

La parentalité désigne les mécanismes psychiques et affectifs à l'œuvre chez tout parent en devenir pour répondre aux besoins de son enfant.

Partant de la subjectivité de chaque parent et de l'intimité du couple, la fonction parentale relève aujourd'hui de plus en plus de l'ordre public comme élément normatif de socialisation de l'enfant. Alors qu'apparaissent de nouvelles configurations : mono, homo parentalité, familles recomposées... la parentalité se montre vulnérable, malmenée par des préoccupations sociétales sécuritaires.

Pierre Delion parle de souffrance psychique comme symptôme de vulnérabilité. Dans cette voie, il s'attèle à mettre en lumière la parentalité, les facteurs en jeu, les troubles qui y sont associés afin de rendre compte de ces modifications et des représentations de l'évolution des mœurs. Il ouvre à ce titre des pistes d'aide et de prévention.

Psychiatre et psychanalyste, Pierre Delion est professeur de pédopsychiatrie à la faculté de médecine de Lille et responsable du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHRU de Lille. Il est l'auteur de nombreux ouvrages dont *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique* (PUF).

LA FONCTION PARENTALE

Pierre Delion

LECTURES

Temps d' Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de sa famille et dans la société. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes.

yapaka.be

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance
Secrétariat général

Ministère de la Communauté française
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



TEMPS D' ARRÊT

yapaka.be

La fonction parentale

Pierre Delion

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Psychiatre et psychanalyste, Pierre Delion est professeur de pédopsychiatrie à la faculté de médecine de Lille et responsable du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHRU de Lille. Il est l'auteur de nombreux ouvrages dont *Soigner la personne psychotique* (Dunod), *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui. Historicité et institution* (Érès), *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique* (PUF).

Ce texte a été écrit suite à un séminaire sur la fonction parentale tenu à Bruxelles en 2007 avec Pierre Delion et une centaine de cliniciens et professionnels travaillant avec les familles, les enfants et les adolescents.

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livret est édité à 11.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet www.yapaka.be

Comité de pilotage:

Jacqueline Bourdouxhe, Guibert Denis, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Gérard Hansen, Françoise Hoormaert, Perrine Humblet, Philippe Renard, Reine Vander Linden, Jean-Pierre Wattier.

Coordination:

Vincent Magos assisté de Laurie Estienne, Diane Huppert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse de la Communauté française.

Éditeur responsable: Henry Ingberg – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles. **Novembre 2007**

Sommaire

Situation du problème aujourd'hui 5

Définitions 12

- La parentalité 12
- Structures de la parenté 13
- Définition du cadre de la parentalité 14
 - Le processus de parentalité prend son essor dans les interactions 14
 - Les « forces » en présence: attachement et étayage pulsionnel 15
 - L'étude de la parentalité requiert trois axes différenciés 17

Les troubles de la parentalisation 19

- Les dépressions anté et postnatales 19
 - La dépression anténatale 19
 - La dépression du post-partum 19
- Les dénis de grossesse 20
- Les psychoses puerpérales et manifestations psychiques aiguës de la grossesse et de l'accouchement (Rosemary's baby syndrom) 20
- Autres accidents psychopathologiques 21

Les facteurs en jeu dans la parentalisation 22

- L'état somatique du bébé 22
- La santé de la mère et du père et leurs lignes de vulnérabilité 22
- La disponibilité et la sécurité affective de la mère . 23
- La présence du père 23
- Les évènements traumatiques récents ou anciens . 23
- Importance des facteurs socio-anthropologiques . 24
- Autres facteurs 26

Situation du problème aujourd'hui

Quelques questions difficiles	27
• La question des séparations	27
• La question des temporalités	28
• La question du fonctionnement projectif	28
• Dysfonctionnements familiaux et transmission générationnelle.	31
- L'identification à l'agresseur	31
- Transmissions intergénérationnelle et transgénérationnelle	33
- Stabilité et instabilité	33
• La question des facteurs de vulnérabilité	35
- La qualité des relations dans le couple parental .	35
- Précarité et parentalité	36
- Violences familiales	36
- Âge de survenue de la grossesse: l'adolescence .	37
Les aides à la parentalité?	40
• Prévention	40
- Introduction	40
- La prévention comme solution d'évitement de la maladie.	41
- Spécificités de la souffrance psychique et de la prévention des maladies psychiatriques et pédopsychiatriques	41
- Prévention et prédiction	43
- Protection de l'enfant	45
- Qu'est-ce qu'un travail de prévention auprès des parents?	47
• Soins	49
- Préambule aux soins	49
- Quelques propositions de réflexion :	51
Conclusion	60

La question de la parentalité a émergé des études inaugurées par tous ceux qui se sont penchés sur les conditions dans lesquelles un enfant peut, ou ne peut pas, se développer en harmonie avec son environnement et tout particulièrement avec ses parents. Depuis, beaucoup de connaissances ont été rassemblées et tant au niveau des recherches entreprises à ce sujet qu'à celui des aménagements autour des parents pour les aider à assumer une telle fonction, ou des dispositifs de prévention mis en place pour améliorer les liens affectifs et éducatifs entre parents et enfants, de nombreuses pistes ont été ouvertes et semblent fécondes.

Mais dans le même temps, d'autres éléments ont joué pour remettre en cause plus ou moins partiellement les conditions de la parentalité, et, partant, ses avatars. Je veux ici parler, à titre d'exemple, des modifications concernant l'évolution du concept d'autorité parentale au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, et les avancées juridiques permises par les lois sur la maltraitance et leurs conséquences sur le devenir des enfants.

Plus récemment, la survenue de violences multiples et variées a eu un effet de dessillement sur l'importance à accorder aux conditions du développement des enfants depuis leur plus jeune âge, et notamment en matière de prévention¹.

¹ Quelques outrances commises à ce sujet, et plus précisément par le rapport de l'INSERM de 2005 sur le «trouble des conduites» des enfants, ont contribué à éclaircir le débat de société, et à remettre les vraies questions sur le métier. Le collectif «Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans» en a été un des moteurs essentiels.

La question de la parentalité est devenue une affaire publique et plus seulement un débat de spécialistes des différentes sciences humaines et médicales. C'est dans ces conditions qu'il apparaît intéressant de se pencher à nouveau sur ce problème majeur de notre époque contemporaine, afin d'aider tous les acteurs engagés dans l'aventure de la parentalité, aussi bien comme parents et/ou comme citoyens, mais aussi et surtout comme professionnels de tous les horizons de la relation humaine.

Mais avant d'aborder la question cruciale de la *parentalité* qui qualifie la manière d'être parent et de ses avatars aujourd'hui, il me semble utile de donner quelques éléments sur le concept de *parenté* tel qu'il a été compris et défini progressivement au cours du XX^e siècle par les anthropologues. Dans le dictionnaire historique de la langue française, le mot «parenté» signifie d'abord «lignage et hérédité»; puis il se dira de tout lien de sang existant entre personnes. Il est parfois utilisé au sens collectif d'«ensemble de parents» à l'instar du mot plus technique de «parentèle».

La parenté concerne donc tout ce qui est en rapport avec le lignage. Le lignage caractérise le mode suivi par la ligne des descendances; on en conserve un usage dans l'expression «descendre en droite ligne de tel ou tel». Mais pour étudier la parenté, il est nécessaire de se pencher également sur les alliances, c'est-à-dire les mariages institués.

Les alliances se font entre deux lignages. Lignages et alliances sont les axes fondamentaux des structures de la parenté, en ce qu'ils règlent les héritages et les échanges entre les personnes qui les constituent. Si les héritages concernent les patrimoines transmis par succession dans un lignage, les échanges sont institués entre les

lignages différents à l'occasion des alliances. Ils peuvent se présenter sous trois formes principales: les échanges sexuels, les échanges de biens et les échanges langagiers.

Pour Claude Lévi-Strauss, «c'est toujours un système d'échange que nous trouvons à l'origine des règles du mariage, même de celles dont la singularité apparente semble pouvoir justifier seulement d'une interprétation à la fois spéciale et arbitraire²». Pour lui, les principes de la parenté reposent donc sur un échange réglé selon des modalités qui sont extrêmement précises et codifiées: «que ce soit sous une forme directe ou indirecte, globale ou spéciale, immédiate ou différée, explicite ou implicite, fermée ou ouverte, concrète ou symbolique, c'est l'échange, toujours l'échange qui ressort comme la base fondamentale et commune de toutes les modalités de l'institution matrimoniale³». C'est dans ces conditions que la loi de prohibition de l'inceste prend pour lui, même aux îles Trobriand⁴, une valeur universelle, constitutive de tout groupe humain et, par cette voie, de toute culture. En effet, loin d'être seulement une règle qui prohibe les rapports sexuels dans certains cas précis, c'est aussi la règle du don par excellence, également essentielle dans le fonctionnement des sociétés. Ainsi pour Lévi-Strauss, «les règles de parenté et du mariage sont apparues comme épuisant dans la diversité de leurs modalités historiques et géographiques, toutes les méthodes possibles pour assurer l'intégration des familles biologiques au sein du groupe social⁵». En d'autres termes, ces institutions sont le pont entre nature et culture.

2 Lévi-Strauss, C., *Les structures élémentaires de la parenté*, Mouton, Paris, La Haye, 1947, p. 548.

3 Id, p.549.

4 cf les travaux de Malinovski.

5 Id, p.564.

Maurice Godelier, revenant sur le travail fondateur de Lévi-Strauss pour en compléter le projet, propose la synthèse suivante: « En avançant la thèse selon laquelle la prohibition de l'inceste avait été simultanément la condition première de l'émergence des rapports de parenté et celle de l'apparition de la société humaine «authentique», désormais séparée de l'animalité et poursuivant son développement dans un autre monde créé par l'homme lui-même, celui de la culture, Lévi-Strauss allait faire de l'étude de la parenté un nouvel enjeu: il ne s'agissait plus seulement de comprendre les sociétés tribales ou paysannes, mais de cerner et appréhender ce qu'il y a de véritablement humain dans l'homme, bref, comme disent les philosophes, de saisir son essence⁶».

Le système de parenté dont nous sommes issus est composé de trois éléments qui constituent la structure profonde de la parenté dans nos sociétés. «La première de ces composantes est la famille, nucléaire ou monogame. La deuxième est le réseau des familles qui lui sont apparentées par des liens de consanguinité ou d'alliance [...]. Le troisième élément est la parentèle, c'est-à-dire l'ensemble des parents dont cet individu hérite à sa naissance, côté paternel et maternel, ainsi que les alliés de leurs consanguins et les consanguins de leurs alliés⁷». En cela, ces structures sont symboliques. Et l'histoire de l'humanité est depuis son commencement, pour partie, l'histoire de ces structures symboliques. Plus près de nous, en France, le mariage sous l'Ancien Régime était un acte religieux. Il a fallu attendre 1804 et le code Napoléon pour voir apparaître le mariage civil. À cette époque, comme dans la Rome antique, seul le père exerce l'autorité. Il est investi de la «puissance paternelle». C'est

en 1970 que la notion de puissance paternelle est abolie et qu'on lui substitue celle d'«autorité parentale», également partagée entre père et mère.

Mais, dans le même mouvement, il leur est enjoint d'assumer vis-à-vis de leurs enfants des responsabilités en matière de santé, d'éducation, de sécurité et de moralité. Progressivement, les qualités nécessaires de l'autorité parentale se sont modifiées pour aujourd'hui présenter quelques dérives, notamment au niveau de l'éducation des enfants et des difficultés comportementales qui peuvent en résulter.

