

**Jeunes enfants et parents en souffrance psychique :
Quels dispositifs adaptés à la singularité de chaque situation ?**

Cycle de séminaires 2015

2^{ème} séminaire

Mardi 17 novembre 2015 de 9h à 16h30

à Beez

**«Travail à domicile, bébés en souffrance et parentalité affectée par
des troubles psychiatriques »**

Avec la participation de

Marthe Barraco de Pinto

Marthe Barraco de Pinto est psychologue-clinicienne, thérapeute enfants-familles, membre du comité de rédaction de la revue Dialogue, formatrice. Elle a travaillé de longues années avec Myriam David dans l'Unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants (Fondation de Rothschild – 13^{ème} arrondissement de Paris) et a réalisé dans ce cadre l'accompagnement de bébés à hauts risques.

Synthèse des échanges

Un séminaire organisé par
le Centre de Référence en Santé Mentale, CRéSaM, asbl
et le groupe de travail « Champ des pratiques cliniques de la petite enfance »



Agréé
et subventionné
par la Wallonie



Introduction

Le groupe de travail « Champ des pratiques cliniques de la petite enfance » réunit depuis quelques années des professionnels de la santé mentale et, depuis 2014, de l'aide à la jeunesse. Des situations cliniques servent de point de départ au travail. Y sont abordées des questions relatives au travail en réseau et à domicile, avec les jeunes enfants et leur famille. En 2015, le groupe s'est intéressé à la question du « dispositif », pensé à partir de la clinique du sujet.

Un premier séminaire s'est déroulé le 24 mars en présence de Marie Couvert. Une synthèse des échanges est disponible [ici](#).

Le second séminaire aborde la thématique suivante : « *Travail à domicile, bébés en souffrance et parentalité affectée par des troubles psychiatriques* ». La psychopathologie présentée par certains parents impacte le devenir de leur parentalité ainsi que le développement du bébé. Quelles sont les difficultés particulières de ces parents atteints de troubles psychiatriques ? Comment accueillent-ils l'arrivée d'un bébé ? Quelles sont les modalités de prise en charge de ces familles ? Comment répondre au mieux aux besoins de ces bébés et de leurs parents ? Quels sont les apports spécifiques du travail à domicile ? Quelles sont les caractéristiques d'un travail en réseau ? Comment peuvent collaborer le réseau psychiatrique adulte et le réseau autour des enfants ? Telles sont quelques-unes des questions mises au travail le 17 novembre.

Interventions de Marthe Barraco de Pinto

Marthe Barraco de Pinto est psychologue-clinicienne, thérapeute enfants-familles, membre du comité de rédaction de la revue Dialogue, formatrice. Elle a travaillé de longues années avec Myriam David dans l'Unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants (Fondation de Rothschild – 13ème arrondissement de Paris) et a réalisé dans ce cadre l'accompagnement de bébés à hauts risques.

Ses interventions, qui s'appuient sur nombre de ses écrits, portent d'une part, sur la psychopathologie des parents et son impact sur le bébé, et d'autre part, sur le travail à domicile et en réseau. Madame Barraco présente également un document vidéo¹ illustrant le travail en réseau avec des parents psychotiques. Ce document aborde les enjeux du travail à domicile, ses indications, ses limites, la pertinence et les balises pour un travail en réseau qui soit protecteur pour l'enfant et sa famille.

Présentation d'une situation clinique

Chantal Denys et Cécile Degueldre

SAIE « Qualiplus » (Service d'Aide et d'Intervention Éducative)

Mesdames Denys et Degueldre présentent leur travail avec un petit garçon de 7 mois. L'équipe a été mandatée par le SPJ pour un accompagnement éducatif de l'enfant, et a pour mission de dresser un premier bilan concernant l'évolution de celui-ci et de sa situation familiale, d'évaluer les capacités parentales de chaque parent et de tenter de définir, en collaboration et dans la mesure du possible, des pistes de travail avec eux.

Les intervenantes présentent leur cadre de travail (à domicile et au service) avec cette famille et témoignent de leurs observations quant à l'évolution de l'enfant, des difficultés de collaboration avec les parents, de la difficulté à faire entendre leurs inquiétudes à l'égard de l'enfant, des diverses pistes d'aide proposées.

