



Groupement d'Intérêt Scientifique **Bébé, petite Enfance en Contextes**

# **ACTES DU COLLOQUE | PROCEEDINGS**

**BEBE, PETITE ENFANCE  
EN CONTEXTES**

**BABY, CHILDHOOD**

**WITHIN DIFFERENT CONTEXTS**

15-17 Mai 2019

Toulouse, FRANCE



**S. Pinel-Jacquemin, M. Kelly-Irving  
& J.-L. Attié (Dir. | Eds.)**



## **ACTES ELECTRONIQUES,**

<https://beco.univ-tlse2.fr/accueil/navigation/colloque-beco-15-17-mai-2019/>, 13 Mars 2020

## **ELECTRONIC PROCEEDINGS,**

<https://beco.univ-tlse2.fr/accueil/navigation/colloque-beco-15-17-mai-2019/>, March 13, 2020

### **Comité d'organisation | Organisation committee**

Jean-Luc Attié, Anne Dupuy, Emilie Gaborit, Michelle Kelly-Irving, Marie Lamarque, Muriel Lefebvre, Christine Mennesson, Alice Moscaritolo, Stéphanie Pinel-Jacquemin, Caroline Tison, Chantal Zaouche Gaudron

### **Responsables scientifiques | Scientific leaders**

Chantal Zaouche Gaudron (Psychologie, UT2J), Jean-Luc Attié (Aérologie, UT3), Anne Dupuy (Sociologie, UT2J), Michelle Kelly-Irving (Santé publique, UT3), Christine Mennesson (Sociologie, UT3)

### **Comité Scientifique | Scientific committee**

Jean-Luc Attié (Aérologie, UT3), Geneviève Bergonnier-Dupuy (Sciences de l'éducation, Université de Paris Nanterre), Agnès Blaye (Psychologie, Université Aix Marseille), Lise Bourdeau-Lepage (Géographie, Université de Lyon), Danielle Boyer (Bureau de la recherche, CNAF), Carine Decoux (Direction petite Enfance, Mairie de Toulouse), David De Faria (Directeur Pôle Formation et recherche, ARSEAA), Annie Devault (Travail social, Université du Québec en Outaouais), Sophie Duhem (Histoire de l'art, UT2J), Bernard Dupré (Directeur de recherche, Sciences de l'environnement, CNRS, Toulouse), Anne Dupuy (Sociologie, UT2J), Chloé Farrer (Neurosciences, UT3), Emilie Gaborit (Sociologie, UT2J), Mélanie Gambino (Géographie, UT2J), Maud Gorza (Santé Publique France, Paris), Sophie Jehel (Sciences de l'Information et de la Communication, Paris 8), Michelle Kelly-Irving (Santé publique, UT3), Carl Lacharité (Psychologie, Université du Québec à Trois Rivières), Marie Lamarque (Psychologie, UT2J), Muriel Lefebvre (Sciences de l'Information et de la Communication, UT2J), Frédéric Meleux (INERIS, Toulouse), Christine Mennesson (Sociologie, UT3), Pierre Molinier (Sciences de l'Information et de la Communication, UT2J), Alice Moscaritolo (Sciences de l'éducation, UT2J), Sophie Nicklaus (INRA, Dijon), Lidia Panico (INED, Paris), Sophie Paricard (Droit, UT1), Stéphanie Pinel-Jacquemin (Psychologie, UT2J), Marie-Hélène Plumet (Psychologie, Université Paris Descartes- Sorbonne Paris Cité), Emmanuelle Rial-Sebbag (Droit de la santé, UT3), Régine Scelles (Psychologie, Paris-Nanterre), Gilles Séraphin (Sciences de l'éducation, Université de Paris Nanterre), Maïté Tauber (Pédiatrie, PUPH, UT3), Philippe Terral (Sociologie, UT3), André Turmel (Sociologie, Université de Laval, Québec), Olivia Troupel (Psychologie, UT2J), Aubeline Vinay (Psychologie, Université d'Angers), Chantal Zaouche Gaudron (Psychologie, UT2J).