Mais quels sont alors ces événements qui ont modifié à ce point la parenté, et donc la parentalité, dans nos sociétés contemporaines? Outre la place prise progressivement par l'individualisme dans notre monde moderne, plusieurs raisons peuvent être invoquées à ces changements importants. Tout d'abord, les possibilités de choix ont été rendues possibles, puis aujourd'hui offertes, aux futurs membres d'un couple. Si pendant longtemps, notamment dans les structures élémentaires de la parenté, les alliances étaient déterminées par les règles instituées, fixant ainsi à telle personne un mariage avec telle autre personne, sans pouvoir en modifier l'issue, dans les dernières décennies, la notion de choix a été renforcée et a fait exploser les contraintes qui pesaient sur lui antérieurement.

Les sentiments, la relation amoureuse, le désir personnel tiennent désormais une place importante dans ce choix, et leur absence ou leur interruption suffisent souvent à motiver un divorce entre les deux membres du couple. Les alliances s'en sont trouvées profondément modifiées.

Ensuite, le contexte historique a vu une modification importante des rapports entre hommes et

6 Godelier, M., *Métamorphoses de la parenté*, Fayard, Paris, 2007, 24.
7 Id., p.10.

femmes. Le concept d'égalité des sexes devient (trop) progressivement une réalité, et cela a des conséquences dans tous les domaines de la vie personnelle et professionnelle. La notion d'autorité parentale découle directement de ce changement, et dans le divorce qui en est devenu un des scénarios habituels, elle est souvent l'objet d'un aménagement plus ou moins conflictuel.

Enfin, l'enfant est devenu de plus en plus important dans la préoccupation des parents et les compétences et la préciosité qui lui ont été conférées vers la fin du XX^e siècle viennent témoigner de cette révolution capitale. De plus, la médecine, en aidant à maîtriser la sexualité reproductrice, a instauré une relation avec l'enfant à venir qui n'est plus liée au hasard des fécondités des futurs parents mais qui entre désormais dans un programme de vie dans lequel l'importance de l'enfant est à la mesure des processus idéalisants qui pèsent sur son devenir.

Il faut noter que toutes ces transformations sont portées par «un mouvement qui pousse à la promotion de l'individu en tant que tel, indépendamment de ses attaches premières à sa famille et à son groupe social, qui le valorise s'il se comporte de façon autonome et démontre sa capacité à prendre des initiatives, des responsabilités, qui le feront s'élever au sein des institutions publiques et privées qui constituent la structure économique et politique de nos sociétés⁸».

Dans le même mouvement que celui de la promotion de l'individu, le contexte historique dans lequel les actes d'autorité exercés par ceux qui détiennent le pouvoir suscitent des critiques quand ils sont perpétrés brutalement et sans possibilité de dialogue. «Notre société préfère

l'autorité méritée ou négociée à celle qui est héritée et imposée⁹». C'est ainsi que, comme nous l'avons vu, la puissance paternelle a été remplacée par l'autorité parentale, cette dernière étant à son tour partagée et garantie par l'État. Mais de très nombreuses familles ne sont pas dans la capacité d'assumer l'autorité parentale d'une façon «bien tempérée», et cela a conduit à la crise profonde que nous connaissons actuellement, avec toutes les conséquences que nous pouvons en observer dans la transgression des principes et en constater dans nos pratiques professionnelles en termes de troubles du développement.

De plus, les modifications sociétales contemporaines ont eu des conséquences sur les fonctionnements familiaux, que ce soit du fait des phénomènes d'exclusion, de paupérisation, ou du fait des changements de valeurs, des pertes de repères, et d'effacement des limites ou d'affaiblissement du système éducatif... Tout cela a grandement contribué à des modifications en profondeur de la parentalité, et notamment dans sa dissociation avec la conjugalité. En effet, la famille apparaît de moins en moins comme une institution participant à la reproduction des rapports sociaux dans l'ordre privé, mais de plus en plus comme un groupe social organisé selon une logique du privé et de l'interrelationnel, voire comme un groupe en réorganisation permanente. Le terme de « famille recomposée » vient traduire la réalité prégnante de cette évolution.

8 id, p15.

9 id, p15.

Définitions

La parentalité

Elle désigne l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé (travail de la libido) et s'y attacher (bonding).

Il s'agit de devenir père et mère d'un enfant, non seulement sur le plan physique, mais aussi psychique. On distingue deux fonctions différentes qui constituent la parentalité, la maternalité et la paternalité.

La maternalité d'un sujet est définie par Stoléro comme: «l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né¹⁰». C'est cet ensemble qui régira la vie psychique de la mère ainsi que celle du père exerçant peu ou prou la fonction maternelle. En ce qui concerne la paternalité, on peut transposer symétriquement la définition pour attribuer au père l'ensemble organisé déjà cité en relation avec son enfant, avec une part de la fonction paternelle pouvant être assumée par la mère. À noter que ces aspects complémentaires des fonctions maternelles et paternelles s'appuient sur les recherches de Freud à propos de la bisexualité psychique. Cela permet entre autres de comprendre comment une mère seule peut assumer une parentalité partagée pour son ou ses enfants, et cela sans forcément manquer

¹⁰ Stoléro, S., in Houzel et coll., Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, PUF, Paris, 2000, 492.

à ses devoirs de protection et d'éducation, ni leur transmettre une quelconque pathologie.

Structures de la parenté

Mais comme nous l'avons déjà vu, pour devenir parent(s), il y a nécessairement une intersection entre deux lignages¹¹ par la réalisation d'une alliance¹², que cela s'inscrive ou non sous la forme instituée d'un mariage, au moins dans notre monde contemporain.

Cela fait appel à des notions décrites par Lévi-Strauss sous le nom de structures de la parenté: - soit élémentaires, dans les sociétés dites traditionnelles, qui prescrivent ce qui doit être fait en conformité avec les règles explicites; - soit complexes, dans nos sociétés de type occidental, qui prescrivent ce qui ne doit pas être fait, en conformité avec des règles implicites. Dans les deux cas, deux interdits fondamentaux encadrent la parentalité: l'interdit du parricide et l'interdit de l'inceste.

Ces deux interdits résultent successivement dans le développement de l'enfant des castrations anale (interdit du meurtre et de la violence musculaire en dehors des cas de légitime défense) et œdipienne (interdit des échanges sexuels entre générations de la même famille).

Divers problèmes peuvent y être rapportés, que ce soient les questions dont nous allons reparler évidemment: les transgressions commises dans la relation instituée à l'enfant, telles que l'inceste ou les autres abus sexuels, les maltraitances physiques

¹¹ Lignage: ensemble des parents d'une souche commune.

¹² Alliance: lien par mariage entre deux familles.

ou psychologiques, et les négligences graves dans le cadre de dysfonctionnements familiaux, sources de nombreuses carences affectives qualitatives et quantitatives, ou que ce soient «les modifications de l'état d'être et de devenir parent qu'induisent les réformes du droit de la filiation ou bien les transformations des techniques de procréation qui délient parentalité et génitalité¹³».

Définition du cadre de la parentalité

Le processus de parentalité prend son essor dans les interactions

Ces interactions déterminantes pour le développement du bébé ont été décrites selon trois ordres différenciés: comportementales, affectives et fantasmatiques. Il y aurait aussi à prendre en compte les interactions biologiques et également symboliques, mais les premières concernent directement la grossesse physiologique et les préoccupations médicales qui s'y rapportent, tandis que les secondes ont déjà été abordées dans le cadre de l'étude du lignage et des alliances. Elles sont par ailleurs en partie le support des relations fantasmatiques. Il serait important de développer le rôle tenu par l'échographie dans le processus de parentalisation, dans la mesure où, après la première échographie, les fantasmes sur l'enfant à venir résultant de la confrontation avec les images peuvent soit faciliter l'investissement soit au contraire le rendre difficile. Mais pour ce point, je renvoie le lecteur intéressé aux auteurs qualifiés.

Les interactions comportementales concernent ce que l'on voit dans les relations entre le bébé et son ou ses parents. Une observation attentive est requise pour les décrire. Il est utile d'en

prendre la mesure au cours des consultations parents-bébé, car le comportement de ce dernier est souvent une sorte de contrepoint de celui des premiers. Par exemple, une chute de tonus du bébé peut correspondre à une parole énonçant des expériences dépressives par un des parents. Ce comportement partagé caractérise les spécificités de la psychopathologie du bébé «infans», c'est-à-dire avant qu'il ait la capacité de parler.

Les interactions affectives sont d'un abord plus délicat puisqu'elles caractérisent les vécus émotionnels et affectifs qui peuvent circuler entre parents et bébé et réciproquement. Il s'agit pour le consultant de se fier à ce qu'il ressent de ces interactions. Il pourra par exemple se laisser gagner par l'impression d'une bonne harmonie entre parents et bébé, ce que Stern a qualifié «d'accordage affectif», ou au contraire d'une difficulté à s'ajuster dans la relation. Il s'agit donc à la fois d'un comportement mais aussi de sa connotation affective.

Les interactions fantasmatiques concernent ce que l'on fait raconter aux parents qui viennent en consultation. Il s'agit de les aider à «mettre en récit» (Hochmann) l'histoire de leur bébé avec leurs histoires personnelles et communes, et ainsi à commencer de les mettre au travail en établissant avec eux des «ponts» entre les symptômes de leur bébé et le contexte psychique dans lequel ils ont émergé. Ces interactions constituent les fondations du travail psychothérapeutique. Elles vont permettre de reprendre avec les parents le «*fantasme du corps imaginé*» (Aulagnier) qui s'est progressivement construit dès la conception et jusqu'à la naissance du bébé et la place que prend dans son histoire le «*mandat transgénérationnel*» (Lebovici).

Les «forces» en présence: attachement et étayage pulsionnel

Je les présente dans l'ordre vécu par le bébé et non dans l'ordre de leur découverte par Freud et Bowlby.

13 Dayan, J., id, 493.

La théorie de l'attachement a été décrite par Bowlby, un psychanalyste intéressé par les recherches éthologiques (Hermann), et pour qui le bébé, avant d'entrer dans le système pulsionnel découvert par Freud, est d'abord en proie à ses réflexes archaïques, dont les premiers, par exemple le réflexe d'agrippement, vont le conduire à s'attacher à celui qui répond à ses besoins sociaux primaires.

Du côté du bébé, son besoin social primaire est soumis à un modèle interne opérant qui permet d'obtenir la proximité de la mère par le recours à la succion, l'étreinte-agrippement, l'action de suivre (du regard au début), les pleurs, et le sourire. De ces premières expériences partagées vont se dégager une qualité d'interactions et une ambiance entre parents et bébé qui peuvent aller du sécure à l'insécure, suivant que le bébé acquiert progressivement ou non la quasi-certitude anticipée qu'il pourra compter ou non sur son ou ses parents pour répondre à ses besoins primaires. Nous verrons plus loin que la catégorie insécure présente plusieurs formes différenciées.

Du côté de la maman: le bonding qualifie les capacités de réponse du parent aux processus d'attachement mis en place par le bébé.

La théorie pulsionnelle: l'étayage

La pulsion, telle que Freud l'a décrite, part d'une source (l'origine du besoin, par exemple la faim dans un organe du corps du bébé), se dirige vers un objet (le sein et le lait qu'il donne) pour arriver à un but (la satisfaction du besoin). Dans le cas du bébé, c'est d'abord d'une satisfaction orale dont le bébé va avoir besoin. Il va investir libidinalement sa maman (le sein maternel comme objet partiel), en tant qu'objet pulsionnel, du fait qu'elle lui permet d'obtenir la satisfaction de ses besoins. Il y a donc une sorte de premier temps constitué par l'attachement (théorie de l'attache-

ment) du bébé à son parent qui sera suivi de son investissement pulsionnel (théorie de l'étayage pulsionnel). On a longtemps pensé que les deux théories étaient en contradiction l'une avec l'autre, mais il est aujourd'hui reconnu qu'elles peuvent coexister et au contraire permettre de mieux comprendre les différentes dimensions qui sont à l'œuvre dans le développement très précoce du bébé. À ce titre, elles contribuent toutes les deux à éclairer le processus de la parentalité.