¹ « Flavie ... pas à pas », vidéo réalisée par le Centre Donald Winnicott, La Roche-sur-Yon.

Synthèse des échanges

Les contenus des différents temps d'échanges sont rassemblés et synthétisés ci-dessous.

Quelques éléments cliniques

Les pleurs du bébé²

Après l'accouchement, parmi les transformations qui opèrent chez les femmes, on observe une sensibilité accrue au niveau acoustique. Cela permet à la mère de mieux entendre, d'être plus vigilante vis-à-vis de son bébé. Les pleurs du bébé peuvent cependant impacter de manière très importante des personnes qui ne présentent pas nécessairement une psychopathologie avérée, mais qui sont en insécurité par exemple, se dévalorisent, pensent qu'elles ne savent pas bien calmer l'enfant. Il faut être très attentif à repérer ces mamans qui ne supportent pas les cris de leur bébé.

Le regard du bébé

Les individualités des bébés sont présentes dès la naissance : certains bébés vont chercher à accrocher le regard dès la naissance ; d'autres qui par ailleurs vont très bien, mettront plus de temps ; d'autres encore détourneront le regard d'emblée, ou présenteront des difficultés d'accrochage du regard, ou chercheront à accrocher le regard de la mère puis s'en détourneront, faute de le rencontrer. Il n'y a vraisemblablement pas de systématique dans ce registre. Cela étant, il est important de repérer une difficulté d'accrochage, ou un accrochage vers un ailleurs qui se systématiserait.

Le père et la triade

Dans certaines situations de trouble psychiatrique chez la mère, il est à remarquer que le père, malgré le fait qu'il ne présente pas de trouble psychotique par exemple, qu'il travaille, qu'il soit dans des relations sociales, qu'il s'intéresse au bébé, ... n'est pas nécessairement en capacité de prendre soin de ce dernier et d'être protecteur à son égard. Suffisamment fascinés par la psychose de leur compagne, ces pères ne se sentent pas en droit d'intervenir dans la relation, ne prennent bien souvent pas la mesure de la gravité de la décompensation et n'interviennent pas au niveau du soin au bébé.

Dans d'autres situations, il y a à accueillir les pères qui présentent un trouble psychiatrique avéré ou une décompensation paternelle lors de la naissance de l'enfant, de manière à endiguer l'impact sur les nourrissons, en faisant en sorte par exemple qu'ils puissent consulter. Martine Lamour a écrit sur la psychopathologie paternelle³. Elle fait un repérage des difficultés qu'on peut voir apparaître chez les nouveaux pères. Cela va des plus petites manifestations (couvade / identification à la mère / prise de poids) jusqu'à des comportements plus irruptifs, des passages à l'acte sexuels, des décompensations, des tentatives de suicide, ...

Par ailleurs, le document vidéo montre un père souffrant d'un trouble psychiatrique, qui porte une demande, qui parle de sa peur de transmettre quelque chose de sa pathologie mentale, qui est en réflexion par rapport à sa souffrance. Il fait résistance discrètement mais fermement au fait que le suivi puisse s'arrêter. Dans cette situation clinique, la triade est prise en compte dès le début, elle constitue un point d'appui dans l'alliance thérapeutique. Le document montre un tressage maternel et paternel très intéressant. L'alliance avec les parents permet que ces derniers restent parents même s'ils ne voient pas l'enfant tous les jours.

² Barraco de Pinto M. (2013). *Les Pleurs du bébé*. Savigny-sur-Orge, Editions Duval, coll. Comprendre bébé (fascicule reprenant de nombreux exemples, destiné à un public tout venant).

³ Lamour M. (2013). *La paternité et ses troubles*. Bruxelles, Fédération Wallonie-Bruxelles, coll. « Temps d'Arrêt/Lectures ».