# PARTENAIRES | PARTNERSHIPS



Groupement d'intérêt Scientifique **Bébé, petite Enfance en Contextes**



# PRESENTATION DU COLLOQUE | CONFERENCE PRESENTATION

La petite enfance (0-6 ans) est une période cruciale tant sur le plan développemental que sur le registre des pratiques d'interventions et actions à mener. Pour le Groupement d'Intérêt Scientifique « Bébé, petite Enfance en Contextes » qui organise ce colloque, il s'agit de fédérer des chercheurs, des enseignants-chercheurs et des praticiens, issus de différentes disciplines, et des membres de la société civile afin de travailler de façon conjointe les hypothèses, les questions de recherche et les méthodologies relatives à l'environnement précoce (au sens large du terme) de l'enfant et à son développement. Cette structuration scientifique a pour mission de mettre en synergie les disciplines relevant des sciences humaines et sociales avec celles des sciences de la vie, de la physique et de la chimie de l'atmosphère, en explorant aussi les interactions entre les activités de production scientifique et les secteurs socio-économique, socio-culturel et professionnel.

L'objectif de ce colloque est d'améliorer les connaissances relatives à la période de la petite enfance (et anténatale) et de concevoir une meilleure analyse des vulnérabilités potentielles et des inégalités (de santé, sociales, territoriales, genrées) liées à la période sensible qu'elle constitue dans sa dimension bio-psycho-sociale, tout en précisant les facteurs de protection qui amènent les enfants à être ou à devenir résilients et à se développer de façon harmonieuse.

La centration, dans une perspective interdisciplinaire, sera relative au développement du jeune enfant (0-6 ans ; et période anténatale) dans son acception large référant à la psychologie, la sociologie, la santé publique, mais aussi aux neurosciences, à l'épidémiologie, à la médecine, au droit, aux sciences de l'environnement, à la géographie, aux sciences de l'information et de la communication, à l'économie...

Dix contextes dans le champ de la petite enfance (0-6 ans) ont été convoqués :

1. Contexte social
2. Contexte familial
3. Contexte préscolaire
4. Contexte de la santé
5. Contexte culturel et artistique
6. Cadres de vie et habitats
7. Contexte environnemental : eau, air, alimentation...
8. Contexte numérique
9. Contexte institutionnel
10. Contexte légal

## TABLE DES MATIERES | SUMMARY

PARTENAIRES   PARTNERSHIPS .....	4
PRESENTATION DU COLLOQUE   CONFERENCE PRESENTATION .....	4
TABLE DES MATIERES   SUMMARY .....	6
AVANT-PROPOS   FOREWORD .....	8
CHAPITRE 1   CHAPTER 1 .....	11
LA PERIODE DE PERINATALITE   THE PERINATAL PERIOD .....	11
1. Dispositifs d'appui et pratiques d'intervention en psychiatrie périnatale : Pertinence des méthodes et compétences des acteurs .....	12
2. Devenir parents après une Mort Fœtale <i>In Utero</i> : conséquences psychiques sur l'investissement de la grossesse suivante et de l'enfant né .....	29
CHAPITRE 2   CHAPTER 2 .....	38
LA PETITE ENFANCE ET LA PARENTALITE   CHILDHOOD AND PARENTING.....	38
3. La parentalité pendant les années d'école maternelle : éducation des enfants et vécu des parents .....	39
4. Accompagner la parentalité et inégalités sociales de santé : revue de littérature et pistes d'évaluation réaliste .....	49
5. Conciliation Famille-Travail-Bien-être... Que vivent les mères et les pères d'aujourd'hui ? .....	59
CHAPITRE 3   CHAPTER 3 .....	69
LE BIEN-ÊTRE DU JEUNE ENFANT : CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIOCULTUREL   CHILD WELLBEING / FAMILY AND THE SOCIOCULTURAL CONTEXT .....	69
6. Les familles et l'inclusion de leur jeune enfant en situation de handicap dans les structures petite enfance ordinaires .....	70
7. Adaptation sociale du jeune enfant en groupe de pairs et bien-être .....	80
8. Les enfants terribles, les pulsions du très jeune enfant .....	92
9. L'Évaluation au Quai des Savoirs : intégration des vécus et appréciations des publics dans les processus d'élaboration des programmes jeune-public d'une institution culturelle .....	109
CHAPITRE 4   CHAPTER 4 .....	120
LES CONTEXTES DE VULNERABILITE   CONTEXTS OF VULNERABILITY .....	120
10. Grossesses précoces et qualité d'attachement : approche clinique auprès d'adolescentes placées en Maison d'Education Maternelle .....	121
11. Soins psychiques précoces des bébés très prématurés.....	131
12. Bio-écologie de la négligence envers les enfants orphelins et vulnérables : une revue critique de la question. ....	143