L'étude de la parentalité requiert trois axes différenciés

Mais la parentalité est une entité trop vaste pour être décrite en tant que telle. Il y a lieu d'en distinguer plusieurs axes: l'*exercice* qui renvoie à l'*identité* de la parentalité, l'*expérience* qui renvoie aux *fonctions* de la parentalité, et la *pratique* qui renvoie aux *qualités* de la parentalité.

L'exercice de la parentalité:

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

L'expérience de la parentalité:

est l'*expérience subjective* de ceux qui sont chargés des fonctions parentales. Elle représente le niveau de l'*expérience affective et imaginaire* de tout individu impliqué dans un processus de parentification. Il s'agit de processus psychiques conscients et inconscients, et c'est le niveau

auquel se joue la relation imaginaire et affective du parent avec son enfant, son conjoint, ses parents, qui amène à plusieurs types de représentations: *enfant réel, enfant imaginaire et enfant fantasmatique*.

La pratique de la parentalité:

concerne les *tâches effectives*, observables qui incombent à chacun des parents: aussi bien les soins à l'enfant que les interactions comportementales ou les pratiques éducatives. Chaque fois qu'un enfant est séparé de ses parents, ces pratiques sont déléguées à d'autres adultes, que ce soit dans le cadre d'une vie habituelle (assistante maternelle, crèche...) ou du fait d'une séparation demandée ou imposée (justice, administration, précarité...).

Les troubles de la parentalisation

Mais le développement de la parentalité peut aussi rencontrer des difficultés pathologiques, définies comme troubles de la parentalisation, liées à la grossesse et à la puerpéralité.

Les dépressions anté- et postnatales

La dépression anténatale

est constituée par un état clinique de dépression auquel s'ajoute un certain nombre de plaintes somatiques inhérentes à la grossesse mais qui ne correspondent pas à une cause somatique classique. Et les troubles ainsi méconnus sont souvent imputés à la fatigue ou à d'autres perturbations fonctionnelles. Il est habituel de retenir le chiffre de 10 à 20% de dépressions anténatales parmi les grossesses. Si les effets sur le nouveau-né sont peu connus, la dépression anténatale constitue néanmoins un facteur de risque pour la dépression du post-partum.

La dépression du post-partum

est repérable grâce aux signes cliniques suivants: aggravation symptomatique de l'affect dépressif le soir, difficultés d'endormissement, labilité émotionnelle, rares idées suicidaires, perte d'estime de ses capacités maternelles, anxiété fréquente déplacée vers le bébé, rareté du ralentissement psychomoteur et risque de récurrence augmenté lors d'une grossesse ultérieure. Les éléments les plus caractéristiques sont les sentiments d'incapacité physique à répondre aux besoins de l'enfant, l'ab-

sence de plaisir à pratiquer les soins, sentiment d'inadaptation aux besoins du bébé, phobies d'impulsion, irritabilité, agressivité généralement dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie.

Ces deux types de dépression sont d'une grande importance dans la fabrication du lien bébé-parents et doivent faire l'objet d'une grande vigilance préventive pour tous les professionnels de la périnatalité.

Les dénis de grossesse¹⁴

Cette acception recouvre «toutes les formes de négation de la grossesse à participation principalement inconsciente, conduisant la femme souvent tardivement et brutalement à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement à la naissance¹⁵». Là encore, le travail psychique de préparation à la naissance effectué par la future mère est nécessairement différent et peut même aboutir à des cas d'infanticides et de mort périnatale. Mais il est à noter que, à l'exception des mères présentant une pathologie psychotique, les conséquences d'un déni sur l'évolution de l'enfant sont relativement mineures.

¹⁴ Lire aussi *Le déni de grossesse*. Sophie Marinopoulos, Coll Temps d'arrêt, septembre 2007.

¹⁵ Dayan J., id, 41.

Les psychoses puerpérales et manifestations psychiques aiguës de la grossesse et de l'accouchement

(*Rosemary's baby syndrom*¹⁶)

surviennent à l'occasion de l'arrivée du bébé. Les psychoses puerpérales peuvent se présenter sous trois grandes formes cliniques: soit les désordres thymiques francs, soit les psychoses délirantes aiguës plus ou moins confusionnelles et les troubles schizophréniformes. Leur fréquence est de 1 à 2% des accouchements. Les manifestations psychiques aiguës de la grossesse et de l'accouchement se présentent comme des manifestations confuses associées à des aspects maniaques ou à des propos délirants rapidement résolutifs.

Autres accidents psychopathologiques

Enfin, certains auteurs placent là aussi les accidents psychopathologiques en rapport avec le post-abortum, l'après IMG, la stérilité et le deuil périnatal. Dans le cas des IVG, ces pathologies peuvent révéler un fort investissement inconscient du bébé à venir par la femme, en contradiction avec la décision consciente d'IVG et parfois, cela donnera lieu à des phénomènes retrouvés lors des grossesses ultérieures. Pour ce qui concerne les autres événements, c'est plutôt la question de ne pouvoir satisfaire au désir profond d'avoir un enfant qui vient expliquer la survenue des troubles quelquefois graves qui marquent l'évolution de ces accidents.

¹⁶ Cf le film de Roman Polanski, *Rosemary's baby* et l'exposé que Sylvain Missonnier en a fait dans le cadre de la Waimh.francophone.

Les facteurs en jeu dans la parentalisation

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

L'état somatique du bébé

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

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

avec les risques de décompensations possibles (addictions, pathologies psychiatriques...) vont exercer des contraintes sur la qualité des relations précoces. Pour ne prendre que l'exemple de l'alcool, non seulement nous savons maintenant que l'alcoolisation de la future mère peut donner des lésions au fœtus, mais de plus, que la relation d'addiction de la mère par rapport à son objet toxique rend les premières interactions avec son bébé problématiques, du fait même de la «dépendance» du bébé à sa mère, elle-même dépendante de son

«objet addictif» (Corcos). En effet, dans ce cas, la «préoccupation maternelle primaire» est modifiée.

La disponibilité et la sécurité affective de la mère,

elles-mêmes liées aux conditions de vie matérielles, à la richesse du réseau relationnel, à une éventuelle psychopathologie maternelle et/ou paternelle, ont un rôle déterminant sur les capacités d'accueil du bébé par sa mère. Par exemple, dans le cas d'une grave pathologie psychiatrique maternelle, un certain nombre de dépressions du bébé sont évitées parce que les autres figures de la constellation maternelle (y compris le père) soutiennent suffisamment les interactions du bébé avec son environnement.

La présence du père,

notamment dans l'esprit de la mère (la triade/ Fivaz), a retrouvé toute l'importance qu'elle peut avoir, non seulement par le soutien qu'elle apporte à la mère, mais aussi dans ses différences spécifiques de qualité de présence avec le bébé.

Les événements traumatiques récents ou anciens,

(*décès, séparation, violence,...*) ont une importance considérable dans un nombre non négligeable d'histoires cliniques. Il me semble utile de comprendre les réactions consécutives à ces événements dans une logique non pas simplificatrice (de type cause-effet), mais plutôt dans celle que Freud nous

a permis d'entrevoir, celle de la réactualisation, à l'occasion du traumatisme, des lignes de fragilité apparues antérieurement dans l'existence du sujet.

Importance des facteurs socio-anthropologiques

Mais, nous l'avons déjà vu, d'autres facteurs peuvent aussi venir jouer un rôle dans la mise en place de la fonction parentale, tels que les facteurs socio-anthropologiques, quelquefois en complémentarité de certains déjà cités. Ce sont les transformations sociales telles que le déclin du mariage, les recompositions familiales, les homoparentalités, les nouvelles techniques de procréation, qui mettent à mal l'illusion d'un droit naturel de la filiation et entraînent plus d'appels au droit réparateur. C'est ainsi, à titre d'exemple, qu'une femme se prétendant la fille d'Yves Montand a réussi à faire ouvrir son cercueil par voie légale, dix ans après la mort de l'acteur, pour vérifier par des prélèvements génétiques sa filiation. La science lui a d'ailleurs donné tort.

Telles sont également les interventions sociales qui deviennent fréquentes pour aider les parents à trouver des dispositifs d'aide à la parentalité, voire pour s'y substituer en cas de défaillances graves : généralisation des écoles maternelles avec scolarisation précoce, familles d'accueil, nourrices, assistantes maternelles, les pouponnières (maisons d'enfants à caractère social ou sanitaire)... avec des conséquences sur les processus de parentalité non négligeables.

Enfin, le partage des rôles parentaux selon le sexe devient plus flou, la puissance paternelle s'efface, l'autorité parentale a du mal à s'appliquer, autant d'éléments qui rendent flous les contours de la parentalité aujourd'hui.

Mais, à côté de ces difficultés dans la survenue de l'enfant qui modifie le parent par un certain nombre de paramètres complexes, on a vu aussi se modifier le concept de parentalité en rapport avec celui de la filiation. C'est ainsi que *les travaux de Guyotat* distinguent trois types de filiation : la filiation instituée, la filiation juridique et la filiation narcissique.

- La filiation instituée est une filiation métaphorique qui se constitue dans et à travers le langage, les rites, les lois et les structures qui désignent l'enfant dans son rapport de filiation.
- La filiation juridique est une catégorie de la filiation instituée puisqu'elle s'appuie sur les mêmes processus pour instituer juridiquement une filiation qui n'est pas naturelle (par exemple l'adoption qui donne à l'enfant, en cas d'adoption plénière, les mêmes droits qu'un enfant naturel).
- La filiation narcissique est à la source des pathologies de la filiation. Elle est métonymique dans la mesure où elle est constituée dans une relation de contiguïté et/ou de déni de la filiation paternelle. Elle s'accompagne souvent des fantasmes de reproduction à l'identique et du désir d'immortalité (par exemple dans certains cas cliniques dans lesquels ces événements constituent les thèmes du délire).

Les recherches de Guyotat ont contribué à éclairer la question du côté de la prise en charge thérapeutique des problématiques de filiation, notamment dans les graves pathologies psychiatriques.

Dans un champ connexe, et à partir d'un point de vue anthropologique, les travaux d'Irène Théry distinguent trois autres types de parentalité : la parentalité domestique, naturelle, la généalogique fondée par le droit et la biologique.

Mais pour elle, la nécessité généalogique de re-sécuriser la filiation est majeure, alors que celle-ci

Quelques questions difficiles

est toujours, au moins potentiellement, susceptible d'être déliée de la conjugalité qui organisait l'alliance des parents et leurs lignages. «Aimer, soigner, éduquer et soutenir l'enfant quoi qu'il arrive, beau ou laid, intelligent ou pas, délinquant ou pas, tel demeure pour l'immense majorité de nos contemporains ce qui donne sens à l'idéal d'indissolubilité de la filiation. Non seulement nul «individualisme» irrépressible n'a entamé ces valeurs, mais, à l'inverse, les transformations des rapports à l'enfant les ont renforcées, au cours des deux derniers siècles¹⁷.»

Autres facteurs

C'est le mandat transgénérationnel inconscient qui demande à être éclairci lors de consultations thérapeutiques telles que celles que proposait Lebovici, dans la mesure où l'ignorance de son existence même peut conduire la personne en situation de parentalisation à se retrouver prise dans une surdétermination familiale qui peut aliéner sa relation au bébé. C'est ainsi que des rigidifications interactives peuvent se produire et intimer aux parents ou à l'un d'entre eux des projections sur le bébé qui concernent des problèmes relatifs aux générations antérieures. Il arrive parfois que le travail thérapeutique permette de faire émerger des «fantômes dans la chambre des enfants» (S. Fraiberg), des «cryptes» (Abraham/Torok), des projections pathologiques, comme autant de «corps étrangers» au bébé dans sa relation à ses parents, et qui viennent faire obstacle à son bon développement. Dans ces cas, la consultation devient un espace précieux dans lequel la «détoxication» (Bion) des interactions parents-enfant de ses aspects pathogènes peut être entamée et conduire à des améliorations essentielles pour le processus de parentalisation.