Désorganisation de l'enfant en institution

Les institutions sont parfois en grande difficulté et en questionnement quant à l'attitude à adopter face à des enfants plus âgés, dans un état de désorganisation intense. Intervenir auprès des tout petits permet d'endiguer ce devenir douloureux d'enfants qui par la suite seront très difficiles à gérer. Un cas illustratif des traumatismes relationnels précoces est développé dans le numéro « Violence, familles, institutions »⁴, de la revue *Dialogue*. Il s'agit d'un enfant de moins de 3 ans placé en urgence en pouponnière. Les parents présentent une psychopathologie grave, les aînés ont été placés, la violence est présente. La pouponnière est mise à mal par les comportements de l'enfant. L'article met en évidence la nécessité des soins psychiques prodigués à l'enfant et aux parents, ainsi que de l'accompagnement des professionnels de la pouponnière. L'enfant a bénéficié d'un placement familial et s'en est sorti. Sans soins, il était voué au pire... Ainsi, démarrer le soin de façon très précoce est essentiel et permet d'éviter un parcours institutionnel douloureux pour ces enfants.

Un enfant qui va mal dans l'interaction avec son parent ne va pas nécessairement mieux dans un autre contexte : en fonction de la manière dont il a pu se développer, il va transporter ses difficultés dans d'autres relations. Le soin doit consister à installer une autre relation fiable : pour se construire, un enfant a besoin de s'assurer dans un attachement fiable, d'avoir des réponses adéquates. S'il ne les trouve pas dans son milieu parental, il faut essayer de travailler sur tout l'environnement pour qu'il soit plus stable, enveloppant, adéquat, et établir une relation qui lui donne sécurité. La ligne de mire du travail doit être « que faut-il pour qu'un enfant grandisse bien » ?

Dans d'autres lieux non thérapeutiques tels les lieux d'accueil parents-enfants, les accueillantes sont parfois en difficulté face à la désorganisation psychique d'une mère par exemple, qui peut angoisser les autres parents (et enfants) présents. Il importe dans ces situations d'être le plus enveloppant possible pour la mère, et pour les autres qui peuvent se sentir agressés ou angoissés (mais qui sont adultes, et peuvent comprendre qu'un autre adulte puisse passer par des moments difficiles). Il s'agit de faire les choses tout en délicatesse, puisqu'on ne se trouve pas dans un lieu thérapeutique où l'on pourrait verbaliser ce qui se passe. Il peut aussi être proposé des entretiens individuels ; une accueillante peut aussi se placer du côté de l'enfant, en verbalisant, de façon ludique.

Modulation de la distanciation

Quelques repères

Madame Barraco et ses collaborateurs développent des indicateurs par rapport à la question de la distanciation (terme qui permet d'utiliser toute la palette possible, allant de la mise en crèche précoce d'un bébé, aux week-ends chez une famille nourricière, à des temps de vacances hors du contexte familial, et au placement). Ils ont mis en évidence ce qui, dans la parentalité, devait être repéré pour être au plus près d'une évaluation de ce qui est adéquat ou non chez les parents. Le fil rouge, c'est le développement de l'enfant. Il est nécessaire de mettre en place des outils permettant d'avoir une observation extrêmement fine de l'enfant, et d'avoir une connaissance de son développement précoce. Ces éléments permettent d'aménager au mieux la rencontre ou la distanciation.

Qu'est-ce qui, dans son développement, permet de dire qu'un enfant va bien ? Un enfant « sage » n'est pas nécessairement un enfant qui « va bien ». Des éléments relatifs à la courbe de croissance sont certes importants, mais il importe aussi de réaliser une observation très fine de l'enfant : comment joue-t-il, parle-t-il, à qui s'adresse-t-il, s'intègre-t-il au groupe, sourit-il de manière adéquate, ... ? Un enfant sage est parfois un enfant qui se fait oublier, parce qu'il se fond dans le rythme du groupe et ne montre pas grand-chose. Il est intéressant de pouvoir s'appuyer sur de telles observations réalisées par exemple en milieu d'accueil.

Cela étant, quelle que soit la modalité de rencontre ou de distanciation, le lien n'est jamais cassé, le lien symbolique reste : le nom, la famille autour de l'enfant, l'inscription dans une généalogie, ... Des

⁴ Lamour, M. (2011), *Une protection à haut risque*. In : *Dialogue*, n° 191, pp. 7-22.

rencontres avec les parents peuvent se poursuivre, moyennant par exemple des visites médiatisées en pouponnière, qui offrent un cadre protégé. Le lien n'est donc pas cassé, mais des aménagements sont mis en place de sorte que l'enfant puisse survivre : c'est la vie psychique, et quelque fois la vie physique, qui est mise en danger ; avec des bébés, la notion de vie ou de mort est bien présente. Par ailleurs, protéger les enfants, c'est aussi protéger les parents du risque de devenir maltraitants.