13. L'attente en adoption internationale : contextes de vulnérabilité pour l'enfant et le parent	158
14. Accouchement sous X : la douloureuse blessure de l'abandon.....	168
CHAPITRE 5   CHAPTER 5 .....	176
QUELQUES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUTOUR DE L'ENFANT   PROFESSIONAL PRACTICES WHEN WORKING WITH CHILDREN .....	176
15. De l'instruction scolaire à la rééducation orthophonique. Ethnographie des enjeux institutionnels et des stratégies parentales auprès d'enfants scolarisés à la maternelle en quartier populaire .....	177
INDEX DES AUTEURS   AUTHOR INDEX.....	196



## AVANT-PROPOS | FOREWORD

PINEL-JACQUEMIN, S., KELLY-IRVING, M. & ATTIE, J.-L.

La question de la définition de l'enfant a été un point de départ important lorsqu'en 2015 le Groupement fédératif de recherche, devenu ensuite Groupement d'Intérêt Scientifique, « Bébé, Petite Enfance en Contextes » (GIS BECO) a été créé en regroupant plusieurs disciplines ayant pour objet de recherche le bébé et la petite enfance (de la naissance à 6 ans et période périnatale), telles que la psychologie, la sociologie, le droit, l'anthropologie, l'épidémiologie, la santé publique, les sciences de l'environnement, la géographie, la médecine, les sciences de l'information et de la communication, etc. Qu'est-ce que l'enfant, qu'est-ce qu'un enfant ? Il a rapidement été établi, lors d'une « cérémonie identitaire » proposée par Carl Lacharité<sup>1</sup>, qu'un enfant/bébé ne vit pas de manière isolée. Il entretient des interactions dans des contextes variés : familial ; médical (ex : prématurité) ; social (déterminants, supports, inégalités) ; préscolaire ; culturel ; cadres de vie et habitats (quartier, ville, urbanisme...) ; environnemental (eau, air, alimentation). Nous avons également retenu que l'interdisciplinarité, outre la disponibilité et la mise en place d'un langage commun, devait reposer « *sur les conditions de traduction permettant aux acteurs disciplinaires de se faire comprendre des autres. Elle se doit de représenter une forme de conversation entre des acteurs disciplinaires à l'intérieur de laquelle chacun prend du recul par rapport à ses habitudes de pensée et s'approche des habitudes de pensée des autres ; la pratique interdisciplinaire ne porte pas sur le contenu de ces conversations, mais sur la capacité des acteurs à entrer en dialogue plutôt que de monologuer l'un après l'autre* » (Lacharité, 2016)<sup>2</sup>. Dans cette perspective et afin d'approfondir nos connaissances relatives à la période de la petite enfance, de discuter des vulnérabilités potentielles liées à la période sensible qu'elle constitue dans sa dimension bio-psycho-sociale, tout en précisant les facteurs de protection qui amènent les enfants à être ou à devenir résilients, mais aussi afin de préciser les questions vives et les points aveugles dans les connaissances actuelles, formulées à la fois par les chercheurs, les professionnels et les acteurs de la société civile. Nous avons organisé un colloque interdisciplinaire et international portant sur le « bébé, petite enfance en contextes ». Il s'agissait de fédérer non seulement des chercheurs, des enseignants-chercheurs mais aussi des praticiens, issus de différentes disciplines, et des membres de la société civile afin de travailler de façon conjointe les hypothèses, les questions de recherche et les méthodologies relatives à l'environnement précoce (au sens large du terme) de l'enfant et à son développement.