¹⁷ Théry, I., Différences des sexes et différences des générations. L'institution familiale en déshérence, *Esprit*, 227, Malaise dans la filiation, 12, 1996.

Des difficultés spécifiques à la parentalité vont avoir des conséquences sur la qualité du développement de l'enfant, en se situant quelquefois à la frontière entre le normal et le pathologique. À chaque fois, les processus de développement peuvent connaître des variations importantes en fonction de nombreux éléments regroupés sous ces diverses catégories.

La question des séparations

Lors du processus d'individuation, les séparations existent et sont nécessaires (Fort-da¹⁸), mais il est intéressant de ne pas les confondre avec des ruptures qui elles, favorisent les discontinuités dans la vie psychique de l'enfant, et en tant que tels, des facteurs de troubles pour lui.

Les discontinuités dans la vie de l'enfant, telles que dans les contacts qu'il a quotidiennement avec son environnement, dans la composition du couple parental, dans la qualité des relations, dans la transmission généalogique... existent et induisent des *ruptures* plus ou moins importantes dans sa vie psychique intérieure, constituant des sources de souffrances et de pathologies.

¹⁸ Le Fort-da est le jeu observé par Freud (Au-delà du principe de plaisir, 1920) à propos de son petit-fils qui joue à jeter et faire revenir une bobine attachée à un fil, tout en prononçant deux vocables différenciés, et peut ainsi dépasser la tristesse de la séparation d'avec sa maman. Ce jeu est prototypique de la construction de représentation psychique qui facilitent la séparation.

C'est une mise en cause du sentiment continu d'exister décrit par Winnicott.

La question n'est pas tant de savoir comment éviter toute séparation ou toute rupture, mais bien plus celle de savoir «comment éviter à l'enfant des ruptures non élaborables et comment l'aider à mieux élaborer celles qu'il a connues et va connaître?». Pour répondre à cette problématique, il est nécessaire de se pencher sur le concept de temporalité.

La question des temporalités

Les différents types de temporalité peuvent nous aider à comprendre les incompatibilités qui peuvent en résulter dans certains cas: par exemple celles qui existent entre les temporalités de l'enfant, celles des adultes, celles des institutions, celles de la justice... qui conduisent à une impossibilité de prévoir le monde des adultes par l'enfant, d'autant plus préjudiciable qu'il est petit.

Les troubles psychiques des parents sont responsables de la plus grande imprévisibilité pour un enfant. «Aujourd'hui, quand j'ai pleuré, maman est arrivée tout de suite et m'a donné à boire, mais hier, j'ai pleuré et crié pendant tellement longtemps que je me suis rendormi avant qu'elle ne vienne. Comment sera-t-elle demain?». Comme nous l'avons vu plus haut, ces constatations cliniques ont été décrites puis confirmées par la théorie de l'attachement, sous la forme de l'attachement «insécure»; elles ont des conséquences majeures pour l'enfant, au niveau de la construction perturbée de son «monde interne», que ce soit pour les modèles internes opérants (théorie de l'attachement), ou pour toute la problématique du fantasme et des fantasmes (fantasmes originaires et fantasmes inconscients).

Les fantasmes originaires sont des structures fantasmatiques typiques (retour au sein maternel, scène primitive, séduction, castration) que la psychanalyse retrouve comme organisant la vie fantasmatique, quelles que soient les expériences personnelles des sujets. Mais chacun de nous «habillera» ses fantasmes originaires d'une façon singulière. Il en résulte d'ailleurs une prévalence de l'investissement de tel ou tel fantasme originaire chez toute personne: un tel organisera sa vie psychique autour de la prévalence du fantasme de scène primitive, tandis que tel autre le fera autour de celui de castration.

Plus généralement le fantasme est un scénario imaginaire où le sujet est présent et figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient. Pour Lacan, c'est une articulation complexe entre le sujet de l'inconscient et ses objets «a»¹⁹ (sein, regard, voix, scydale).

Dans mon expérience, j'ai souvent constaté que la prévalence de l'imprévisibilité amenait l'enfant à cultiver sa dépendance à l'adulte, à s'agripper à son propre corps et à investir le monde externe avec réticence.

La question du fonctionnement projectif

Les difficultés de la parentalité (*parentalisation* ou *parentification*) fragilisent l'enfant et le conduisent à utiliser les mécanismes projectifs:

¹⁹ Lacan parle des objets «petit a» par opposition au grand A qui concerne la tablature signifiante mise en forme pour le bébé par sa mère.

Dans l'exemple du film «Shine», on voit comment un père oblige d'une façon rigide son fils à apprendre le piano. Il deviendra certes un pianiste génial, capable de jouer le troisième concerto de Rachmaninoff, mais au prix de sa santé psychique, puisque le destin qui l'attend est de devenir une personne schizophrène. Dans un autre film, «Le cercle des poètes disparus», on voit que le père qui offre des études classiques à son fils au prix de gros efforts n'entend pas le laisser faire des études de théâtre, qu'il considère comme avilissantes, et le lui interdit formellement. Le fils, empêché dans son désir personnel, se suicidera pour échapper à un destin qu'il ne considérait plus comme le sien.

La projection est, pour Freud, «une opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des «objets», qu'il méconnaît ou refuse en lui»²⁰. Il s'agit là d'une défense très archaïque et qu'on retrouve à l'œuvre dans la paranoïa, et, chez les «normosés», dans la superstition.

Chez Melanie Klein, l'identification projective est le terme utilisé pour désigner «un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder ou le contrôler»²¹.

Si l'identification projective est normale dans le développement des enfants, ce qui leur permet d'apprendre de l'autre en intériorisant (par introjection) ce qu'ils ont trouvé chez lui (par projection), elle devient pathologique quand elle n'est pas corrélée à l'introjection en retour.

20 Laplanche J., Pontalis, JB., *Vocabulaire de psychanalyse*, PUF, 1990, 344.

21 Laplanche J., Pontalis, JB., *Vocabulaire de psychanalyse*, PUF, 1990, 192.

Mais l'introjection peut devenir pathologique elle aussi. Gianna Williams, dans son travail avec les jeunes filles anorexiques, met en évidence une «fonction oméga». Pour elle, «la fonction oméga provient de l'introjection d'un objet qui n'est pas seulement imperméable, mais à la fois imperméable et débordant de projections. Alors que l'introjection de la fonction alpha aide à établir des liens et à organiser une structure, l'introjection de la fonction oméga produit l'effet inverse, elle perturbe gravement le développement de la personnalité»²². Dans le cas de parents utilisant de telles projections, c'est toute la fonction parentale qui en est «parasitée», et soumet l'enfant à un bombardement projectif pathologique, ce qui le conduit à devoir s'en protéger quand il le peut et à en souffrir gravement quand il est encore trop immature et donc vulnérable.

L'enfant devient donc le réceptacle des projections parentales et se voit contraint d'utiliser les mêmes mécanismes de défense, à savoir la projection et ses différentes formes. C'est de cette manière que l'on peut comprendre en partie les répétitions infinies des carences de générations en générations si rien n'est fait pour interrompre ce cercle vicieux lorsque l'enfant est encore très petit.

Dans ces cas pathologiques, l'enfant projette son vécu intérieur, son expérience traumatique de l'attachement dans l'esprit des personnes (famille adoptante, professionnels...) qui s'occupent de lui. Et ces *projections* peuvent entraîner chez eux les mêmes dysfonctionnements que ceux qu'il a connus dans sa famille d'origine. Et cela aboutit souvent à un rejet de l'enfant par des professionnels qu'il a assimilés inconsciemment à ses parents maltraitants. D'où l'énorme importance du travail institutionnel avec les familles et les équipes d'ac-

22 Williams, G., *Paysages intérieurs et corps étrangers*, trad. Alcorn, D., Editions du Hublot, Larmor Plage, 1998, 152.

cueil d'enfants carencés, pour déjouer ensemble les pièges d'une relation transférentielle mal comprise.

Dysfonctionnements familiaux et transmission générationnelle

L'identification à l'agresseur

La répétition à la génération suivante de ce que le parent a vécu enfant est classique et se comprend pour partie par l'identification à l'agresseur (Ferenczi, Anna Freud, S. Fraiberg).

Faisant suite aux travaux de Ferenczi sur la confusion des langues (1932-1933), Anna Freud décrit ce mécanisme de défense en 1936: «le sujet confronté à un danger extérieur (représenté typiquement par une critique émanant d'une autorité), s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent». Selon Anna Freud, «ce mécanisme serait prévalent dans la constitution du stade préliminaire du surmoi, l'agression restant alors dirigée sur l'extérieur et n'étant pas encore retournée contre le sujet sous forme d'autocritique²³».

C'est selon Lagache le prototype de la relation sadomasochiste. Mais d'autre part, je rappelle que Spitz a décrit le «non» comme troisième organisateur psychique, et qu'il peut être intéressant de considérer ce troisième organisateur psychique comme une forme à minima de l'identification à l'agresseur. Accepter de tenir compte de celui qui dit «non» à ce que l'on désire est aussi ce qui permet d'intérioriser les limites du

23 Laplanche J., Pontalis, JB., *Vocabulaire de psychanalyse*, PUF, 1990, 190.

fonctionnement dans un groupe familial et social; c'est une identification à celui qui pose les bords au-delà desquels il ne fait pas bon se promener sans y être autorisé.

Mais il faut bien voir qu'accepter de s'identifier à l'agresseur est une forme de défense du moi lorsque toutes les autres solutions d'adaptation ont été rendues impossibles pour le sujet, que ce soit dans les traumatismes aigus (otages, perversions...) ou chroniques (maltraitance...). C'est bien la situation dans laquelle se retrouvent un trop grand nombre d'enfants, notamment ceux qui sont victimes de mauvais traitements et d'abus sexuels, autant dire les formes les plus graves de parentalités dysfonctionnantes.

Transmissions intergénérationnelle et transgénérationnelle

Cela demande de distinguer deux types de transmission entre les générations:

- l'une, intergénérationnelle apporte à la génération réceptrice des éléments assimilables, élaborables, utiles et même indispensables au développement psychique, à l'identification, dans la continuité générationnelle. Cela passe beaucoup par la communication digitale (digits d'informations), c'est-à-dire une communication par la parole essentiellement.
- l'autre, transgénérationnelle, déjà évoquée, qui transmet au contraire des éléments inassimilables (non-dits, cryptes, fantômes...), constituant autant d'enclaves intrapsychiques, sources de souffrances, de perturbations et de répétitions, tant qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une élaboration et d'une prise de conscience. Cela passe beaucoup par la communication analogique, c'est-à-dire par les gestes et les mimiques, mettant beaucoup moins en jeu les représentations psychiques que les motrices et psychomotrices.

Stabilité et instabilité

Aussi est-il intéressant de réfléchir sur les concepts de stabilité et d'instabilité.

Le concept de stabilité dans ce domaine est en rapport avec les recherches effectuées par les attachementistes sur l'hypothèse d'une concordance entre les catégories déterminées avec la Situation étrange (Mary Ainsworth) chez les enfants et celles déterminées par l'Adult Attachment Interview (Mary Main) chez leurs parents.

