathologie contemporaine ? », *Pratiques psychologiques*, n°12, Paris : Elsevier, pp 437–445
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B. (2003), « Le Père est-il l'égal de la mère ? Considérations sur l'attachement père-enfant », Manuscrit non publié
- Missonnier, S., (2003), *La Consultation thérapeutique périnatale : un psychologue à la maternité*, Ramonville Saint-Agne : Eres
- Molenat, F., (2001), *Naissances : pour une éthique de la prévention*, Ramonville Saint-Agne : Eres
- Mozère, L., (2002), « La Prévention ou comment préserver une place à l'anomalie. L'exemple de la crèche », *Dialogue*, n°157, Ramonville Saint-Agne : Erès, pp 15-27
- Moro, M.-R., (1998), *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris : Dunod
- Moro, M.-R., (2001), *Parents en exils, psychopathologie et migrations*, Paris : Presses Universitaires de France, Le fil rouge
- Moro, M.-R., (2002), *Enfants d'ici venus d'ailleurs : naître et grandir en France*, Paris : la Découverte

- Moro, M.-R., (2004), *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*, Paris : Dunod
- Moro, M.-R., (2007), *Aimer ses enfants ici et ailleurs*, Paris : Odile Jacob
- Moro, M.-R. et coll., (1988), *L'Enfant exposé*, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°12, Paris : La Pensée Sauvage, pp 69-84
- Moro, M.-R. et coll., (2003), *Rêves, songes, présages*, Grenoble : La pensée sauvage, 2003
- Moro, M.-R., Nathan, T., (1989), « Le Bébé migrateur. Spécificité et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire », in Lebovici, S., Weil-Halpern, F., *Psychopathologie du bébé*, Paris, Presses Universitaires de France, pp 683-748
- Moro, M.-R., Nathan, T., (1989), « Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces », in Lebovici, S. et coll., *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Paris : Eshel
- Murray, L., Cooper, P.J., (1996), « The impact of postpartum depression on child development », *International Review of Psychiatry*, 8, pp 55-63
- Nathan, T., (1991), « De la "fabrication" culturelle des enfants. Réflexions ethnopsychanalytiques sur la filiation et l'affiliation », *Métissage*, Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie, n°17, Paris : La Pensée Sauvage, pp 13-22
- Nathan, T. et coll., (2000), *L'Enfant ancêtre*, Grenoble : la Pensée sauvage
- Neirinck, C., (2001), « De la parenté à la parentalité », in Bruel, A., Faget, J., Jacques, L., Joecker, M., Neirinck, C., Poussin, G., *De la parenté à la parentalité*, Ramonville Saint-Agne : Eres
- Neyrand, G., (2004), « Paradoxes et perspectives de la prévention », in Dugnat, M., *Prévention précoce, parentalité, périnatalité*, Ramonville Saint-Agne : Eres
- Neyrand, G., Mozere, L., Dugnat, M. et coll. (2002), *Dossier : accompagner les premiers liens : la prévention précoce*, Dialogue, n°157, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Neyrand, G., (2005), « La Parentalité d'accueil », *Dialogue*, n°167, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Parke, R.D., Tinsley, B.J., (1987), « Family interaction in infancy », in: Osofsky, J.D. et coll., *Handbook of infant development*, New-York : Wiley, pp. 579-641
- Parent, S., Saucier, J.-F., (1999), « La Théorie de l'attachement », in Habimana, E., Éthier, L. S., Petot D. J., Tousignant, M. et coll., *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*, Boucherville : Gaëtan Morin, pp. 33-46
- Pêcheux, M.-G., (1994), « L'Adulte comme partenaire dans le développement cognitif du bébé », in Lécuyer, R., Pêcheux, M.-G., Streri, A. et coll., *Le développement cognitif du nourrisson*, Vol. 1, Paris : Nathan, pp 37-64
- Petit Rosevègue, P., (2002), *Apport de l'ethnopsychiatrie à la compréhension et au traitement de l'autisme infantile*, Thèse doctorat de Psychologie Clinique, Saint-Denis : Paris 8
- Pierrehumbert, B., (2003), *Le Premier lien : théorie de l'attachement*, Paris : Odile Jacob
- Pinol-Douriez, M., (1992), « Le Bébé observé, un 'petit chose' ou un enfant », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 12, pp 88-111
- Pikler, E., (1979), *Se mouvoir en liberté dès le premier âge*, Paris : Presses Universitaires de France

- Poussin, G., (2004), *La Fonction parentale*, Paris : Dunod
- Pourtois, M., Durning A., (1994), *Education et famille*, Bruxelles : De Boek
- Pury (de), S., (1998), *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle*, Les empêcheurs de penser en rond
- Rabain, J., (1994), *L'Enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Paris : Payot
- Racamier, P.C. et coll., (1961), « La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum », *Évolution psychiatrique*, Paris : Elsevier, pp 525-570
- Restoin, A., Montagner, H., Rodriguez, D., Girardot, J.-J. et coll., (1983), « Données nouvelles sur le développement chronologique des systèmes de communication du jeune enfant avec ses pairs », *Recherches de Psychologie Sociale*, 5, pp 31-56
- Rottman, H., (1999), *L'Observation du bébé*, Paris : Gaëtan Morin
- Rottman, A., (2001), « L'Enfant face à la maladie mentale de ses parents. Place des rencontres médiatisées dans le placement familial », *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°49, pp 178-185
- Russel, B., (1969), *Signification et vérité*, Paris : Flammarion
- Sandri, R., (1998), « Observer un bébé », in Ciccone, A. et coll., *Observation du nourrisson et ses applications*, Ramonville Saint-Agne : Erès, Mille et un bébés, pp 19-37
- Scelles, R., (2004), « Penser la fragilité et les compétences des parents pour ouvrir sur des pratiques qui soient 'bientraitantes' », *Pratiques psychologiques*, n°10, Paris : Elsevier, pp 1-5
- Sellenet, C., (2003), *Assistantes maternelles. Qui êtes-vous ?*, Savigny-sur-Orge : Pro Pages
- Sellenet, C., (2002), « Essai de conceptualisation du terme 'Parentalité' », in Vossier, B. et coll., *La parentalité en question*, ESF/Andesi
- Siguret, P., (2001), « La « Fonction observante » dans l'accueil mère/bébé », *Le journal des professionnels de l'enfance*, n°10/2001
- Siksou, J., (1992), « L'Observation directe », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 12, pp 260-285
- Sironi, F., (2007), *Psychopathologie des violences collectives : essai de psychologie géopolitique clinique*, Paris : Odile Jacob
- Sironi, F., (2006), « Essai de psychologie géopolitique clinique. Un objet actif entre les mondes », *Colloque La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*, des 12 et 13 octobre 2006, Paris
- Sironi, F., (2003), « Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique », *Les Nouveaux défis éthiques*, Pratiques Psychologiques, n° 4, Paris : Elsevier, pp 3-13
- Sironi, F., (1999), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*, Cours de Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, CNED/IED, Saint-Denis : Paris 8
- Soulé, M., Noël, J., (1985), « La Prévention médico-psychosociale précoce », *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Presses Universitaires de France, tome IV
- Soulé, M., (1988), « L'Enfant dans la tête, l'enfant imaginaire », *La dynamique du nourrisson*, Paris , ESF, pp 135-175

- Stern, D.N., (1985), *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris : Presses Universitaires de France, 1989
- Stern, D.N., (2000). « Accordage affectif », in Houzel, D., Emmanuelli, M., Moggio, F. et coll., *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant*, Paris : Presses Universitaires de France
- Stork, H., (1986), *Enfances indiennes*, Paris : Bayard
- Stork, H. et coll. (1993), *Rituel du couché de l'enfant*, Paris : ESF
- Sparrow, J., (2000), « Processus de parentalité : parenter le bébé imaginaire », in Greiner, G. et coll., *Fonctions maternelle et paternelle*, Ramonville Saint-Agne : Erès
- Szanto-Feder, A. et coll., (2002), *Lóczy, un nouveau paradigme*, Paris : Presses Universitaires de France, Fil Rouge
- Tardos, A., (1975), *Le Rôle de l'observation dans le travail éducatif*, Institut Emmi Pikler, Budapest : Association Pikler- Lóczy France
- Titran, M., (2004), « Bienveillance parentale et grande précarité », *Pratiques psychologiques*, n°10, Paris : Elsevier, pp 65–77
- Tremblay, R.-E., Provost, M.-A., Strayer, F.-F. et coll., (1985), *Ethologie et développement de l'enfant*, Paris : Stock
- Tursz, A., Gerbouin-Rerolle, P., Crosrt, M., (2003), *Traumatismes interventionnels dans l'enfance : magnitude du problème, déterminants, propositions d'actions*. Rapport Inserm
- Tustin, F., (1989), *Le Trou noir de la Psyché*; Paris : Seuil
- Vieillard-Baron Chauvet, A., (2007), *La prévention globale en périnatalité : quelle place pour un entretien prénatal précoce ?*, Thèse de médecine (gynécologie-obstétrique), Nantes : Faculté de médecine
- Vygotski, L., (1934), *Pensée et langage*, Paris : Éditions Sociales, 1985
- Wallon, H., (1934), *Les Origines de la pensée de l'enfant*, Paris : Presses Universitaires de France, 1989
- Wallon, H., (1941), *L'Évolution psychologique de l'enfant*, Paris : Armand Colin, 2002
- Widlöcher D., (1994), *Traité de Psychopathologie*, Paris : Presses Universitaires de France
- Zougbedé, J., (2003), *La Fonction thérapeutique d'un enfant ancêtre chez les Ewés du sud du Togo*, Thèse doctorat de Psychologie Clinique, Saint-Denis : Paris 8

## Annexe A : Prévenir quoi ?

La préoccupation centrale de réaliser une mission de prévention à Enfant Présent est affichée d'emblée dès la présentation de la structure : il s'agit d'une crèche préventive. De quelle prévention s'agit-il ? Prévenir quoi et avec quels outils ? Comment la notion de prévention se décline-t-elle au sein de la structure ? Comment le psychologue peut-il s'approprier cette notion et l'appliquer à la psychologie ? Ces interrogations n'ont cessé de m'accompagner pendant toute la durée de mon stage, car elles retentissaient avec le tollé provoqué par le rapport Inserm (2005) sur les « troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent ». La controverse qui a agité le monde des psychologues<sup>13</sup> et de l'enfance continuait d'animer les débats au sein de l'équipe d'Enfant Présent, ainsi que circulait la pétition « Pas de zéro de conduite pour les enfants de moins de trois ans<sup>14</sup> ».

### **a. Evolution des pratiques**

Fablet (1999 : 45) définit la prévention comme une « action qui essaie d'empêcher l'apparition d'un trouble ou d'un dysfonctionnement quelconque en s'adressant à l'ensemble d'une population donnée ». Le concept de prévention est donc directement hérité du modèle médical de traitement des troubles : dépistage, diagnostic, indication et orientation, séparation du sujet de son environnement pour traitement, retour en milieu ordinaire (Fablet, 1993 : 93). Après la seconde guerre mondiale, les préoccupations hygiénistes se doublaient de considérations morales et le cloisonnement institutionnel des enfants a été dénoncé à partir des années 60 pour ses effets stigmatisants et ségrégatifs, ainsi que pour leur manque d'efficacité. Les thèses de l'antipsychiatrie des années 70 ont contribué à mise en cause de l'enfermement comme réponse aux problèmes psychosociaux et éducatifs. Tout au long de la décennie 70, le placement familial a été promu comme alternative au placement institutionnel, en particulier avec la réforme du statut des assistantes maternelles en 1977. Des actions éducatives menées en « milieu ouvert », susceptibles d'éviter séparations et placements se sont développées dans les années 80 (Fablet, 1993 : 94). L'intérêt s'est alors déplacé de l'enfant lui-même aux liens qui l'unissent à son milieu familial. Des dispositifs innovants ont émergé, cherchant à « se glisser dans les failles et les

---

<sup>13</sup> Pour répondre à la question « Comment élaborer un projet de soin pour l'enfant en prenant compte l'enfant, sa famille et l'école », quatre articles d'approches théoriques différentes dans le numéro 12 de Pratiques Psychologiques, coordonné par Céline Clément, 2006 (voir Bibliographie).