Pendant ces trois jours, ce ne sont pas moins de 78 communications réparties en 18 symposia et 9 conférences plénières qui se sont tenues, auxquelles il convient d'ajouter 17 communications affichées. Ainsi 261 inscrits, dont 48% d'acteurs du champ professionnel et 11% d'internationaux, ont pu échanger sur des thématiques variées.

Ces actes en ligne concernaient trente-deux conférences réparties en cinq chapitres. Au final, ce sont 15 publications qui sont présentées ci-après. Le chapitre 1 porte, entre autres, sur *la*

<sup>1</sup> Carl Lacharité, Professeur titulaire, Département de psychologie, Directeur du CEIDF – Centre d'Etudes Interdisciplinaires sur le Développement de l'Enfant et la Famille, Université du Québec à Trois-Rivières, CANADA

<sup>2</sup> Lacharité, C. (2016). *Organisation d'une "Cérémonie identitaire"*, BECO, le 23-24 Juin 2016, Université Toulouse Jean Jaurès.



*période périnatale* et évoque des dispositifs d'appui en psychiatrie périnatale dont il interroge la pertinence des méthodes et les compétences des acteurs (Lynda LOTTE HOAREAU), le devenir parent après une mort fœtale *in utero* avec ses conséquences psychiques sur l'investissement de la grossesse suivante et de l'enfant né (Sylvie BOURDET-LOUBERE). Dans le chapitre 2, c'est *la petite enfance et la parentalité* qui ont réuni les intervenants sur des sujets variés, tels la parentalité pendant les années d'école maternelle avec la question de l'éducation des enfants et du vécu des parents (Anne-Gaëlle PICART & Geneviève BERGONNIER-DUPUY) ou encore des pistes d'évaluation réaliste en lien avec l'accompagnement à la parentalité et les inégalités sociales de santé (Annabelle PIERRON, Laurence FOND-HARMANT, Anne LAURENT & François ALLA) et la conciliation famille-travail-bien-être ou comment les parents s'adaptent à l'heure actuelle aux exigences induites par l'articulation de leurs différents rôles (Karine SAUVE). Vient ensuite *le bien-être du jeune enfant : contexte familial et socio-culturel* (chapitre 3), dans lequel sont proposés des interventions concernant Les familles et l'inclusion de leur jeune enfant en situation de handicap dans les structures petite enfance ordinaires, avec un *focus* sur les apports, les freins et les facilitateurs de type d'accueil (Stéphanie PINEL-JACQUEMIN, Flora KOLIOULI & Chantal ZAUCHE GAUDRON), les liens potentiels entre l'adaptation sociale du jeune enfant en groupe de pairs et son bien-être avec des méthodes propices à leur étude (Pascal CAZENAVE-TAPIE & Sylvie ESPARBES PISTRE) et, enfin, une confrontation entre mythologie des sociétés traditionnelles et des sociétés modernes sur les pulsions du très jeune enfant nous permettra d'avancer dans la réflexion autour de la mise en place de structures adaptées aux jeunes enfants et en particulier les structures d'accompagnement des enfants dits autistes (Michel BOCCARA), nous irons du côté des dispositifs scientifiques et culturels dédiés aux jeunes publics pour comprendre comment les vécus et appréciations des publics peuvent être intégrés et améliorer l'expérience de visite des enfants et de leurs accompagnants (Marlène STRICOT, Stéphanie PINEL-JACQUEMIN, Julie RENARD & Samia HARIR).