La situation étrange est un paradigme expérimental de la théorie de l'attachement. Elle consiste à recevoir un enfant d'un an environ avec son parent. Puis au bout de quelques minutes, on demande au parent de sortir et de revenir au bout d'un temps prévu, et on observe le comportement de l'enfant au moment de la sortie du parent, et également à son retour. Plusieurs autres items sont soumis lors de cette passation et les résultats sont finement analysés. Cela met en évidence deux catégories d'ambiances développementales: l'attachement sécure (65%) lorsque l'enfant semble pouvoir compter sur son parent, même après une séparation imposée dans les conditions de l'expérience et l'attachement insécure qui manifeste une désorganisation de l'enfant à l'occasion de cette séparation et de ses retrouvailles avec le parent. Cette désorganisation peut se présenter sous plusieurs formes. En effet, à l'intérieur de la catégorie insécure, il existe trois sous-catégories: évitants (21%), anxieux ambivalents (14%), et désorganisés (plus récemment décrits par Mary Main à partir des deux catégories précédentes).

L'Adult Attachment Interview est un long entretien mené avec les parents pour explorer les figures qui les habitent et organisent leurs propres processus de parentalisation avec leurs enfants. Cet

interview retrouve pour les parents deux types de catégories: une première, les figures parentales libres et autonomes (58%) correspondant à la catégorie sécure (65%) des enfants. Et pour les trois sous-catégories correspondant aux enfants insécures, pour les évitants (21%) correspondent des figures parentales détachées (24%), pour les anxieux ambivalents (14%) celles de figures parentales préoccupées (18%) et pour les désorganisés, celle de non résolues /désorganisées.

L'étude de Van Ijzendoorn rapporte, sur 584 mères, la distribution suivante: 24% de détachées, 58% de libres et autonomes et 18% de préoccupées.

Donc, les enfants s'en sortent plutôt mieux que ne le laisse prévoir leur milieu d'origine, ce qui donne toute son importance à la prévention et aux thérapeutiques.

Mais l'enfant construit sur l'instabilité aura d'autant plus besoin d'une stabilisation progressive du cadre éducatif qui le prend en charge pour enfin intérioriser des *représentations* «*stables*» de ses nouvelles expériences qui peuvent venir remplacer les anciennes, avant même d'envisager sereinement toute prise en charge psychothérapeutique. C'est en général, quand la famille ne semble pas dans la possibilité de changer elle-même, le projet d'une famille d'accueil ou d'un placement dans un foyer d'accueil qui peut alors être choisi pour permettre à l'enfant de retrouver du *stable* là où le *non stable* régnait en maître auparavant. Les travaux de René Thom sont très éclairants à cet égard.

La question des facteurs de vulnérabilité

Mais il y a aussi d'autres difficultés sous la forme des facteurs de vulnérabilité :

La qualité des relations dans le couple parental

La discorde au sein du couple prédispose aux troubles des conduites chez les enfants d'âge préscolaire (Jouriles et al., 1988).

Un conflit ouvert est source de perturbation pour l'adaptation : les enfants paraissent mal assurés et perturbés lorsqu'ils se trouvent exposés à de tels conflits²⁴.

Le déséquilibre est plus grand lorsque les bébés sont exposés aux violences physiques entre les parents (Cummings²⁵ et al., 1981), et plus le conflit entre adultes est lié à l'enfant, plus celui-ci se montre anxieux et déprimé (Cummings²⁶ et al., 1989).

Mais à l'inverse, le critère qui semble influencer favorablement le développement des bébés est la possibilité de l'intimité parentale. Il a été associé à l'attachement sécurisé²⁷.

Précarité et parentalité

La pauvreté et le statut socio-économique modifient la disponibilité des ressources (nourriture, logement, soins) et transforment péjorativement

le mode de vie (entassement, qualité du voisinage). Ils sont associés plus fréquemment à des difficultés développementales et cognitives²⁸.

La pauvreté augmente la vulnérabilité des parents face au stress, favorise les modes d'éducation autoritaires, une moins grande disponibilité et une moins grande capacité à soutenir les enfants en difficulté²⁹.

La pauvreté s'associe à de moindres stimulations de l'enfant lors des relations précoces³⁰.

La précarité est un facteur d'insécurité et de stress, la dévalorisation sociale secondaire au chômage un facteur de discorde dans les couples³¹.

Violences familiales

Les bébés et les jeunes enfants maltraités réagissent à cette maltraitance par différents symptômes qui vont du retrait affectif à l'anhédonie, de la prédisposition à la colère et à la douleur dans les interactions à une agressivité envers les autres enfants.

Carlson et al. ont démontré que les mauvais traitements sont la source d'attachements désorganisés.

Missonnier signale que parmi les troubles psychiques évoqués comme antécédents de la maltraitance très précoce, les troubles dépressifs sont les plus fréquents dans l'histoire périnatale des mères concernées.

24 Dayan, J., et al., Psychopathologie de la périnatalité, Masson, Paris, 1999, 26.

25 Cummings, EM., et al., Young children's responses to expressions of anger and affection by others in the family, *Child Dev.*, 52, 1981, 1274-1282.

26 Cummings EM., et al., Children's responses to angry adult behavior as a function of marital distress and history of interparent hostility, *Child Dev.*, 60, 1989, 1035-1043.

27 Cox, MJ., et al., Marriage, adult adjustment, and early parenting, *Child Dev.*, 60, 1989, 1015-1024.

28 Zeanah, CH., et al., Infant development and developmental risk: a review of the past ten years, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 2, 1997.

29 Mac Loyd, VC., The impact of economic hardship on black families and children, *Child Dev.*, 61, 1990, 311-346.

30 Duncan, JG., et al., Economic deprivation and early childhood development, *Child Dev.*, 65, 1994, 296-318.

31 Dayan, J., et al., Psychopathologie de la périnatalité, Masson, Paris, 1999, 27.

Âge de survenue de la grossesse : l'adolescence

Le nombre de grossesses à l'adolescence est en constante augmentation et doit donc être étudié pour mieux en comprendre les déterminants.

Actuellement en France le nombre de grossesses à l'adolescence est de 9 pour mille, de 6,5 pour mille pour la Communauté française et Bruxelles, de 13 pour mille en Allemagne, de 30 pour mille en Grande-Bretagne et de 54 pour mille aux États-Unis.

En France, le taux des grossesses chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans est de 24%, soit environ 16.000 grossesses par an. Le tiers de ces grossesses sera mené à terme.

La contraception anonyme et gratuite (1974) et la légalisation de l'IVG (1975) ont entraîné une diminution du nombre de naissances chez les adolescentes, mais la proportion des naissances chez les moins de 15 ans est en augmentation depuis 1976.

Certains auteurs s'interrogent sur le lien entre la grossesse avant 15 ans et l'inceste.

Le risque de grossesses répétitives est un fait réel : beaucoup d'adolescentes sont à nouveau enceintes après une IVG.

Alors si la grossesse à l'adolescence est considérée comme un phénomène universel, les théories qui prédominent considèrent cette grossesse comme non désirée et comme la conséquence du manque de connaissances sexuelles des jeunes filles notamment. Elles proposent de ce fait une approche préventive en utilisant les stratégies éducatives les plus variées. Les politiques préventives basées sur les cours d'information sexuelle agissent plutôt comme des techniques normatives et adaptatives

du désir sexuel des jeunes, en dictant les règles du comportement sexuel adéquat à l'adolescence. Or actuellement, le nombre des adolescentes enceintes augmente, et même les adolescentes qui ont été suivies dans les hôpitaux où elles ont reçu des cours d'information sexuelle reviennent pour une deuxième grossesse. Ceci démontre l'inefficacité relative des politiques en vigueur.

Pourquoi continuent-elles à tomber enceintes ? « La naissance d'un enfant peut être la cause de bien des difficultés et de limitations dans la vie d'une adolescente : interruption ou abandon des études, mariage forcé de courte durée, dépendance économique et affective plus grande par rapport aux parents. Et pourtant, il est très fréquent d'entendre dire que l'adolescente est heureuse d'être enceinte et qu'elle souhaite avoir cet enfant³². »

Pour beaucoup d'adolescentes, être femme c'est encore être mère. Chez beaucoup d'entre elles, le vécu de situations de carences affectives et relationnelles dans la famille peut aussi engendrer le désir d'avoir un enfant, et celui-ci apparaît comme l'objet privilégié capable de réparer cette carence. Mais dans le même mouvement, l'enfant est un cadeau plus ou moins conscient fait par la fille à sa propre mère, et contrairement à ce que beaucoup disent, cette situation ne provoque pas une rupture particulièrement traumatique du développement de la sexualité de l'adolescente. Par contre, « la grossesse dans les milieux défavorisés participe à la perpétuation du cycle de pauvreté économique et sociale³³. »

Et tout se passe comme si l'adolescente qui a un enfant tentait de reconstruire à la fois pour elle et pour son bébé une situation familiale enfin satisfaisante.

32 Dadoorian, D., Grossesses adolescentes, Erès, La vie de l'enfant, 2005, 12.

33 Id., p126.

Les aides à la parentalité ?

Nous avons vu que les conditions de la parentalité étaient nombreuses et complexes. Aussi est-il important d'envisager maintenant la manière dont on peut en aider les déroulements surtout lorsque ce processus de parentalisation semble promis à des difficultés de divers ordres. Nous étudierons successivement les problèmes en rapport avec la prévention puis ceux qui sont justiciables de politiques de soins et de prises en charge multiples.

Prévention

Introduction

La singularité et la place de l'humain dans le monde viennent de ce fait que le développement de l'enfant dans une famille est une expérience destinée singulière.

La souffrance psychique comme symptôme de la vulnérabilité de chaque être dans certaines circonstances difficiles amène à penser la maladie comme la décompensation d'un équilibre fragile; la souffrance psychique a alors la valeur d'un signe. Dans cette perspective, il convient de décrire l'équilibre en question comme résultant de plusieurs paramètres: génético-biologiques, psycho-développementaux et socio-anthropologiques.

Cela nécessite de penser les soins comme une solution à la maladie selon les diverses coordonnées de chacun: cosmogoniques, religieuses, anthropocentrées, organiques ou psychiques,

et corporopsychiques. Cette conception complexe est en opposition avec les simplifications fréquentes véhiculées par les médias, et entraîne un certain nombre de difficultés, notamment en matière de prévention.

La prévention comme solution d'évitement de la maladie

recourt à plusieurs modèles de prévention en médecine:

Les premiers connus sont des modèles biologiques soit de type bactériologique (hygiène pasteurienne), dans lequel il suffit d'isoler le germe causal, de le neutraliser pour en contrer les effets pathogènes (vaccins, sérums, antibiotiques...), soit de type génétique (IMG et Guthrie), dans lequel il suffit de repérer le gène en cause pour en déduire par exemple des mesures d'évitement alimentaire (glutène) qui permettent de guérir la maladie potentielle, ou de décider d'interruption médicale de grossesse, soit de type curatif précoce (chirurgie prénatale mais aussi éducation précoce avec les conseils en matière de mort subite du bébé ou de prévention de l'alcoolisme fœtal, par exemple).

Mais en ce qui concerne la souffrance psychique, le paradigme médico-mimétique devient difficilement opératoire, et le modèle de la médecine somatique est insuffisant, voire trompeur.

Spécificités de la souffrance psychique et de la prévention des maladies psychiatriques et pédopsychiatriques

Dans notre champ de la psychopathologie, la prévention semble plutôt en faveur d'un schéma différent et qui pourrait être décrit de la manière suivante:

L'apparition d'une souffrance psychique détermine l'intervention des professionnels de pre-

mière ligne dans le cadre normal de leur exercice professionnel.

Tel est l'exemple des textes ministériels en matière de périnatalité parus sous la signature de Françoise Molénat. Elle stipule que ce sont les sages-femmes, les généralistes et les obstétriciens qui doivent assumer l'accueil de la souffrance psychique de la future maman et la mettre en lien avec l'expérience qu'elle est en train de vivre. Pas besoin de psychologisation intempestive, ce qui confère à la souffrance psychique de la future mère un statut de souffrance, sinon comme les autres, du moins parmi d'autres. Ces professionnels de première ligne ont à leur disposition des groupes de paroles (type groupes Balint) et de formation à la psychologie périnatale qui leur permettent d'assumer de telles missions. Mais dans certains cas, il leur est possible d'avoir recours à un professionnel de seconde ligne, un «psychiste» (psychologue ou psychiatre), lorsqu'il s'agit d'une prise en charge qui nécessite vraiment l'intervention d'une personne spécialisée en psychopathologie (psychiatre ou pédopsychiatre).

