

« *PETITES HISTOIRES D'ENFANTS S.A.J.E* »

*Ou l'accueil des enfants de 0 à 4 ans, au sein d'un service de
Placement familial*

Catherine DELCLAUX
Épouse BOLZONI

D.U. de PSYCHOPATHOLOGIE du BEBE

UNIVERSITE PARIS 13
U.F.R.-Santé, Médecine, Biologie Humaine de Bobigny
Département de Psychopathologie Clinique de l'Enfant et de l'adolescent (Pr.M.R.MORO)

Année 2004-2005
Promotion : DANIEL STERN

Directeur du Mémoire
Professeur M.R.MORO

« Pourquoi observer des bébés ?...

Pour vivre le miracle de la force de la vie »

Esther Bick

Les liens d'émerveillement.

Je tiens à remercier toute l'équipe du S.A.J.E pour son soutien tout au long de ce travail et pour m'avoir fourni, par ses observations et son implication authentique, une aide précieuse pour mener cette réflexion.

INTRODUCTION

PARTIE THEORIQUE 8

I- NAISSANCE DE LA VIE PSYCHIQUE

I-1 L'ANCRAGE CORPOREL 9

I-2 L'ANCRAGE INTERACTIF

I-2-1 La fonction alpha de Bion 10

I-2-2 Constitution du « self » selon Winnicott 11

I-3 LIENS PRIMITIFS ET CONDUITES D'ATTACHEMENT 13

I-4 L'ACCES A L'INTERSUBJECTIVE ET A LA PENSEE 14

II- VIE EMOTIONNELLE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE

II-1 VIE EMOTIONNELLE DU BEBE 16

II-2 LES ANXIETES PRIMITIVES 17

II-3 ANGOISSE DE SEPARATION ET ANGOISSE DEPRESSIVE 20

III- SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE- STRATEGIES ADAPTATIVES PRECOCES ET DEFENSES PATHOLOGIQUES

III-1 LA SPHERE RELATIONNELLE 21

III-1-1 Manifestations émotionnelles

III-1-1-1 Les réactions de « gel » 21

III-1-1-2 Les transformations de l'affect 22

III-1-1-3 L'inversion des attitudes 22

III-1-2 Troubles du contact 23

III-1-2-1 L'évitement 23

III-1-2-2 La lutte 24

III-1-2-3 Le retrait relationnel 25

| | |
|---|----|
| III-1-2-4 Les troubles de l'attachement | 26 |
| III-1-2-5 La dépression précoce | 27 |
| III-2 LA SPHERE SOMATIQUE | 29 |
| <i>III-2-1 L'alimentation</i> | 29 |
| <i>III-2-2 Le sommeil, la vigilance</i> | 29 |
| <i>III-2-3 L'élimination</i> | 30 |
| III-3 LA SPHERE TONICO-MOTRICE | 30 |
| IV- DELEGATION DE SOINS MATERNELS | |
| IV-1 LE PLACEMENT FAMILIAL | 31 |
| <i>IV-1-1 Les grandes lignes thérapeutiques</i> | 32 |
| <i>IV-1-2 Relation maternelle et relation soignante</i> | 33 |
| <i>IV-1-3 L'empathie</i> | 34 |
| <i>IV-1-4 La préoccupation thérapeutique primaire</i> | 35 |
| | |
| PARTIE METHODOLOGIQUE | 38 |
| | |
| PRESENTATION CLINIQUE | |
| <i>Première vignette clinique : PAUL</i> | 43 |
| <i>Présentation des observations</i> | 43 |
| <i>Analyse</i> | 50 |
| - <i>Deuxième vignette clinique : JULIE</i> | 53 |
| <i>Présentation des observations</i> | 53 |
| <i>Analyse</i> | 58 |
| | |
| CONCLUSION ET PERSPECTIVE | 60 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE - RESUME | 63 |

INTRODUCTION

Après avoir travaillé quelques années en maternité en tant que psychologue, mon parcours professionnel m'a conduit à retrouver de très jeunes enfants dans un autre contexte, celui d'une pouponnière sociale, en Indre et Loire. Ce fut la dernière année de fonctionnement de cette petite unité de vie collective, car le choix d'accueillir les bébés au sein d'un service de placement familial, considéré comme plus adapté aux besoins des jeunes enfants, fut proposé aux autorités chargées de la protection de l'enfance du département. Après une année d'expérimentation, la pouponnière devait définitivement fermer ses portes.

J'ai donc eu la chance, au sein d'une petite équipe, de participer à l'élaboration de ce nouveau projet de service appelé « Service d'Accueil et d'Accompagnement du Jeune Enfant ».

Celui-ci comporte trois axes de travail : l'éveil et la socialisation du jeune enfant, le soutien et l'accompagnement à la parentalité, le suivi du placement familial par l'accompagnement régulier des assistantes maternelles.

Les enfants accueillis sont placés, pour la majorité d'entre eux, par le juge des enfants, par mesure de protection. Cette mesure judiciaire intervient la plupart du temps, après de nombreuses et parfois longues interventions des services sociaux, en amont. C'est bien souvent l'acuité d'un problème social ou sanitaire qui précipite le signalement puis le placement, qui se fait fréquemment dans l'urgence. Ce service accueille des enfants de la naissance à quatre ans.

Ces trois années de travail clinique auprès des bébés en souffrance, auprès de leurs parents confrontés à des troubles graves de la parentalité, auprès des assistantes maternelles qui tissent jour après jour un nouveau lien avec « l'enfant d'une autre », m'invite à faire une pause, un arrêt sur image, pour penser ce que ces situations représentent et font vivre aux différents protagonistes : enfants, parents, professionnels.

La problématique des séparations au cours de la petite enfance demeure une question douloureuse, redoutée et redoutable pour bon nombre de professionnels.

Comment évaluer le plus justement possible la dangerosité d'une situation pour un très jeune enfant et le moment où une décision de séparation s'impose ?

Quelles vont être les conséquences d'une séparation précoce pour l'enfant, pour le lien à ses parents ? Au contraire, faut-il maintenir un lien à tout prix et prendre le risque de laisser un bébé dans une situation de danger pour sa santé physique et /ou psychique, au sein de sa famille ?

Le repérage des signes de souffrance précoce du bébé et le seuil de tolérance à celle-ci ne sont-ils pas variables selon l'acuité du regard, l'idéologie, la formation, l'histoire de chaque intervenant auprès de la famille ?

Lorsque l'épreuve du signalement est passée et qu'une mesure de protection est prononcée, alors, nous accueillons un bébé, un inconnu qui nous impose de venir vers lui lentement, doucement ...

Qui est-il ce bébé à quelques jours, quelques semaines ? Quelle est son histoire ? En garde t-il une mémoire, une trace et de quelle nature ? A t-il subi passivement toute sorte de négligences, de maltraitances et/ou a t-il déjà, avec force tenté de s'ajuster à son environnement ? Est-il un petit être doté déjà d'un tempérament bien à lui, aux compétences variées, prodigieusement co acteur de son développement, comme nous le dit T.B. Brazelton ?

Est-il ce bébé vulnérable, hypersensible aux moindres variations de son environnement, possédant des facultés étonnantes de reconnaissance, d'anticipation, de mémorisation dont nous parle D.Stern ?

Une fois lancé dans l'aventure de rencontrer un autre partenaire que celui qu'il a toujours perçu, connu à ses côtés, comment va t-il agir, réagir pour s'adapter ou refuser cette nouvelle

expérience de vie ? Comment va t-il faire coexister en lui sa mère qu'il ne perçoit plus et cette autre figure maternelle dont la présence est continue et dévouée à ses besoins ? Quels vont être ses ressentis, ses émotions, ses angoisses ? Serons nous capables d'en reconnaître les signes, d'en observer et d'en écouter l'expression ? Quel sens va t-il pouvoir construire autour de cette nouvelle étape de sa vie, aujourd'hui et demain ?

C'est à travers l'histoire de quelques uns de ces bébés, chacun unique, que je tenterai, non de répondre à ces multiples questions mais de poursuivre ce travail d'observation, d'écoute, et de réflexion commencés par d'autres, il y a plus d'un demi-siècle, entraîné par la dynamique de vie des bébés, puissamment à l'oeuvre sous nos yeux de professionnels et de partenaires humains.

PARTIE THEORIQUE

La psychopathologie et la psychiatrie du bébé, discipline en pleine expansion depuis un demi-siècle, nous ont permis de considérer le bébé comme une personne, certes en devenir mais doté dès la naissance d'une vie psychique. En effet, la description de la dépression anaclitique de Spitz après la deuxième guerre mondiale, les nombreux travaux anglo-saxons qui ont suivi, les découvertes en France par M.David, G.Appel et J.Aubry de la clinique de la carence affective ont contribué à une connaissance et à une reconnaissance toujours plus précise de la vie émotionnelle du bébé, et de sa souffrance psychique. Cependant, de même que la douleur physique est d'une reconnaissance récente (1975) et non encore généralisée, la souffrance psychique du bébé est toujours menacée d'être battue en brèche, tant elle s'oppose à une vision idéalisée de cette période de la vie que nous portons en nous.

Nous allons, à partir des théories du développement psychoaffectif et des apports de la psychanalyse nous intéresser en un premier temps à la naissance de la vie psychique du bébé, et à l'accès à l'intersubjectivité. Dans un deuxième chapitre, nous étudierons la vie émotionnelle et les angoisses que le bébé traverse en particulier durant les deux premières années de sa vie, au cours de son développement normal. Nous verrons ensuite quelles peuvent être les conséquences psychiques pour l'enfant d'une « faillite » de l'environnement, les signes de souffrance précoce et les stratégies d'adaptation qu'il met en place pour y faire face. Enfin, nous envisagerons les grandes lignes thérapeutiques actuelles dans les situations particulières de délégation des soins maternels.

I- NAISSANCE DE LA VIE PSYCHIQUE

Face à l'étendue des théories dont nous disposons sur ce thème, nous aborderons dans ce chapitre, la naissance de la pensée selon quatre axes tel que nous le propose Golse et Benony (2003) : l'ancrage corporel, l'ancrage interactif, la mise en place des liens primitifs et l'accès à l'intersubjectivité et à la pensée.

1-L'ancrage corporel renvoie à la primauté des sensations corporelles fortement mis en avant dans la théorie freudienne. Ce sous-bassement théorique se retrouve entre autres, dans les travaux de D.Anzieu sur le moi-Peau ou sur les enveloppes corporelles développées par E. Bick, G .Haag et D. Houzel.

2-l'ancrage interactif ou relationnel renvoie à la nécessité absolue d'un détour par l'autre pour que se constitue l'appareil psychique du bébé .La théorie de Winnicott et sa célèbre phrase « Un bébé, ça n'existe pas » illustre cette idée.

Le concept de « fonction maternelle alpha » chez Bion se situe également dans cette approche. Ce processus par lequel le bébé va progressivement passer de l'indifférenciation de cette période du narcissisme primaire, à la constitution et à la maturation de son propre fonctionnement psychique, s'appuie sur :

3- la mise en place de liens primitifs qui deviendront peu à peu des relations proprement dites. Nous suivons le double mouvement de différenciation inter et intra subjectif qui permet

4 -l'accès progressif de l'enfant à l'intersubjectivité et à la pensée.

Nous allons maintenant développer ces notions en suivant quelques uns des principaux courants théoriques.

I-1 L'ANCRAGE CORPOREL

Les enveloppes corporelles : le moi-peau

Le nourrisson est plongé dans un flot de sensations corporelles par lequel il risque à tout

moment d'être débordé. Face à cette multiplicité de sensations, l'enfant éprouve la nécessité de décharger ses vécus d'angoisse, ses tensions somatiques qui lui sont restituées d'une manière psychisée, humanisée, sous la forme d'un contact enveloppant offert par sa mère. Il est en effet indispensable pour le nourrisson d'organiser ce chaos à partir d'expériences qui lui permettent de se sentir unifié. Le rôle de la peau est alors fondamental puisque c'est à partir des sensations cutanées que le bébé peut se sentir rassemblé, relié, contenu dans une enveloppe unique. C'est la fonction de contenance et d'inter sensorialité du moi-peau développé par D.Anzieu.. Celle-ci occupe une fonction de pare-éxitation protégeant l'enfant d'un envahissement pulsionnel. Ce modèle éclaire le rapport entre excitations, on pourrait dire tensions émotionnelles, anxiétés primitives chez le bébé et la fonction maternelle de mentalisation, processus propre au travail de contenance. C'est ainsi que l'enfant intériorise peu à peu les qualités contenantantes de l'objet primaire.

L'enfant a donc dans cette perspective, sur le plan psychique tout autant que sur le plan physique un besoin vital de contacts continus pour lutter contre un état interne de démantèlement, de morcellement, d'« agonie psychique ».

I-2 L'ANCRAGE INTERACTIF

I-2-1 La fonction alpha de Bion

-Au début de la vie du bébé, c'est la mère (l'objet primaire) qui contient le psychisme du bébé. **Bion**, dans son modèle théorique accorde à l'enfant une expérience psychique, il parle d'une angoisse impensable d'anéantissement que le bébé ne peut rendre explicite, qu'il ne peut penser. Ses tensions corporelles, ses cris, ses pleurs sont porteur de ce message. La mère, après tout un travail psychique que Bion a nommé de différentes façons, **fonction alpha**, **capacité de rêverie**, **fonction contenantante**, accorde du sens aux expressions de son bébé. Elle adapte ainsi ses réponses aux besoins physiques et psychiques qu'elle suppose au bébé.

Il n'y a donc pas selon Bion, du côté du bébé, uniquement du corporel, des réflexes, des tensions et du côté maternel, du psychisme qui donnerait du sens à ces manifestations. Il y a bien expérience psychique chez le bébé mais qui ne peut être qu'évacuée. C'est ce qu'il appelle les **éléments bêta**. L'« appareil à penser de la mère est un travail de « détoxication » de ces éléments psychiques qui l'atteignent. Ainsi, le bébé a besoin d'un autre pour penser ses propres perceptions, d'un autre qui lui prête son « **appareil à penser les pensées** » ; Cet objet primaire permet alors à l'enfant de lier les événements entre eux et d'intérioriser cette fonction liante. Bion dit qu'« **il y a une pensée en attente de penseur.** »

Ce premier temps va permettre au bébé de construire progressivement un système de significations de son environnement. Il va devenir capable par lui-même « d'évoquer symboliquement la mère absente qui sera donc passée du statut d'objet contenant à celui d'objet contenu, passage qui suppose l'intériorisation par l'enfant de la fonction contenante de l'objet primaire. » (Golse, Benony, 2003, p27).