<sup>14</sup> 193 686 signatures électroniques de cette pétition ont été enregistrées entre le 29 janvier 2006 et le 8 août 2007.

interstices » des systèmes existants (Fablet, 1993 : 100). Ils se caractérisent - et c'est bien le cas d'Enfant Présent - par un refus du cloisonnement et du morcellement par trop de spécialisation professionnelle : ainsi, le bureau de l'équipe technique du 20<sup>ème</sup> est constitué d'un espace collectif, une seule pièce où se situe le standard, et dans laquelle travaillent la psychologue, l'assistant social, l'infirmière, l'éducatrice de l'AED, l'éducatrice de jeunes enfants de la crèche familiale, la responsable de la crèche collective. Il communique avec le petit bureau de la chef de service, constamment ouvert et partagé. Cette organisation des lieux rend le travail très particulier, et il m'a fallu un certain temps pour m'habituer à ce partage constant des informations. Le résultat principal en termes d'activité est que tout le monde est au courant de l'ensemble des situations familiales et partage les informations concernant la prise en charge des enfants. L'ensemble du personnel de l'équipe traite ainsi l'ensemble des informations, indifféremment de sa formation et de son poste.

## **b. De la prévention à la « fiction préventive »**

Mais revenons à la prévention... On distingue classiquement trois niveaux de prévention (Fablet, 1999 : 45, Vieillard-Baron Chauvet, 2007 : 47) : la *prévention primaire* telle qu'elle est définie par l'OMS, reprise la définition de l'OMS reprise par Michel Soulé et Janine Noël (1985 : 3013) : « La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux », la *prévention secondaire*, qui « consiste à traiter rapidement et de manière adaptée un trouble ou un dysfonctionnement dès son apparition, ou plutôt dès qu'on a pu le dépister, assez souvent grâce à la mise en évidence de facteurs de risque et la définition d'une population cible » (Fablet, 1999 : 45) ; et enfin la *prévention tertiaire*, « qui s'efforce de limiter ou d'enrayer la propagation d'un trouble ou d'un dysfonctionnement installé et touchant une population bien identifiée » (Fablet, 1999 : 45). Ainsi, avec la prévention tertiaire, on n'est plus tout à fait dans le « préventif », mais plutôt dans le « curatif ».

Le problème de cette modélisation de la prévention inspirée de la pensée médicale est celui de sa transposition à d'autres domaines que la santé, le passage du champ médical au psychosocial, dans lequel la référence à un état normal/pathologique est plus difficile (Canguilhem, 1966). Appliquée à la psychologie, la prévention concerne volonté de contrôle des esprits, dont toute entreprise de prévention dans le domaine psychique doit être soupçonnée (Neyrand, 2004). Elle s'intéresse le plus souvent aux conduites à risques : prise d'alcool, de drogue, prévention du suicide, de la dépression, etc... C'est ainsi que surgit la notion de « trouble » appliquée à la psychologie, avec le risque de réduire le sujet à son comportement, et ne pas prendre en compte la problématique singulière et familiale et le sens subjectif du symptôme risquant de le déplacer

ou de le renforcer au lieu de soulager la souffrance psychique (Metz, Thevenot, 2006). Au final, le propre de la psychopathologie est de s'emparer de ces conduites marquées que sont les anomalies et non les écarts à une norme en tant que jugement de valeur (Canguilhem, 1966 : 62). Il doit en repérer la genèse, en définir la fonction et en préciser le mécanisme (Widlöcher, 1994). En ce sens, la psychopathologie se prolonge dans la psychologie clinique. Dans la pratique des psychologues cliniciens, la prévention ne peut s'inscrire dans une idéologie normative car la plupart du temps, il n'y a pas de vérité étiologique auxdits « troubles », mais l'intervention repose sur des hypothèses cliniques ancrées dans un cadre de référence théorique.

Appliqué à la psychologie clinique, la prévention prend nécessairement en compte la dimension de l'interaction et conduit forcément à la complexification des objets et des modèles possibles (Dugnat, 2002). Le psychologue doit ainsi être vigilant à ce rapport au normal, d'autant plus qu'il intervient dans un cadre de prévention secondaire et tertiaire auprès d'un public enfant et adulte déjà fragilisé, comme c'est le cas à *Enfant Présent*. Il doit garder à l'esprit que la plupart des inadaptations psychosociales résultent d'une chaîne complexe de causes, et que le changement nécessite une intervention simultanée sur plusieurs déterminants. De plus, son action est tributaire de la coopération des personnes concernées, et ce, même dans le cas d'injonctions judiciaires... Il semble dès lors qu'il est pertinent de parler de « *fiction préventive* » (Dugnat et coll., 2004), afin de mettre en évidence la fonction organisatrice de la construction mentale anticipatrice que représente la fiction, à l'égard de quelque chose qui n'existe pas encore et a besoin d'être pensée préalablement à sa mise en place : la prévention.

La pratique de la prévention psychosociale s'éloigne ainsi de l'ancrage théorique médical. La négligence et/ou la maltraitance physique et psychologique peuvent survenir dans des situations très différentes et il est nécessaire d'identifier un certain nombre de facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir. C'est à travers leur identification que le détachement d'une modélisation médicale paraît nécessaire : les facteurs de risque varient aussi selon la formation professionnelle de celui qui les identifie, mais également selon les théories et savoirs mobilisés. C'est le repérage d'un cumul d'un certain nombre de **facteurs de risque** (ayant une dimension contextuelle), croisés à des **facteurs de vulnérabilité** (ayant une dimension personnelle), qui incite les autres acteurs de la prévention à orienter les familles vers *Enfant Présent*.

La plupart des auteurs identifient des facteurs de risque de maltraitance (Barroco, Lamour, 2001 ; Tursz et coll., 2003), tandis que d'autres y renoncent (Vieillard-Baron Chauvet, 2007). J'ai choisi d'en retenir quelques uns qui semblent en effet correspondre aux pratiques du terrain :

- Facteurs familiaux : Séparation précoce mère-enfant, jeune âge, primiparité, non suivi de grossesse, grossesses multiples et rapprochées, dépression post-partum, psychopathologie

(antécédents ou actuelle), monoparentalité, antécédents de décès, carences intrafamiliales, abandon, maltraitance, mesures éducatives dans la fratrie, placements des aînés, graves difficultés économiques, chômage, alcoolisme, drogue, violences conjugales, incarcération, etc.

- Facteurs propres à l'enfant : Prématurité, hospitalisation à la naissance, placements, caractère « peu gratifiant » pour les parents (bébé qui pleure beaucoup, qui n'entraîne pas facilement le sentiment d'attachement, etc.).

Ces auteurs ne s'accordent pas sur la présence d'un handicap ou d'une maladie chronique comme déterminant, sinon par le biais d'hospitalisations répétées.

Ainsi, du fait du cumul d'un certain nombre de facteurs de risque identifiables dans une situation, rencontrant une vulnérabilité des familles qui présentent des difficultés sociales, de la psychopathologie (carences affectives, troubles psychiatriques, etc.), et aussi des différences culturelles, les normes habituelles qui président à l'éducation des enfants, sont constamment interrogées et réaménagées par les professionnels et les stagiaires. Dans le même temps que la difficulté de construire sa parentalité est un déterminant majeur des pathologies se développant au sein de la famille (Manciaux, 2001a), la pratique clinique auprès de ces familles réinterroge constamment les fondements de la distinction entre une parentalité normale et pathologique.

*Encadré A1 - Les jeunes professionnelles rencontrées à Enfant Présent au cours du stage (stagiaires éducatrices, éducatrices de jeunes enfants), réagissaient davantage que les plus anciennes aux dysfonctionnements de la parentalité de la part des parents des enfants dont elles s'occupaient. Dans le début du stage, j'ai moi-même été interpellée par les tableaux cliniques souvent alarmants offerts par les enfants accueillis, ainsi que par les pathologies psychiatriques lourdes des parents suivis. Cette sur-réaction disparaît assez vite avec l'expérience. Pour ma part, il est apparu rapidement nécessaire d'assouplir mon propre rapport aux normes éducatives et affectives, afin d'affiner la perception clinique que j'avais des situations. Par exemple, il m'a fallu quelques semaines pour cesser de considérer que l'ensemble du groupe d'enfants accueillis à la crèche collective 'allaient mal', pour pouvoir au fil des observations, percevoir les nuances cliniques (troubles en lien avec des carences éducatives, troubles en lien avec la pathologie du parent, troubles psychopathologiques).*

### **c. Focus sur les parentalités « à risques »**

*« Tout enfant à sa naissance doit être adopté par ses parents »  
Barraco, M., 2002 : 60*

L'intervention clinique à Enfant Présent se situant auprès de parents en difficulté pour assumer leur parentalité, j'ai choisi de m'intéresser aux apports théoriques sur la parentalité et à l'impact du

« choc de la naissance » (Barraco, Lamour, 2001 : 3) sur les dysfonctionnements des liens qui unissent l'enfant à ses parents.

Lamour et Barraco (1998 : 26) définissent la parentalité « comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. Il s'agit d'un processus maturatif » indépendant des liens affectifs et de l'attachement réciproque qui unissent les parents et l'enfant.

Comme le montrent les travaux sur les interactions précoces mères-bébé (Brazelton, 1983), la naissance est une confrontation entre un enfant imaginé par ses parents pendant la grossesse, et l'enfant réel qui naît (Soulé, 1988). Cette rencontre du bébé que la mère a « porté dans sa tête » (Lamour, Barraco, 1998 : 27), avec le « bébé du ventre » peut être heureuse et favoriser les relations d'attachement, alors s'amorce le processus de parentalité (Barraco, 2002 : 60). Wallon (1934) et Ajourriaguerra (1970, 1974) ont décrit le « dialogue tonique » du bébé avec ses partenaires, et la manière dont ils entretiennent dès le stade préverbal, une relation faite de contacts physiques, de portages, bercements, de nourrissage. Selon Stern (1989, 2000), c'est cet « accordage affectif », mouvement réciproque d'adaptation mutuelle, qui dès la naissance, permet aux partenaires de l'interaction de transformer une expérience émotionnelle en une expression affective.

Ainsi, des troubles de la relation parent-enfant peuvent se produire très précocement, dès lors de la confrontation entre enfant réel et imaginaire, lorsque l'enfant ne répond pas au désir des parents (Mazet, 1993, Lebovici, 1989). Le travail du deuil de l'enfant imaginaire est un long processus qui accompagne une parentalité en mouvement, favorisée par un regard « parentalisant » (Sparrow, 2000). Par l'observation du bébé, accompagnée d'une parole étayante, le parent peut porter un regard sur son enfant réel. Selon Dolto (1997), « ce réajustement enfant rêvé-enfant réel est nécessaire à l'attachement : l'enfant va être adopté par ses parents ».

#### ✓ **Des parents fragilisés**

L'accès à la paternité et à la maternité nécessite que les protagonistes opèrent, selon Cramer et Palacio (1993) « un deuil développemental lié à la parentalité », qui accompagne les processus de transformation de la femme en mère (« maternalité », Racamier, 1961) et de l'homme en père (« paternalité », Racamier, 1961). Cette transformation identitaire rappelle que si la naissance d'un enfant ouvre une nouvelle page dans la vie de ses parents, elle rend nécessaire un certain nombre de deuils (de sa propre enfance, d'un vécu de liberté, etc.) qui réactualisent certaines

questions. C'est ce qui fait dire que « devenir parents, c'est pour un temps retrouver l'enfant que l'on a été et les parents que l'on a eus » (Accard, Benateau, 2006 : 160). Lorsque l'enfance des parents a été douloureuse, lorsque le lien avec leurs propres parents a été carencé, lorsque la génération des grands-parents n'est pas indemne de psychopathologies ou de graves difficultés psychosociales, alors ces troubles s'actualisent dans la relation des parents à leur bébé. De plus, l'isolement et le manque de support social représentent autant de facteurs de mal être (Llewellyn, 1999) et de facteurs pathogènes dans la relation parent-enfant (Boukobza, 2000, Guedeney, 2000). C'est la réactivation massive et le déplacement de problématiques infantiles lors de la naissance d'un enfant, que donne à voir Madame Diané, dont la situation est présentée dans l'encadré ci-dessous.