Cela nécessite la mise en place d'un dispositif de soins sectoriels tel qu'il a été élaboré par les fondateurs de la psychiatrie de secteur en France, dans une dynamique de réseau et de complémentarité entre les personnes aux compétences multiples. Ceci amène évidemment à des réaménagements progressifs du dispositif de soins pour tenir compte de ces nouvelles expériences autour de la périnatalité.

Quand les résultats sont satisfaisants, c'est de la prévention réussie; sinon on passe aux soins proprement dits. L'exemple des soins aux bébés à risques autistiques dans le cadre d'une observation thérapeutique selon les applications permises par la méthode d'Esther Bick, mises au point par Didier Houzel, est assez démonstrative

dans la mesure où les bébés en question doivent être l'objet de tels soins dès leur apparition vers douze à dix huit mois, que le diagnostic d'autisme soit probable ou non. Car quelle que soit l'évolution du bébé, les soins intensifs apportés dès l'apparition de la souffrance psychique ont aussi une valeur de prévention. Mais en psychopathologie, dans de tels cas, il y a lieu de faire la différence entre prévention et prédiction. Si je m'appesantis quelque peu sur ce sujet difficile, c'est en raison d'une dérive observée fréquemment ces derniers temps en matière de prévention «musclée».

Prévention et prédiction

Prévention. L'exemple du trouble des conduites est intéressant parce qu'il nous a permis de comprendre que la prévention qu'il requiert est d'une nature beaucoup plus complexe encore que dans d'autres entités morbides. En effet, comment prévenir la diminution de l'autorité parentale? Est-on condamné à chercher les signes prédictifs du futur trouble des conduites par des signes qui ne sont justement pas significatifs, à un âge donné, des éléments qu'ils pourraient prédire dans une vision simplificatrice et linéaire? Dans le domaine de la santé mentale, beaucoup de précautions doivent être apportées à la réflexion épistémologique.

Prédiction. De quels modèles dispose-t-on. Nous avons d'abord celui de la médecine épidémique avec l'exemple de la grippe et des cartes de progression des épidémies qui permettent de prédire la date de son arrivée et le contenu prévisible du vaccin ad hoc.

Mais il existe aussi celui de la biostatistique avec les exemples du tabac ou de la route pour lesquels on peut prédire statistiquement, en fonction de telle quantité de tabac ou de telle

vitesse au volant, qu'il y a un risque calculable de voir apparaître une pathologie ou un accident en rapport avec les causes incriminées.

La possibilité de les importer dans le champ de la santé mentale, qui en séduit plus d'un, semble bien mince. Par contre, nous voyons que des raisons de santé publique peuvent être en opposition avec l'économie (les viticulteurs et la santé publique) générale ou personnelle (la liberté individuelle plus ou moins aliénée pour protéger votre santé contre vous-même), et que les conséquences de ces positions peuvent se matérialiser dans le style de fonctionnement de notre société sous la forme de «radars comportementaux» généralisés, ce qui ne va pas sans un corollaire obligé, celui du développement exponentiel de la pulsion scopique et son inverse, la tendance exhibitionniste. Cela nous rapproche des fantasmes décrits par Orwell dans 1984, celui du télécran qui est installé dans chaque famille pour surveiller tout ce qu'y fait chaque membre, dans une visée totalisante. Déjà Bentham, dans son «panopticon» repris par Michel Foucault, dans son fameux livre «Surveiller et punir», en avait inventé le concept, préfigurant les tentations et les dérives de notre société actuelle; le modèle panoptique est constitué par celui de la prison en étoile, dans laquelle les prisonniers sont vus en permanence par un gardien situé au centre et entouré de vitres lui permettant de voir sans être vu; chaque prisonnier est dès lors soumis à l'idée qu'il peut toujours être vu; la surveillance est de ce fait d'une efficacité redoutable.

Après que La Boétie ait rédigé son « Discours sur la servitude volontaire » dans le milieu du XVI^e siècle, critiquant d'une façon visionnaire et courageuse le pacte tacite existant entre le tyran et son peuple, Bentham était, lui, à la recherche des moyens de gouverner les âmes et s'intéressait aux limites de systèmes totalisants, basés sur

des sur-moi extériorisés interdisant de l'extérieur tout débordement, mais donnant à celui qui en contrôle l'exercice les moyens d'une excitation scopique permanente.

Il va de soi que Foucault préparait alors l'exposition de sa thèse sur le «biopolitique» et l'envahissement du social par le discours de santé publique comme apogée de la surveillance d'un peuple entier. Dans un tel contexte, le signe prédictif prend une signification dans l'organisation politique panoptique de la société et non plus dans la seule pratique de la médecine préventive: présenter de tels signes prédictifs condamne celui qui les porte à devoir en confirmer la validité, plus ou moins consciemment (par le mécanisme d'identification à l'agresseur déjà décrit), et donc l'enfant risque de devoir se conformer à devenir ce que l'on redoute qu'il devienne, jouant là une variante subtile de l'effet Pygmalion³⁴. La validité d'un signe prédictif est donc dans notre champ de la souffrance psychique non seulement une erreur sur le plan des résultats attendus, mais sans doute aussi une sorte d'incitation à la survenue de ce que l'on souhaiterait éviter. Comme le proposent Caroline Eliacheff et Daniel Soulez Larivière dans leur livre «Le temps des victimes», la prédiction, en attendant de s'appliquer à la santé mentale, reste valable dans au moins un champ familier... l'astrologie!

Protection de l'enfant

Dans le domaine de la protection de l'enfant, la question de la prévention se joue notamment dans les cas où un enfant est victime de violences intrafamiliales physiques et/ou psychiques et doit donc être placé pour être protégé, tout en essayant de maintenir le paradoxe de prévenir la survenue du traumatisme de la violence en aidant les parents à être des parents «adéquats

³⁴ En pédagogie, l'effet Pygmalion consiste à émettre des hypothèses sur le devenir scolaire d'un élève et les voir se réaliser par «induction».

sans plus» (good enough mother): c'est tout le problème de la prise de risques calculée avec l'idée fondamentale de Maurice Berger de l'évaluation de l'évolution clinique de l'enfant.

Je ne peux que souscrire à son idée de quinté perdant qui résulte pour lui de ce qu'il appelle dans sa longue expérience le «traumatisme psychique chronique», dont les signes sont:

- la déficience intellectuelle qui concerne trop d'enfants avec la mise en évidence que la carence n'est pas seule responsable de cet état de fait : la paralysie de la pensée (Persée et Méduse), car penser est trop douloureux ; atteinte du schéma corporel avec désignification des signaux corporels précoces entraînant un accès à la symbolisation difficile, et créant des pathologies psychosomatiques ;
- les troubles de l'attachement de type angoissé-désorganisé conduisent à la constitution du faux-self ;
- la violence pathologique extrême avec cette constatation que ces enfants ne délirent pas, mais tout se passe comme si leurs accès de violence étaient des équivalents hallucinatoires. De plus, chez eux, il ne s'agit pas d'une non-limitation de la toute-puissance infantile mais d'une identification introjective du parent sadique et violent, un peu comme on peut le voir dans le film «Psychose» de Hitchcock, où le personnage joué par Anthony Perkins est tour à tour la mère et le fils ;
- les troubles psychiatriques et
- l'instabilité psychomotrice.

On voit que dans ces cas, les enfants devraient pouvoir bénéficier de mesures préventives plus précoces, mais qu'un ensemble d'éléments bien décrits par Berger dans ses différentes prises de positions orales et écrites n'est toutefois pas assez connu, reconnu et partagé pour déclencher les stratégies qui devraient en découler.

Mais alors, quand un travail de prévention est possible, en quoi consiste-t-il ?

Qu'est-ce qu'un travail de prévention auprès des parents ?

Dans le cas des parents qui ne menacent pas la fonction de protection de leur enfant :

Un travail d'information et de formation est possible dans les différentes étapes que les parents suivent lorsqu'ils ont un enfant. Que ce soient les médecins et paramédicaux qui les suivent pendant le cours et au décours de la grossesse, ou que ce soient les travailleurs sociaux qui peuvent être rencontrés en cas de problèmes de divers ordres, des parents qui souhaitent de l'aide peuvent toujours en trouver dans des sociétés comme les nôtres. Elles peuvent consister en propositions d'aides ouvertes avec la garantie que des marqueurs de l'évolution de l'enfant seront pris en compte: les travailleurs sociaux et médicaux sont parmi ceux qui peuvent accueillir et voir ces marqueurs, mais aussi les pédagogues, quand plus tard, l'enfant sera scolarisé.

Mais il paraît évident que c'est d'abord un travail de mise en confiance avec les parents qui sera nécessaire, afin que la souffrance qui pourrait émerger devienne un «objet parleur» (Racamier), c'est-à-dire l'occasion de demander de l'aide aux personnes ressources.

Il existe des réponses de type «maison (ou)verte», que Dolto avaient inventées et qui permettent de théâtraliser dans des dispositifs relativement simples à organiser (à condition d'avoir un recours possible à des personnes en position de psychanalystes acceptant de jouer ce rôle en «face à face») les aléas de la castration symboligène et de ses conséquences sur le travail de séparation névrotique.

Le fil d'Ariane (Dr Rosa Mascaro/Lille) et les pâtes au beurre (Sophie Marinopoulos/Nantes) sont deux expériences de prévention qui portent sur la parentalité en souffrance et qui donnent à cet égard des résultats remarquables.

Mais à partir d'un certain point, les marqueurs passent au rouge et au-delà d'une limite définie par les textes réglementaires, on passe à un autre niveau: celui de la nécessité d'une protection.

Le passage de la limite devient à mon sens «un acte de demande implicite», et là, il y a lieu de protéger l'enfant de ses parents qui ont franchi la ligne rouge et d'une certaine manière de les protéger d'eux-mêmes dans les actes qu'ils pourraient commettre sous l'emprise de leur propre pathologie actuelle et souvent infantile post-traumatique.

Pour pouvoir donner les bonnes réponses à cette question tellement complexe, il convient que nous ne restions pas sidérés par «l'idéologie du lien familial à tout prix», et Maurice Berger propose, là encore avec une grande expérience, trois dispositifs pour avancer:

- une aide à la parentalité pour les parents qui acceptent cette aide, et reconnaissent leur responsabilité dans les difficultés présentes, mais à condition qu'une évaluation de la pathologie personnelle des parents, des entretiens familiaux et des placements relais éventuels soient entrepris d'une façon précise et sérieuse;
 - des projets de vie permanents pour l'enfant dans une famille d'accueil stable, corrélée à une séparation d'avec les parents, et des retours au domicile ou des visites à domicile médiatisées.
- Pour ces deux premiers cas, un dispositif spécifique d'écoute est nécessaire: un temps long de rencontres et une écoute personnalisée et proche aident l'enfant à s'approprier et à identifier ce qu'il ressent en l'aidant à dé-confusionner ses

sentiments et ses perceptions corporelles.

- si un délaissement devient manifeste, le recours légal à l'abandon suivi d'adoption, quand c'est possible, devient la seule solution qui donne à l'enfant les chances auxquelles il a droit.

Soins

Mais souvent la prévention n'aura pas les effets escomptés et le recours aux soins est alors nécessaire.

Préambule aux soins

La question de l'évaluation systématique est une donnée fondamentale mais à condition de ne pas s'en tenir au côté réducteur d'une approche qui se limiterait à la technique de l'évaluation elle-même; le calcul du QI ne donne pas d'indications suffisantes si on ne va pas plus loin, si on n'inclut pas cette évaluation dans un dispositif pensé à chaque fois en fonction de l'enfant, de ses potentialités, de sa résilience, de son contexte personnel et familial et de l'évolution de son état psychique et physique.