Les réactions de l'enfant doivent guider les décisions par rapport à des visites encadrées par exemple. Si l'enfant est trop malmené par le rythme des visites, il faut les distancier par exemple, ou les écourter, ... de manière à protéger l'enfant de l'exposition à la pathologie de sa mère ou de son père. En général les parents acceptent cela.

Il peut également être expliqué à l'enfant que ses parents sont trop fragiles et malades que pour qu'il puisse vivre à leurs côtés. C'est douloureux certes, mais cela peut être expliqué et compris, notamment quand il ne va pas bien suite à une rencontre avec sa mère. On peut alors parler avec lui de son ressenti face à sa mère en situation de mal-être. Il faut être au plus près de son vécu. Il n'est pas question d'être dans une idéologie absolue de maintien du lien et de rencontre. Mais il est très difficile de faire accepter socialement que certaines personnes ne peuvent pas parvenir à être parents. C'est un tabou, alors que les intervenants constatent cette réalité au quotidien.

Quelle parentalité possible ?

Le document vidéo a mis en lumière un élément essentiel : paradoxalement, grâce à l'accompagnement dont elle a bénéficié, la mère se sent moins séparée de son enfant placé à 5 mois ½ que de ses aînés, qu'elle a pourtant gardés près d'elle plus longtemps. Cette mère est reconnue comme mère d'emblée ; les intervenants savent qu'elle ne pourra pas être mère à temps plein, mais vont la soutenir pour être mère à temps partiel. Le père aussi est conscient de ses troubles. Il y a une acceptation de leur part de ce dispositif, et un soulagement de pouvoir se dire que leur enfant ne sera pas comme eux, pris dans les mêmes difficultés.

Parle-t-on de parentalité à temps partiel ou de pluriparentalité ? La mère relate le fait que les voisins lui adressent la parole, même lorsque sa fille n'est pas avec elle, il y a en quelque sorte une continuité dans l'identité, dans l'expérience et dans l'investissement parental. Une pluriparentalité effective a pu par ailleurs se mettre en place dans l'exercice de cette parentalité. On est de plus en plus obligé à penser cette pluriparentalité. Ces parents se sentent vraiment parents même s'ils n'ont pas leur fille avec eux. C'est leur fille, et elle les reconnaît comme parents. L'entourage les a vus avec cette enfant, il sait qu'elle existe, qu'elle grandit, qu'elle va bien. Les parents sont ainsi valorisés en tant que parents.

Les professionnels ont fait exister l'enfant dans la présence et l'absence. En faisant tissu, et en laissant des espaces vides, en laissant des moments avec et sans, les professionnels contribuent à faire exister l'enfant de cette façon-là.

Idéologie du lien

Maintenir l'enfant à tout prix dans le milieu de vie est une idéologie parfois encore bien présente, véhiculée notamment par le décret de l'aide à la jeunesse. Dans certaines situations, les intervenants et la justice sont en empathie par rapport aux besoins des parents, au détriment des besoins de l'enfant et de son développement. Des enfants sont ainsi maintenus dans leur milieu familial, ou en institution, mais à quel prix ? Le système crée de la maltraitance institutionnelle...

Maintenir à tout prix n'a pas de sens ; il faut réfléchir au cas par cas. Et maintenir, c'est maintenir ce qui est possible d'être maintenu. Il ne s'agit pas de couper tous les liens et de faire des trous dans l'histoire de l'enfant, qui ne reconnaîtra plus d'où il vient. Mais il faut protéger, ce qui signifie éloigner, lorsque ce n'est pas vivable pour l'enfant.

Placement = échec ?

La décision de placement est parfois vécue par les professionnels comme un échec, ils peuvent effectivement en souffrir en tant que professionnels parce que c'est très douloureux. Mais si c'est accompagné, ce n'est pas du tout destructeur, au contraire. Les parents sont souvent soulagés de la distanciation, apaisés ; ils retrouvent de meilleurs liens, et ne rompent pas le lien thérapeutique : c'est cela qu'il faut entendre⁵. Mettre des limites permet de protéger non seulement la vie psychique et la vie physique de l'enfant, mais aussi la vie des parents en tant que personnes, citoyens. Distancier l'enfant de sa famille permet ainsi de préserver ce qu'il y a de meilleur, d'humain.