*Encadré A2 - Madame Diané est d'origine salvadorienne, elle a été adoptée par des parents français à l'âge de 3 ans, ainsi que ses deux frères. Elle a eu une enfance difficile, avec des parents maltraitant psychologiquement, « ce qui est aussi grave que physiquement » dira-t-elle. Ils ont du être « déçus par l'adoption » et ne se sont jamais montrés aimants, jamais contents de ce que faisaient leurs enfants, qui n'étaient pas « assez bien pour eux ». Elle ne manifestait pas sa souffrance aussi n'ont-ils peut-être pas vu combien elle était malheureuse. Mais depuis l'adolescence, un malaise et une colère qu'elle ne s'explique pas, l'agitent. Elle rencontre son mari à la fête de la musique en 2003, il est malien sans-papiers. Ils ont un enfant « en cours », un peu vite à son goût. Monsieur est expulsé, elle le rejoint au Mali alors qu'elle est enceinte et ils s'y marient. Elle dit avoir eu du mal à se faire à l'idée d'avoir un enfant et un mari, mais comme tout s'est bien passé, c'est qu' « inconsciemment, elle devait en avoir envie », déclare-t-elle.*

*Depuis le mariage, ils se sont séparés trois fois, dont une période un peu longue de janvier aux vacances d'été 2006. Les séparations sont liées à des violences conjugales, où Madame et Monsieur s'agressent mutuellement. Elle a porté plainte contre lui, et récemment Monsieur a également porté plainte contre elle. Depuis un moment, c'est plutôt elle qui se montre nerveuse et se met en colère facilement. Elle « extériorise la colère qu'elle a ressenti envers ses parents depuis son enfance », « c'est cette colère qui ressort », dira-t-elle, montrant dans son discours l'impact de la psychothérapie qu'elle suit depuis plusieurs années. Comme chez de nombreux enfants adoptés (Dekens, 2006), c'est sur le mode de la colère et de la violence que s'exprime la blessure de l'abandon premier.*

*Leur fils s'appelle Adama, il est né en septembre 2004 et est gardé par une assistante maternelle d'Enfant Présent depuis septembre 2006. Madame confiera à son référent qu'elle ne parvient pas toujours à se contenir et qu'il lui arrive de s'en prendre également physiquement à son fils, dans des flambées de violence qui s'emparent d'elle et qu'elle ne contrôle pas. Ainsi, arrive-t-il à Adama d'avoir un geste d'esquive lorsqu'il fait une 'bêtise' chez son assistante maternelle.*

Barroco et Lamour (2001 : 4) notent chez les parents maltraitants, l'éroussement de l'empathie et de leur capacité à percevoir la fragilité du bébé. Hors, ce rapport distordu à la réalité, cette perte de contact avec l'enfant réel est une des caractéristiques majeures de la plupart des maladies mentales, souvent accompagnée d'une difficulté et/ou d'une incapacité à s'y ajuster. Les parents fragiles psychiquement se retrouvent débordés face à un bébé qui les déstabilise, les inquiète et contre lequel ils doivent se défendre. La fonction protectrice des parents n'est plus

assurée et c'est alors que surgit la maltraitance (Berger, 2001). Le bébé n'est pas perçu comme un être à protéger, mais comme tout-puissant, exigeant, quelque fois objet de jalousie, souvent comme persécuteur parce qu'il requiert des soins adaptés à ses besoins et de l'affection (Barroco, 2001 : 4). Ceci est particulièrement frappant chez les mères atteintes de psychose (Anicet et coll., 1999).

Au-delà de la psychopathologie, la grande précarité (Boukobza et coll., 2000), les difficultés de leur propre maternage, des vécus de maltraitance ou de carences affectives et éducatives précoces dans leur propre histoire, les problèmes de la vie actuelle, l'histoire conjugale ayant donné naissance à l'enfant, sont susceptibles de s'actualiser dans le lien entre les parents et l'enfant. C'est pourquoi les troubles psychologiques et plus encore psychiatriques des parents et en particulier de la mère, est une indication majeure et très fréquente de l'orientation des familles vers des dispositifs de prévention.

✓ **Une parentalité « exposée<sup>15</sup> »**

Pour la juriste Claire Neirinck (2001), la notion de parentalité peut être assimilée à la recherche de « compétences parentales ». Ce sont ces compétences parentales qui sont « empêchées » (Houzel, 1999 : 10) chez les parents vulnérables accueillis à Enfant Présent, soit parce qu'ils sont atteints de troubles mentaux (empêchements internes), soient qu'ils vivent dans des conditions sociales très dégradées (empêchements externes) comme je l'ai montré précédemment. A cet égard, Hanna Rottman (1999, 2001) indique que ce qui compte n'est pas tant le diagnostic et la psychopathologie du parent, que la manière dont elle affecte la parentalité. Ainsi, **les pathologies de la parentalité ne se superposent pas forcément avec la psychopathologie des parents** (Lamour, Barroco, 2001 : 4), et elles peuvent évoluer favorablement avec l'âge de l'enfant. Le refus ou l'acceptation d'un étayage extérieur est à cet égard, un déterminant important sur les possibilités d'évolution.

*Encadré A3 - Madame Girard est suivie en psychiatrie pour une schizophrénie infantile à évolution déficitaire. Elle est très ralentie mais détendue, souriante, bien que pouvant avoir des répliques agressives ou provocatrices. Elle ne peut pas se rendre seule à un endroit qu'elle ne connaît pas (désorientation spatiale), mais effectue des tâches ordinaires, et va à ses rendez-vous médicaux seule. Monsieur Girard est déficitaire au niveau cognitif et immature du point de vue affectif, très désinhibé. Ils travaillent tous deux dans un CAT. Leur fils, Francis, âgé de 20 mois, arrive chez sa nouvelle assistante maternelle pour une présentation, accompagné de sa mère. Gardé depuis sa naissance par une autre assistante maternelle, il vient découvrir les lieux dans lequel il sera accueilli la prochaine quinzaine, pendant que Madame H. est en vacances. D'abord méfiant, il reste collé aux jambes de sa mère qui s'est assise dans le canapé. Son visage est propre et ravi, mais ses habits sont noircis de*

---

<sup>15</sup> Expression empruntée à Patrick Ben Soussan, Jacqueline Brothier, et Jacques Dayan (2000)

crasse et complètement dépareillés. Madame Girard se tait, elle est désorientée et mécontente du changement, ce que la psychologue lui verbalise à mesure, renchérie par l'assistante maternelle, qui propose des jouets à Francis. Madame se sent davantage en confiance, elle pose son sac et son manteau. Francis fait quelques pas et ramène une voiture qu'il vient de ramasser. Il la montre à sa mère et la porte à la bouche. Assis par terre aux pieds de sa mère, il fait rouler la voiture de plus en plus loin, allant chaque fois la rechercher pour revenir avec. La psychologue demande à Madame comment mange son fils, ce qu'il aime, ses habitudes de sommeil et d'endormissement. Madame Girard est en grande difficulté pour répondre, « il mange tout », « il dort normalement », se contente-t-elle de dire. Pourtant, malgré la psychopathologie lourde de sa mère et les carences dans la pratique de la parentalité qu'elle donne à voir, elle offre une base de sécurité adaptée aux besoins de Francis qui nous montre dans cette courte scène, ses capacités à découvrir le monde.

*Encadré A4* - Amine a deux ans et demi, il est accueilli à la crèche collective septembre 2005. Il vit avec sa mère au domicile de sa grand-mère. Madame a vécu un temps avec le père d'Amine dont elle était très éprise. Celui-ci l'a abandonnée pendant sa grossesse, rupture qui a entraîné un état dépressif grave pour lequel elle refuse d'être suivie. Elle a déjà une fille aînée de 6 ans, née d'un autre père dont elle est également séparée. Elle est retournée vivre chez sa mère à la naissance d'Amine. La grand-mère est une femme algérienne qui a elle-même été répudiée par son mari et père de ces trois enfants qu'elle a élevés avec le soutien de sa propre famille. Elle occupe une place de seconde mère auprès d'Amine, qui se trouve ainsi pris dans une relation où les générations se confondent. Sa mère, déprimée et très agressive, délègue à sa propre mère, une rude et grande femme, une partie des soins dont le bébé a besoin. Elle refuse qu'Amine ait des contacts avec son père. Amine est un enfant triste, constamment fatigué, dont les yeux cernés et l'errance alerte l'équipe. Il tient parfois des discours confus et incompréhensibles et s'endort sur la table pendant le déjeuner. Il semble vivre dans une bulle avec sa mère et sa grand-mère qu'il appelle toutes deux « maman ». Régulièrement « coiffé » à ras avec une tondeuse, Amine est souvent sale, marqué de coups et mal habillé. L'équipe s'interroge sur les conditions dans lesquelles il vit et la part du social dans cette parentalité pratique très carencée. Garçon grandissant auprès de femmes ayant des comptes à régler avec les hommes qui les ont abandonnées, il ne peut s'extraire de cette bulle affective carencée et plein de ressentiment. Il aura besoin de nombreuses observations et interventions thérapeutiques et toute l'attention de l'éducatrice de la crèche collective pour commencer à découvrir le monde.

Didier Houzel (1999 : 114) et son groupe de travail (Sellenet, 2002), ont montré que la parentalité s'organise en trois axes :

L'exercice : Ensemble des droits et des devoirs dont hérite tout parent à la naissance d'un enfant. Mais il est aussi ce qui structure, dans une société donnée, au niveau symbolique les places parentales et les implique dans une filiation et une généalogie.

L'expérience subjective : C'est l'axe du ressenti, le fait de se sentir ou non parent de cet enfant-là. Cet axe implique l'affectif et l'imaginaire, et rend compte des décalages qui peuvent exister entre le bébé imaginaire et le bébé réel.

La pratique : Concerne les actes concrets de la vie quotidienne, ces actes pouvant être délégués à d'autres personnes exerçant des fonctions de suppléance.

Ces trois axes sont interdépendants les uns des autres, et chacun est susceptible de défaillances. Il devient possible de penser en termes de « parentalités partielles », et de complexifier le regard porté sur les situations, tout en identifiant des ressources mobilisables.

Cette proposition de conceptualisation de la parentalité est très investie à Enfant Présent et au cours de mon stage, j'ai eu de nombreuses occasions de chercher à identifier quels axes de la parentalité étaient atteints dans les situations cliniques des familles suivies.

*Encadré A5* - Dans les situations évoquées dans les encadrés précédents, nous relevons les exemples d'une parentalité carencée sur l'axe de la pratique dans le cas d'Adile (encadré A8) et de Amine (encadré A4). Mais l'axe de l'expérience est au centre des désordres pour Madame Diané (encadré A2) et Amine (encadré A4). Lorsque l'axe de l'expérience est atteint, nous voyons dans ces exemples que cela a alors un retentissement sur celui de la pratique. Ce sont ces deux axes qui sont la plupart du temps mis à mal dans les familles suivies par Enfant Présent.

Quant à l'axe de l'exercice, il est souvent préservé, quoique fréquemment accompagné par des mesures éducatives qui peuvent être administratives ou judiciaires. Mais voici un exemple d'une parentalité empêchée sur l'axe de l'exercice.

Monsieur Soares est un maçon cordial, portugais arrivé en France il y a 10 ans. Madame Soares est plus effacée, souriante, portugaise elle aussi, gardienne d'immeuble. Ils sont les parents de Sophie, 18 mois, et habitent une petite loge. Les familles respectives sont au Portugal, où le couple se rend régulièrement.

Sophie est accueillie chez une assistante maternelle d'Enfant Présent depuis mai 2005. Lorsque je la rencontre pour la première fois en mai 2006, elle porte encore un drain crânien, trace visible de son secouage par sa mère au printemps. Sophie a été amenée à l'âge de quatre mois aux urgences de l'hôpital Robert Debré par ses parents. La mère était affolée et a reconnu l'avoir secouée. Des soins médicaux ont été apportés, un signalement a été fait par le service hospitalier. Le juge des enfants a rédigé une ordonnance d'aide éducative judiciaire pour le couple, le suivi médical de Sophie à Robert Debré, sa garde à Enfant Présent, et des soins psychologiques pour Madame. Ils sont en attente d'un jugement qui aura lieu en mai 2007.

A partir de cet événement, mettant en cause l'exercice de leur parentalité, la pratique va se trouver profondément marquée : Sophie devient peu à peu l'enfant toute-puissante de la famille. Ses parents perdent confiance en leurs capacités et en particulier la mère de Sophie, qui est la plus impliquée dans le geste et dans la contrainte judiciaire à recevoir des soins psychologiques. A moins de deux ans, Sophie peut décider de tout : la façon dont elle dort, s'habille, ce qu'elle mange, ce dont elle a envie ou pas. Le soir, Sophie installe toutes ses peluches dans le canapé, allume le DVD et regarde le dessin animé de son choix confortablement installée parmi ses jouets. Monsieur et Madame Soares n'osant rien lui dire, ils s'assoient sur une chaise à côté du canapé.

En toile de fond et au fil des entretiens avec la psychologue, l'axe de l'expérience de la parentalité apparaît peu à peu comme probablement défaillant, et l'enfance sans doute carencée de Madame et dans une moindre mesure de Monsieur, commence à émerger. Madame dit que sa propre mère ne lui a jamais parlé d'elle enfant, elle ne sait pas à quel âge elle a marché et dit ses premiers mots. L'isolement familial de Madame en France et l'absence

de références personnelles lui ont été particulièrement pénibles au moment de la naissance de son premier enfant. Les absences professionnelles de Monsieur ne lui ont pas permis de jouer le rôle du tiers et de prendre le relais lorsque Madame s'est sentie dépassée par ce bébé dont elle peinait à comprendre les pleurs. Alors, dans ce contexte de migration, d'isolement social et familial et de carences sur l'axe de l'expérience, la pratique parentale de Madame a brusquement dérapé vers la maltraitance.