À condition également de tenir compte des services ambulatoires qui ne disposent pas de possibilités techniques pour mener ce genre d'investigations et, dans ces cas, de les aider à trouver des solutions acceptables pour l'enfant.

La référence à un guide de compétences parentales, critiquée par l'association « Pas de zéro de conduite », devient de plus en plus systématique, en matière de soutien à la parentalité et se réfère à une notion normative, alors que les aides à la parentalité doivent privilégier la construction du lien social en laissant se déployer toutes les formes de familles comme lieux d'équilibre des relations familiales et de développement de l'enfant.

Comment trouver dans ce climat des repères pour les parents, leurs substituts et les professionnels pour répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant: garantir un cadre symbolique et contenant au sein duquel l'enfant va se construire.

Dans ce dispositif, la continuité des soins est le pilier fondamental de la sagesse professionnelle: où en sommes-nous sur ce point-là dans tous les endroits dans lesquels nous travaillons? Comment comprendre ces ruptures permanentes de soutien de ces enfants? Comment comprendre les difficultés à assumer un contre-transfert qui assure une bonne continuité des soins, une fonction de holding ou fonction phorique de bonne qualité, sinon justement comme un effet de la relation transférentielle de l'enfant sur son environnement? Les caractéristiques de l'attachement insécurité viennent percuter de front les professionnels qui accueillent et soignent les enfants qui sont victimes de parentalités «déviantes»: qu'est-ce qui va encore m'arriver lors de la prochaine rencontre avec cet enfant et ses parents? Ce qui est nouveau dans la réflexion des équipes, c'est que cette compréhension psychodynamique des choses ne porte pas uniquement sur le soin, mais aussi sur la fonction éducative, en ce qu'elle est différente de la fonction parentale et de la fonction soignante (au sens de la psychothérapie classique, y compris institutionnelle).

De ce fait, le dispositif à mettre en place doit nous aider à porter notre attention sur la qualité de l'éducatif, le temps nécessaire à sa transformation en profondeur afin de ne pas passer dans la surveillance et le contrôle social, sauf si la protection de l'enfant l'impose, avant de penser le soin et la psychothérapie qui, dans ces conditions, seraient des solutions d'évitement du problème, voire de dénégation de la réalité de ce que vit l'enfant.

Donc il convient de réfléchir à l'éducatif plutôt qu'à agir dans l'urgence: c'est, dans notre domaine du soin, toute la question de la temporalité qui est posée, et pour tout dire de nos capacités de patience.

Quelques propositions de réflexion

Il s'agit de tenir compte des descriptions cliniques de nos prédécesseurs et des moyens thérapeutiques qu'ils avaient mis en place à cette occasion. Nous verrons successivement Spitz, Pikler, Bick et plusieurs autres contemporains.

René Spitz:

la dépression du bébé et l'hospitalisme

Les signes de dépression du bébé ont été décrits par Spitz en 1944 sous le nom de dépression anaclitique.

Un bébé de plus de six mois est séparé brutalement de sa mère alors qu'il avait de bons liens avec elle antérieurement. Survient alors une phase de pleurs, cris, comportements d'accrochage à l'adulte qui laisse la place à une installation en quelques semaines d'un syndrome qui comporte les signes suivants:

- un état d'apathie massive avec refus de contact et indifférence à l'entourage,
- conduites anorexiques avec perte de poids,
- insomnie,
- arrêt de développement,
- régression des acquisitions motrices et intellectuelles,
- grande sensibilité aux infections.

Devant un tel tableau, on assiste à une évolution variable en fonction de ce qui est fait pour le bébé.

- Si on restitue la maman à son bébé ou si un substitut convenable lui est trouvé avant trois à cinq mois: la dépression régresse, mais le bébé reste avec une hypersensibilité aux sépa-

rations ultérieures.

- Sinon, on décrit une évolution vers le marasme de plus en plus inquiétant sur le plan physique (infections pouvant aller jusqu'à la mort) et sur le plan psychique (régression de l'état psychomoteur laissant des séquelles indélébiles) et vers l'hospitalisme.

Mais avant de rappeler les signes de l'hospitalisme, il convient de décrire ce que Kreisler a appelé la dépression blanche du bébé, qui est en quelque sorte la forme actualisée de la dépression. Ce tableau comprend plusieurs séries de symptômes importantes à retrouver dans les différentes circonstances propices à cette pathologie. Et aujourd'hui, ce diagnostic est trop méconnu et donne encore lieu trop souvent à des errances thérapeutiques.

La dépression blanche du bébé

1. Atonie thymique

- la dépression du bébé est une athymie globale, plus une indifférence affective qu'une véritable tristesse,
- une indifférence morne, sans plaintes ni larmes,
- c'est une sémiologie en creux avec perte de l'appétit à se nourrir, se mouvoir, regarder, écouter, en somme une perte d'appétit à vivre avec quelqu'un.

2. Inertie motrice

- la lenteur et la monotonie des gestes et attitudes sont constantes,
- les mimiques pauvres, la mobilité corporelle engluée, et un figement portant plus sur le tronc et la racine des membres est décrit,
- les tendances répétitives des rares activités ludiques sont permanentes.

3. Repli interactif

- l'appauvrissement progressif de la relation,

- la chute des initiatives et des réponses aux sollicitations,
- et la fixité du regard sans clignement et le détournement à l'approche des bras sont à chaque fois retrouvés.

4. Désorganisation psychosomatique

- elle est très souvent retrouvée et sont communes les rhinopharyngites, bronchites, et diarrhées. Parfois cette pathologie psychosomatique peut être extrêmement sévère.

Les signes d'hospitalisme

On décrit un retard du développement corporel, de la maîtrise manipulatoire, de l'adaptation au milieu, du langage.

Dans les cas extrêmes: enfant complètement passif avec perte de mimiques faciales et regard vide, immobile, avec un retard moteur important, et quelquefois des mouvements stéréotypés et étranges des mains, des doigts, avec de fréquents balancements. Là encore, on retrouve une résistance amoindrie aux infections, qui peut conduire au marasme et à la mort.

Loczy : Emmi Pikler³⁵

À Budapest, elle a créé dès la fin de la deuxième guerre mondiale une pouponnière pour les enfants orphelins. À partir de cette expérience unique qui est aujourd'hui connue dans le monde entier, elle a déduit un grand nombre de considérations de très grande portée théorique et pratique. Pour elle et ceux qui l'ont suivie, il est très important de prendre en compte l'ensemble de la problématique du bébé, et il conviendra de prévoir un aménagement de ses espaces pour respecter les besoins fondamentaux du bébé, parmi lesquels:

³⁵ Je remercie le Dr Rosa Mascaro pour les informations qu'elle m'a transmises pour ce chapitre.

- un *besoin de sécurité matérielle et affective*
En cas de séparation: organiser l'environnement pour l'aider à rétablir cette sécurité en prévoyant des repères stables et réguliers, tant au niveau des personnes que des temps et des espaces, pour qu'il puisse s'engager dans une activité ludique sereinement.
- des *besoins sociaux*, car l'être humain est un être qui vit en société. Cela se fera à deux niveaux complémentaires: une socialisation primaire, en famille ou dans le milieu supplétif de la famille qui aura été trouvé pour l'enfant, et une socialisation secondaire qui concernera les liens sociaux extérieurs. Dans ce cas, tout doit être pensé pour que la rencontre avec l'autre soit vécue comme une aventure plaisante. L'espace a une influence importante aussi bien dans l'organisation des espaces collectifs qu'individuels.
- des *besoins vitaux*: manger, boire, dormir, être propre.
- et un besoin souvent passé inaperçu, le *besoin d'être actif*. En effet, l'enfant a besoin d'être actif physiquement et psychiquement sans pour autant être hyperactif.

Il est indispensable que l'enfant apprenne à penser par lui-même, à découvrir, à expérimenter, et à exercer ses compétences. L'aménagement de l'espace doit lui permettre de le faire à son rythme... Le schéma corporel ne se construit que par l'expérience partagée et ceci jusqu'à l'âge de la puberté environ.

Mais pour Pikler, ces besoins ne sont pas des absolus, ils sont fonction des âges de l'enfant.

Au cours de la première année, la vie des enfants se partage en trois temps bien distincts (temps d'éveil, de sommeil et de soins quotidiens...).

La qualité des moments pendant lesquels l'en-

fant va être actif est liée d'une part à la présence et à l'attitude de l'adulte qui s'occupe de lui et d'autre part à l'attention portée à l'espace qui va lui être offert.

Lorsque les enfants sont libres de leurs mouvements, ils vont franchir les étapes psychomotrices à leur façon et à leur rythme, ce qui est un gage important d'évolution satisfaisante.

Au cours de la deuxième année, ils vont découvrir la joie des déplacements et notamment grimper, circuler, manipuler et se nicher...

Au cours de la troisième année, ils ont ainsi acquis les notions: dedans, dehors, dessous, dessus, devant, derrière...

C'est le soin au corps qui donne la sécurité de base à travers les trois dimensions de continuité, sécurité et besoin d'être actif. L'accompagnement de ce soin doit se faire par un professionnel formé. L'aménagement doit être réfléchi pour tenir compte de ces dimensions aux différents niveaux: sommeil, repas, change et activités.

Pour Myriam David et Geneviève Appell qui ont grandement contribué à faire connaître Emmi Pikler en France, les cinq objectifs du traitement de la grande carence sont :

1. Poser l'indication ou non de placement en l'utilisant comme un premier temps de traitement des liens unissant bébés et parents. Ce premier temps thérapeutique permet d'éviter un certain nombre de séparations et, lorsqu'elles doivent se faire, d'en contenir l'urgence.
2. Préparer enfants et parents à la séparation ainsi qu'à tout changement survenant pendant le temps de la prise en charge; les préparer également aux retrouvailles et les y accompagner le temps nécessaire.
3. Pendant le temps de la séparation, apporter

à l'enfant les soins supplétifs dont il a absolument besoin pour survivre, se restaurer, reprendre le cours de son développement.

4. Traiter les relations mère-enfant, père-enfant dans la séparation. Ceci implique un soutien de chacun des intéressés pendant les temps de rencontre, l'accompagnement de la mère et du père dans leur parentalité souffrante et blessée, et l'aide individuelle à l'enfant dans sa propre construction de ses liens à ses parents.
5. Travailler au niveau de l'équipe d'accueil et des autres services concernés afin d'éviter le développement des facteurs de carence supplémentaires et vérifier que les décisions prises le soient toujours en fonction des exigences préventives ou thérapeutiques.

Ces différents auteurs nous ont amené à mieux réfléchir aux conditions qui doivent présider aux placements dans des établissements des enfants carencés, quel que soit le scénario qui les y conduit, en termes de liens facilitant le travail de séparation de l'enfant avec ses parents, mais aussi de ses parents avec lui.

Esther Bick: l'observation directe du bébé dans sa famille

Lorsque Esther Bick est chargée par la British Psychoanalytic Society de proposer un cursus de formation aux futurs psychothérapeutes d'enfants, elle accorde une grande importance à l'observation d'un bébé dans sa famille jusqu'à l'âge de deux ans environ, de façon à permettre au futur psychanalyste de mieux connaître ce qui caractérise un bébé dans son développement. Ce faisant, elle a ouvert la porte d'une formation nouvelle, mais également à des applications inattendues de cette méthode.