La difficulté, pour les professionnels, réside aussi dans le fait que ce ne sont pas les mêmes services qui font les premiers accompagnements menant éventuellement au placement, et ceux qui vont suivre ce placement. Il peut être difficile pour les premiers de ne pas savoir ce qu'il est advenu de la situation. Les intervenants peuvent alors rester sur un sentiment de ne pas avoir fait ce qu'il faut. Si l'on est en confiance avec l'équipe qui accompagne, il sera plus facile de vivre le placement.

Familles d'accueil

En France, les placements familiaux relèvent d'associations spécialisées ou émanent de l'aide sociale à l'enfance. Dans ce cas, l'encadrement est bien moindre, mais un référent du service social fait, dans la mesure du possible, le travail de liaison entre famille d'accueil et famille d'origine et l'enfant ; il peut faire appel à des services ponctuels ou spécialisés comme les services de visites médiatisées.

Pour les placements familiaux relevant d'associations spécialisées, les travailleurs issus d'une équipe pluridisciplinaire encadrent et accompagnent les familles d'accueil, visitent les familles d'accueil et d'origine, évaluent la pertinence des rencontres avec la famille d'origine. Les familles d'accueil sont rémunérées, professionnalisées, ont une formation de base, sont recrutées. Elles se situent dans le processus de soin. Elles ne sont cependant pas exposées de la même façon que les autres professionnels, elles ne sont pas nécessairement présentes à toutes les réunions, elles sont protégées et ne connaissent pas nécessairement toute la vie de la famille d'origine ; mais ce sont de réelles collaboratrices. Le fait qu'elles soient rémunérées y participe (ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'attachement). Il serait intéressant de travailler dans ce sens avec les familles d'accueil en Belgique, en les associant au travail, en leur donnant une place, de manière à pouvoir aussi en motiver d'autres (les familles d'accueil étant trop peu nombreuses, également en France).

Il importe de se départir de l'idée qu'une séparation et une bonne famille d'accueil vont résoudre tous les problèmes de l'enfant. Les enfants sont actifs dans la recrudescence des problèmes relationnels à l'identique de ce qu'ils ont vécu avec leurs parents. Il faut que les familles d'accueil soient armées pour accueillir cela sans être dévastées ou culpabilisées. Dans l'accompagnement de ces familles, le travail porte sur le fait qu'il y a des stades dans le déroulement d'un placement : au stade idyllique, où tout le monde est dans l'illusion que tout va bien aller, où la famille d'accueil accueille et l'enfant ne montre pas ses difficultés, succède le moment où apparaît la pathologie du lien. Si la confiance est établie entre les équipes d'encadrement et la famille, cette dernière pourra parler de ses difficultés et des mesures pourront être prises pour l'aider à passer ce cap, éviter des crises, des ruptures, de la maltraitance, notamment liées à la répétition de la pathologie de l'enfant. Il y a une réflexion à mener sur la dynamique de séparation et de placement familial, et la nécessité d'accompagner tout ce processus.

Travail sous mandat

La situation clinique présentée a mis en exergue la difficulté de travailler avec un double mandat pour une même équipe : à la fois du côté de l'expertise, et en même temps du côté thérapeutique. Comment faire naître une demande du côté thérapeutique alors que ce qui est demandé aux

⁵ Voir à ce sujet le film : Lamour, M., Barraco, M., Gabel, M., Froger, C., Lébovici, S. (1992). Liens d'amour, liens de haine (I, interactions précoces parents nourrisson et maltraitance, II, Les intervenants face à la maltraitance).

intervenants, c'est de prendre une photographie de la situation du côté d'une expertise ? Cela vient mettre la place de thérapeute à mal.

Il importe donc de scinder deux types de mandat : l'évaluation et le volet thérapeutique. Une même équipe ne peut pas assurer deux mandats simultanément, au risque d'arriver alors dans une impossibilité de lien de confiance. Un des deux aspects sera nécessairement trahi. Dans certaines situations (par exemple avec des parents présentant une paranoïa), le travail thérapeutique sans évaluation est extrêmement fragile voire impossible. Un temps préalable d'évaluation et d'expertise doit permettre de voir si un travail thérapeutique ou pédagogique peut être mis en place ou non. Comment imposer un travail thérapeutique à quelqu'un qui n'en veut pas, ou qui n'a pas conscience de son problème ?