Dans les deux derniers chapitres (chapitres 4 et 5), il est question, d'une part, *du contexte de vulnérabilité* avec des réflexions sur la façon dont les grossesses précoces peuvent influencer la qualité d'attachement (Nadine DEMOGEOT, Manon BRIGAUDEAU & Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT), sur les soins psychiques précoces des bébés très prématurés (Cécile BREHAT & Anne THEVENOT), sur l'utilisation de la bio-écologie de la négligence envers les enfants orphelins et vulnérables pour restaurer leur « agentivité » (Raymond AÏGBA, Célénie BRASSELET & Jérôme CLERC ), sur l'attente en adoption internationale comme contexte de vulnérabilité pour l'enfant et les parents (Angela ESQUIVEL & Patricia GERMAIN) et sur l'accouchement sous X avec la douloureuse blessure de l'abandon que cela peut représenter (Yvette LATH & Claire METZ). Et, d'autre part, ces actes se concluent par *quelques pratiques professionnelles autour de l'enfant*, avec, notamment, l'instruction scolaire à la rééducation orthophonique avec la question des enjeux institutionnels et des stratégies parentales auprès d'enfants scolarisés à la maternelle en quartier populaire (Jean-Marc GOUDET).

Une vue d'ensemble riche, donc, afin d'avoir quelques éléments de réponse, scientifiques et de terrain, à la question qui nous préoccupe tous : qui est ce jeune enfant et comment vit-il dans ces différents contextes ?

*Pour citer ces actes :*

Pinel-Jacquemin, S., Kelly-Irving, M. & Attié, J.-L. (dir.). Actes du colloque BECO, Bébé, Petite enfance en contextes. Proceedings Baby, Childhood within different contexts. <https://beco.univ-tlse2.fr/accueil/navigation/colloque-beco-15-17-mai-2019/> [Page consultée le XX /XX /XXXX].

# CHAPITRE 1 | CHAPTER 1

## LA PERIODE DE PERINATALITE | THE PERINATAL PERIOD

11

## 1. Dispositifs d'appui et pratiques d'intervention en psychiatrie périnatale : Pertinence des méthodes et compétences des acteurs

*Support systems and new intervention practices in perinatal psychiatry. Relevance of the methods and skills of the actors*

**LOTTE HOAREAU Lynda**

Docteure en psychopathologie/Ingénieure CNRS, CERMES3 Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé mentale et Société, UMR 8211 CNRS/INSERM/EHESS/Paris Descartes, Paris, France

[Lynda.lotte@cnrs.fr](mailto:Lynda.lotte@cnrs.fr)

**RÉSUMÉ/ABSTRACT**

Prévenir et prendre en charge les troubles de la relation précoce mère/bébé suppose une connaissance à la fois de la psychopathologie du nourrisson et de l'enfant, de la clinique des interactions précoces et de la psychopathologie maternelle pendant la période périnatale. Ce carrefour de savoirs mobilise les compétences d'un certain nombre de professionnels de la grossesse et de la petite enfance rassemblés autour des parents et du bébé, issus de formations différentes (paramédicale, médicale, sociale, juridique, psychanalytique) pour un soin somatique, psychologique, institutionnel ou en réseau. Ces intervenants de la clinique périnatale, de première ligne ou dans un travail « indirect », ont une pratique professionnelle dans des cadres variés. Ils exercent en libéral ou dans le public, ils sont acteurs en pédopsychiatrie de liaison ou interviennent dans des dispositifs de soins en ambulatoire, ils sont dans des lieux d'accueil mère/enfant et à l'écoute dans les services de la protection maternelle et infantile. Ils organisent l'accès aux soins dans les réseaux de santé et font partie d'unités de psychiatrie périnatale qui proposent des hospitalisations à temps plein, de jour (HDJ) ou au domicile (HAD). C'est de la diversité de ces dispositifs de soins et des formes de leur articulation que nous souhaitons rendre compte dans cette communication consacrée aux institutions et pratiques préventives novatrices en périnatalité. L'analyse qualitative d'entretiens semi-directifs en face à face menés auprès de 28 acteurs du champ de la clinique périnatale précoce a permis une exploration fine des situations et des modalités de travail mises en place d'une part et du sens que les acteurs ont donné à leurs pratiques d'autre part.