L'activité mentale propre au second semestre va dépendre de la mise en place pour le bébé de cette fonction de liaison au cours des six premiers mois de sa vie.

1-2-2 Constitution du « self » selon Winnicott

« Le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant que s'il est couplé à des soins maternels » écrivait Winnicott en 1969. Le développement affectif est donc intimement lié selon cet auteur, aux conditions environnementales qui lui sont offertes, et aux tendances innées vers l'intégration et la croissance que l'enfant porte puissamment en lui. Pour lui, le moi de la mère supplée le moi de l'enfant qui n'est pas encore constitué. C'est pourquoi, il définit cette période des cinq premiers mois de la vie comme **un état de non intégration primaire**, une phase de dépendance absolue aux soins maternels.

A ce stade, le monde vécu du nouveau-né n'est constitué que de perceptions, d'expériences instinctuelles, de tensions alternant avec des temps de repos, d'apaisement.

Durant cette période dite du **narcissisme primaire**, le bébé et son environnement sont confondus. Les objets sont perçus subjectivement. Le bébé perçoit ainsi le sein nourricier comme faisant partie de lui-même. Lorsque la mère répond de façon satisfaisante aux besoins de son enfant, elle lui donne le sentiment qu'il crée lui-même l'objet de satisfaction. Au cours de ces expériences, le nourrisson se vit comme empreint de toute puissance magique : le monde est sa création. C'est ce que Winnicott appelle «**une expérience d'omnipotence** » qui établit les bases du narcissisme primaire, socle de l'identité future de l'enfant. . Il s'agit là **de l'identification primaire** qui va conduire progressivement à l'intégration du moi, c'est-à-dire à **la constitution d'une unité « différenciée »**, que Winnicott nomme « **self** ».

Un environnement facilitant ce processus d'intégration du moi est déterminée par plusieurs séries d'expériences : d'une part, le « **holding** » de la mère c'est-à-dire la façon dont elle maintient son bébé, le « **handling** » c'est-à-dire la façon dont elle le « manie », auxquels s'ajoute **la présentation de l'objet**, à savoir la façon dont elle va permettre à l'enfant de découvrir le monde qui l'entoure. Winnicott nomme cette attention à tous les signes infra verbaux du bébé **la préoccupation maternelle primaire**.

De par sa capacité d'empathie et d'identification aux besoins de son enfant, la mère a donc une **fonction de « contenant »**. Le bébé aux aurores de son individuation, est en effet menacé de « démantèlement » de par sa condition même de prématuré, lui imposant une dépendance totale et par là même angoisse et conflit. Le moi de la mère renforce donc le moi précoce non intégré c'est-à-dire non unifié du jeune enfant, par ses soins réguliers, ce qui va faire naître chez le bébé « **un sentiment continu d'exister** ».

Peu à peu, du sixième mois à la fin de la première année, l'enfant se différencie de sa mère. Il ne s'attend plus à une satisfaction magique de ses besoins et manifeste un signal pour l'appeler. Il établit ainsi une **relation objectale avec son environnement**.

A ce stade l'enfant commence à prendre conscience de sa dépendance à sa mère, en faisant l'expérience de la frustration, et du même coup, l'expérience de la réalité extérieure à lui-même des objets. La croissance du nourrisson prend alors la forme d'un échange continu entre réalité intérieure et réalité extérieure, chacune enrichissant l'autre. Peu à peu, le moi en tant que fonction d'organisation des réactions et de l'expérience du sujet devient capable de supporter la discontinuité de la relation à sa mère tout en gardant son unité.

I-3 LIENS PRIMITIFS ET CONDUITES D'ATTACHEMENT

Théorie de l'attachement : BOWLBY

Les notions d'attachement, d'interactions précoces soulignent l'irréductible nécessité de ce premier lien maternant, rencontre fondatrice entre le bébé et le monde qui l'entoure.

Bowlby émet l'hypothèse que le **besoin d'attachement chez le bébé est un comportement instinctif et donc primaire et fondamental** dans le développement de la personnalité. A la différence de Freud pour lequel les besoins primaires sont ceux du corps, l'attachement n'étant qu'une pulsion secondaire s'étayant sur le besoin (primaire) de nourriture.

Le comportement d'attachement selon **Bowlby**, a une fonction de protection car la sécurité apportée par l'adulte protège l'enfant vulnérable contre toute agression.

Bowlby distingue quatre étapes dans le processus d'attachement :

-Une phase de « **pré attachement** » durant les deux premiers mois de la vie. Le bébé naît avec une gamme d'actions dites « réflexes archaïques » (suction, foussement, poursuite oculaire, agrippement, cris), qui s'adressent à une figure d'attachement de plus en plus différenciée, discriminée, reconnue.

-Une phase d' « **attachement en train de se faire** » entre deux et sept mois .Les personnes sont différenciées .Les comportements s'enrichissent. Le sourire apparaît, l'enfant peut appeler, ses tentatives de contact et de recherche de proximité augmentent avec le développement de sa motricité.

-Une phase d' « **attachement franc** » entre sept mois et trois ans. Les relations sont sélectives et non inters changeables. La séparation entraîne des manifestations d'angoisse.

-Une phase de « **partenaire ajusté** » dès trois, quatre ans, avec la compréhension du point de vue de l'autre. Avec l'avènement du langage, les manifestations de l'attachement passent davantage par le symbole. **La figure d'attachement privilégiée représente la base de sécurité et le modèle de régulation émotionnelle.**

Ensuite, ce comportement d'attachement s'élargit à d'autres figures. Les centres d'intérêt de l'enfant se diversifient. C'est la **naissance de la socialisation** que l'enfant expérimente positivement, sereinement s'il a la certitude de pouvoir retrouver sa mère s'il le désire et au moment où il le désire.

« Tous ces processus ont leur origine dans les trois premières années de la vie et sont inscrits, dès les premiers jours, dans l'organisation du comportement d'attachement.C'est la phase où l'individu acquiert toutes les capacités d'être humain. »

(Golse, 2001, p 144).L'enjeu fondamental de l'attachement du bébé à sa mère est de lutter contre l'angoisse de non assignation, contre la crainte de ne se sentir rattaché à personne.

I-4 L'ACCES A L'INTERSUBJECTIVE ET A LA PENSEE

Les travaux de **D. Stern** sont devenus une référence majeure avec l'idée d'**accordage affectif** entre mère et bébé : l'intersubjectivité, selon ce courant interactionniste étant au cœur du monde du nourrisson. Ses travaux ont permis de mettre en évidence l'extrême précocité d'une mémoire interactive chez le bébé, une capacité à repérer des invariants relationnels, à

anticiper les réponses de son entourage. En ce sens, il est possible de penser que le bébé intériorise très tôt des schèmes relationnels.

. Comme l'a dit **S. Lebovici** (1960), « l'objet est investi par le bébé avant d'être perçu » dans la mesure où **le bébé va repérer un style interactif, un accordage affectif, un contour rythmique qui va se transformer en procédure d'attachement, le bébé reproduisant généralement ces modes relationnels** ; « ce phénomène signe l'accès de l'enfant à l'intersubjectivité » (Golse, 2001, p 28).

Le bébé reproduirait donc le prototype de rencontre avec l'objet qu'il a intériorisé précocement, même s'il change d'environnement, le but étant de retrouver de l'invariant dans sa rencontre avec l'objet, dans son évocation pour ne pas se trouver dans la détresse de la solitude et de l'abandon.

Le **besoin d'invariant**, c'est-à-dire d'un environnement constant permet au sujet d'acquiescer une activité de représentation. C'est par sa capacité à retrouver du même que le bébé va pouvoir **anticiper, prévoir, « se représenter »** ce qui va arriver. L'environnement est alors prévisible et le bébé a la sensation de pouvoir agir sur son environnement.

Autrement dit, c'est parce que la mère « suffisamment bonne » peut être absente, manque à répondre que le bébé l'évoque : c'est la naissance de la représentation, cette capacité à évoquer l'objet en son absence perceptive. Cette présence psychique garantit en effet sa permanence. Nous savons par ailleurs, depuis le jeu de la bobine de **Freud** que **la création de la représentation mentale de l'objet absent a pour fonction de réparer symboliquement la discontinuité de la relation à l'objet.**

II- VIE EMOTIONNELLE ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE

II-1 VIE EMOTIONNELLE DU BEBE

L'émotion est un terme peu utilisé en psychanalyse, **Freud** lui préfère celui d'affect. La métapsychologie freudienne porte sur l'étude de l'appareil psychique conçu comme une entité isolable. En effet, dans le modèle freudien, l'appareil psychique est mis en tension par le conflit pulsionnel dont on observe deux aspects : l'affect et la représentation. L'affect correspond aux aspects quantitatifs et la représentation l'aspect qualitatif des représentants de la pulsion. La conflictualité du sujet se situe donc à un niveau intrapsychique.

Parallèlement à cette approche intrapsychique du conflit, ce sont les théories qui donnent la plus grande importance à la relation d'objet qui ont redonné une place centrale au concept d'émotion. C'est en particulier le courant kleinien qui a réintroduit ce terme.

L'émotion est à considérer dans sa racine étymologique, ex-movere « mettre en mouvement ». Dans cette perspective, **l'émotion est un moyen d'échange, de communication élaboré entre soi et autrui.** « Ainsi, une approche psychanalytique résolument intersubjective de la psyché considère l'émotion comme un lien, un lien pour tout sujet et sa souffrance, un lien pour tout sujet et un autre. » (Mellier, 2002, p6.)

Pour le bébé, **l'émotion est alors le signe d'un « devenir sujet » alors que son absence traduit le risque d'un processus de clivage ou de déni de ses expériences.** Si l'émotion peut donc témoigner d'une possible souffrance du sujet, son absence, en revanche marque l'impact de souffrances primitives et d'anxiétés peu accessibles.

« La capacité à éprouver de la tristesse devient, donc un repère central de santé psychique » (Mellier, 2002, p11)

H.Wallon, en désignant le premier stade du développement affectif de l'enfant de « stade émotionnel » met au centre l'émotion en tant que lien entre l'organique, le corporel et Autrui.

II-2 LES ANXIETES PRIMITIVES

On doit donc à **Mélanie KLEIN** d'avoir montré combien le monde interne du bébé, loin d'être un îlot de douceur, est le lieu d'angoisses primitives et de terreurs archaïques. En effet, dans son livre « Vie émotionnelle des bébés » (1952) elle insiste sur le caractère extrême des émotions dès le début de sa vie, liées aux relations d'amour et de haine pour l'objet partiel. Selon sa théorie, il existe dès la naissance un moi primitif, immature, manquant de cohésion et qui va être exposé à l'angoisse suscitée par la pulsion de vie et la pulsion de mort.

Il est important de **distinguer les angoisses de séparation des anxiétés primitives**. Les premières sont caractérisées par des manifestations émotionnelles qui sont donc communicables, reconnaissables, éprouvables par le sujet. Les secondes sont en deçà des émotions et mettent en souffrance le bébé dans son existence psychique propre comme dans ses liens aux autres.

La souffrance précoce réside dans sa forme la plus primitive sous l'aspect **de tensions émotionnelles, d'anxiétés diffuses**, qui se répandent dans l'environnement si elles n'ont pas été véritablement contenues. C'est en ce sens que l'on peut comprendre la phrase de D.Mellier : « la psychopathologie de la périnatalité montre que la souffrance précoce passe par un « déficit » d'émotions du côté du bébé et de fortes tensions dans son environnement familial et institutionnel » (Mellier, 2002, p16)

« **Les agonies primitives sont impensables** » nous dit Winnicott (1975), donc incommunicables, elles n'ont pas de cible privilégiée, pas d'adresse intersubjective à la différence des angoisses de séparation plus tardives. Autrement dit, **la limite de démarcation entre les anxiétés primitives et les angoisses de séparation se situerait dans la prise de conscience de la séparation que Winnicott situe vers 5,6 mois**. Cette distinction est maintenant admise, elle est devenue une ligne de partage entre les processus de différenciation sujet objet et les processus de séparation, de deuil. L'âge apparaîtrait donc

comme un critère déterminant pour distinguer ces deux formes de souffrance précoce. Cependant, les travaux récents montrent les capacités précoces du bébé à établir des relations privilégiées avec son entourage proche. **C'est pourquoi « si la différence d'âge est essentielle pour approcher les possibilités globales du fonctionnement psychique du bébé, on ne peut en déduire une qualité de souffrance précoce. » (Mellier, 2002, p110)**

« Plutôt que de considérer dans une perspective développementale, deux étapes de la souffrance, nous faisons l'hypothèse d'un procédé de transformation des unes aux autres, indépendamment de l'âge » (ibid., p108.)

Après cette précision, nous allons approcher de plus près ce que Winnicott a nommé « anxiétés primitives » parce que vécues au tout début de la vie du bébé.

« Les anxiétés primitives désignent des angoisses de chute sans fin, de précipitation, de liquéfaction, des craintes d'effondrement, des terreurs sans nom, des anxiétés que le sujet ne peut ressentir sans risque vital. Tout bébé est sujet à de telles anxiétés tant qu'il n'a pas encore suffisamment intégré des expériences qui lui procurent le sentiment « d'une continuité d'être » (Winnicott), tant qu'il n'a pas intériorisé une figure d'attachement suffisamment stable (Bowlby), tant qu'il n'a pas introjecté les fonctions contenantes de sa mère (Bick) » (Mellier, 2002, p108)

Ces anxiétés se situent donc pour Winnicott en deçà de l'angoisse de la perte d'objet, (c'est ce qu'il appelle l'angoisse automatique, un « état de « desaide » qu'il compare à une douleur physique) .Elles sont antérieures aux angoisses dépressives chez M .Klein, antérieures aux angoisses de séparation, notamment celle du 8eme mois dégagée par Spitz. Elles seraient hors psyché comme les éléments bêta de Bion

Si l'environnement fait défaut, l'enfant ressent une angoisse extrême, une « agonie primitive ». Winnicott dresse une liste des agonies primitives et des défenses auxquelles elles donnent lieu (1975) :

- le retour à un état non intégré, avec pour défense la désintégration.
- ne pas cesser de tomber, avec pour défense l'auto maintien
- la faillite de la résidence dans le corps, avec pour défense la dépersonnalisation
- la perte du sens du réel, avec l'exploitation du narcissisme primaire
- la perte de la capacité à établir une relation aux objets, dont les défenses sont les états autistiques.