Cet enrichissement du concept conduit Catherine Sellenet à proposer une définition revisitée de la parentalité, incluant les trois axes cités : « la parentalité est un processus psychique évolutif et un codage social faisant accéder un homme et/ou une femme à un ensemble de fonctions parentales, indépendamment de la façon dont ils les mettront en œuvre dans une configuration familiale » (Sellenet, 2002). Cette définition attire notre attention sur le poids des contextes sur la parentalité : toute intervention ou modification juridique, institutionnelle, affective et familiale, socio-économique et culturelle, si minime soit-elle, est susceptible de modifier positivement ou négativement un ou plusieurs des éléments des trois axes de la parentalité.

✓ **Des conséquences de la psychopathologie parentale sur le développement de l'enfant et ses relations**

L'intrication psyché-soma est évidente chez le bébé (Lamour, Barroco, 1998 : 29) et l'école de Loczy (David, Appell, 1973, Pikler, 1979) a montré l'importance de l'activité motrice autonome sur l'évolution psychique du bébé. Pendant la première année, le nourrisson se construit dans l'interaction autant qu'il la construit, activité autonome et interaction se nourrissant l'une l'autre dans un mouvement de va-et-vient. La répétition des expériences interactives fait émerger des « représentations d'interactions généralisées » (Stern, 1985), qui constituent un « modèle interne dynamique d'attachement » (Bowlby, 1969), qui peut être différent envers le père et la mère. Ces représentations façonnent tout à la fois un modèle de soi et un modèle d'autrui, et forment un système de « modèles internes opérants » (Gueddeney, 2002).

Une « spirale interactionnelle » (Cyrulnik, 2001, 73) fonctionne dès les premiers jours : l'enfant va chercher sur sa mère les informations sensorielles dont il a besoin pour constituer un sentiment de familiarité. A peine sécurisé, il explore l'alentour. En moins de trois mois, le nourrisson aura acquis une stabilité comportementale, une manière d'aller chercher lui-même le tranquillisant naturel et le stimulant exploratoire dont il aura besoin pour équilibrer sa vie émotionnelle. Ainsi, dès la fin de la première année, les enfants manifestent un style relationnel. On sait comment il va s'y prendre pour exprimer ses détresses, se calmer, charmer l'étranger, le fuir ou l'agresser. On voit ainsi comment les liens primaires sont constitutifs, car c'est à partir de cette première relation que le bébé acquiert un style comportemental qu'il va reproduire avec ses autres figures d'attachement. C'est ce qui rend le traitement du lien primaire aussi déterminant, d'autant que le style

comportemental n'est pas figé, c'est un processus sans cesse susceptible d'être modifié par de nouvelles interactions.

*Encadré A6* - Les enfants accueillis à Enfant Présent suscitent chez les adultes de la crèche et notamment leurs assistantes maternelles des investissements contre-transférentiels, souvent riches d'informations pour la pratique du clinicien. En effet, par un travail de repérage des affects suscités par un enfant et du type de lien qu'il a tendance à initier avec les adultes, il est alors possible de modifier certains patterns comportementaux. La dimension réparatrice réside dans le fait d'identifier le type de liens que suscite l'enfant (du côté du rejet, de l'oubli, de l'énerverment ; ou du côté d'un fort investissement, du plaisir ou de la gratification). En croisant les regards de différents adultes et en repérant les convergences, il est alors possible de repérer le type de relations suscitées par l'enfant et de les modifier intentionnellement dans un but thérapeutique.

Par exemple, je m'aperçois que lorsque j'essaie d'observer Amine à la crèche collective, mon attention pourtant habituée à l'observation clinique, dérive constamment vers les autres enfants, sans que je parvienne à véritablement observer Amine très longtemps. Lorsque je prends conscience de ma difficulté à investir cet enfant, ma psychologue référente me fait part du même phénomène la concernant. Nous notons que bien qu'accueilli depuis 6 mois à la crèche collective, sa situation n'a jamais été portée à l'ordre du jour des réunions de synthèse clinique par aucun membre de l'équipe. A partir de ce ressenti clinique, je pose l'hypothèse que cet enfant n'est probablement pas regardé et investi par sa mère et qu'il est rendu comme invisible aux yeux de ceux qui s'occupent de lui. L'attention des professionnelles est alors mobilisée en conséquence, et une référente est désignée pour inverser ce déficit d'investissement maternel.

A cet égard, le travail des assistantes maternelles peut également avoir une dimension fortement réparatrice en temps qu'elles sont capables d'investir positivement des jeunes enfants particulièrement « difficiles à aimer ». C'est le cas de Madame T., qui a accueilli Amy, une petite fille qui a 2 mois à son arrivée. Pendant les 6 premiers mois de l'accueil, cette enfant qui pleurait constamment n'a quasiment pas pu quitter les bras de son assistante maternelle. Cependant, soutenue par l'équipe technique, Madame T. a mobilisé beaucoup de patience. Résolue à tenir le coup, elle est parvenue à ne pas désinvestir cette enfant jusqu'à ce qu'Amy s'apaise et finisse par être suffisamment sécurisée pour accepter de se détacher de sa base de sécurité.

Ainsi, une intervention extérieure comme celle d'Enfant Présent est susceptible de rompre le cercle vicieux de l'attachement pathologique et de la répétition d'un style comportemental acquit au travers d'une relation avec un parent en difficulté.

Soumis à des négligences, à des maltraitances, à une parentalité qui peut paraître très carencée ou destructrice, pourtant le nourrisson s'adapte et se construit psychiquement. L'absence de disponibilité du parent, son manque de sensibilité aux signaux de l'enfant et l'inadéquation des réponses mettent à mal la capacité d'attachement de l'enfant, au risque que les adultes ne soient plus perçus comme dignes de confiance et fiables, et que l'enfant se représente lui-même comme incompetent et indigne d'être aimé (Brazelton, 1981, Pierrehumbert, 2003). Le style

Cet enfant présente alors (Lamour, Barraco, 1998, 55) :

- des troubles somatiques : retards staturo-pondéral, du développement moteur, du langage, perturbations des conduites alimentaires, troubles digestifs, affections ORL, etc. ;

- des signes psychopathologiques : atonie affective globale (émoussement des affects), non investissement de l'activité exploratoire en lien avec le mode d'attachement, et absence d'investissement de leur corps (indifférence à leur reflet dans le miroir)

Les perturbations les plus importantes peuvent produire un tableau clinique que Myriam David appelle « l'enfant vide » (1987), marqué par le non-investissement narcissique (enfants qui n'habitent pas leur corps, n'ont pas d'activités autoérotiques, ni d'objet transitionnel) et par une indifférenciation des relations à autrui en contraste avec une grande difficulté à se séparer de la mère.

Entre 12 et 18 mois, différents types de relation d'attachement insécure peuvent se décliner chez les enfants (Main, 1996) :

Attachement évitant : L'enfant, en présence de sa mère, joue mais ne partage pas avec elle ses enthousiasmes. Quand elle disparaît, sa tristesse est difficile à consoler. Quand elle revient, il ne se précipite pas vers elle pour se sécuriser. Tout au plus, oriente-t-il son attention vers un jouet pas trop éloigné. Ce sont des enfants qui tiennent à distance les adultes qui voudraient s'occuper d'eux ;

Attachement ambivalent : L'enfant est très peu explorateur quand sa mère est présente. Sa détresse est grande quand elle disparaît. Et même après son retour, il reste inconsolable ;

Attachement désorganisé ou « hébété » (Belsky, Isabella, 1988) : L'enfant n'a pas pu élaborer des stratégies comportementales tranquillissantes et exploratrices. Il ne sait ni utiliser sa mère comme base de sécurité quand elle est présente, n'y s'y tranquilliser quand elle revient. Il met en place une stratégie affective curieuse : l'enfant se fige quand sa mère revient, parfois s'approche d'elle en détournant la tête, ou même la tape ou la mord.

Ces « styles comportementaux » (Tremblay, Provost, Strayer, 1985) constituent les ressources de la potentielle résilience, en ce sens qu'ils sont des facteurs internes qui déterminent le type de relation que l'enfant entretient avec l'ensemble de ses partenaires. En ce sens, l'attachement ambivalent et l'attachement désorganisé sont des styles dont le pronostic est plus mauvais puisque les adultes risquent davantage de s'en détacher ou de les rejeter : un enfant évitant ne gratifie pas l'adulte, un enfant ambivalent l'exaspère et un enfant hébété le décourage, aggravant ainsi les difficultés relationnelles au fil des interactions. Toutefois, si ces styles constituent l'échafaudage des premiers étages de la personnalité, il est important de rappeler qu'ils peuvent « se modifier dès qu'un événement modifie un point du système » (Cyrulnik, 2001 : 79).

Les interactions avec une mère déprimée produisent un hyper-attachement anxieux de la part de l'enfant (Murray, Cooper, 1996), qui, ni sécurisé ni stimulé, colle à une base d'insécurité qu'il n'ose pas quitter. Ainsi se crée une bulle affective monosensorielle dans laquelle la mère déprimée a le monopole, ce qui rend l'extérieur inquiétant et ne permet pas à l'enfant de découvrir des relations d'un autre style, toute étrangeté devenant inquiétante, au risque qu'en grandissant, l'extrême familiarité devienne écœurante (Cyrułnik, 2001 : 120). Le retrait de l'enfant de mère déprimée peut être interprété comme un tempérament d'enfant sage, et l'enfant peut alors se laisser glisser silencieusement à son tour dans la dépression, sans éveiller l'attention. Alors que ces enfants peuvent tout à fait être « réanimés » si la mère s'améliore ou si un substitut les invite à la relation. Car s'ils ne prennent pas d'initiative, ces enfants savent accepter les invitations. Nous voyons ainsi comment le « tricot de la résilience » cher à Boris Cyrułnik, peut ainsi être « remaillé » par d'autres partenaires de l'enfant.

Lorsque la mère présente une psychose (chronique ou résultant d'une décompensation au moment de la grossesse), c'est l'ensemble des interactions qui se trouvent perturbées (Lamour, Barroco, 1988 ; David, 1984) : interactions visuelles (évitement du regard chez la mère), corporelles (holding chaotique alternant rapprochements intenses et mises à distance), interactions vocales et ludiques pauvres.

L'enfant réagit au chaos de la psychose maternelle par la vigilance : il se retient dans ses mouvements, voire dans son développement, se console seul, manifeste peu de détresse.

*Encadré A7 - Modibo est né d'une mère diagnostiquée et suivie par la psychiatrie comme atteinte de psychose. Elle est originaire du Sénégal, pays où elle a été mariée. De son histoire, nous savons peu de choses, simplement que son mari est décédé et qu'ils n'ont pas eu d'enfant. Venue en France, elle a rencontré un homme de son pays, dont elle a attendu un premier enfant qui n'a pas été reconnu par le père. Elle a décompensé après son premier accouchement, lors de la naissance de Sory qui a aujourd'hui 5 ans. Ce n'est qu'à l'âge de 6 mois que Sory a été placé quelques semaines en pouponnière, et il a développé depuis des signes autistiques, selon le CMP qui le suit. Il est scolarisé en alternance avec la fréquentation d'un hôpital de jour. Sory est un enfant souriant au contact très particulier, puisqu'il semble être en relation avec des êtres que lui seul semble voir. Madame Sissokho a ensuite donné naissance à un autre garçon, d'un autre père avec lequel elle n'a plus de contact. Elle l'a appelé Modibo. Ses deux fils portent le nom de leur mère, qui les élève seule. Madame Sissokho est très inerte, souvent délirante, se sent maltraitée et constamment persécutée par les services psychosociaux et médicaux. On croise rarement son regard, et elle allaite Modibo en détournant le visage, sans jamais regarder son bébé. Modibo est accueilli depuis l'âge de 13 mois à Enfant Présent, et depuis août 2005 chez les L. En mars 2007, à l'issue de plusieurs observations et d'une rencontre clinique entre la psychologue et l'assistante maternelle (citations entre guillemets), je dresse le portrait suivant :*

*Modibo a maintenant 27 mois, c'est un enfant très inhibé, au regard fixe et perpétuellement grave, qui peut être « gênant et angoissant » pour l'adulte. Il semble figé par l'inquiétude, incapable d'aller seul vers les autres. Il semble constamment contracté et tendu, très peu démonstratif, il est difficile de l'amener à se détendre et à jouer. Au retour des week-ends qu'il*

Il passe avec sa mère et son frère, il reste dans l'entrée de l'appartement de son assistante maternelle, silencieux, « figé » devant son casier, gardant son manteau. Le soir, lorsque sa mère vient le chercher, il s'installe dans la poussette dès son arrivée et attend, mais « ce n'est plus le même enfant ».