La méthode selon Esther Bick: la formation

La formation à l'observation consiste à se rendre

pendant deux ans environ dans une famille avec son accord à raison d'une heure par semaine pour observer un bébé dans sa famille. Il s'agit non seulement d'observer le bébé en tant que tel, mais également dans ses interactions avec ses parents. Ces deux choses sont déjà des sources très intéressantes d'enrichissement des connaissances. Mais de plus il s'agit, dans un souci spécifique à la formation des psychanalystes, de s'intéresser aussi à ce qui se passe dans l'expérience de l'observateur lui-même. C'est ce que les psychanalystes nomment habituellement le contre-transfert. Ici, cela a quelque chose de particulier, puisque le bébé ne parle pas, au moins tout au long de la première année, et l'observateur va devoir être attentif à d'autres signes que les seuls éléments du langage articulé dans une parole. Après chaque visite, l'observateur rédige une observation la plus complète possible de ce qu'il a observé. Cette observation fera l'objet d'une lecture in extenso avec un formateur déjà formé à la méthode. Cette méthode est maintenant très répandue dans le monde et plusieurs groupes nationaux de formateurs peuvent être joints pour s'y former (Tavistock Clinic à Londres, Affobeb à Paris et Bruxelles...).

Mais cette méthode déjà très féconde pour la formation a été étendue en quelque sorte dans ce que l'on appelle des applications, ou observation thérapeutique.

Didier Houzel: l'observation thérapeutique du bébé à risque dans sa famille

Didier Houzel s'est très tôt intéressé à la prévention des signes de souffrance psychique des bébés à risque, notamment autistique. À partir de sa formation à la méthode de l'observation selon Esther Bick et de sa constatation d'une fonction thérapeutique de cette observation d'un bébé, il a eu l'idée de l'utiliser dans le traitement préventif des risques concernant le bébé. Et

c'est ainsi qu'à Brest d'abord, puis à Caen, il a développé un cadre d'observation thérapeutique qui commence à se répandre auprès de ceux qui accueillent des bébés en souffrance et souhaitent étendre les psychothérapies parents-bébés classiques à d'autres thérapeutiques complémentaires. Pour lui, les indications sont intéressantes dans les cas de risque autistique mais aussi dans certains cas de pathologies psychosomatiques et de carences affectives.

Serge Lebovici: la consultation thérapeutique. Lebovici a repris à Winnicott le terme de consultation thérapeutique qui est le titre d'un de ses ouvrages. C'est également lui qui a qualifié de «moments sacrés» les périodes décisives où ces consultations sont ressenties à la fois par le patient et son médecin comme une thérapeutique sous-tendue par l'émotion constructive du thérapeute. Lebovici utilise sa grande expérience lors de ces rencontres avec les parents et le bébé, et il nous permet de comprendre ce phénomène qu'il appelle «enactment» ou «énaction», qui est pour lui une sorte de guide dans la conduite de la consultation. La définition qu'il en donne est «une action maîtrisée de notre propre corps. On réagit avec notre corps, nos sentiments, nos affects, mais de manière maîtrisée, de façon à ne pas agir au sens extérieur, mais on agit quand même avec son corps: l'idée n'est pas déployée, elle est incorporée». Le but est de construire ensemble au cours de ces consultations l'arbre de vie, expression préférée à celle de génogramme, pour comprendre les mandats transgénérationnels qui pèsent sur le destin du bébé, et peuvent être de nature à faire naître des symptômes chez lui. Son enseignement basé sur des films de consultations thérapeutiques est très convaincant en matière de travail sur la parentalité, en présence du bébé.

Les autres approches

Que ce soient les thérapies familiales qui peuvent d'ailleurs être de types différents (systémique, psychanalytique, groupales...), les différents modes de placement familial ou collectif, ou même les psychothérapies d'enfants elles-mêmes de références diverses, toutes ces approches concourent à aider les parents et le bébé puis l'enfant à avancer sur le chemin de leur trajectoire existentielle. Ce que l'on appelle la psychothérapie institutionnelle vient d'un mouvement créé après la deuxième guerre mondiale par Tosquelles, puis développé par Oury et d'autres. Cette théorisation complexe permet d'intégrer les différents niveaux qui sont nécessaires à prendre en compte dans les problématiques psychopathologiques. Dans la question qui nous intéresse présentement, les concepts élaborés par ce mouvement peuvent être d'une particulière pertinence, notamment tout ce qui concerne la «constellation transférentielle» et les «rapports complémentaires».

Conclusion

Nous avons vu quelques-uns des très nombreux aspects qui concernent la question de la parentalité aujourd'hui. Que ce soient les conditions dans lesquelles la parenté a pris d'autres formes et d'autres visages au cours des dernières années, que ce soient les observations que l'on peut faire en matière de développement de l'enfant comme autant de résultats concrets des modifications des conditions de la parentalité contemporaine, ou que ce soient les projets proposés par les uns et par les autres, aussi bien sur les plans politiques que sociaux et économiques, il est très important de réaliser que nous sommes en train de découvrir un nouveau monde pour nos enfants et petits-enfants à venir, ce qui doit nous inciter à réfléchir toujours plus avant à tout ce qui va en sortir d'inattendu. C'est ainsi que les nouveaux parents, ou plutôt les nouvelles formes de parentalité vont devoir s'étayer sur de nouvelles pratiques et de nouvelles expériences ; mais c'est probable que tous ceux qui souffrent de parentalités difficiles voire impossibles, du moins pour un temps donné, vont aussi avoir à parcourir de nouveaux chemins.

Car quelle que soit la décision prise par celui qui accompagne et aide à la qualité des fonctions parentales, la relation humaine est une chose fragile et qui doit être l'objet du plus grand respect, ce qui nous amène de facto à trouver et à innover dans ce domaine. Je crois qu'aujourd'hui, avec les très grandes possibilités qui sont offertes, il ne faudrait pas oublier que la protection des enfants est trop souvent encore infiltrée par des idéologies diverses qui pourraient simplifier un problème qui demeure par essence complexe. Aussi me semble-t-il utile de réfléchir aux aspects institutionnels qui doivent accompagner

toute action en faveur de la parentalité. Et je pense que c'est de ces différents éléments que pourront sortir des formes de pratiques nouvelles au service des parents qui vont bien mais aussi à celui de ceux qui vont mal.

Parmi ces innovations attendues, il me semble important là encore de privilégier les formes qui instaurent des dispositifs à temps partiel, des possibilités d'aider à la carte, en mettant toujours en avant la qualité du lien entre l'enfant et ses parents, même si quelquefois, la seule façon de le protéger est de faciliter une séparation plutôt que de maintenir une union délétère. Nous avons à sortir des habitudes des certitudes acquises pour parvenir à une meilleure appréciation du devenir de tous les enfants, notamment ceux qui souffrent de leurs parents.

Bibliographie

- Berger M., Bonneville E., *Protection de l'enfance: l'enfant oublié*, Temps d'arrêt, yapaka.be.
- Dadoorian D., *Grossesses adolescentes*, Érès, La vie de l'enfant, 2005.
- Dayan J., et al., *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, Paris, 1999.
- Delion P., (sous le dir.), *Les bébés à risque autistique*, Érès, 1998.
- Delion P., (sous la dir.), *L'observation du bébé selon Esther Bick*, Érès, 2004.
- Delion, P. *Soigner la personne psychotique, histoire, concepts et perspectives de la psychothérapie institutionnelle*. Paris, Dunod, 2005.
- Eliacheff C., Soulez Larivière D., *Le temps des victimes*, Albin Michel, Paris, 2007.
- Freud S., (1908). *Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité, Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, 149-155.
- Fivaz E., Corboz A., *Le triangle primaire*, Odile Jacob, Paris, 2000.
- Foucault M., *Surveiller et punir*, Tel Gallimard, 1975.
- Guédeney N., et Guédeney A., *L'attachement, concepts et applications*, Masson, Paris, 2006.
- Godelier M., *Métamorphoses de la parenté*, Fayard, Paris, 2007.
- Houzel D., *Les enjeux de la parentalité*, Érès, 1999.
- Houzel D., et coll., *La parentalité*, Érès, Ramonville, 1998.
- Jouriles EN., and al., *Marital conflict, parenting, and toddler conduct problems*, J. Abnormal, Child Psychol., 16, 1988.
- Lacroix MB., Monmayrant M., (sous la dir.), *Les liens d'émerveillement, l'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*, Érès, 1995.
- Laplanche J., Pontalis J-B., *Vocabulaire de psychanalyse*, PUF, 1990.
- Lebovici, S., *L'arbre de vie, éléments de psychopathologie du bébé*, Érès, 1998, 239.
- Lévi-Strauss C., *Les structures élémentaires de la parenté*, Mouton, Paris, La Haye, 1947.
- Marcelli D., *L'enfant chef de la famille*, Essai (poche), 2006.
- Osorio E., *Luz ou le temps sauvage*, Métaillé, 2002, (roman).
- Stoléru S., in Houzel et coll., *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, Paris, 2000.
- Lévi-Strauss C., *Les structures élémentaires de la parenté*, PUF, Paris, 1949.
- Théry I., *Différences des sexes et différences des générations. L'institution familiale en déshérence*, Esprit, 227, Malaise dans la filiation, 12, 1996.
- Uzan M., *La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*, Rapport au DGS, Paris, 1998.
- Williams G., *Paysages intérieurs et corps étrangers*, trad. Alcorn D., Éditions du Hublot, Larmor Plage, 1998.



Tous les 2 mois, un livre de 64 pages envoyé gratuitement aux professionnels de l'enfance et de l'aide à la jeunesse (11.000 ex.)

Temps d'Arrêt – Déjà parus

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.*
- Confidentialité et secret professionnel: enjeu pour une société démocratique. Edwige Barthélemi, Claire Meersseman et Jean-François Servais.*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.*
- Procès Dutroux; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerebaut, Véronique Poncet et Violaine Van Cutsem.*
- Malaise dans la protection de l'enfance: La violence des intervenants. Catherine Marneffe.*
- Maltraitance et cultures. Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux. Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir: le risque de la confusion. Serge Tisseron.*
- Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo Patricia Laloire, Françoise Mulkey, Gaëlle Renault.*
- L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale? Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.*
- Voyage à travers la honte. Serge Tisseron.*
- L'avenir de la haine. Jean-Pierre Lebrun.*
- Des dinosaures au pays du Net. Pascale Gustin.*
- L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance: qu'en penser aujourd'hui? Pierre Delion.*
- Choux, cigognes, «zizi sexuel», sexe des anges... Parler sexe avec les enfants? Martine Gayda, Monique Meyfroidt, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe.*
- Le traumatisme Psychique. François Lebigoit.*
- Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire. Danièle Epstein*
- À l'écoute des fantômes. Claude Nachin.
- La protection de l'enfance. Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.
- Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel. Jean-Marie Forget.
- Le déni de grossesse. Sophie Marinopoulos

*Épuisés mais disponibles sur www.yapaka.be

Prenons le temps de travailler ensemble

La prévention de la maltraitance est essentiellement assurée au quotidien par les intervenants en lien direct avec les familles.

Le programme Yapaka, mené par la Coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance, a pour mission de soutenir ce travail.

D'une part, il propose un volet de formations, de conférences, d'informations via une newsletter et les livres Temps d'arrêt aux professionnels. D'autre part, des actions de

sensibilisation visent le public (livres, spots tv, autocollants,...).

Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: un tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

yapaka.be

Une action de la Communauté Française

Les livres de yapaka

disponibles toute l'année gratuitement
sur simple demande au 0800/20 000



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite à chaque
élève de 4ème primaire



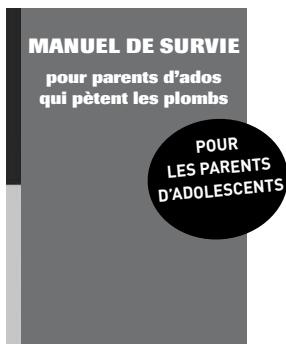
Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via
les associations fréquentées
par les adolescents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via les
crèches, écoles, associations
fréquentées... par les parents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

SORTIE EN 2008