L'affection psychotique est selon lui une organisation défensive liée à ces agonies primitives. C'est en effet dans le cadre de thérapies avec des patients psychotiques que Winnicott fait également l'hypothèse que **les angoisses d'effondrement** qu'ils expriment, ont **déjà été « vécues »** par eux, **mais « non éprouvées »** du fait de l'immaturation du moi.

E.Bick disait que « le bébé à la naissance est comme un cosmonaute lâché dans l'espace. » (Mellier,2002, p99) .Grâce à sa méthode d'observation directe du bébé , elle a pu mettre en évidence l'existence de défenses primitives que le tout petit met en place pour faire face à des états de détresse radicale tel que la **peur de ne plus être contenu** :s'agripper, fixer un point lumineux, se raidir, autant d'états psychiques **d'identification adhésive** où le sujet s'absente de lui-même en se collant à la surface de l'objet, à ses qualités sensibles afin de se protéger d'une séparation radicale, **d'une chute sans fin**. Il peut aussi s'agripper à sa propre musculature, par une raideur extrême du corps ou d'une partie du corps. La contention évacue alors toute émotion. La formation d'un « dos dur » en hypertonie, des contractures des extrémités renvoient à des comportements d' « auto-contention » et d' « auto-agrippement ». Ces phénomènes ont été décrits depuis par d'autres observateurs formés à l'observation du nourrisson selon E.Bick comme **G. et M. Haag** en France, **C. Athanassiou**.

II-3 ANGOISSE DE SEPARATION ET ANGOISSE DEPRESSIVE

Les angoisses proprement dites de séparation, désignent les réactions d'angoisse du jeune enfant lors de la séparation d'avec sa mère ou de personnes familières. Ce sont des émotions que l'enfant éprouve quand il a conscience de la perte. Ainsi « les angoisses de séparation résultent d'une élaboration des anxiétés primitives. » (Mellier, 2002, p108)

Dans le cadre de sa théorie sur l'attachement, **Bowlby** présente donc le comportement d'attachement comme un comportement instinctif. Cette pulsion d'attachement, en fonction de sa satisfaction va sous tendre l'organisation des comportements du tout petit et l'intériorisation dans son psychisme d'un certain type d'attachement : Bowlby distingue l'attachement sécure, l'attachement hésitant ou l'attachement angoissé.

Si cette pulsion d'attachement n'est pas satisfaite du fait de l'absence trop prolongée ou du caractère non fiable de l'objet primaire, le bébé vit alors une menace qui crée une angoisse de perte .Il vit alors la **détresse** voire la **dépression**. . Nous y reviendrons au chapitre suivant.

Bien que l'angoisse de la séparation fasse partie du développement normal et sain de l'enfant, (angoisse du huitième mois de Spitz en tant qu'organisateur de la personnalité) si celui-ci vit de façon répétée, trop précoce et durable cette expérience de perte, il grandit dans l'angoisse et la colère (Bowlby). Sa prise d'autonomie, ses relations aux autres, ses capacités d'adaptation vont en être invalidées ainsi que ses processus intellectuels, pouvant conduire à des troubles graves de la personnalité.

C'est à ces signes cliniques de souffrance précoce du bébé auxquels nous allons nous intéresser maintenant, en étudiant plus particulièrement les manifestations émotionnelles touchant à la sphère relationnelle. Les manifestations touchant à la sphère somatique, et à la sphère tonico-motrice seront brièvement évoquées.

Nous suivrons pour cela des travaux récents de différents auteurs, en particulier ceux de D..Mellier, de M. Lamour et M. Barracco, issus de leurs pratiques cliniques auprès d'enfants exposés à des troubles graves de la parentalité, ou séparés de leurs parents par un placement.

S. Fraiberg nous servira également de guide pour repérer les mécanismes de défense pathologiques à l'oeuvre au cours de la petite enfance.

Enfin, nous étudierons les données récentes concernant le retrait relationnel, les troubles de l'attachement et la dépression précoce du bébé, grâce aux travaux d'A.Guedeney.

III- SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU BEBE- STRATEGIES ADAPTATIVES PRECOCES ET DEFENSES PATHOLOGIQUES

III-1 LA SPHERE RELATIONNELLE

III-1-1 Manifestations émotionnelles

Rencontrant des bébés qui lui avaient été adressés pour absence de soins, sévices soupçonnés ou avérés, et dont les parents présentaient de graves troubles de la personnalité, S.Fraiberg décrit les réactions suivantes.

III-1-1-1 Les réactions de « gel »

Elle utilise le terme de « gel » pour décrire chez l'enfant, un comportement d'immobilité complète de la posture, de la voix et ce dès l'âge de cinq mois. Regard fixe, visage impassible, l'enfant peut rester figé, le regard dans le vide pendant une longue période; son corps est tendu, rigide. Le bébé ne recherche pas de réconfort auprès de l'adulte. Il paraît au contraire insensible à ce qui l'entoure. Les émotions semblent absentes. L'effort nécessaire au maintien de l'immobilité provoque une douleur physique et les deux systèmes, l'un qui aménage le stress interne et l'autre qui écarte le danger extérieur s'effondrent. S'ensuit un état de désorganisation : la rigidité est remplacée par une activité motrice désordonnée, un

relâchement moteur, les pleurs prennent de l'intensité. Une véritable crise d'anxiété peut apparaître alors, un état de panique pour le bébé qui semble perdre le contact avec la réalité. Chez l'enfant plus grand de 12-16 mois, des jets d'objets peuvent aussi être une tentative d'évacuer une tension interne trop intense.

III-1-1-2 Les transformations de l'affect

Entre 9 et 16 mois, il arrive de constater chez certains enfants une transformation de leurs réactions affectives : les affects exprimés sont inversés par rapport aux affects attendus par l'observateur. Le bébé exprime ainsi du plaisir à la place de la douleur, un rire à la place de la peur, signes selon S.Fraiberg d'une anxiété intolérable. A cela s'ajoute fréquemment un symptôme s'apparentant à un tic. Ainsi un enfant peut se frotter les yeux de façon stéréotypée, sans émotion apparente, comme s'il voulait essuyer des larmes ...qui ont disparu : « La tristesse est refoulée ou peut-être éliminée avant de devenir consciente et le schéma moteur de friction des yeux, de suppression des larmes apparaît comme un vestige d'un chagrin vécu. » (Mellier, 2002, p68)

III-1-1-3 L'inversion des attitudes

R.A.Spitz décrivait en 1965 des enfants âgés de 8 mois capables de retourner contre eux-mêmes l'agressivité. S.Fraiberg, elle, situe ce phénomène au cours de la deuxième année. Durant une colère, un enfant peut se taper la tête contre le sol et ne pas sembler en souffrir. La clinique nous donne de rencontrer des enfants qui, dès que leur développement psycho moteur le leur permet, se montrent téméraires, imprudents, grimpent à des hauteurs dangereuses, tombent, courent, se cognent et ne manifestent pas d'expression de douleur. Ces enfants ne se tournent pas vers l'adulte pour être consolés comme si leur seuil de tolérance à la douleur était très élevé. Au fur et à mesure que ces enfants retrouvent un environnement protecteur et

sécurisant, leur autorisant l'expression de la douleur, l'agression n'est alors plus dirigée contre eux-mêmes et la souffrance est ressentie d'une manière adaptée.

Il semble, notamment au regard des théories de M.Klein sur le devenir des pulsions, que le développement aberrant des relations objectales entraîne des déviances des pulsions agressives : « L'agressivité est normalement transformée au cours du développement de l'enfant par l'amour qu'il porte à sa mère. »...« **Les transformations de l'affect pendant le premier semestre de la deuxième année nous apprennent que bien avant qu'il y ait un moi, la souffrance peut être transformée en plaisir, qu'elle peut être occultée de la conscience et qu'un symptôme prend la place d'un conflit originel.** » (Mellier, 2002, p70)

III-1-2 Troubles du contact

III-1-2-1 L'évitement

Là où le nourrisson qui va bien, cherche à avoir un contact visuel et un échange de regards avec sa mère, les nourrissons gravement perturbés peuvent éviter leur mère de tout leur possible. Ces enfants font en sorte, très habilement que leur regard ne croise celui de leur mère. De même, là où le nourrisson qui va bien, sourit en réponse au visage et à la voix de la mère, ces enfants ne sourient jamais ou très rarement. Ils ne lui adressent pas non plus de vocalises et même si l'enfant est capable de se déplacer, il ne s'approche pas d'elle. Chaque fois qu'il y aurait du y avoir recherche, demande d'aide, le bébé n'envoie aucun signal à sa mère : il y a évitement. Cette défense a pu être identifiée dès l'âge de trois mois et peut se poursuivre jusqu'à 36 mois.

Cet évitement décrit par Fraiberg est **sélectif et discriminatoire**, c'est à dire que le bébé peut ne pas éviter son père ou d'autres personnes de son entourage. L'évitement semble associé à la peur et à la souffrance : « Tout se passe comme si la perception avait sélectivement éliminé l'image de la mère de la scène qu'il regardait » (Mellier, 2002, p57) ; Comment comprendre

cette attitude alors que dès sa naissance, nous l'avons vu, le bébé a une aptitude innée à la relation ?

Une hypothèse peut être faite à partir des travaux de D.Stern sur l'interaction : le stimulus visuel et auditif que représente la mère est associé à une expérience négative, à des affects de déplaisir ou de douleur. Lorsque cette image est supprimée par le bébé (évitée), l'expérience affective qui lui est associée est mise en sommeil car elle n'est pas évoquée par la perception. On peut alors considérer, à la lumière de ces travaux, que ce niveau de mémoire associative et de reconnaissance fait partie du répertoire très précoce du nourrisson.

Ces modes d'évitement se présentent comme une défense pathologique lorsqu'ils prennent un caractère global et durable.

III-1-2-2 La lutte

Les enfants dont il va être question maintenant sont des enfants souvent décrits comme des « petits monstres », des « terreurs », indisciplinés voir hyperactifs. L'observation clinique qu'a menée S.Fraiberg illustre un mode de défense par lequel l'enfant de 12,13 mois lutte, se bat physiquement, se montre têtu, provoquant avec sa mère, lorsque celle ci le provoque par ses exigences. Comme devant une défaite face à un adversaire inéquitable, l'enfant se met en colère, se jette sur le sol, hurle, s'agite de façon désordonnée. Les cris deviennent des pleurs, des sanglots. A la fin de cette séquence, l'enfant est alors épuisé, tremblant. Ces enfants présentent des terreurs nocturnes, se réveillent dans une grande anxiété et ne peuvent être apaisés. Cette lutte peut renvoyer à ce que dit Winnicott à propos de la destructivité : « Seul est considéré comme réel pour un nourrisson un objet qui résiste à ses attaques physiques et mentales sans rétorsion. Par ce processus d'attaque, l'enfant place les objets hors de lui, en constatant qu'ils sont différents de la façon dont il les imagine et qu'ils ne sont pas soumis à ses fantasmes puisqu'ils y résistent. » (Berger, 1997, p.183)

Bien avant que l'on puisse parler d'identification à l'agresseur, la lutte employée dans la petite enfance apparaît comme un moyen de défense non contre sa mère, à cause de sa terreur, mais contre la dissolution de son moi. Ces crises violentes, expression d'une colère parfois accompagnée de signes auto agressifs témoignent d'un état transitoire de désorganisation et d'une très grande anxiété.

III-1-2-3 Le retrait relationnel

C'est parce que le nourrisson a une capacité intersubjective d'emblée, qu'une modification de la relation, dans le sens d'une carence, d'un désaccordage va provoquer chez lui des réactions de retrait relationnel.

M. Ainsworth, psychologue américaine et élève de Bowlby dès les années 60, différencie trois types de carences maternelles : les carences quantitatives dues à l'absence physique de l'objet maternant de référence, les carences qualitatives avec une mère présente physiquement mais psychiquement absente, les discontinuités interactives dues à des effets carenciels mixtes, qualitatifs et quantitatifs. Le nourrisson peut en effet, vivre au sein de la relation, des « micro-abandons », lorsque sa mère, bien que présente physiquement se trouve par moments dans un état de moindre disponibilité voire de rupture de la relation psychique.

Cette situation de désaccordage affectif, si elle persiste peut conduire à ce que Kreisler nomme la dépression blanche que nous allons décrire au paragraphe suivant.

De nombreux travaux depuis, portant sur les effets de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant, confirment cette hypothèse et l'extraordinaire capacité du bébé à s'ajuster au fonctionnement maternel. A.Guedeney envisage en particulier les réactions de retrait du bébé en tant que stratégie d'adaptation au parent qui ne répond plus à ses sollicitations de façon habituelle. Il baisse le signal, il se fait oublier, il s'immobilise.

Comme le décrit M.Lamour, les bébés s'adaptent à la pathologie maternelle. Bébés calmes, peu exigeants, ils dorment et têtent au rythme de leur mère. Cet ajustement au fonctionnement maternel, ils le font en hypertrophiant leur capacité d'auto-régulation et en instaurant un mode relationnel où l'apparente passivité est associée à une hypersensibilité, à une hyper vigilance. C'est ainsi que se construit une hypermaturité qui donne l'impression d'une relation inversée où le nourrisson prend soin de la mère. **« L'enfant intègre un mode relationnel où l'adulte s'avère tout puissant .Il apprend à s'ajuster aux besoins de celui-ci. Enfant et adulte peuvent alors être enfermés dans un système relationnel serré qui s'auto-entretient et dont naîtront les modalités d'attachement. »** (Lamour et Barraco, 1998, p104)

III-1-2-4 Les troubles de l'attachement

Les travaux de l'après guerre (Spitz, Bowlby, Burlingham) ont attiré l'attention sur le rôle majeur de l'âge du bébé au moment de l'expérience carencielle, sur la gravité de la perte d'objet au cours du second semestre, sur le rôle majeur des substituts offerts ou non et acceptés ou non par l'enfant. Ainsi la théorie de l'attachement après Bowlby, s'est précisée notamment grâce aux travaux de M. Ainsworth et Mary Main qui, par la mise en place d'un dispositif spécifique d'observation (situation étrange) ont pu distinguer plusieurs types d'attachement.

-L'attachement sécurisé : l'enfant proteste lors de la séparation et accueille le parent à son retour avec soulagement et recherche la proximité. Ce contact lui permet ensuite de repartir explorer. C'est le comportement typique d'un enfant ayant une « **base sécurisante** » telle que l'a décrit Bowlby.