Lorsqu'il le sollicite de lui-même, le contact physique avec Monsieur L. rassure énormément Modibo. Parfois, il est en pleine activité et revient vers Monsieur, lui prend la main quelques instants puis repart jouer. Modibo est très constipé. Il a mis un an à faire des selles chez les L., et cela reste exceptionnel. Le passage de la couche aux toilettes n'a pas posé de problème, car cet enfant est capable de se retenir très longtemps. Lorsqu'il va aux toilettes, son visage est marqué par la douleur et/ou l'appréhension. Monsieur L. reste alors à ses côtés, pour le rassurer et le détendre.

Modibo aime jouer aux lego, construire, aller au square, toujours en étant accompagné d'un adulte dont il a besoin du regard. Il est maintenant capable de jouer tout seul au ballon, au cheval à roulette. Il dessine, fait de la peinture et du coloriage, sans déborder des motifs. Il a maîtrisé très tôt le remplissage des formes et même les couleurs (cerises rouges, feuilles vertes). Pour la peinture et le dessin, comme pour manger, il ne se sert que de la main droite. En ce moment, il a parfois un rire forcé, « étrange et inquiétant », non motivé, énorme. Il aime imiter et suivre Mohamed, enfant également accueilli par l'assistante maternelle et avec lequel il s'entend très bien. La collectivité est plus difficile pour lui et il a besoin d'un accompagnement individuel par l'éducatrice pour pouvoir réussir à s'intégrer au groupe après quelques heures.

Ces enfants grandissent avec une absence de sentiment de permanence, comme s'ils avaient appris que tout peut basculer à chaque instant et qu'ils ne peuvent pas compter sur les adultes. S'« agrippant au contexte », certains enfants développent une hypermnésie résultant d'un surinvestissement de la mémoire factuelle (Enriquez, 1993).

*Encadré A8* - Adile (encadrés 1, 15, 17) est accueillie à la crèche collective, elle surprend tout le monde car elle connaît chaque membre de l'équipe par son prénom, même les stagiaires et des personnes avec lesquelles elle n'est pas en contact direct (équipe technique), ce qui doit représenter une quinzaine de personnes. Dès qu'elle aperçoit un professionnel, elle se précipite vers lui, capte son attention avec des tas de mimiques et de sourires, en l'appelant par son prénom.

Le rapproché avec l'enfant peut devenir trop angoissant pour la mère, qui répond alors aux manifestations de l'enfant en les incluant dans son délire (Lamour, Barroco, 1988) ou en mettant l'enfant à distance (Merlet, Rottman, 1987).

*Encadré A9* - Madame Letraux est suivie au CMP pour une pathologie délirante, très résistante aux neuroleptiques, et qui couve à bas bruit en permanence. L'histoire de cette mère centrafricaine est particulièrement pathétique (maltraitance, abus sexuels, placement des filles aînées, etc.), et j'aurais l'occasion d'y revenir un peu plus loin. Sa fille, Estelle France est née en avril 2006, elle a été gardée par une première assistante maternelle d'Enfant Présent, depuis par une seconde. Les interactions entre la mère et son bébé sont très pauvres et fluctuantes, et selon l'état de Madame, pas toujours très adaptées. Au fil du suivi, Madame semble être de plus en plus désorientée au niveau temporel et son rapport à la réalité est

envahi par des idées délirantes de persécution. Estelle France passe beaucoup de temps à dormir chez son assistante maternelle et à manger, aussi est-ce que l'équipe s'interroge sur son rythme de vie au domicile. Il est probable que sa mère n'est pas en capacité d'établir et de respecter un rythme de sommeil et de repas, et que les journées passées chez son assistante maternelle fonctionnent comme un rattrapage des soins partiels qu'elle reçoit de sa mère. Un matin, Madame Letraux confie à l'assistante maternelle qu'elle hésite à donner des petits pots à sa fille, car « les gens qui la suivent » ont introduit du poison dedans. Le lendemain, elle affirme que le poison agit à distance car il suffit qu'Estelle France s'approche du petit-pot pour tomber dans le sommeil. Cet envahissement du délire qui se loge maintenant dans l'espace des soins dont a besoin Estelle France pour se développer, signe le début d'une nouvelle phase de la maladie de Madame. A la suite de quoi, elle sera rapidement hospitalisée par son psychiatre.

L'incarnation passagère par l'enfant de sa mère 'folle' met en lumière la dimension pathogène de l'accordage affectif avec une mère atteinte de troubles psychiatriques. En effet, dès l'âge de 18 mois, l'enfant se plaît à reproduire un scénario comportemental produit par la figure d'attachement. Si le mimétisme et l'imitation des comportements sont des ressources du développement normal d'un enfant (Baudonnière, 1997), qui montre ainsi qu'il aime habiter le monde d'un autre, de celui qui l'émeut (Cyrulnik, 2001 : 105), il n'est cependant pas sans rappeler le mécanisme d'identification à l'agresseur décrit par Ferenczi dans *La confusion de langue entre les adultes et l'enfant* (1932), qu'il faut comprendre comme une « réaction primaire de survie » (Enriquez, 1993 : 134).

*Encadré A10* - Lors de mes observations sur la crèche collective, j'ai d'emblée été frappée et interpellée par l'entrée en contact de Adile (encadrés 1, 15, 17, A8) avec les adultes. A l'arrivée d'une personne dans l'espace des enfants, elle court au devant de la personne, se met sur son chemin, déployant des grimaces, mimant un sourire tellement forcé qu'il en devient expressionniste. Elle lui tend des jouets, tente de capter son attention par des pitreries. A peine je m'installe à mon poste d'observatrice qu'elle s'interpose entre mon regard et la cible de mon attention, puis elle se colle à moi, demandant à être prise dans les bras. Il lui arrive de rester ainsi lovée contre moi pendant toute la durée de mon observation, parfois en dépit d'une manifeste envie de jouer avec le groupe. Ce comportement se répète à chacune de mes visites : il a quelque chose d'excessif qui me frappe et me met mal à l'aise pendant une longue période.

Observation à la fête de Noël 2006 : Ses parents sont venus ensemble pour la première fois depuis longtemps. Adile n'arrive pas à se poser, ni même à s'asseoir un instant. Elle ne cesse de bouger et de s'agiter : pendant 45 mn elle se met à genoux, s'accroupit, se relève, reste debout une minute, change de place etc. Elle semble complètement désaccordée avec ce qui se passe, ne paraît pas vraiment présente au spectacle dont elle ne profite pas. Elle observe les réactions des autres enfants qu'elle imite, toujours avec un temps de retard. Par exemple, elle voit que les enfants rient, elle rie à son tour (très fort) et regarde tout de suite ses parents pour voir s'ils la regardent. On dirait qu'elle a besoin qu'ils la regardent, qu'elle a toujours besoin d'être regardée pour se sentir exister. Ses expressions sont forcées, factices. Elle ne cesse de demander : « C'est quoi ça ? C'est quoi ça ? », en désignant tour à tour un élément du spectacle, un adulte, un élément du décor habituel de la crèche. A un moment où je ne lui accorde plus d'attention, je sens qu'elle me prend la main, peut-être pour capter mon regard.

A son arrivée à la fête, sa mère donne à voir la même scène qui inaugure toutes ses rencontres avec sa fille. Cette femme, totalement déprimée, qui pleure énormément pendant les entretiens, fige un sourire contraint sur son visage aussitôt qu'elle sent que sa fille la regarde. Elle se met à parler très fort, et crie : *Adiile ! Adiile !!* Elle interpelle sa fille, la cajole, la chatouille, la soulève en ponctuant ses gestes d'un *motherese*<sup>16</sup> très maniéré en turc. Dans un style forcé, elle fait le clown pour amuser Adile, mais dès que sa fille détourne les yeux, son visage s'affaisse brutalement, la tristesse l'envahit en un instant et les larmes coulent à nouveau.

Cette transformation si maniérée et hyper-expressive de visage de la mère me rappelle brusquement la manière dont Adile vient à la rencontre des adultes dans la crèche, sa façon de capter leur attention, de crier leur prénom... Dès lors, il est possible de faire l'hypothèse d'un mimétisme flagrant avec le comportement de sa mère à son égard : comme n'importe quel enfant qui grandit, Adile imite sa figure d'attachement - sa mère maniaque - et utilise le même style comportemental pour entrer en contact avec d'autres personnes. C'est un comportement qui à ce stade, semble davantage ancré dans une imitation de l'adulte que dans une pathologie fixée du développement.

En effet, au stade sensori-moteur et projectif (1-3 ans), c'est par l'observation et l'imitation différée, que les enfants qui commencent à parler apprennent et acquièrent les représentations mentales de leur environnement (Wallon 1934, 1941). L'adulte constitue alors pour le jeune enfant un support indispensable à son développement (Vygotski, 1934, Bruner, 1990).

A cet égard, l'unité fonctionnelle fondamentale du bébé est bien la famille, au-delà de la traditionnelle dyade mère-enfant. L'éthologie montre que le triangle est la situation naturelle du développement de tout être humain et qu'il est nécessaire de penser l'attachement comme un système comportemental organisé par tous les partenaires de l'interaction.

En ce sens, l'ensemble des partenaires de l'enfant dont le parent est malade, sont susceptibles de constituer des « tuteurs de résilience » (Manciaux, 2001b), ressources externes du développement, et de le sortir de la spirale interactionnelle négative qui risque de s'installer entre lui et ses partenaires (parents, fratrie, etc.). Car cet enfant entraîne l'assistante maternelle (Dozier, 2002) ou les autres professionnels qui s'occupent de lui à reproduire ces interactions néfastes.

L'aptitude de la mère à percevoir les signaux de l'enfant, à les interpréter de façon correcte afin de leur donner une réponse adaptée, en accord avec les attentes de l'enfant, est qualifiée selon les auteurs de « sensibilité maternelle » (Ainsworth, 1979) (« responsiveness »), « ajustement » (Pêcheux, 1994), ou « contingence » (Greenspan et Lieberman, 1980). L'irritabilité néonatale

---

<sup>16</sup> Motherese : c'est le langage simplifié, le « parler-bébé », utilisé par les adultes pour s'adresser aux enfants.

peut influencer négativement la sensibilité maternelle (Hubin-Gayte, 2004), d'autant que la mère est aux prises avec des angoisses psychotiques. Mais le manque de contingence des interactions précoces, se remarque également lorsque le parent adresse ses transactions à l'enfant imaginaire et non à l'enfant réel. Il s'agit alors de projections du monde intérieur de la mère (parfois terriblement chaotique, délirant ou effrayant) sur son enfant réel. Hors, l'absence de contingence produit un type d'attachement insécurisé chez l'enfant qui n'a pas bénéficié d'une base de confiance et de sécurité (Ainsworth, 1978) pour « l'exploration du monde physique et social » (Parent, Saucier, 1999 : 36). En l'absence de contingence c'est l'enfant qui s'adapte à sa mère, ce qui explique l'hyper-adaptation au contexte, de certains enfants de mères présentant des troubles mentaux (Goodman, Brumley, 1990). Ainsi l'amputation, la soumission, le renoncement à devenir soi-même, la glaciation affective, la méfiance, la séduction de l'agresseur constituent des comportements adaptatifs présents chez les enfants de parents psychiatisés. Hors cette adaptation à une relation pathologique n'est pas sans poser problème, et il arrive qu'une culpabilité torturante organise des stratégies d'existence résilientes (Cyrułnik, 2001 : 167).

*Encadré A11* - Horia est né en août 2005 d'une mère roumaine arrivée en France à l'âge de 25 ans et d'un père français. Madame Ilyanescu est une mère constamment inquiète de ce qui peut arriver à Horia. Elle tient absolument à ce qu'il ait le mieux et est prête pour cela à tout contrôler. Elle veut s'assurer qu'il ne sera pas maltraité à la crèche, elle a peur qu'il devienne violent en grandissant, en particulier elle craint que le père dont elle est séparée pour cause de violences à son égard, ne soit un mauvais exemple pour son fils. Elle a un discours très négatif sur la crèche, les conditions de vie à Paris, son environnement, la pollution, les maladies, etc. C'est une mère très déprimée aux défenses agressives et persécutées. Elle emmène constamment Horia chez le médecin et l'enfant a presque toujours des médicaments pour des otites, bronchites, des antiémétiques, des antiallergiques etc. Paradoxalement, elle souligne que sa propre mère était pharmacienne et qu'elle-même a les médicaments en horreur. Au niveau alimentaire, elle fait des recommandations très strictes sur le régime alimentaire particulier que Horia doit suivre en évoquant des antécédents diabétiques par son grand-père paternel. Elle interdit à l'équipe qu'on lui donne des gâteaux ou quelque nourriture sucrée. Elle invoque une allergie au lactose et demande à ce que Horia ne boive pas de lait, ni ne mange de yaourts...