Dans un cadre d'expertise, l'observation fine de l'enfant, le testing, ... permettent de se recentrer sur l'enfant, d'investiguer l'urgence, de s'extraire de ce qui se passe souvent, à savoir se concentrer sur les parents, leur histoire, ...

Transmission d'éléments « objectifs » ?

Pour la rédaction d'un rapport dans le cadre d'un travail sous mandat, il est souvent demandé qu'il y ait débat contradictoire entre le « bon » d'un côté, le « mauvais » de l'autre. Si l'intervenant qui rédige le rapport a des inquiétudes majeures et souhaite qu'elles soient entendues, il est utile de commencer par écrire les éléments positifs et terminer par les éléments qui inquiètent. Afin de s'assurer que les faits relatés soient effectivement bien compris, il est nécessaire de donner son interprétation de ce qu'on a pu observer, de faire part de ses préconisations.

La grande difficulté des situations de maltraitance psychique, c'est la question de la subjectivité, de la différenciation, de la construction psychique. Tant que l'on reste du côté des faits objectifs, on tombe dans le piège de la situation clinique rapportée, d'un enfant sage, qui va bien, conforme, ... L'aide à la jeunesse est parfois en attente des intervenants psys qu'ils relatent des faits objectifs. Or, les observations fines des interactions, des relations précoces, à moins qu'elles s'étaient sur davantage de testings, confrontent à une réalité qui est de l'ordre de la subjectivité. Les réalités psychiques et sociales ne se rejoignent pas toujours.

Par ailleurs, lorsque les situations sont judiciairisées, les intervenants se retrouvent également face à une difficulté relative au manque de connaissance des avocats de la problématique de la maltraitance et de l'incapacité de certains adultes à se montrer protecteur et parent. Mais, dans sa pratique, la mission de l'avocat est de défendre son client... Il serait cependant nécessaire que les avocats soient formés aussi à la psychopathologie des liens.

Et puis, tout le monde est humain : il est très difficile d'être confronté à des bébés et à de très jeunes enfants maltraités ; on n'y est pas nécessairement préparé (y compris lorsqu'on est psychiatre d'adultes, voir à ce sujet un article de Jacques Azoulay⁶).

Moyens consacrés au secteur de la petite enfance

Il importe de connaître les services existants, de savoir qui fait quoi comment, ... Encore faut-il que le service jugé adéquat puisse être effectivement disponible. Que proposer comme alternative ?, Certaines régions sont pauvres en ressources. Il faut parfois du temps avant d'avoir une expertise, le travail en réseau n'est pas toujours évident ; certains intervenants y sont encore réfractaires, arguant la question du secret professionnel. Les délégués de l'aide à la jeunesse ont des difficultés à avoir des informations leur permettant de se positionner.

⁶AZOULAY, J., *Le psychiatre d'adulte et les enfants de malades mentaux. Les difficultés contre-transférentielles du psychiatre d'adulte devant la souffrance de l'enfant réel*. In : *Perspectives Psy*, vol. 26, n° 6/1, janvier-février 1987, pp. 37-47. (<http://www.documentation-sociale.org/base-prisme/23575/>)

Dans le secteur de l'aide à la jeunesse, très peu de subsides sont consacrés à la petite enfance, la majorité est consacrée aux adolescents, et en particulier aux adolescents délinquants. Il y aurait quelque chose à interroger au niveau de la répartition des subsides dans ce secteur, mais aussi au niveau du financement de recherches relatives à la clinique du tout petit et de ses parents.

Travail à domicile

L'idéal, dans un travail à domicile, est de pouvoir être à deux. Le tandem est variable selon les situations et les disponibilités. Il peut par exemple être composé d'un intervenant d'une équipe de psychiatrie adulte et d'un intervenant d'un service pour enfants. Dans certaines situations, l'intervenant du service demandeur peut également être présent. Il est intéressant de pouvoir faire preuve de souplesse dans ces accompagnements. Et lorsqu'un intervenant se rend seul à domicile, il ne l'est toutefois pas tout à fait : l'équipe est également présente en « background ». Il est cependant nécessaire d'être formé à la capacité à s'identifier à la fois à l'enfant et au parent, ce qui est loin d'être évident (les professionnels se situent souvent plus d'un côté ou de l'autre, suivant leur sensibilité et leur formation initiale). Travailler en tandem est dès lors très précieux : cela permet d'avoir quelqu'un qui ne lâche pas le regard sur l'enfant dans des familles où souvent, les intervenants sont brouillés par tout ce qui se passe, au risque d'oublier l'enfant.