-L'attachement anxieux-évitant : l'enfant apparemment est peu affecté par le départ du parent et semble réprimer le besoin de réconfort. Il explore l'environnement sans recours à la base sécurisante, sans même s'assurer de sa présence. Il ignore le parent à son retour ou

l'évite. Face à l'ignorance, à l'invalidation ou au déni de ses besoins, il va adopter comme stratégie celle d'éviter d'exprimer ses émotions, de les contrôler ou encore d'en détourner l'attention. Il donne une impression **d'indépendance désaffectée**.

-L '**attachement anxieux-résistant ou ambivalent** : l'enfant paraît anxieux et agité lors de la séparation ; il va chercher le réconfort lors de la réunion d'avec son parent mais d'une façon ambivalente. Il est dans une relation de **dépendance colérique**, il cherche le contact exprime de fortes demandes, s'accroche au parent mais résiste au fait d'être consolé, il s'en défait très vite. Il peut se réfugier dans une position de détresse passive (résignation).

-l'**attachement désorganisé** : autre catégorie décrite par Mary Main en 1986 où l'enfant montre des comportements contradictoires. Par exemple, il se fige lors de la réunion, comme sidéré. Les comportements sont désorganisés, les tentatives de rapprochement sont incomplètes, désordonnées, les expressions mal dirigées, interrompues. L'enfant laisse apparaître des signes de peur, des indices de stress mais ses stratégies pour trouver du réconfort sont mises en échec, celui-ci ne parvenant ni à s'approcher du parent ni à s'en détacher.

Cette sorte de comportement est souvent associée à une problématique d'abus, de maltraitance ou de négligence à l'égard de l'enfant. 80% des enfants maltraités entreraient dans cette catégorie, selon les auteurs.

III-1-2-5 La dépression précoce

Il a fallu attendre Spitz et sa célèbre description de la dépression anaclitique en 1946, pour admettre l'idée qu'un nourrisson puisse vivre une expérience authentiquement dépressive.

Robertson et Bowlby ont décrit les réactions du bébé à la séparation d'avec sa mère en trois phases, description rejoignant celle faite par Spitz. :

-**Une phase de lutte active**, de protestation, de recherche de l'objet perdu. L'enfant témoigne son désarroi par l'alternance de colères et de pleurs.

-**Une phase de découragement** au cours de laquelle la tristesse et la détresse manifeste du début diminuent pour laisser place à une apparente indifférence.

-**Une phase de détachement** où l'enfant renonce à l'objet. Il se laisse faire par l'entourage, s'y intéresse, redevient sociable.

C'est lorsqu'apparaissent le désespoir, la résignation et le sentiment d'impuissance que la dépression s'installe. **L'hospitalisme** décrit par R.Spitz correspond à un état de détresse majeure suite à une perte durable et vitale pour l'enfant. Il s'agit d'un état réactionnel à la rupture prolongée du lien maternel.

Le bébé, confronté à une faillite du « holding » maternel, va en un premier temps lutter activement contre la dérobade maternelle. Cette phase de « **sollicitude thérapeutique** » ainsi nommée par Lanouzière (1983) est une phase plus anxieuse que dépressive. C'est alors que peuvent apparaître les troubles du sommeil, de l'alimentation, une hyperexcitabilité qui sont autant de tentatives de « réanimation maternelle ». Si ses efforts sont vains, une phase dépressive décrite par **Kreisler** peut se manifester à travers 4 symptômes :

-**L'atonie thymique** où le bébé semble privé de ses appétences vitales. C'est une indifférence qui domine, sans plainte ni larme.

-**L'inertie motrice** qui renvoie à une forte passivité, les activités sont répétitives et pauvres imaginativement.

- **Le repli interactif** où domine l'appauvrissement de la communication, la chute des initiatives, une alternance entre des moments de forte vigilance et des périodes de vacuité.

-**La désorganisation psychosomatique** avec des symptômes variés (bronchites, diarrhées...).

A.Guedeney indique un autre signe clinique pouvant être un indicateur possible d'une dépression chez l'enfant, à savoir l'agitation hyper motrice. Cette hyperactivité désordonnée où l'enfant passe d'une personne à l'autre, d'une activité à l'autre dans un mouvement quasi incessant se retrouve chez des enfants ayant des antécédents de ruptures itératives des premiers liens affectifs. Il existe également chez l'enfant un trouble bipolaire possible où il alterne entre des phases dépressives et des phases d'hypomanie, et ce dès l'âge de deux ans et demi, trois ans.

III-2 LA SPHERE SOMATIQUE

La clinique auprès des bébés nous apprend à ne pas opposer souffrance physique et souffrance psychique tant l'intrication psyché-soma est évidente comme nous avons tenté de le démontrer jusque là. La sphère corporelle est donc la voie d'expression privilégiée de la souffrance psychique du bébé et de la pathologie précoce.

C'est pourquoi nous allons très brièvement citer les signes fonctionnels qui doivent attirer notre attention.

III-2-1 L'alimentation

Une vigilance particulière doit être apportée à l'installation du rythme alimentaire et des signaux du bébé exprimant sa faim. Ainsi, des particularités de la succion, l'absence de plaisir, l'absence d'appel, des vomissements, des régurgitations peuvent subvenir, ainsi que des troubles plus sévères de type anorexie ou remplissage.

III-2-2 Le sommeil, la vigilance

Les bébés en souffrance nous enseignent à donner aux variations de leur état de vigilance une valeur émotionnelle : la chute dans le sommeil peut lui permettre de se protéger d'une trop

grande tension relationnelle (hypersomnie refuge). A l'inverse, le bébé peut parfois être sur le « qui vive » dans un état d'hyper vigilance à son environnement.

L'absence de rythme veille sommeil est aussi un indicateur à prendre en compte.

III-2-3 L'élimination

Les épisodes de diarrhée et de constipation peuvent être mis en rapport avec un vécu d'abandon réel ou fantasmatique de l'enfant.

Les infections à répétition doivent faire évoquer, selon M.Lamour des difficultés de séparation mère enfant .De même, les fièvres inexplicables, qui apparaissent brutalement et s'évanouissent, aussi vite traduisent parfois des angoisses massives au sein de la relation.

La pathologie des voies respiratoires peut être le fait de conditions anormales de l'attachement duel, une difficulté dans le processus de séparation-individuation.

La croissance staturo-pondérale, selon son évolution nous dit quelque chose de la possibilité ou non qu'à l'enfant de grandir dans un environnement précis. Le ralentissement de la courbe de poids doit attirer notre attention, sans attendre une cassure.

III-3 LA SPHERE TONICO-MOTRICE

Comme nous l'avons évoqué (II-2) plus tôt à propos des anxiétés primitives, **l'hypotonie et l'hypertonie** s'inscrivent dans une régulation significative de l'interrelation. En effet, de même qu'un bébé « mou » est très difficile à porter et à contenir, de même un bébé dont l'axe du corps est très raide rend l'ajustement corporel avec l'adulte périlleux et raréfie les contacts. Sur le plan de la motricité, **la retenue gestuelle** que l'on peut observer chez certains bébés inhibe l'activité exploratoire. Ces comportements font penser non seulement à des carences de stimulation mais aussi à des perturbations du processus de séparation-individuation (trouble de l'attachement).

Les activités répétitives ou stéréotypies (balancements, stimulation répétitive d'une partie du corps) expriment les difficultés du bébé à réguler ses tensions internes, elles peuvent évoluer vers un retrait relationnel. A l'extrême, elles peuvent faire craindre la constitution d'une pathologie autistique.

IV DELEGATION DE SOINS MATERNELS

La psychopathologie du lien peut exister très précocement, comme nous venons de le voir, et dans les cas les plus graves, une séparation parents enfant peut s'avérer nécessaire afin de soustraire l'enfant à un danger physique et/ou psychique et lui permettre d'éprouver un mode de relation différent de celui qu'il a connu jusque là.

De telles séparations concernent habituellement des parents gravement défailants sur le plan éducatif et affectif. L'absence d'organisation de la vie quotidienne, la discontinuité des soins, la présence d'une psychopathologie non reconnue et souvent non traitée chez les parents sont autant de facteurs gravement désorganiseurs pour le développement de l'enfant, nous l'avons vu.

Cependant, nous savons aujourd'hui qu'une séparation physique n'est pas thérapeutique en soi et ne peut suffire à traiter les difficultés psychiques tant au niveau de l'enfant qu'au niveau du lien à ses parents. **« La précocité des perturbations relationnelles, la force du nourrisson à réinstaurer les interrelations déjà connues, met l'adulte en difficulté pour introduire un nouveau mode de relation. C'est pourquoi un changement d'environnement ne suffit pas, de même qu'un simple accompagnement éducatif et social du placement. L'accueil de ces enfants dans une famille nécessite un traitement spécifique de la relation qui s'instaure, afin de protéger l'enfant et de prévenir les ruptures de placement. »** (Lamour, 1998, p106)

Pour mieux comprendre la spécificité de ce travail en placement familial et les exigences indispensables pour qu'il ait une action thérapeutique, il nous faut considérer les besoins essentiels d'un bébé à satisfaire, en situation de séparation et de délégation de soins et rappeler en quoi la relation soignante se différencie de la relation maternelle.

IV-1-1 Les grandes lignes thérapeutiques.

Nous avons déjà rappelé l'importance des **liens humanisés et différenciés** pour permettre au bébé de construire des **attachements privilégiés**. Le placement familial offre, par une **attention individuelle** à l'enfant, cette possibilité de façon plus aisée que ne le permet l'accueil en collectivité. Cependant, nous savons aussi qu'un élément fondamental et essentiel du développement de l'enfant repose sur **la sécurité affective** à travers une relation privilégiée, stable, continue, intime et chaleureuse. La **continuité relationnelle, la rythmicité et la stabilité** des soins sont, nous l'avons vu le socle sur lequel s'édifie le sentiment continu d'exister de l'enfant, et de là, la qualité de ses compétences intellectuelles, affectives et relationnelles. C'est pourquoi la condition essentielle pour qu'un placement puisse avoir une action thérapeutique pour l'enfant repose sur l'assurance qu'il lui sera offert un environnement stable, fiable lui permettant ainsi de développer une activité libre, spontanée, issue de sa propre initiative.. « **Soulignons que plus l'enfant est jeune, moins il se différencie de son environnement : changer l'environnement équivaut à changer, à transformer des parties du bébé.** » (Lamour, 1998, p139) .Ces « bébés à risque » nous dit M.Lamour, ont terriblement besoin de stabilité et fiabilité de l'environnement, du maintien d'une continuité dans ses moindres détails et à tous les niveaux.

E.Pikler, à partir de son expérience à la pouponnière de Loczy, a travaillé à l'élaboration d'une relation adulte enfant, afin d'une part d'éradiquer les facteurs de carence affective et d'autre part de permettre aux bébés de développer des capacités relationnelles, à partir

desquelles pourront s'épanouir ses relations futures. Le projet éducatif qui en a résulté, était de faire en sorte que l'enfant puisse se sentir **une personne accompagnée et soutenue**, respectée dans ses initiatives et dans son rythme, **sujet participant, partenaire actif** de son développement.

IV-1-2 Relation maternelle et relation soignante

Une croyance a été longuement répandue et peut-être encore de nos jours, que n'importe qu'elle femme digne d'être mère (ayant été mère elle même) pouvait s'occuper du bébé d'autrui et que le bébé pouvait profiter d'un environnement meilleur que le sien.

Selon Myriam David (1998) un soin donné par un tiers extrafamilial n'est pas un soin maternel, ni un soin substitutif ; il n'est ni meilleur ni moins bon, il est « autre » et il est même essentiel qu'il en soit ainsi.

La relation maternelle est une relation continue qui se poursuit tout au long de la vie. C'est une relation passionnelle, amoureuse, toujours complexe, **inspirée et alimentée par tout ce que ce bébé évoque pour cette mère, évocations liées à sa vie de couple, à son histoire familiale, sa culture et qui véhiculent des messages inconscients transgénérationnels.** Cette relation porte donc en elle les attentes, les craintes, le besoin d'appropriation et de conquête des futurs parents. C'est donc **une relation intime, toujours unique** pour chaque couple mère bébé et **non reproductible**, ni avec un autre de ses enfants ni par autrui. **Les échanges auxquels elle donne lieu, soins corporels, langage émotionnel... n'ont d'autres objectifs que de vivre cette relation.** Mais celle-ci est fragile, nous le savons, et lorsqu'elle est chargée de trop de souffrance, elle peut devenir dommageable tant pour le développement de l'enfant que pour l'exercice de la maternalité.

La relation soignante, à l'inverse est de toute autre nature. Cette relation **est provisoire, limitée dans le temps** ; elle ne s'appuie ni sur un passé commun ni sur un avenir commun.

Ici, **c'est le soin qui est fondateur de la relation**. En effet, lorsqu'un bébé est privé de sa mère, quelles qu'en soient la cause et la durée, il doit être soigné par autrui, c'est l'objectif premier de la personne à qui il est confié et **c'est exclusivement le soin qui fonde et justifie cette relation**. Cependant, on sait aussi que des soins purement « techniques » ont pu être déshumanisants et destructeurs. Mais « La relation entre un bébé et une soignante est vouée à de grandes difficultés si elle s'appuie sur la maternalité latente de celle-ci en créant l'illusion d'une relation maternelle, alors qu'elle ne peut et ne doit impliquer le bébé dans sa vie personnelle familiale passée et présente et qu'elle sera suivie de rupture. » (David, 1998, p134).

La relation soignante peut reposer sur d'autres piliers que sur la maternalité latente, nous dit M. David, à savoir :

-les connaissances concernant les processus de développement de l'enfant qui va rendre l'assistante maternelle sensible et attentive aux progrès de l'enfant. Ainsi, contrairement à la relation maternelle, c'est la qualité du soin prodiguée par la soignante, grâce à **son empathie** avec le bébé et une **attention soutenue et cultivée à celui-ci**, que la relation va s'animer et permettre de maintenir à l'arrière plan les mouvements projectifs.

IV-1-3 L'empathie

« L'empathie est le seul moyen d'entrer en contact avec l'ensemble de la turbulence émotionnelle qui caractérise les souffrances précoces des bébés » (Mellier, 2002, p115)

Notion centrale en effet dans la clinique auprès des bébés, il nous faut la définir plus précisément. Chez D. Stern, l'empathie est très proche de l'accordage affectif. Il s'agit de la capacité à se mettre à la place de l'autre par le partage d'affects, de représentations, ou d'actions. C'est la base des processus d'identification. Pour S. Lebovici, l'empathie représente une **compréhension affective** qui se distinguerait de la compréhension rationnelle,

intellectuelle. Sans doute, le soignant comprend la situation mais surtout il la vit, il la laisse **résonner** en lui **émotionnellement**. Il s'agirait donc d'une **écoute particulièrement attentive au non verbal, au ressenti de l'autre**, en s'accordant à lui, grâce à un **aiguïsement de la sensorialité**. Winnicott utilise d'ailleurs ce terme pour caractériser la préoccupation maternelle primaire et cette relation mère enfant se situant en deçà du langage.