A 18 mois, Horia est un enfant maigrichon, aux yeux cernés et au teint maladif. Il tombe souvent et manque d'énergie. Il se love dans les bras de sa mère sans grande tonicité, en position fœtale comme un petit bébé. A ce sujet, sa mère continue de la porter dans un porte-bébé alors qu'il marche. Pendant des mois à la crèche, il sourit peu, semble montrer peu de plaisir à découvrir son environnement, et s'isole beaucoup des autres enfants, comme s'il n'avait pas compris que cet espace est le sien et qu'il pouvait l'investir positivement. Un rendez-vous médical avec la pédiatre permet de lever les ambiguïtés autour de la santé de Horia : il n'est atteint d'aucune maladie particulière qui nécessiterait un régime alimentaire spécial et en l'absence de certificats médicaux officiels, il est autorisé à manger comme les autres. Il est décidé en réunion de synthèse que la chef de service verra la mère en entretien pour discuter de cela avec elle. Elle accepte d'entendre que Horia a besoin de son autorisation pour pouvoir profiter de la crèche comme les autres enfants.

A partir de cet entretien, et en orientant le travail éducatif autour de Horia sur le plaisir qu'il peut éprouver dans ses activités, que cet enfant a pu commencer à s'épanouir sur la crèche en

l'absence de sa mère. Comme si jusque-là, il respectait la demande implicite de sa mère : sois malheureux à mes côtés.

Ainsi saisi dans le chaos de la maladie mentale de sa mère, l'enfant ne peut pas développer de prises sur son environnement et se construire une représentation solide de la réalité qui l'entoure et de lui-même. Selon Gibello (1984 : 183), « l'appareil psychique peut fonctionner dès la naissance suivant deux modalités, primaire et secondaire. Le processus primaire serait en œuvre là où le nourrisson est impuissant à agir sur la réalité. Le processus secondaire serait en œuvre dans les domaines où il est susceptible d'avoir une emprise réelle sur le monde extérieur ». Le psychisme de l'enfant risque alors d'être envahi par les processus primaires, au détriment des processus secondaires, ce que nous donne à voir Danyel.

*Encadré A12* - Dans le cas de Danyel qui est présenté dans l'encadré 5, et dont la mère est atteinte d'une psychose bien installée, j'ai observé son besoin toujours actuel et ce, malgré ses trois ans, de s'assurer de la permanence des choses et des personnes qui peuvent disparaître et revenir. Ainsi, pendant une période, le grand jeu de Danyel à la crèche était d'allumer et éteindre la lumière, cette mise en actes de la maîtrise possible de la disparition l'apaisait. C'est également un enfant qui montre une grande sensibilité auditive : il peut manifester de l'inquiétude lorsqu'un bruit provient de quelque chose qu'il ne peut pas voir. Il a alors besoin que l'on mette des mots sur expliquer le bruit et qu'on l'accompagne pour vérifier l'explication.

Danyel réalise très bien les puzzles, qu'il réussit beaucoup mieux que les autres enfants de son âge, une fois contenue son agitation. Il développe une grande rapidité dans la reconnaissance des pièces et leur organisation, ce que j'ai également observé chez deux autres enfants de la crèche, qui ont une mère atteinte de psychose, pathologie du morcellement. Cette capacité à réaliser des puzzles pourrait signer la mobilisation de ressources pour lutter contre le morcellement maternel.

En grandissant, certains jeunes enfants donnent à voir une hypermaturité, faite d'une autonomie précoce, d'hyper-adaptation au contexte et d'un surinvestissement intellectuel (Boekholt, 1990). On observe alors que l'enfant se prend en charge, et parfois même aide directement son parent. Cette hypermaturité normative décrite par Ferenczi (1932) représente un investissement défensif de « parentalisation » chez un enfant dont les parents vont mal, ont des comportements chaotiques ou incohérents, se dépriment, se suicident... Ce risque de parentalisation concerne encore davantage les aînés qui protègent leurs cadets. Ces enfants ne sont pas toujours repérés dans un contexte non-préventif et inquiètent moins les professionnels des dispositifs de prévention, bien qu'ils encourrent le risque d'un effondrement différé.

*Encadré A13* - Erika est placée par OPP à la Pouponnière de Saint-Vincent de Paul à l'âge de un mois en mars 2004.

Sa mère a été hospitalisée à Maison Blanche pour dépression au sixième mois de grossesse. Elle a ensuite décompensé sur un mode délirant après la naissance, faisant une tentative de suicide à la maternité. Depuis, elle est presque constamment absente à la réalité. Le père d'Erika est pâtissier, légèrement déficitaire au niveau cognitif, totalement désespéré devant son enfant, et même s'il est totalement mobilisé, il reste dans l'incapacité de faire face seul à l'éducation de sa fille (manque d'hygiène, inadaptation des vêtements, etc.).

En septembre 2004, le juge remet Erika à ses parents, avec une ordonnance d'AEMO et un accueil à Enfant Présent. Erika est alors accueillie chez une assistante maternelle qu'elle investit très fortement et vice-versa. C'est une petite fille souriante, très gratifiante pour l'assistante maternelle qui, étant elle-même mère de garçons, trouve un grand plaisir dans la relation à cette petite métisse coquette. Malgré les difficultés massives de sa mère et son état psychiatrique instable qui la pousse parfois à crier sur sa fille pour des raisons incompréhensibles, Erika présente à 2 ans et demi, un développement psychomoteur conforme à son âge et un langage très riche qui évoquent une hypermaturité défensive : elle joue à la poupée, à la dinette, feuillette les livres en se racontant des histoires. Elle est très à l'aise avec les étrangers, exprime ses préférences en matière d'alimentation et de vêtements. Lorsqu'elle ne se sent pas bien, elle réclame des câlins à sa « tata » avec laquelle elle a une très bonne qualité d'attachement. Elle se console également seule, avec son pouce et son doudou. Seul son sommeil est agité de cauchemars et de terreurs nocturnes. Et elle présente également une hypervigilance quant à son environnement (elle est capable de dire à son assistante maternelle qu'elle a oublié de mettre ses boucles d'oreilles ou au mari de celle-ci qu'il ne doit pas sortir sans son chapeau).

#### **d. Le placement n'est pas pour autant la réponse**

Comme je viens de le montrer, lorsque l'enfant est soumis des alternances imprévisibles de collage et de rejet, à des déformations systématiques de ses messages, à un délire parental, à des violences ou est témoin de scènes violentes, etc., c'est son développement psychique et intellectuel qui est menacé. Pour autant, Au-delà des sévices graves et avérés, ou des situations de négligence qui mettent la vie de l'enfant en danger, le placement par l'ASE n'est pas toujours la réponse adaptée. Maurice Berger (2001) rappelle que le placement de traite pas les difficultés psychiques produites par les traumatismes, et Myriam David (1989) souligne la séparation peut en elle-même représenter un traumatisme et être nocive si elle ne s'accompagne pas d'un traitement (dispositif d'écoute et d'accompagnement avant, pendant et après la séparation). Les questions qui se posent constamment aux équipes d'Enfant Présent sont alors : de quelles capacités (intellectuelles, affectives, relationnelles) un enfant doit-il être pourvu pour mener une vie moyennement normale ? Peut-il acquérir ces capacités dans le présent contexte ? Selon la vocation de l'institution, et la fonction de chacun dans l'équipe, les professionnels penchent plus ou moins 'du côté' de l'enfant, chacun étant susceptible d'avoir sa propre vision des enjeux du placement (y compris parfois au sein d'Enfant Présent) (Debourg, Auguin,, 2003).

*Encadré A14 - La mère de Mohamed a un passé de toxicomane, elle partage son temps entre les hospitalisations en psychiatrie et l'errance, elle n'est pas en mesure de s'occuper de son fils qu'elle a laissé avec son père au moment de la séparation du couple, alors que Mohamed avait*

deux mois. L'enfant est né avec un syndrome de sevrage et a vécu deux ans en pouponnière. Monsieur a été très blessé psychologiquement par la maladie de sa femme et son départ, il reste très fortement déprimé. Bien que très attaché à son fils qui a maintenant 2 ans et demi et dont il vient de récupérer la garde par une OPP, il dit souvent qu'il est dépassé, qu'il ne sait pas s'y prendre avec un petit enfant et que l'organisation quotidienne est difficile. Monsieur est très isolé en France et ne dispose pas de soutien, sa famille étant au pays. Quand tout est trop dur, il parle d'envoyer Mohamed à sa propre mère au Maroc. Mohamed est un enfant très beau, pétillant de vie, très attaché à son père, souvent souriant, confiant avec les étrangers, qui n'a pas tardé à se faire des amis lors de son accueil sur la crèche collective. Il semble très bien se développer.

Monsieur est suivi en AEMO judiciaire, il doit à tout prix trouver du travail pour pouvoir assumer la charge de son fils. Il est très motivé et se plie à toutes les exigences éducatives et sociales à son égard, tant de la part d'Enfant Présent que des autres partenaires. L'assistant social de secteur considère que l'éducation d'un jeune enfant est une charge trop lourde, que Monsieur ne peut assumer. Il a déjà parlé plusieurs fois de placement. Lorsque Monsieur trouve enfin un travail de surveillance aux horaires décalés le soir, ceux-ci ne sont pas compatibles avec ceux de la crèche. La question du placement est alors à nouveau débattue entre Enfant Présent et le secteur. L'assistant social d'Enfant Présent défend la possibilité de faire une demande de financement à l'ASE pour payer une personne qui fera la jonction entre la fermeture de la crèche et le retour au domicile de Monsieur. Celui du secteur souhaite un placement.

Il est intéressant de noter que dans cette situation, Enfant Présent qui est du côté des relations affectives de l'enfant, défend le maintien des liens de Mohamed avec son père ; alors que l'assistant social qui est du côté des conditions matérielles de vie de l'enfant (soins, horaires de coucher), défend l'idée du placement.

Pour atteindre l'objectif principal de l'accès à une vie normale, quatre sous-objectifs doivent être atteints (Berger, 2001 : 35) :

un but cognitif : capacité à lire, écrire, compter et que l'enfant ne débilise pas (ou récupère une partie de ses facultés) ;

un but social : capacité de s'insérer en groupe (scolaire puis plus tard professionnel) ;

un but affectif : capacité de ne pas détruire autrui ni se laisser détruire par autrui (première et nécessaire étape avant de parvenir à aimer et être aimé) ;

un but familial : capacité de profiter des aspects sains de ses parents et ne pas être envahi par les aspects pathologiques.

Dans les interactions, parents et enfants s'influencent mutuellement dans un processus continu de développement et de changement. Les perturbations relationnelles signent une adaptation mutuelle problématique qui peut rapidement s'auto-entretenir et rendre l'intervention d'un tiers indispensable pour rompre le cercle vicieux. Ainsi, pour atteindre ces objectifs, le recours à des dispositifs spécifiques est nécessaire.

## Annexe B - Les assistantes maternelles, outil préventif d'Enfant Présent

*Un enfant a besoin d'être  
« porté dans la tête et pas seulement dans les bras ».  
Geneviève Appel, 1998*

L'essentiel du dispositif d'Enfant Présent repose sur l'activité d'environ soixante dix assistantes maternelles « judicieusement recrutées, soigneusement formées, et correctement accompagnées » (Jesu et coll., 2005 : 77) résidant dans sept arrondissements parisiens (12, 14, 13, 17, 18, 19, 20<sup>ème</sup>). L'activité des assistantes maternelles présentent de caractéristiques liées au métier de l'accueil familial, à la dimension préventive de cet accueil et au cadre associatif.

Les assistantes maternelles ont un statut déterminé par l'État, un agrément délivré par le conseil général, un contrat de travail et un salaire fixés par Enfant Présent dans un cadre conventionnel. Chaque assistante maternelle d'Enfant Présent accueille en moyenne trois enfants simultanément.