Le travail à domicile a par ailleurs ses limites, notamment lorsqu'on se retrouve face à des parents violents, persécutés, paranos, dangereux, ou qu'il y a de la maltraitance avérée. Il y a alors à réagir, à stopper le processus, et investiguer les possibilités d'accueil pour l'enfant lorsque, par exemple, la mère doit être hospitalisée suite à une décompensation.

Travail en réseau

Le document vidéo montre un dispositif de réseau où chacun a son rôle et est désigné par un autre dans cette place-là. Tous les partenaires (gynécologue, pédopsychiatre, hôpital de jour, famille d'accueil, puéricultrices, ...) articulent leur travail à partir d'une patiente adulte enceinte, soutenue par sa psychiatre, ce qui favorise l'acceptation par la maman de ce dispositif. L'articulation entre la psychiatrie adulte et les autres intervenants est à souligner.

La difficulté se présente lorsqu'on est confronté à des parents affectés par des troubles psychiatriques mais qui n'en ont pas conscience, ou qui ne sont pas pris en charge dès la grossesse. Il est par ailleurs difficile de collaborer avec les gynécologues notamment. Dans un contexte où il est question que les enfants et leur maman sortent des maternités 2 jours après la naissance, la nécessité est là d'augmenter les collaborations avec les gynécologues, mais aussi avec les psychiatres d'adultes qui suivent des femmes enceintes, avec les équipes périnatales, les équipes de pédiatrie, le SAJ, ... De manière globale, la nécessité de faire tomber les barrières des différents secteurs concernés par la petite enfance est soulignée.

Par ailleurs, si les interventions auprès de familles où les parents présentent des troubles graves ne sont pas simples, la complexité vient parfois dans des pathologies limites, où les mécanismes en jeu induisent beaucoup plus de clivages dans les démarches qui peuvent être réalisées dans le travail en réseau. La méfiance est présente, les rivalités se mettent en place entre les professionnels, ...

Ainsi, travailler dans le domaine de la protection de la petite enfance expose tous les professionnels à beaucoup d'émoi. Ils sont mis à mal entre ce qu'ils voient des déficiences des familles, ce qu'ils subissent parfois dans le travail de coopération qui se fait plus ou moins bien, et le danger qu'ils soupçonnent et qui n'est pas reconnu. Il faut prendre en compte cette partie difficile du travail. Des lieux de ressource sont nécessaires, des analyses de pratique, des séminaires, ... On ne peut pas travailler seul en psychiatrie de l'enfant ; une articulation est essentielle pour le patient et pour la

vitalité du dispositif de soin. Il faut instituer du mieux qu'on peut ces coopérations. Martine Lamour a écrit sur ce thème et sur la question de la souffrance des professionnels⁷.

Les réunions de réseau ne sont pas évidentes. Chacun s'implique, les avis ne vont pas dans le même sens, les conflits doivent être élaborés. Cela nécessite de penser que chacun a un bout de représentation de la famille qui fait vérité, mais on n'a pas la vérité tout seul, chacun doit rester à sa place, ... C'est un travail sur la conflictualité. Un travail compliqué en amont permet d'aboutir à une forme d'apaisement des professionnels, tel que perçu dans la situation clinique du document vidéo.

Ce type d'accompagnement a un coût. Quelle chance ont ces dispositifs d'être pérennisés en termes de subsides, au vu de la multiplicité des acteurs concernés ? Comment transposer ce type de dispositif en Belgique ? Effectivement, ces dispositifs nécessitent des moyens, aller à domicile coûte, mais à terme, c'est payant ! Les enfants qui bénéficient de ces aides évoluent positivement, s'ils ont pu être pris en charge suffisamment tôt.

⁷ Lamour, M. (2010). *Parents défaillants, professionnels en souffrance*. Bruxelles : Fédération Wallonie-Bruxelles, coll. « Temps d'Arrêt/Lectures ».