Mais cette faculté n'est pas sans risque lorsqu'il s'agit de s'ajuster au vécu d'un bébé en grande souffrance. Le soignant peut alors être exposé à vivre des tensions émotionnelles très fortes. En effet, comme nous l'avons vu précédemment (cf.II), les souffrances primitives sont davantage source de tensions relationnelles que d'émotions. C'est pourquoi « arriver à être en empathie et rester soi même, tel est l'enjeu quand le sujet est aux prises avec des anxiétés primitives diffuses » (Mellier, 2002, p120)

Ainsi se pose toujours la question des limites, du dosage de l'implication, de la capacité à s'identifier au bébé et à dialoguer sur le plan émotionnel. Vouloir aborder et comprendre par empathie, comme le dit B.Golse (2002) c'est accepter de coressentir, coéprouver la souffrance du bébé. « **Il s'agit de se laisser imprégner par un fonctionnement projectif qui est l'outil principal de communication du très jeune enfant et de mesurer sa souffrance à l'aune de celle qu'il induit en nous. Il s'agit de se laisser le temps de ressentir et d'éprouver émotionnellement les choses, avant de vouloir les coder sur un plan quantitatif, faute de quoi le symptôme risque alors de faire écran, en laissant l'enfant et son vécu, masqués derrière des outils plus ou moins opératoires.** » (Golse, 2002, p45).

IV-1-4 La préoccupation thérapeutique primaire

L'accueil d'un bébé en souffrance est délicat, difficile et exige de la part des familles d'accueil un engagement affectif profond, soutenu par un travail continu d'élaboration en équipe. En effet, toutes les relations qui s'instaurent dans ces situations où la pathologie du

lien est à l'oeuvre, entre l'assistante maternelle et le bébé, entre les professionnels et la famille, les professionnels entre eux, sont « des relations à haut risque de rupture » comme le dit M.Lamour(1998).

Au coeur de cette relation, proche de la préoccupation maternelle primaire, notamment de par l'empathie qu'elle exige, un soutien doit donc être apporté à l'assistante maternelle, par un travail indirect et continu auprès de l'enfant, de ce qu'il vit au quotidien et de ce qu'il fait vivre à ceux qui sont en relation avec lui.

« Un placement familial thérapeutique est celui qui accorde une place importante à la compréhension des détails de la vie de tous les jours .Dans de tel placement, la parole est donnée à l'enfant et notre observation est notre écoute... C'est l'assistante maternelle qui est le porte-parole de la manière dont l'enfant rejoue dans la réalité, la question de son lien à ses objets originaires. » (Berger, 2003, p130)

Car, nous l'avons vu, plus l'assistante maternelle a une relation proche de l'enfant, plus elle est exposée à recevoir les angoisses du bébé et à devoir les contenir. Plus cette relation devient significative pour le bébé et plus la pathologie du premier lien tissé par l'enfant va se réenclencher avec ce nouveau partenaire auquel il s'attache. De ce fait, il peut l'inciter à interagir sur le même mode que celui qu'il a connu avec sa mère.

Afin d'éviter le risque d'être pris dans la répétition des mêmes troubles relationnels, cette relation doit être couplée à des dispositifs de parole et de réflexion pluridisciplinaire, qui sont des temps de prise de distance précieuse pour comprendre ce que nous dit le bébé.

« Il est crucial de comprendre que c'est par ce mouvement dialectique d'approche empathique et de prise de distance que nous avons accès au fonctionnement psychique et affectif de ces bébés, et que nous pouvons leur offrir un accompagnement thérapeutique.» (Lamour, 1998, p.129). Ces espaces de parole pour l'assistante maternelle sont donc indispensables pour identifier, repérer les mécanismes relationnels en jeu actuels et passés.

Ainsi, une reprise régulière de ce que vivent les soignants auprès des bébés est la condition pour préserver une dimension thérapeutique au placement, c'est à dire comprendre ce que vit l'enfant, favoriser son développement et maintenir stable son environnement.

« Alors la séparation sera là pour créer un espace de protection, un espace où d'autres liens d'attachement pourront se tisser, ou d'autres paroles viendront mettre du sens là où il n'y avait que des non-dits et des silences... Dans cet écart que crée la séparation, le monde pourra continuer de tourner mais pas identique, pas immuable .C'est un écart qui ouvre à un monde parlé, un monde marqué par l'inter-dit. »(Mignon, 1996, p 214)

PARTIE METHODOLOGIQUE

Ma recherche consiste à suivre l'évolution de deux enfants placés en famille d'accueil à des âges différents, l'un à deux mois et l'autre à deux ans , et ce durant une période de 10 mois.

L'objectif de ce travail est d'observer, décrire et étudier les effets, à court terme, de cette séparation sur le développement global de l'enfant et de suivre son évolution au sein de ce nouvel environnement, durant la période de son placement.

Il s'agit pour moi de **mettre le projecteur sur le bébé et sur le rôle actif qu'il occupe** dans cette situation : « **Si la relation entre mère et bébé est l'aliment indispensable qui préside au développement de l'enfant, celui-ci n'en est pas moins d'emblée, en dépit de son immaturité, une personne à part entière qui participe très activement et par lui même à l'élaboration de sa personnalité.** » (David, 1996, p30)

Je tenterai de voir avec quel bagage relationnel, affectif, psychomoteur il arrive, de repérer quels modes d'adaptation ou de défense éventuels il a déjà mis en place, et comment ces derniers vont se modifier ou non durant le placement. C'est donc volontairement que je ne centrerai pas mon étude sur la question des relations à ses parents, pas plus que celles qu'il tisse avec sa famille d'accueil ; cependant, je les évoquerai, à travers les observations rapportées par l'assistante maternelle et par les auxiliaires de puériculture présentes au moment des visites de l'enfant à sa mère .Ces éléments concernant les évènements de la vie quotidienne de l'enfant représentent, comme nous l'avons vu, un matériau de base indispensable pour accéder à la compréhension de ce que vit l'enfant .

Ma recherche est donc subordonnée à mon activité clinique auprès des enfants, de leur famille et de l'équipe pluridisciplinaire, et ce afin d'apporter un éclairage sur la nature des situations que nous accueillons, l'action menée et ses effets.

Présentation de l'hypothèse générale.

Le bébé possède un potentiel de développement, des ressources qui peuvent ne pas s'exprimer dans un environnement adverse mais qui se révéleront si on lui offre un contexte adapté à ses besoins (cf. chap. IV) et à son niveau de développement.

En proposant à l'enfant un environnement adéquat, on met le bébé en situation d'exprimer ses compétences et de diminuer sa vulnérabilité. Il devient alors acteur de son développement, partenaire actif du traitement.

Hypothèses différentielles :

Selon l'âge auquel la séparation a lieu, l'enfant va exprimer des angoisses, des mécanismes de défense et d'adaptation différents.

.Ainsi, lorsque le placement se produit durant la période du narcissisme primaire, (les six premiers mois de la vie) à une période de grande vulnérabilité, le bébé est exposé à vivre des angoisses primitives dont on pourra repérer les expressions, telles que nous les avons décrites.(cf. chap. II et III) Par contre, lorsque le placement se produit après 18 mois, lorsque le processus d'individuation est engagé, l'enfant est exposé à des angoisses de perte, des angoisses dépressives qui se manifesteront par d'autres symptômes.

Opérationnalisation

Pour réaliser ce travail, je suivrai en partie la méthodologie de **recherche clinique** en psychopathologie, proposée et réalisée par M.David et G.Appel. (1995).

« La recherche clinique est avant tout un instrument au service d'une meilleure compréhension des faits cliniques à traiter, ceci en vue de mieux orienter les actions préventives et/ou thérapeutiques entreprises auprès de l'enfant lui même, des personnes qui le soignent. **Elle cherche à appréhender la situation dans son ensemble, à la décrire et à en rechercher et analyser les composantes.** » (David, 1995, p232).

Dans cette démarche, nous ne cherchons pas à isoler des variables pour en mesurer les effets et les étudier séparément. L'objectif est autre : «**Il s'agit d'appréhender un ensemble mouvant aux variables multiples, dans une tentative de mieux le connaître.**» (Appel et David, 1995, p.212).

Recueil des observations

-L'observation globale centrée sur l'enfant : elle se déroule dans une situation structurée et constante, à savoir dans mon bureau, où l'enfant retrouve un matériel varié et identique. Dans cette situation, l'attention et l'observation clinique portent, certes, sur l'enfant, son corps, son comportement, ses interactions mais elle porte également sur les propres éprouvés psychiques de l'observateur, « sachant que le bébé utilise un système projectif intense, qui lui permet de faire vivre à autrui ce qu'il n'est pas encore en mesure de lui communiquer par des mots ». (Golse, 2002, p.43)

En dehors de ces temps d'observation structurée, au long du placement, des rencontres plus informelles avec l'enfant se produisent régulièrement, soit lors des visites parents enfant, soit sur la structure de l'éveil ou à l'occasion de visites de l'assistante maternelle au service. Ceci me permet d'être connue et reconnue par l'enfant d'une part et de recueillir d'autres parts des éléments d'observation, dans des contextes variés.

- *L'écoute de l'assistante maternelle* : Au cours de réunions mensuelles dites « triangulaires » (car elles rassemblent l'assistante maternelle, l'éducatrice référente de l'enfant et la psychologue), je suivrai l'évolution de l'enfant, dans sa famille d'accueil, par le biais des observations rapportées sur ce que vit l'enfant au quotidien et sur ce qu'il fait vivre à l'assistante maternelle.
- *L'écoute de l'équipe de l'unité de soutien et d'accompagnement à la parentalité* : composée de deux auxiliaires de puériculture, qui reprennent le déroulement des visites de l'enfant à sa mère, avec la psychologue, lors de rencontres bimensuelles. Je

suivrai également par ce biais l'évolution des comportements de l'enfant dans le lien à sa mère.

Outils d'analyse

- *Le test de Brunet Lezine* me fournit un indicateur du niveau de développement psychomoteur de l'enfant.

- *Les grilles d'évaluation des interactions de M.Lamour et M.Barraco ; (1998)* m'aident à l'analyse descriptive des comportements de l'enfant en présence de sa mère et en présence de l'assistante maternelle.

- *L'échelle alarme détresse bébé (ADBB)* de A. Guedeney me permet de mesurer le degré de retrait relationnel éventuel de l'enfant

- *La description sémiologique des signes de souffrance du bébé* de M.Lamour et M.Barraco (1998) m'aide à repérer les modes de défense et d'adaptation de l'enfant.

Je présenterai deux vignettes cliniques. La première suivra de façon détaillée, l'évolution de Paul, de l'âge de 2 mois à un an, dans sa famille d'accueil, dans les relations à sa mère, et dans le cadre de mon observation en milieu neutre. La deuxième situation, plus succincte concernera Julie, accueillie à l'âge de deux ans, et tentera d'illustrer brièvement ces mêmes facteurs mis en jeu dans notre hypothèse.

PRESENTATION CLINIQUE

PREMIERE VIGNETTE CLINIQUE : PAUL

Quelques éléments d'anamnèse

Paul a été accueilli dans notre service à l'âge de deux mois. Depuis sa naissance, il vivait auprès de sa mère. Il est né à terme, sans pathologie particulière et sa naissance s'est déroulée normalement.

Suivie pour des troubles psychiatriques durant sa grossesse, une mesure de prévention fut mise en place ainsi que l'intervention d'un service d'action sociale mère enfant afin d'accompagner Madame X jusqu'à son accouchement et durant les premiers mois de vie de l'enfant. Le père de l'enfant, rencontré depuis peu par Madame, ne s'est manifesté qu'épisodiquement et n'a pas reconnu le bébé.

Dans les jours qui suivent la naissance et le retour au domicile, Madame X présente des symptômes orientant vers une décompensation psychotique. L'aggravation des symptômes au fil des semaines alerte les différents intervenants qui s'inquiètent fortement de la discontinuité de la préoccupation maternelle et des soins apportés au bébé.

En effet, lors de crises d'angoisse de plus en plus fréquentes, Madame X semble envahie par des sentiments de persécution par le monde extérieur et dit ne pouvoir être disponible pour son fils qu'elle laisse pleurer, ne lui parlant pas, incapable de s'occuper de lui par crainte de mal faire, de le laisser tomber. En dehors de ces moments de forte inquiétude, Madame X peut avoir avec son bébé des moments d'échanges de grande qualité, tant au niveau du portage, des soins, qu'au niveau des échanges verbaux, émotionnels, affectifs. Madame exprime son besoin de ne pas être seule pour s'occuper de son bébé et malgré les différentes visites quotidiennes à son domicile (puéricultrice, assistante sociale, la présence d'une travailleuse familiale plusieurs heures par jour) cet étayage ne semble pas suffire à l'apaiser, à contenir

ses fortes inquiétudes. La proposition d'être accueillie en centre maternel avec son bébé est faite à Madame X qui refuse.

En parallèle, Paul est décrit, durant les premières semaines, par la travailleuse familiale comme un bébé très calme, qui pleure peu bien qu'il soit très éveillé. Il fixe sa mère, « semble l'écouter ». Sa courbe de croissance est satisfaisante. Cependant, au fil des jours, il est observé chez Paul un regard intense, « mature » d'une qualité d'accroche surprenante, en particulier à l'adresse de sa mère. Par moment, porté dans ses bras, son corps est tendu, il pleure beaucoup et soudain il s'arrête et s'endort.

I - PRESENTATION DES OBSERVATIONS

PAUL A SON ARRIVEE

Eléments d'observation rapportés par l'assistante maternelle.