En temps que salariées d'une association, les assistantes maternelles partagent un ensemble de valeurs avec le conseil d'administration. Ces valeurs se traduisent par un accueil respectueux des familles en difficulté, par un refus du fatalisme et de la stigmatisation les concernant, par un strict respect du secret professionnel et par le goût de l'expérimentation menée dans le cadre d'un travail en équipe (Eydoux, 2005). La dimension expérimentale, comme l'intérêt et les contraintes qu'elle comporte, est souvent mise en avant par les assistantes maternelles d'Enfant Présent. En effet, la pratique des assistantes maternelles est mobilisée en permanence et organisée en fonction d'objectifs de prévention. L'apport des assistantes maternelles au projet associatif d'Enfant Présent ne se résume donc pas à leur métier et à leurs compétences « techniques », il intègre aussi un certain type de comportement fait de souplesse, de rigueur et d'humanisme, un « savoir-être » bien particulier, qui préexistait et qui semble s'accroître et se consolider au fil de l'expérience et du temps. C'est ce *savoir-être* qui fait des assistantes maternelles des professionnelles de la petite enfance bien particulières. En effet, elles exercent une profession qu'elles ont apprise non pas par pédagogie comme c'est le cas de leurs collègues, mais par l'expérience. Leurs théories sur les enfants sont élaborées à partir de leur vécu et de leur pratique, et les premiers enfants gardés occupent une place bien particulière dans les souvenirs des assistantes maternelles d'Enfant Présent. C'est cette fabrication par la pratique de la garde d'enfant, que Catherine Sellenet appelle « apprentissage de l'intérieur » (Sellenet, 2003 : 93)

qui peut être qualifié d'« initiation », et qui les place en position d'occuper à leur tour la « figure d'initiatrices à la fonction parentale<sup>17</sup> et éducative » (Jesu, 2005 : 83) auprès des parents des enfants qu'elles gardent. Elles leur font découvrir le potentiel de leur enfant, le sens de ce qu'il fait, son besoin de gratification, ses besoins de limites, pour leur donner envie d'en faire l'expérience à leur tour.

Par conséquent, les assistantes maternelles d'Enfant Présent présentent une grande hétérogénéité dans les profils et les compétences. La crèche du 20<sup>ème</sup> arr. étant le lieu historique de création de l'association, un petit groupe d'assistantes maternelles y ont une ancienneté de 18 ans, ce qui fait d'elles des professionnelles de grande expérience. D'autres ont été recrutées au fil des années. Une majorité des assistantes maternelles y sont d'origine étrangère (surtout maghrébines)<sup>18</sup>, tout comme les familles avec lesquelles elles travaillent, et certaines partagent également avec elles un vécu semé d'embûches et de difficultés de tous ordres. Par ces aspects, elles sont parfois plus proches des familles suivies que la majorité des autres professionnels de la structure.

Toutes les heures travaillées par les assistantes maternelles sont rémunérées à différents tarifs (jour/nuite), les couches et équipements sont fournis, et les prestations supplémentaires comme les repas du soir et les bains sont également rémunérés. La rémunération pour un service qualitatif dont les compétences spécifiques ne sont pas toujours reconnues par la société, conduit souvent les assistantes maternelles à se justifier d'un éventuel soupçon d'intérêt financier dans leur motivation. Ainsi à Enfant Présent - structure réalisant une mission de prévention - les assistantes maternelles mettent en avant leur engagement personnel, qui passerait avant toute considération financière. Dans un article collectif signé par sept d'entre elles et co-écrit avec Frédéric Jesu, elles insistent sur leur « disponibilité permanente », en dehors des temps de garde, pas forcément reconnu financièrement, mais à travers lequel elles manifestent leur attachement à une valeur comme l'intérêt supérieur de l'enfant qui l'emporte sur les motivations matérielles. (Jesu et coll., 2005 : 82)

*Encadré B1 - Madame R. C. me raconte qu'à une époque, la chef de service lui avait reproché de facturer les bains donnés à un enfant dont la mère vivait à l'hôtel, en lui disant : « Vous abusez de la situation ». Les bains étant facturés à moins de un euro, elle avait très mal pris cette accusation, d'autant que la nécessité de donner les bains à l'enfant avait été prise par l'équipe. Depuis, vexée, elle dit ne plus facturer les bains, et le lavage du linge : « Ça, c'est entre moi et l'enfant ! »*

---

<sup>17</sup> Sur la notion de fonction parentale, voir Poussin, G., (2004), *La fonction parentale*, Paris : Dunod

<sup>18</sup> Proportion estimée supérieure aux 23% d'assistantes maternelles d'origine étrangère en région parisienne en 2002 (Sellenet, 2003 : 70)

## **a. Quelles sont leurs spécificités ?**

Manni (2002) a défini les trois fonctions des assistantes maternelles : une *fonction maternante* (soins à l'enfant, continuité et permanence des liens), une *fonction observante* (Siguret, 2001) (connaissance fine de l'enfant), et une *fonction référente* (attention particulière à l'enfant). Dans l'article écrit en 2005 avec Frédéric Jesu, les aptitudes spécifiques des assistantes maternelles d'Enfant Présent sont définies par elles-mêmes. Elles sont présentées ci-dessous et illustrées par des exemples glanés au cours de ma pratique lors du stage. Nous allons voir que nous retrouvons les trois fonctions précédemment citées, auxquelles s'ajoutent des spécificités liées à la mission de prévention et au public auprès duquel elles exercent leur activité :

### ✓ **Une disponibilité importante**

Certains moments-clé de l'accueil de l'enfant (arrivée et départ) sont particulièrement importants car l'assistante maternelle est en relation avec le parent et avec l'enfant. La qualité de l'accueil détermine en partie la suite de la journée, il est le moment des transmissions sur la nuit ou la journée écoulée. Les parents ne doivent pas envahir l'espace de leur enfant avec leurs difficultés, mais ne doivent pas non plus le 'déposer' à la va-vite. La disponibilité à l'égard du parent fait partie du travail relationnel qui est fait par les assistantes maternelles d'Enfant Présent. Elle est déterminante, mais aussi accaparante et parfois préoccupante.

*Encadré B2* - Tous les matins et tous les soirs, la mère de Hamza, enfant très agité, s'attarde chez Madame T. et la presse de questions concernant son fils. Madame Dussolier, elle-même traitée aux neuroleptiques, est hyper-angoissée à l'idée de s'y prendre mal avec Hamza et que celui-ci ne « devienne comme elle ». Au fil des jours, Madame T. s'épuise à essayer de répondre autant que possible aux mêmes questions toujours réitérées. Hamza est très agité en présence de sa mère qu'il sollicite constamment et l'accueil des autres enfants est rendu difficile par la présence de Madame Dussolier. En accord avec l'équipe, je propose à Madame T. de fixer le rendez-vous d'accueil (à l'arrivée et au départ de Hamza) en bas de chez elle, et propose un entretien clinique à Madame Dussolier afin d'aborder ses questions éducatives.

### ✓ **La bonne distance**

Dans le même temps que l'assistante maternelle occupe une place importante dans la vie de l'enfant et de la famille, elle est aussi un soutien nécessaire à des parents qui ont besoin d'elle. Elles sont les initiatrices mais aussi les conseillères, les premières personnes à qui les parents se confient. Cependant, elles doivent tenir la bonne distance face à des parents tentés de « privatiser la relation » (Jesu et coll., 2005 : 84). Lorsqu'elles perçoivent que cette limite est en passe d'être franchie, les assistantes maternelles doivent activer leur rôle de relais en conseillant

aux parents de s'adresser de préférence à l'équipe technique d'Enfant Présent et en les aidant à le faire.

Bien que ce lien de dépendance ait une visée réparatrice, il n'en est pas moins chargé d'ambivalence. En effet, à travers une image de 'bonne mère', l'assistante maternelle renvoie à des mères en détresse, leur propre difficulté à assumer leur rôle. C'est du moins de cette manière que les mères peuvent interpréter l'intervention de l'assistante maternelle et peuvent se sentir en concurrence ou disqualifiées.

Cette ambiguïté produit un glissement dans les représentations que les parents se font de l'assistante maternelle. En effet, l'assistante maternelle est très fréquemment investie comme une suppléance parentale pour l'enfant, mais également aux parents de celui-ci. Les parents et les enfants la nomment généralement « tata », révélant ainsi la place familiale occupée par l'assistante maternelle. Les parents oublient parfois que l'assistante maternelle est une professionnelle qui fait partie de l'équipe d'Enfant Présent et se livrent sans retenue. Certains, d'autant plus s'ils ont eux-mêmes des relations en souffrance avec leur propre mère, lui font occuper (du moins psychiquement) la place de leur mère et par conséquent celle de la grand-mère de leur enfant.

*Encadré B3 - Les parents de Hamza (encadré précédent) disent qu'ils ont une très bonne relation avec Madame T., et que Hamza l'aime beaucoup. La mère ajoute que « d'ailleurs, c'est un peu sa grand-mère ». Cette expression montre la place occupée par l'assistante maternelle dans la représentation familiale, alors que Madame T. n'a pas plus de 10 ans d'écart d'âge avec la mère de Hamza. Cet énoncé m'éclaire sur deux points : i) la souffrance de la relation de Madame avec sa propre mère, faite de disqualification et de maltraitance. Madame T. occuperait la place de la bonne mère de Madame (à l'inverse de la relation toujours actuelle de Madame Dussolier avec sa mère), ce qui l'autorise à régresser et à se faire 'nourrir' de bons conseils ; ii) l'envahissement de l'espace de Hamza et la difficulté qu'a sa mère à lui autoriser une existence propre.*

La relation de l'assistante maternelle à l'enfant accueilli doit également s'équilibrer entre les « sentiments de différenciation » qui soulignent la distinction entre les enfants accueillis et les enfants des assistantes maternelles, et les « sentiment d'insertion » qui affilient l'enfant à la famille (Chapon Cruzet, 2005). Pour autant, il semble qu'à Enfant Présent, les sentiments d'insertion de la part des assistantes maternelles sont moins réprimés que dans d'autres institutions, et ce pour deux raisons : d'une part, l'enfant est accueilli pendant une durée déterminée à l'avance, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de la scolarisation, d'autre part, les fréquents contacts entre l'assistante maternelle et les parents diminuent le risque que les partenaires soient pris dans une confusion des rôles, ce qui n'est pas le cas dans un placement familial.

✓ **Une adaptation rapide et souple**

L'accueil à Enfant Présent est modulable, rapide et ajustable aux besoins individualisés. Il s'agit pour les assistantes maternelles de faire face rapidement en termes organisationnels à une évolution aux impératifs de garde, tout en répondant aux besoins propres de l'enfant.

*Encadré B4 - J'appelle à 17h pour annoncer à Madame H. que c'est le père de Sarah qui va venir chercher sa fille, âgée de 19 mois. La mère de Sarah vient d'être hospitalisée en psychiatrie et le père arrivera après son travail à 20h. Madame H. décide de faire dîner l'enfant et de lui donner le bain du soir, de façon à ce que le père de Sarah puisse la coucher en rentrant).*

L'équipe technique d'Enfant Présent s'emploie à sensibiliser peu à peu les parents à l'importance du respect des rythmes et des repères temporels de leurs enfants, à la prévention ou à la gestion des imprévus. Elle les aide à acquérir par ce biais un ensemble de compétences et de sollicitudes parentales qui contribuent à leur propre socialisation.

✓ **Une réponse aux besoins éducatifs et affectifs**

Les enfants accueillis sont globalement carencés et/ou présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques parfois importants. La dimension réparatrice du rôle des assistantes maternelles est majeure, tant au niveau affectif, psychologique qu'éducatifs. Certains comportements de base (hygiène, sont à construire. Elles doivent répondre aux besoins des enfants, tout en les observant pour en référer à l'équipe technique.

*Encadré B5 - La mère de Zoé lui a acheté de nouvelles chaussures. Madame C. s'aperçoit en les lui retirant que Zoé a les pieds en sang : les chaussures ont sérieusement abîmé ses pieds, les ampoules se sont ouvertes, Romane saigne mais ne dit rien. La petite fille a 22 mois, mais elle ne parle pas et ne semble pas sensible à la douleur. C'est la seconde fois que Madame C. le constate. La semaine dernière, elle s'était heurtée violemment à une table en se redressant. Dans ces moments-là, Romane ne semble pas s'apercevoir que son corps devrait avoir mal. Madame C. nettoie les pieds de l'enfant, la panse et m'appelle pour me faire part de ces observations. Je décide de proposer un entretien à la mère de Zoé pour lui faire part de nos observations et explorer cette question avec elle.*

✓ **Les relations entre une équipe technique et des « initiées »**

Au-delà du questionnement sur « l'amour maternel professionnel », la professionnalisation des assistantes maternelles et familiales fait l'objet d'aménagements législatifs toujours en cours (trois lois en 1977, 1992 et 2005). Bien qu'un Diplôme d'Etat récemment instauré confierait à l'assistant familial le statut de « collègue » au sein des équipes pluridisciplinaires de prévention, il reste que

cohabitent au sein d'une même équipe de petite enfance plusieurs cultures professionnelles. D'une part, comme je l'ai montré, les assistantes maternelles sont davantage légitimées par leur expérience de la garde, elles sont des *initiées* devenues à leur tour initiatrices des parents. D'autre part, les autres professionnelles de la petite enfance sont formées par la *pédagogie* dans des écoles spécialisées, elles sont auxiliaires de puériculture, puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants et partagent un tronc commun de connaissances qui déterminent leurs pratiques. La rencontre entre univers professionnels pose un problème de qualification/disqualification de la parole des uns et des autres. Les assistantes maternelles souffrent ainsi d'un besoin de reconnaissance qui m'est apparu, dans un premier temps, couteux en terme de soutien psychologique. Dans un second temps, j'ai pu constater que les réunions d'équipe fonctionnaient comme un espace de médiation entre d'éventuelles divergences de points de vue, en reconnaissant à chacun dans sa spécificité. Pour qu'une médiation fonctionne, il faut en effet être capable de différencier les pensées et les pratiques sans hiérarchiser, et reconnaître l'expertise de chacun concernant l'objet. Ce qui a alors paru caractériser les professionnelles d'Enfant Présent, qu'elles soient assistantes ou professionnelles de la petite enfance, c'est leur capacité intégrer dans leurs pratiques, des personnes issues d'un autre univers professionnel tout en partageant le même objet (les soins aux enfants).

Par ailleurs, cette place d'initiatrice auprès des parents se charge comme nous l'avons vu, d'un certain risque de sortie du cadre de la part d'assistantes maternelles, dont certaines n'ont pas une longue expérience à Enfant Présent et qui se trouvent dans des positions de captation par les parents. Pour prévenir ces dysfonctionnements, les assistantes maternelles et l'équipe technique sont conduites à étroitement collaborer, cette dernière représentant l'institution où se situent ses bureaux, et faisant office de tiers au niveau symbolique (Escots, 2001). Cette collaboration se traduit par une grande disponibilité téléphonique de la part de l'équipe technique qui y consacre une part de son activité, quelque soit le poste occupé (psychologue, éducateurs, infirmière, chef de service). Ainsi que par de nombreuses visites aux domiciles, là encore effectuées par l'ensemble de l'équipe. Théoriquement, l'équipe technique doit autoriser tout réaménagement du planning de la part du parent, ou autre requête (donner le bain, le repas du soir, etc.), même si celui-ci a adressé sa demande à l'assistante maternelle. Et ce, dans une visée éducative et préventive, pour que le référent puisse aborder ces questions en entretien avec la famille. Malgré cette attention vigilante de la part de l'équipe technique et un effort continu des assistantes maternelles en ce sens, il arrive que l'équipe technique découvre au détour d'une conversation, des 'petits arrangements entre amis' (une mère a demandé à une assistante maternelle de lui faire une lessive, de ne pas dire qu'elle ne travaille pas en ce moment, une autre assistante maternelle donne deux bains par semaine à un enfant depuis le début du mois, etc.). Ces

arrangements n'ont pas le même fondement ni le même degré de signification par rapport à l'enfant et jamais l'équipe technique n'intervient sur ces questions de façon autoritaire. L'information est simplement consignée, commentée et discutée, elle est aussitôt instrumentalisée pour outiller la prise en charge.

## Annexe C - Evaluations d'Enfant Présent : points à retenir

Pendant plus de deux ans, un travail d'évaluation globale a été engagé et quatre études ont été menées entre 1990 et 1993, par Michel Corbillon<sup>19</sup>, Paul Durning<sup>20</sup> et Dominique Fablet<sup>21</sup>, dont les publications sur le sujet figurent dans la bibliographie générale du mémoire.

La première de type épidémiologique s'est intéressée au bilan des cinq premières années d'activité, la seconde est une analyse de pertinence et repère les actions mises en œuvre auprès des parents et des enfants, la troisième est une étude d'efficacité organisationnelle avec une approche qualitative, et la quatrième est une étude longitudinale (n=39) consacrée au devenir à moyen terme de ces enfants et familles (entretiens et épreuves standardisées<sup>22</sup>). Les principaux résultats concernant le devenir à la sortie de crèche sont assez favorables : les mères soulignent majoritairement l'évolution positive de l'enfant et la bonne qualité de relation avec lui. Les troubles de développement sont plus rares. Les résultats aux épreuves standardisées sont proches de la moyenne et 81% des enfants ne font pas l'objet de mesures sociales (assistance éducative ou placement). L'isolement social des parents, surtout des mères, reste cependant important. Les performances scolaires des enfants de la cohorte scolarisée en maternelle sont semblables à celles de leurs camarades de classe, et le pronostic sur l'adaptation future au cours préparatoire est le même. Cependant, les informations relatives au comportement font état de problématiques plus difficiles pour un certain nombre d'enfants décrits comme « turbulents » ou « en retrait » par leurs enseignants.

Les différentes études évaluatives montrent qu'une constellation de facteurs susceptibles de se renforcer mutuellement, déterminent les dysfonctionnements relationnels. Elles ont également confirmé la qualité de l'action conduite par Enfant Présent en montrant que des interventions précoces bien construites, peuvent contribuer des dysfonctionnements graves de la relation parents-enfant.

---

<sup>19</sup> Sociologue, Responsable du GERIS (Groupe de Recherche sur la Reproduction et l'Innovation Sociales), Paris X-Nanterre

<sup>20</sup> Enseignant-chercheur en sciences de l'éducation, Paris X-Nanterre

<sup>21</sup> Psychosociologue, spécialiste de l'analyse de pratiques dans le secteur de l'éducation spécialisée, maître de conférence à Paris X-Nanterre

<sup>22</sup> L'échelle d'aptitude pour enfant de McCarthy (MSCA) permet une évaluation du développement intellectuel et comportemental de l'enfant. L'échelle d'évaluation de l'environnement HOME de Bradley et Caldwell permet d'appréhender divers aspects des relations parents/enfants et de la dynamique familiale.

## Annexe D - Matériel clinique recueilli

N°	Transmission / Discussion AFV	Entretien famille	Entretien AM	Observation Enfant	Synthèse Crèche	Dossier EP	Rapport AED	Observation équipe	Dessin	Réunion synthèse hors EP	Commission d'admission à l'ASE	Rapport de la pouponnière	Note perso, commentaire
1				20/07/2006	°20/03/2007	°Quasi-complet (de l'admission 10/2004 à 06/2005) °16/10/2006 °12/2006				10/07/06	26/01/07	09/07/04	
2				°27/02/2007	°12/01/2007 °20/03/2007								
3		Au moins deux entretiens avec la mère		°17/12/2006 °17/12/2006 (2)									
4	28/03/2007 03/04/2007 (mail)	13/10/2006 °22/12/2006 °03/04/2007	02/03/2007	°27/02/2007	°30/02/2007 (long) °23/02/2006 °03/04/2007 (mention) °22/05/2007 (mention propreté)								Non datée (Nom Cissé)
5	°Note sur l'expérience (déficit d'exp avec impact sur pratique) 12/06/2007	10/06/2007 Un entretien avec la mère			°20/03/2007 °22/05/2007 (mention)								
6						3 entretiens tel. De Mme avec Guillaume (09/2006)	25/08/06						Non datée (él. d'anamnèse)
7	23/01/2007			Vu sur la crèche co : adorable blondinet									
8	30/03/2007 03/04/2007 22/05/2007	Un entretien avec le couple et nouveau-né.  Un entretien avec M. seul pdt hospi sa femme			°24/10/2006					06/04/07 02/02/07			
9	°21/05/2007 °12/06/2007 °11/05/2007 °22/05/2007	Un entretien avec la mère. Impossible voir le père		°Fête Noël °15/06/2007 °21/05/2007	°17/12/2006 °12/06/2007 °10/05/2007 (mention)			06/2007					
10				°27/02/2007	12/01/2007								
11							27/06/06 06/10/06						Non datée (él. d'anamnèse)

12	°02/06/2007 (mail)	01/06/2007		Vu Ibrahim une fois lors stage de l'année dernière (premier enfant avec lequel je suis entrée en relation à la crèche co)														
13																		Entretien clinique avec Guillaume
14				15/06/2007														
15				°27/02/2007 Régulière crèche co	12/01/2007													
16					°22/05/2007													
17					°22/05/2007													
18	15/06/2006 (mail)	Vu la mère une fois en entretien. Très mal à l'aise (sac et manteau)		°27/02/2007 Régulière crèche co. Gros progrès	°12/01/2007 °20/03/2007													Réflexion à mener sur raison de l'amélioration Trois étiologies possibles
19	EI anamnèse par AFV	Jamais vu les parents en entretien, souvent vu le père à la crèche co		°17/10/2006 °01/12/2006 °17/12/2006 °27/02/2007 °30/01/2007 Régulier crèche co.	°17/10/2006 °24/10/2006 °30/01/2007 °12/06/2007													
20	2007 (hospi mère)	Vu la mère une fois en entretien (annonce chgt AM)	06/02/2007	Vue une fois à la crèche co	°30/02/2007 °22/05/2007 °10/05/2007													01/12/06 16/02/07 27/04/07
21	°20/03/2007	°Note 12/2006 °21/11/2006 °11/05/2007		12/2004 °17/12/2006 °17/12/2006 (2) °22/12/2006 Régulier à la crèche co		Extrait Admission	23/03/06	30/04/07										
22		24/11/2006		Vu deux fois chez l'AM														
23		Jamais vu la mère		°17/12/2006 °17/12/2006 (2) °30/03/2007 Régulier à la crèche	°03/04/2007 °30/01/2007 °20/03/2007													30/04/07 15/06/07 (Marie)

24		Vu la mère au moins deux fois en entretien		Régulière à la crèche co	°10/05/2007								
25		Vu le père une fois en entretien		Vue à la crèche co une ou deux fois	°22/05/2007								
26	Entretien mère 12/06/2007												
27		Jamais vu le père		Régulière à la crèche co	°17/10/2006 °12/06/2007								
28	°11/06/2007 (point ap WE hospi) °12/06/2007 : ttt post-hospi	°Coordonnées Psychiatre 12/11/2006 °Appel tél en plein délire 06/2007 Jamais vus		Enfant qui s'est endormi une fois dans mes bras sur la crèche co alors que sa mère était en entretien	°24/10/2006								
29				Régulier à la crèche co				15/06/07 (Marie)					
30	°Non datée (anamnèse) °13/10/2006 °17/10/2006	°24/10/2006 (note) Vu une fois les parents ensemble en entretien		°01/12/2006 °Fête Noël °30/03/2007 °27/02/2007 °25/05/2007 Réguliers à la crèche co	°20/03/2007			06/2007					28/06/07
31	05/01/2007	°Discussion père 12/2001 Croisé moult fois les parents. Au moins deux entretiens (père seul et couple)		°17/10/2006 °17/12/2006 (2) °Fête Noël °09/02/2007 °30/03/2007 Régulière à la crèche co	°17/12/2006 °03/04/2007 (mention) °10/05/2007 (mention)			30/04/07 (Marie) 22/12/06 (Lise)		10/11/06			°17/10/06 °Non datée
32	°01/2007 °03/02/2007 (mail)	°24/11/2006 Vu la mère une fois en entretiens puis suivi indiv anne		°Fête Noël °27/02/2007 Régulier à la crèche co	30/01/2007 12/01/2007								
33					°22/05/2007								
34				Chez Mme RIDA CHAFI	°22/05/2007								
35		Rapport VAD 15/12/2006						12/2003 06/2004 12/2004					

## Annexe E : **Acronymes**

*Pour des commodités de lecture, le nombre d'acronymes a été réduit aux plus usuels dans la pratique professionnelle et aux plus fréquents dans le texte.*

AED : Aide éducative à domicile

AEMO : Aide éducative en milieu ouvert

ASE : Aide sociale à l'enfance

CA : Conseil d'administration

CAF : Caisse d'allocations familiales

CAT : Centre d'aide par le travail

CMP : Centre médico-psychologique

ITG : Interruption volontaire de grossesse

OPP : Ordonnance de placement judiciaire

PMI : Protection maternelle et infantile

UHME : Unité d'hospitalisation mère-enfant

© La photo de couverture est du photographe britannique Allan Jenkins, 2006, collection personnelle du photographe

Sandrine Dekens

Tél. : 01 43 72 47 12 - Email : [sandrine.dekens1@libertysurf.fr](mailto:sandrine.dekens1@libertysurf.fr)