Accueilli en fin de journée chez son assistante maternelle, Paul va surprendre très fortement par son apparence physique. Son visage est maigre, faisant apparaître un menton pointu. Des rides profondes marquent son front et le contour de sa bouche. Ses yeux sont cernés. Bien qu'il ne pleure pas, son visage exprime une immense tristesse, figée et, silencieuse. Ses poings sont serrés, son corps tendu, et son regard est d'une grande vigilance. L'assistante maternelle, très impressionnée par ce bébé, est frappée par son étrangeté ; elle le décrit comme « un vieillard dans un corps de bébé » et un sentiment d'impuissance l'envahit face à sa détresse qu'elle pressent immense. « Il semble porter toute la misère du monde sur ses épaules. » Son dos est voûté, courbé. Il faudra beaucoup de temps, pense-t-elle, pour que ce bébé se détende et se sente en confiance. Au moment de prendre son biberon, elle est surprise de voir que Paul le boit très goulûment, il paraît l'engloutir. Il se montre sensible au moindre bruit. Durant la première nuit, alors que ce sentiment d'étrangeté est très présent chez l'assistante maternelle et que l'aspect de cet enfant lui paraît par moments inquiétant, quelle

n'est pas sa surprise de découvrir, après une tétée que ses petits poings se sont desserrés, que son corps se détend et qu'un sourire apparaît sur son visage.

PAUL : DE 2 A 6 MOIS

Première observation dans mon bureau : Paul a trois mois

Paul est amené dans son cosy par son assistante maternelle. Son regard s'accroche très vite au mien alors que je m'adresse à lui. Son visage est immobile, impassible, sans émotion et son air prématurément âgé. Cette impression de maturité tranche avec son petit corps de bébé. Son regard grave, bien que très accroché au mien, semble me maintenir à distance. En effet, ce qui me frappe à son contact, c'est l'impression d'être tenue éloignée par cet enfant qui me regarde pourtant fixement. Je sens la nécessité de ne pas aller trop vite pour ne pas risquer une effraction, une intrusion. Dans les bras de l'assistante maternelle, son corps est lové, détendu. Mis en position de me faire face, son dos appuyé contre le buste de l'assistante maternelle, Paul semble profiter pleinement de cette « base arrière de sécurité ». Cependant, l'immobilité de l'activité corporelle et la fixité du regard qui explore peu, donnent la tonalité dominante de la situation.

A ma proposition de prendre le hochet que je lui tends, Paul avec beaucoup de prudence, après un coup d'oeil furtif à l'objet puis un coup d'oeil furtif vers moi, le saisit fermement. Il n'en fait rien, ne le regarde pas. Son activité spontanée est très réduite du fait de la grande vigilance que la nouveauté de la situation paraît lui imposer. Durant cette séance, je n'entendrai pas la moindre vocalise ni n'apercevrai de sourire. Il semble très retenu, très contenu sur lui-même. L'évaluation de l'aptitude de Paul à entrer en relation avec une personne exceptée celle qui s'occupe de lui au quotidien, m'interroge.

Le contact est dominé par une grande réserve, une retenue gestuelle et une grande tension pour maintenir la vigilance. Je ne note pas de gestes d'auto stimulation si ce n'est des

mouvements des doigts qui s'agitent nerveusement. Au niveau de son développement psychomoteur, le niveau postural correspond à celui de son âge, à savoir qu'en position assise, il maintient la tête bien droite. Couché sur le ventre, par son assistante maternelle, il s'appuie sur ses avant-bras et soulève bien la tête et les épaules. Couché sur le dos, il tient fermement un objet. Par contre, il ne joue ni n'examine ses mains, ne vocalise pas. La conscience de la nouveauté de la situation est fortement repérée. Ces observations le situent à un niveau inférieur par rapport à son âge, sur le plan de la sociabilité et du langage. (cf. Test de Brunet Lezine)

Evolution de l'enfant en famille d'accueil de 2 à 6 mois

Au cours du travail régulier avec l'assistante maternelle, nous apprenons que Paul, à 4 mois, est un enfant joyeux, qui gazouille et sourit beaucoup. Son visage, bien que toujours très sérieux, est devenu expressif ; les rides se sont atténuées et ses joues s'arrondissent. Paul est décrit comme un enfant très attentif à tout ce qui se passe autour de lui ; il est sensible au moindre bruit. Lors du bain qu'il apprécie beaucoup, il peut rire aux éclats. Il s'anime au moment de la tétée qui est un moment de plaisir pour lui, il commence à tenir son biberon qu'il prend maintenant paisiblement. Paul apprécie les contacts corporels, dans les bras, il s'accroche et recherche le froufrou. Il porte souvent son index à la bouche qu'il suce par moments. Dans son parc et installé dans son cosy, il cherche à attraper ce qui est à sa portée et l'explore. Son sommeil est de bonne qualité et à son réveil, il gazouille, gigote, sourit et tend les bras à son assistante maternelle pour être pris.

Deux mois après son placement, Paul fait une double otite qui le fait beaucoup souffrir. Durant ces moments, il réclame le bercement dans les bras, position dans laquelle il s'apaise. A ce stade de son évolution, l'assistante maternelle dit « que Paul est sorti de son enfermement ».

A 6 mois, Paul gagne en sécurité ; il vocalise beaucoup en manipulant ses jouets, et des variations des sons et des tonalités sont clairement perceptibles ; il peut jouer de longs moments dans son parc. Très expressif, il interpelle les personnes de la famille qu'il différencie. Il est joueur et taquin. Au niveau de son alimentation, il apprécie de découvrir la cueillere, les goûts nouveaux et surtout l'expérience de la chaise haute qui lui permet de prendre les repas avec la famille. L'assistante maternelle en parle comme d'un « penseur, un chercheur » tant son attention, sa vigilance à tout ce qui se passe est forte. « Il observe tout, analyse tout, imprime tout ; rien ne lui échappe ». Sa tonicité est également fortement développée, il se tient maintenant très bien assis et s'essaie au « quatre pattes ».

« Il semble vouloir tout faire très vite », nous dit l'assistante maternelle.

Lorsqu'une personne nouvelle arrive, il est à nouveau « sur ses gardes », il se tient à distance dans une attitude de forte vigilance, reprend un air grave, ne se laisse pas approcher et réclame l'exclusivité de la relation à l'assistante maternelle.

Evolution de l'enfant durant les visites à sa mère, de 2 et 6 mois

Durant les trois premiers mois de son placement, Paul rend visite à sa mère, une fois par semaine, sur son lieu d'hospitalisation. Il est accompagné d'une auxiliaire de puériculture.

Au cours des deux premières visites, Paul recherche le regard de sa mère. Il est très hypotonique, se love dans ses bras et souvent s'endort. Quelques vocalises sont présentes au cours de rares échanges ainsi que des sourires. Son visage est cependant grave, sérieux. Il ne pleure pas. Durant la tétée qu'il prend dans les bras de sa mère, il boit avec avidité. Les regards ne se croisent que de façon furtive. Durant le change, Paul est comme une poupée de chiffon, il ne bouge pas et se laisse faire passivement, comme pour faciliter la tâche à sa maman. Même dans une position qui ne semble pas confortable pour l'observateur, il s'endort très vite, à la surprise de l'auxiliaire qui le croit toujours éveillé.

Au fil des visites, Paul ne babille plus ; son visage se fige de plus en plus et son regard est souvent vague, comme dans le vide. Il ne prend pas d'initiative, ne pleure pas et semble attendre les initiatives de sa mère pour s'y ajuster. Ainsi, lorsque celle-ci veut lui essayer des vêtements, Paul se laisse faire, sans opposer la moindre résistance. A l'approche d'un jouet très près de ses yeux, Paul ne réagit pas en détournant la tête ou par un oscillement des paupières, comme on l'attendrait.

Les caractéristiques générales de l'interaction, à cette période témoignent d'une extrême passivité de l'enfant et d'un retrait relationnel de plus en plus apparent : son visage est comme figé, absent ; le contact visuel est fugace, vague ; l'activité corporelle spontanée est quasi absente. Les échanges se raréfient du fait de l'absence d'initiative. La tonalité affective est le vide. Le climat relationnel est très lourd, « pesant » pour l'auxiliaire de puériculture qui se sent épuisée, après chaque visite. Paul, durant les trajets retour, dort souvent d'un « sommeil de plomb ».

Progressivement, Paul va se mettre à rechercher le regard du tiers, sur lequel il semble prendre appui durant le temps de la visite, en continuité avec le temps du trajet. Ainsi, lors du change, il la sollicite et vocalise dans sa direction, lui sourit, bien qu'il soit en face de sa mère et qu'il se laisse faire. Avec le développement de sa motricité, Paul va se saisir des jouets que l'auxiliaire lui propose, initie des échanges et se montre plus actif. Durant cette période, Paul s'agrippe au regard du tiers, et évite le regard de sa mère.

PAUL : DE 6 A 12 MOIS

Evolution de l'enfant en famille d'accueil

Paul est un petit garçon très tonique et, à 7 mois, il ne veut plus rester dans son parc. Il cherche à s'accrocher pour se mettre debout. Il imite les gestes des adultes autour de lui et reproduit des actes qui ont produit un effet intéressant. L'assistante maternelle le dit tenace,

volontaire. Paul sait très bien exprimer ce qu'il veut et ne veut pas. Aussi, les interdits produisent des colères et c'est après plusieurs tentatives qu'il renonce en ronchonnant. Durant ces moments, il peut jeter des objets, se mettre à pleurer, à crier. Il teste énormément les limites, les interdits mais aussi ses propres capacités motrices. Ainsi vers dix, douze mois l'assistante maternelle le trouve téméraire : sa forte tonicité et sa détermination dans ses entreprises le pousse parfois à se mettre en danger. Il grimpe sur une chaise et s'appuie en position debout contre le dossier. Il lui arrive de tomber, de se blesser, ce qui ne semble ni le décourager ni le faire souffrir. Il ne pleure pas lorsqu'il se fait mal et ne recherche pas l'adulte. Par contre, les couchers se font plus difficiles, la séparation produit des pleurs importants. Il réclame beaucoup d'être porté dans les bras. La possessivité et l'exclusivité de la relation à son assistante maternelle sont très fortes, en particulier en présence d'autres enfants, envers lesquels il peut avoir des gestes agressifs. (Pousser ou taper). Il se montre alors exigeant, voire tyrannique. L'assistante maternelle est amenée, bien souvent à renoncer à une sortie du fait de la présence d'autres enfants pour éviter ces « crises ».

D'autres part, Paul présente des moments de forte excitation, notamment dans le bain où il aime jouer, où lors d'un jeu avec un adulte qu'il connaît bien ; il ne parvient alors pas à réguler une forte tension interne. L'assistante maternelle dit avoir du mal à le ramener au calme. La musique contribue beaucoup à cet apaisement.

Deuxième observation dans mon bureau à 11mois

Accompagné de son assistante maternelle, Paul arrive en marchant, tenu par une main. Je retrouve la gravité de son regard et cette même impression d'être tenue à distance. Ses nouvelles acquisitions motrices semblent lui donner d'autant plus de force pour choisir avec qui il va entrer en relation ou non. Il reste très collé physiquement à son assistante maternelle. Il semble se détendre, sans pour autant relâcher sa vigilance. Cependant, l'environnement

l'intéresse et sa curiosité, qu'il réprime en refusant de quitter les genoux de l'assistante maternelle sur lesquels il s'est confortablement installé, à même le sol, va le conduire à accepter ce que je lui propose.

Le test de Brunet Lezine semble l'intriguer et c'est avec application et concentration qu'il va reproduire les gestes que je lui montre : mettre et retirer un cube dans la tasse, soulever par l'anse la tasse pour y rechercher l'objet caché, remettre le rond à sa place sur la planchette, faire une tour de deux cubes etc. Il réussit avec facilité tous les items de 12 mois.

Paul est très sensible aux encouragements et aux félicitations de son entourage qu'il gratifie de grands sourires. La présence de l'assistante maternelle dont il ne s'est éloigné que de quelques centimètres, représente de façon très nette sa sécurité qui le rend compétent. Sa sociabilité cependant s'est bien développée, et la palette de ses expressions émotionnelles fortement enrichie. Son visage, bien que très sérieux peut exprimer sa joie, son plaisir, sa gratitude, son impatience, son mécontentement. Il utilise maintenant des onomatopées qui font office de mots. Le contact éprouvant que j'avais ressenti lors de la première observation lié à un sentiment d'un enfant presque hors d'atteinte s'est nettement modifié. Aujourd'hui, l'échange relationnel est possible, riche et de bonne qualité mais toujours en présence de sa « base de sécurité ». Sa réserve et sa vigilance sont toujours à l'oeuvre mais ne lui imposent plus la retenue de tout son être observée au départ.

Evolution de l'enfant durant les visites à sa mère

Au bout de quelques mois, les visites sont organisées dans un lieu institutionnel prévu à cet effet, l'hospitalisation de la mère étant terminée. Paul a alors six mois.

Durant cette période, les caractéristiques de leur interaction vont se modifier. C'est Paul qui va maintenant prendre des initiatives pour solliciter sa mère. Il reste de longs moments dans la position où elle l'installe, assis entre ses jambes sur le sol et adossé à elle. Paul peut alors

utiliser des jeux adaptés qui lui sont proposés et faire découvrir ses progrès à sa maman. Encouragée à son tour par l'auxiliaire de puériculture, la maman de Paul va répondre verbalement plus fréquemment aux sollicitations de son fils. Leurs échanges s'enrichissent, se diversifient. Paul vérifie régulièrement par le regard la présence du tiers et se manifeste dès que celui-ci quitte la pièce quelques instants, par une agitation et des mouvements de déplacement dans sa direction. Peu à peu, ces réactions diminueront et parallèlement, Paul va réclamer d'être porté sur les genoux de sa maman. Ce qui est notable, c'est l'ajustement de Paul au portage de sa mère, même s'il ne correspond pas à son confort. Elle peut l'allonger sur ses jambes comme lorsqu'il était bébé. Paul s'adapte aisément. De la même façon, Paul se montre très patient et immobile durant les repas et durant le change, s'ajustant au rythme de sa mère. La tonalité affective au cours d'une même visite peut néanmoins varier très vite. Elle peut passer chez Paul de l'excitation à l'indifférence.

II- ANALYSE

A son arrivée, Paul s'est présenté comme un bébé ayant déjà mis en place un système de défense très apparent. Son visage était d'une gravité et d'une maturité étonnante pour son âge, son corps tendu paraissait recroquevillé sur lui même, un état de vigilance à l'environnement semblait permanent, s'accompagnant d'un réel retrait relationnel. Très rapidement, dans le lien à son assistante maternelle, Paul a pu commencer à se détendre, les rides qui marquaient profondément son front se sont peu à peu atténuées et des échanges relationnels se sont mis en place. La préoccupation de l'assistante maternelle à son égard, a semblé le « réanimer » psychiquement. S'en est suivie une évolution globale de son développement marqué par un éveil tant sur le plan psychomoteur que relationnel. Ce qui a caractérisé le mode de fonctionnement de Paul fut l'extraordinaire différence de comportements entre ceux observés

dans le lien à son assistante maternelle et ceux mis en place en dehors de ce lien ; ce qui amenait l'équipe à parler de deux facettes chez Paul.

L'hyper vigilance visuelle que j'ai observé lors de notre première rencontre, associée à un sentiment de malaise d'être tenue à distance renvoie à ce que nous dit M.Lamour : « Presque toujours l'enfant s'accroche voire s'agrippe par le regard à l'étranger comme s'il cherchait désespérément à se réorganiser dans le regard de l'autre. » (Lamour, 1998, p68). Parallèlement à cette recherche d'accrochage à l'autre, l'enfant nous montre par sa forte tonicité, qu'il est auto tenu, auto accroché à sa propre musculature pour se protéger comme nous l'avons vu, d'angoisses primitives. Dans cet auto maintien, la tension évacue l'émotion et dans le transfert, c'est cette même tension corporelle de l'observateur qui est ressentie bien plus que des émotions. « Ces bébés en souffrance qui se construisent dans des interrelations profondément perturbées nous font d'abord vivre un « désaccordage », une mise en échec de nos processus empathiques. D'où la pauvreté de nos ressentis, la pauvreté de nos représentations voire la sidération de notre fonctionnement psychique. S'installe un malaise diffus, vécu dans notre « corporalité » mais impossible à mettre en mots. » (Ibid, p127). L'extrême sentiment d'étrangeté ressentie par l'assistante maternelle, à l'accueil, témoigne de ce désaccordage et de la difficulté de mise en place des processus empathiques avec certains bébés, aux prises avec des anxiétés primitives.

Dans le lien à sa mère, Paul nous étonne par sa passivité qui n'est en fait qu'apparente, et masque une forte activité centrée sur le contrôle et la répression de l'expression de ses affects, de sa vie pulsionnelle. Cette immobilité de la posture, ce « gel » dont nous parle S.Fraiberg a pour fonction de s'ajuster à la tolérance de la mère. Paul en effet ne pleure pas en sa présence ; nous savons par sa maman que les pleurs de l'enfant déclenchent chez elle une forte angoisse qui la laisse profondément démunie. Paul ne bouge pas lors du change, ce qui contraste totalement avec ses comportements chez l'assistante maternelle, au même âge, celle

ci ayant bien du mal à changer sa couche tant il ne cesse de gigoter en tout sens. Cette même scène se reproduit au moment du repas. Ce n'est donc pas, dans cette situation, la mère qui s'adapte aux besoins de son bébé mais le bébé qui s'adapte à sa mère. Les interactions s'organisent en fonction des besoins maternels et non des besoins du bébé.

D'autre part, nous avons pu observer que l'hyper vigilance de Paul, en présence de sa mère peut brusquement chuter dans une insomnie refuge, afin de se protéger de tensions relationnelles trop fortes. Cette hyper adaptation très précoce pourrait être les prémises d'une hyper maturation que l'on observe lorsque l'enfant grandit. (cf. les observations de l'assistante maternelle à propos de la rapidité des acquisitions et de l'empressement de Paul à les faire.) On retrouve d'ailleurs à cette étape du développement, l'inversion des attitudes chez Paul qui se met en danger et ne semble pas sentir la douleur lorsqu'il se blesse.

Sur le plan relationnel, nous voyons que Paul se montre peu à peu, de plus en plus exclusif, possessif voire tyrannique avec son assistante maternelle qui en arrive à « se couper » pour un temps de son environnement familial et amical. On ne peut pas ne pas penser à un modèle de relation enfermante, fusionnelle, contraignante, qui se met en place à l'insu des protagonistes. La prise de conscience de la répétition possible d'un premier mode d'attachement chez Paul, réenclenché avec son assistante maternelle, et permise par le travail d'élaboration continue avec elle, va conduire l'équipe à proposer progressivement des temps d'accueil de l'enfant sur la structure de l'éveil, afin d'introduire du tiers dans cette relation.

Quant à l'évolution des relations avec sa mère, ce sont les progrès de Paul et sa sécurité croissante qui lui permettent, semble t-il, d'être à l'initiative d'échanges plus nombreux et variés avec elle. On observe progressivement un meilleur ajustement des interactions visuelles, vocales, corporelles et une dimension ludique apparaît même de temps à autres.

DEUXIEME VIGNETTE CLINIQUE : JULIE

Quelques éléments d'anamnèse

Julie est accueillie, à l'âge de 2 ans et deux mois, en placement familial, sur décision de justice, motivée par d'importantes difficultés rencontrées par sa mère dans la prise en charge quotidienne de l'enfant. Le suivi du service social et de la puéricultrice de secteur met en évidence des carences de soins importantes et un absentéisme fréquent de cette jeune mère qui confie, pour plusieurs jours parfois, son enfant. Après plusieurs mesures d'assistance éducative, l'aggravation de la situation familiale conduit à un signalement.

I - PRESENTATION DES OBSERVATIONS

JULIE A SON ARRIVEE

Observations rapportées par l'assistante maternelle.

A l'accueil, Julie arrive « comme si elle connaissait les lieux depuis toujours ». Elle ne paraît absolument pas perdue et ne montre aucune émotion. Elle se présente comme une petite fille mature, vive, curieuse et volontaire. C'est avec une grande aisance qu'elle va à la rencontre des adultes et découvre son nouveau lieu de vie. Cependant, le contact relationnel, bien que spontané est très fugace. Son assistante maternelle la perçoit comme « munie d'une carapace qui donne l'impression que rien ne peut l'atteindre. »

Evolution de l'enfant en famille d'accueil

Au cours des premières semaines, Julie prend rapidement ses repères dans la famille d'accueil. Elle fait preuve d'autonomie et ne sollicite jamais l'adulte. L'intervention de celui-ci pour l'aider la contrarie beaucoup, et c'est par une grande raideur du corps qu'elle manifeste son opposition. Son visage se fige, ses poings se serrent, elle peut même lever la main en direction de l'adulte. Plusieurs semaines seront nécessaires pour qu'elle accepte une

relation de proximité et d'aide avec l'assistante maternelle. Cependant, l'arrivée de personnes étrangères à la famille ne produit aucune inquiétude et c'est indifféremment et très aisément qu'elle va vers eux.

Lors des repas, Julie mange comme pour se remplir et proteste quand on limite ses quantités. Certains événements de la vie quotidienne provoquent chez elle des réactions de « peur panique » au cours desquelles son visage se fige, son corps se raidit ; elle se bouche les oreilles avec les mains, ferme les yeux, et crie très fort. Ces réactions sont provoquées par la sonnerie du téléphone, des éclats de voix ou un mouvement brusque qui la surprend. Au cours de la toilette, elle refuse de se laisser mouiller la tête, la vue de la pomme de la douche l'insécurise profondément et provoque toujours la même attitude de protection : l'ensemble de son corps se tend et ses poings se serrent, son regard se fige.

Sur le plan de la communication, Julie sait se faire comprendre par des gestes et des mimiques très expressives mais son langage verbal est encore très limité. Elle utilise des onomatopées qui font office de mots. Julie apprécie de jouer seule avec ses poupées avec lesquelles elle parle et imite des gestes maternels. Lorsqu'elle est contrariée, elle peut se montrer assez brutale avec les objets et n'hésite pas à les jeter.

Première observation dans mon bureau : Julie a 30 mois

Julie me précède dans le bureau d'un pas assuré. Elle ne connaît pas ce lieu mais cela ne semble la gêner en rien. Sans tenir compte de ma présence, elle s'empresse de découvrir le matériel à sa disposition, avec un plaisir manifeste. Son intérêt va de façon très nette en priorité vers les objets bien plus que vers la relation. Elle ne me regarde pas. Ce qui se dégage à son contact, c'est une forte autonomie, une grande détermination et une indifférence à l'autre. En effet, j'ai l'impression d'être totalement inexistante pour elle. Elle semble seule au monde et n'avoir besoin de personne.

Julie s'installe sur une petite chaise, devant une table et commence à jouer à la dînette, avec de la pâte à modeler. Durant ce jeu, elle est très concentrée dans son activité et semble ne pas m'entendre quand je lui parle. Puis elle va chercher un livre, s'assied et commence à tourner les pages. Elle reste silencieuse. A ma proposition de le lui lire, elle refuse en secouant la tête de droite à gauche et repart s'installer pour faire un dessin, à la table. Je remarque, malgré une dispersion de ses activités une bonne habileté manuelle, un très bon niveau de développement psychomoteur, une aisance corporelle. Au moment de la séparation, Julie exprime son refus de partir. Elle se réfugie dans un coin de la pièce en disant « non » et colle son dos au mur. Elle me regarde fixement d'un air fâché et reste très immobile. Puis elle prend les jouets posés sur la table tout près et les jettent à terre violemment. Ce refus va durer quelques minutes et alors que je lui parle, elle sort en courant de la pièce, sans un au revoir possible.

Evolution de l'enfant durant les visites à sa mère

Julie retrouve sa maman avec empressement et se jette dans ses bras. Ce moment est de courte durée et très vite, Julie se dirige vers le coin des jouets. Elle s'y installe mais là encore, pour un court moment. En effet, son activité motrice est intense et désordonnée. Elle sollicite peu l'adulte. Néanmoins, des moments de rapprochement physique et de complicité peuvent avoir lieu à l'initiative de sa mère. S'ils durent, Julie s'énerve et se met alors à courir dans la pièce, ses mouvements sont désordonnés, son visage est tendu. Le moment du goûter est source de tension relationnelle ; Julie se montre très opposante avec sa mère et refuse de se laisser nourrir. Elle prend elle même le biberon et déambule avec, dans la pièce. Au moment de l'annonce de la séparation, en fin de visite, Julie semble se désorganiser. Une véritable crise d'anxiété arrive. Elle se met alors à crier, se roule par terre, bouscule tout sur son passage, jette les objets à sa portée. Elle se dirige ensuite vers la porte et montre son intention

de partir. Durant le trajet du retour, elle s'endort dans la voiture, comme épuisée. L'auxiliaire de puériculture évoque une enfant par moments hors d'atteinte ; les séparations sont très éprouvantes et laisse le tiers démuni pour apaiser l'enfant alors peu accessible à la relation.

JULIE DE 31 A 36 MOIS

Evolution en famille d'accueil

Julie va peu à peu chercher à attirer l'attention sur elle. Lorsqu'une personne étrangère arrive au domicile de la famille d'accueil, elle se montre bruyante, renverse la caisse de ses jouets jusqu'à ce que son assistante maternelle vienne auprès d'elle. Progressivement, grâce à une sécurité relationnelle qui se construit peu à peu, ces comportements disparaissent. En effet, Julie peut maintenant réclamer du réconfort et des moments de proximité corporelle à son assistante maternelle ; elle apprécie de passer de longs moments sur ses genoux et se montre affectueuse. Julie est une enfant active, créative, gaie. Elle apprécie d'imiter et d'aider l'adulte dans les activités quotidiennes. Elle participe activement à la vie familiale. Julie est maintenant, moins dispersée dans ses activités, elle passe de longs moments à jouer avec ses poupées. D'un caractère affirmé, les règles qui doivent être posées avec fermeté, sont acceptées et ne provoquent plus les réactions de colère du début. La propreté diurne est acquise. Elle prend ses repas paisiblement et apprécie de manger les mêmes aliments que les adultes. Son langage cependant évolue très lentement.

Lors d'un relais dans une autre famille d'accueil, Julie va présenter de nombreux symptômes : bronchite asthmatiforme, forte constipation, refus de s'alimenter et de boire durant les premiers jours, troubles du sommeil, perte de la propreté diurne. Elle est alors très apathique et pleurent beaucoup. Elle se montre opposante vis à vis de la nouvelle assistante maternelle. Cette dernière la sent dans une colère permanente et dans un très grand désarroi. De retour

dans sa famille d'accueil, Julie s'apaise très vite, retrouve ses repères, ses activités habituelles, ses acquis, « comme si rien ne s'était passé. »

Evolution de l'enfant durant les visites à sa mère

Au cours de cette période, la mère de Julie va être fréquemment absente aux visites. Lorsqu'elle la retrouve, Julie est très ambivalente : elle alterne entre une forte demande affective et des moments d'indifférence. Elle « papillonne » beaucoup et passe d'une activité à l'autre sans intérêt soutenu et prolongé. Son comportement est désorganisé. La tonalité affective passe alternativement de l'excitation au vide. Elle joue avec ses poupées à qui elle parle et qu'elle secoue parfois énergiquement. Julie sollicite de plus en plus fréquemment l'accompagnante pour jouer avec elle, s'adresse à elle verbalement, réclame la proximité physique. L'expression de son visage est plus mobile à présent, son aspect lisse a laissé place tantôt à la tristesse et tantôt à de vrais éclats de rires. Une forte tension habite toujours son corps. Julie va, au cours de cette période, fréquemment uriner dans sa culotte. Dans ces moments là, elle s'isole, tout son être se fige, son regard est dans le vide et son corps parfaitement immobile. Aucune émotion n'apparaît. Elle paraît alors totalement absente et un temps est nécessaire pour qu'elle retrouve le contact avec la réalité. Elle va également durant cette période, refuser de manger à la cuillère, elle réclame son biberon et une suscette à sa maman. La séparation ne provoque plus les réactions de désorganisation mais une acceptation résignée de ce moment auquel elle collabore, en acceptant de se préparer ; elle part très vite et c'est sa mère qui doit réclamer un « au revoir ».

Deuxième observation dans mon bureau : Julie a 34 mois

Lorsque j'accueille Julie, elle tient un jouet qu'elle a emporté du lieu d'éveil d'où elle vient. Elle va le poser et ne plus s'en occuper ensuite. Je suis frappée par l'expression de son visage

immobile et triste et par le ralentissement de sa démarche. Cependant, Julie me semble moins repliée sur elle-même ; Le contact visuel est spontané mais bref. Son activité motrice habituellement intense et désorganisée s'est réduite et c'est avec peu d'élan qu'elle va chercher un livre et vient s'installer tout près de moi, silencieusement. La sollicitation de cet échange me paraît témoigner d'une nette évolution de son comportement ainsi que la tonalité affective, qui de l'indifférence est passée à la tristesse. Elle désigne avec son doigt les images du livre et les commente. Les mots sont mieux articulés et peuvent maintenant être associés deux à deux. Je suis touchée par sa présence et sensible émotionnellement à ce que je perçois comme un « dégel » de ses défenses. Au moment de nous séparer, Julie ne manifeste pas d'opposition ; elle va emporter un objet, différent de celui avec lequel elle est arrivée et part très vite, sans se retourner.

II- ANALYSE

A son arrivée, Julie se présente comme une enfant vive, curieuse et volontaire. Cependant, l'absence d'émotion, l'adaptation beaucoup trop aisée à ce nouvel environnement nous alertent. Ses réactions d'indifférence au changement de personnes et de lieux paraissent la soustraire à la douleur de la séparation. Nous retrouvons dans son comportement les deux aspects des réactions de « gel » et de retrait décrites par S. Fraiberg: d'une part des réactions d'immobilité complète de la posture, un regard fixe, un visage impassible, une absence d'émotion et d'autre part, un état de désorganisation totale. Au cours de ces moments, elle ne peut entendre les paroles rassurantes de l'adulte, elle semble coupée de la réalité.

Par ailleurs, son indifférence sans plainte ni larme au changement, le peu de recours à l'adulte, la pauvreté du langage, l'alternance entre des moments de forte vigilance et des périodes de vacuité, la désorganisation psychosomatique que Julie a manifesté au cours de son placement, renvoient à une très grande fragilité de la sécurité de base. L'hypothèse de

l'impact de la carence affective environnementale liée à la discontinuité des relations précoces, tant sur le plan quantitatif que qualitatif nous fait penser pour Julie à ce que Kreisler nomme la dépression primaire. Dans ses travaux en psychosomatique du bébé, il situe « une influence étiologique due à l'insuffisance du système de pare excitation, ce qui engendre des troubles fonctionnels sévères et la dépression primaire ou pathologie du vide dont on peut dire que la caractéristique majeure est la désertion de l'affect » (Mellier, 2002, p120). De plus, selon A.Guedeney, la dépression doit être considérée comme un trouble de l'attachement, car elle invalide profondément l'enfant dans sa capacité à entrer en contact avec l'autre et avec le monde. C'est l'isolement qui domine, l'amputation d'une partie du vécu émotionnel douloureux et l'impression d'une indépendance désaffectée qui caractérise alors un attachement anxieux – évitant, décrit par M. Ainsworth. Cependant, les modes de défenses observés chez Julie à son arrivée, se sont peu à peu assouplis, grâce à la continuité et la permanence d'une relation privilégiée tissée avec son assistante maternelle. Ses émotions ont pu commencer à s'exprimer car elles pouvaient maintenant trouver une adresse.

En effet, l'émotion tel que nous l'avons défini, à savoir un lien entre le sujet et lui-même, un lien entre lui et sa souffrance, un lien entre lui et l'autre, est le signe que les processus de clivage et de déni des expériences s'assouplissent au profit de l'unification de la personnalité de l'enfant.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Au terme de ce travail, une analyse transversale des deux vignettes cliniques présentées, nous permet de faire plusieurs remarques :

- L'observation attentive des bébés en particulier ici, celle de Paul et de Julie, nous amène à découvrir la précocité et la diversité des modes d'adaptation et de défenses mises en place par les enfants, afin de s'ajuster aux différentes situations qu'ils sont amenés à vivre. Ainsi, comme le rappelle M.Lamour,(1998) alors que l'on croyait, il n'y a encore pas si longtemps, que pour soigner les bébés, il suffisait de soigner leurs parents, nous découvrons que le bébé possède des ressources propres, du fait même du grand potentiel de développement dont il dispose. Dans un environnement adapté à ses besoins, où l'intérêt et l'attention de l'adulte le porte dans une préoccupation juste, l'enfant existe en tant que sujet, partenaire de la relation. Il développe alors des capacités nouvelles, fait preuve d'initiatives, se montre actif sur son environnement. Sa sécurité intérieure s'édifie ainsi que son ouverture sur le monde.

- Dans les deux situations étudiées, chacun des enfants, malgré leur différence d'âge, présente des comportements différents selon qu'il est en lien avec sa mère ou avec son assistante maternelle. Un ajustement à la relation avec le parent telle qu'elle était au moment de la séparation paraît se rétablir à chaque visite. L'enfant reprend sa relation avec sa mère là où elle s'est interrompue, même si par ailleurs, en famille d'accueil, il a pu acquérir de nouvelles compétences. Est-ce une façon de rétablir la continuité de ce lien interrompu, de se retrouver pour faire le chemin ensemble ? Tout se passe comme si le besoin fondamental pour l'enfant de retrouver du même, des invariants, dont nous avons vu l'importance, passait par le retour à des comportements antérieurs pour préserver le sentiment continu d'exister.

- Par ailleurs, dans les allers-retours de sa famille d'accueil à sa famille naturelle, l'enfant quelque soit son âge, paraît assailli par des émotions violentes dont il tente de se protéger par des modes de défense particuliers. Le recours de l'enfant à l'accompagnante s'exprime progressivement et de plus en plus nettement au fil des semaines. Celle-ci représente pour l'enfant celle qui relie les personnes, les lieux, les événements entre eux mais aussi, elle relie ses manifestations somatiques, comportementales à ses émotions, à ses affects, à son histoire. Elle devient la mémoire vivante, le témoin de certains événements de la vie de l'enfant. Aller ainsi à la rencontre de l'enfant, c'est établir avec lui une relation à l'intérieur de laquelle il peut exprimer la complexité de ses émotions, où il peut laisser émerger des désirs bien à lui et où une pensée... sa pensée peut naître.

Dans notre pratique du placement familial de très jeunes enfants, la préoccupation permanente de l'équipe de prendre en compte les besoins psychiques de l'enfant, exige également de l'accompagner dans le lien à ses parents. Dans ces situations de séparation précoce, le risque est grand, pour les parents, que la blessure narcissique représentée par le placement judiciaire ne fragilise encore davantage une relation déjà vulnérable avec leur bébé.

La mise en place de dispositifs d'accompagnement des liens précoces, par une mutualisation plus grande des mesures d'aides existantes en milieu ouvert, (sociales, pédopsychiatriques, judiciaires) pourrait permettre un abord des troubles de la parentalité et de la pathologie interactive, en maintenant la stabilité de l'environnement de l'enfant, autant que possible, grâce à des interventions diversifiées, au domicile des parents et dans des espaces de séparation aménagés (crèches, assistante maternelle ou familiale.). Ainsi, une approche plus souple et plus adaptée à la spécificité de chaque situation familiale, tant sur le plan de la pratique de la parentalité qu'au niveau des réaménagements psychiques suscités par l'arrivée

d'un enfant, pourrait fournir un étayage à chacun des membres de la famille, en évitant le piège de la disqualification si dommageable tant pour l'enfant que pour ses parents.

Par ailleurs, suivre les effets à plus long terme de ces séparations précoces, sur le plan du développement global de l'enfant, sur l'évolution de ses modes d'attachement, sur le devenir du lien à ses parents pourraient fournir du matériel clinique précieux permettant d'affiner, voire de réviser les hypothèses sur lesquelles s'appuie notre travail en placement familial à temps complet, lorsqu'il s'avère incontournable.

De plus, comme le propose B.Golse (2002), un double défi nous attend encore quant à la formation clinique des intervenants dans le champ de la petite enfance, celle de considérer dans nos évaluations, certes la souffrance du bébé dont nous avons à nous occuper mais aussi la souffrance projetée dans notre psychisme adulte lié « au bébé enfoui » que nous portons en nous et avec lequel nous devons renouer, sous peine d'enfermer le bébé derrière des grilles (d'évaluation) et de laisser sa souffrance ... en souffrance .

De nombreux points ont été abordés au cours de cette réflexion, qui mériteraient un développement beaucoup plus approfondi. Cependant, mon travail a été conduit tout du long, par le souhait qu'il puisse être pour l'équipe avec laquelle je travaille, un outil commun nous permettant de poursuivre ensemble l'accompagnement ô combien précieux et délicat de ces bébés en souffrance qui nous sont confiés.

BIBLIOGRAPHIE

- APPEL G. & DAVID M. (1966)**, La relation mère enfant. Etude de cinq patterns d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an. **Psychiatrie de l'enfant**, IX, 2, 445-531
- APPEL G. & DAVID M. (1995)**, Les séparations précoces mère enfant, in **La recherche clinique en psychopathologie - perspectives critiques 211-237**, Paris PUF (Le fil rouge)
- APPEL G. & TARDOS A. (ed) (1998)**, Prendre soin d'un jeune enfant .De l'empathie aux soins, Ramonville Saint-Agne, Erès
- BRAZELTON B. T. (1982)**, Le bébé : partenaire dans l'interaction in **La dynamique du nourrisson 11-25**, Paris ESF
- BENONY C. & GOLSE B. (2003)**, Psychopathologie du bébé, Paris, Nathan université
- BEN SOUSSAN P. (ed) (1996)**, Parents et bébés séparés, Paris Syros
- BERGER M. (1997)**, Les séparations à but thérapeutique, Paris Dunod
- BERGER M. (2003)**, L'enfant et la souffrance de la séparation, Paris Dunod
- CLEMENT R. (1996)**, Les enjeux psychiques des pratiques de séparation in **Un psychologue au risque de la psychanalyse 119-124**, Cahiers de l'ANREP, 8, Saint-Estève, Les presses littéraires
- DAVID M. (1989)**, Le placement familial. De la théorie à la pratique, Paris ESF
- DAVID M. (1996)**, Réflexions sur les séparations dans la petite enfance in **P Ben Soussan Parents et bébés séparés 29-51**, Paris Syros
- DAVID M. FALK J & TARDOS A. (1998)**, Le bébé en souffrance: accueil, soins thérapeutiques in **G.Appel et A.Tardos (ed) Prendre soin d'un jeune enfant. De l'empathie aux soins 129-170**, Ramonville Saint - Agne, Erès
- DAVID M. (ed) (2001)**, Le bébé, ses parents, leurs soignants, Ramonville Saint-Agne, Erès

DECERF A. (1987), Les interactions précoces de la mère et de l'enfant et la naissance de la vie psychique. *Psychiatrie de l'enfant*, XXX, 2, 501-517

DELION P. (ed) (2002), *La souffrance psychique du bébé*, Issy- Les- Moulineaux ESF

ELIACHEF C. & SVEJER M. (2003), *Le bébé et les ruptures. Séparation et exclusion*, Paris Albin Michel

FRAIBERG S. (2002), Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance in **D.Mellier** *Vie émotionnelle et souffrance du bébé 49-68*, Paris Dunod

GOLSE B. (2001), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Masson

GOLSE B. (2002) , Le bébé en interaction : d'une souffrance à l'autre in **P. Delion** *La souffrance psychique du bébé 35-47*, Issy- Les- Moulineaux, ESF

GUEDENEY A. (1999), Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant : Analyse critique de la littérature et propositions .*Psychiatrie de l'enfant*, XLII, 1, 298-327

HOUZEL D. (2002), Le bébé en interaction : que savons nous aujourd'hui ? In **P.Delion** *La souffrance psychique du bébé 23-32*, Issy-Les- Moulineaux, ESF

LAMOUR M. & BARRACO M. (1998), *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin*, Québec Gaétan Morin

LAMOUR M. & BARRACO M. (1995), Perturbations précoces des interactions parent nourrisson et construction de la vie psychique .Le jeune enfant face à une mère psychotique *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII 2, 529-554

LACROIX M. B. & MONTMAYRANT M. (ed) (1995), *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*, Ramonville Saint-Agne, Erès

MAZET P. & STOLERU S. (1993), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris Masson

MELLIER D. (ed) (2002), Le travail intersubjectif de contenance des anxiétés primitives dans le soin in **Vie émotionnelle et souffrance du bébé 93-140, Paris Dunod**

MIGNON P. (1996), Il neige en pays de Loire in **P.Bensoussan (ed) Parents et bébés séparés 217, Paris Syros**

PIERREHUMBERT B. (2003), Le premier lien, théorie de l'attachement, Paris, Odile Jacob

STERN D. (1989), Le sens d'un soi subjectif : l'accordage affectif in **Le monde interpersonnel du nourrisson 181-208, Paris PUF (Le fil rouge)**

WINNICOTT D.W. (1975), La crainte de l'effondrement. **Nouvelle revue de psychanalyse, 11, 35-44**

WINNICOTT D.W. (1969), De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris Payot

WINNICOTT D.W.(1983),Processus de maturation chez l'enfant, Paris Petite Bibliothèque Payot

TITRE ET RESUME

L'accueil des enfants de 0 à 4 ans au sein d'un service de placement familial

Mon travail consiste à suivre les effets des séparations précoces, chez de très jeunes enfants, placés par une mesure de protection judiciaire, en famille d'accueil. L'objectif de cette étude est d'observer, décrire et étudier les modes d'adaptation et les modes de défense mis en place par deux enfants, placés l'un à deux mois, l'autre à deux ans, et de suivre leur évolution sur une période de dix mois.

L'hypothèse générale repose sur l'idée que le bébé, en dépit de son immaturité et de sa radicale dépendance à son environnement, n'en est pas moins une personne à part entière, qui participe activement à l'élaboration de sa personnalité.

Selon l'âge auquel la séparation a lieu, l'enfant va manifester des signes de souffrance psychique, des modes de défense et d'adaptation spécifiques, liés au stade de son développement.

Dans un environnement adapté à ses besoins, son potentiel de développement, mis en sommeil dans un environnement adverse, va s'épanouir, favorisant ainsi l'évolution de sa personnalité.

MOTS CLES

Séparation précoce - Souffrance psychique du bébé - Modes d'adaptation - Modes de défense du jeune enfant - Placement familial - Action thérapeutique.

TITLE AND SUMMERY

The reception of children from 0 to 4 years old in a family admission service.

My job consists in following the effects of early separation among very young children, put in a host family as a measure of juridical protection. This survey aims at observing, describing and studying the ways of adaptability and the modes of defence generated by two children, placed one aged two months, the other two years, in order to observe their evolution during a ten months' period.

The general hypothesis is based on the idea that a baby, despite its immaturity and its complete dependency on its environment, is nonetheless a full person that is actively involved in the development of its personality.

According to the age when the splitting off occurred, the child will demonstrate signs of mental suffering, specific modes of defence and adaptability, proper to his or her growth.

In an appropriate environment, his (her) growth potential, lying dormant in an opposing environment, will fulfil, thus favouring the evolution of his (her) personality.

KEY WORDS

Early separation - Mental suffering of the baby – Adaptability modes – Defences modes of the young child – Host family – Therapeutic action.