Mots-clés : Psychiatrie périnatale ; Prévention précoce ; Troubles de la relation précoce mère/bébé ; Dispositifs de soin ; Pratiques professionnelles

*Preventing and managing disorders in the early mother/baby relationship requires knowledge of both infant and child psychopathology, the early interaction clinic and maternal psychopathology during the perinatal period. This knowledge crossroads mobilizes the skills of a certain number of pregnancy and early childhood professionals gathered around parents and babies, from different backgrounds (paramedical, medical, social, legal, psychoanalytical) for somatic, psychological, institutional or network care. These workers in the perinatal clinic, whether in the first line or in "indirect" work, have a professional practice in various settings. They work in private practice or in the public, they are liaison child psychiatry actors or intervene in outpatient care facilities, they are in mother/child care centres and are attentive in the maternal and child protection services. They organize access to care in health networks and are part of perinatal psychiatry units that offer full-time, daytime (HDJ) or home (HAD) hospitalizations. It is the diversity of these care systems and the forms of their articulation that we wish to report on in this communication on innovative perinatal preventive institutions and practices. The qualitative analysis of semi-directive face-to-face interviews conducted with 28 actors in the field of early perinatal care allowed a detailed exploration of the situations and working methods implemented on the one hand and the meaning that the actors gave to their practices on the other hand.*

*Keywords: Professional practices; Care systems; Disorders in the early mother/baby relationship; Early prevention/Perinatal psychiatry*

## ARTICLE

### 1. Éléments de contexte et méthodologie de la recherche

La prise en charge précoce des pathologies maternelles en pré- et postnatal immédiat est devenue ces vingt dernières années une priorité de santé publique. Des rapports établis à la demande du Ministère de la santé<sup>34</sup> et de l'Inspection générale de l'action sociale<sup>5</sup> proposent une réflexion approfondie sur le thème de la prévention sanitaire dans le système français, faisant une large place aux questions relatives à la prise en charge de la mère pendant la période périnatale. Le soutien à la parentalité dans la politique familiale est au centre des réflexions conduites sur la prévention à cette période<sup>6</sup>. Des programmes de santé, comme les plans de périnatalité dès le début des années 70, sont mis en place par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Ainsi la psychiatrie périnatale fait-elle l'objet d'une attention de plus en plus marquée de la part des professionnels du soin et des responsables des politiques de santé, la circulaire du 4 juillet 2005, relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité<sup>7</sup>, souligne l'importance de la prévention précoce et la nécessité du décloisonnement des pratiques professionnelles dans le champ de la périnatalité<sup>8</sup>.

La période périnatale est le moment privilégié pour repérer les risques de désorganisation de la relation mère-bébé et formaliser une offre de soins spécifiques. À cette période, on peut en effet observer chez certaines femmes, une souffrance psychique organisée

<sup>3</sup> Rapport de la Mission Cléry-Melin, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, rédigé par Ph. Cléry-Melin, V. Kovess, JC. Pascal et rendu public en septembre 2003. L'objectif de la mission est de : « [...] proposer un plan d'actions ciblé sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, en abordant plus spécifiquement: 1/La coordination public/privé, intégrant les interfaces entre psychiatres et psychologues libéraux, le rôle des généralistes et des intervenants non médecins ; 2/La collaboration du secteur avec les autres structures de soins et le développement de l'inter sectorialité ; 3/L'articulation avec le médico-social en prenant en compte le choix et la mise en oeuvre des objectifs de prévention déterminés dans le cadre de la loi d'orientation en santé publique[...] ».

<sup>4</sup> Rapport de la Mission périnatalité, rédigé par les Pr. G. Bréart, F. Puech et J-C. Rozé en 2002, à la demande de JF. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Après avoir établi un certain nombre de constats concernant la protection médicale et sociale des femmes enceintes et des enfants, la Mission Périnatalité a énoncé vingt propositions en vue d'établir une nouvelle politique périnatale (De nombreuses personnalités ont été consultées pour le rapport (Frydman, Papiernik, Sureau, Molénat ou encore Naiditch...)).

<sup>5</sup> Rapport n°2003 024, établi à la demande de l'Inspection générale des affaires sociales en février 2003, par le Dr. P. Vienne, C. Trouvé et MB. Marrot.

<sup>6</sup> A ce sujet, voir le texte de Koné (2011).. L'auteur montre comment dans les années 2000, le soutien à la fonction parentale est devenu un axe majeur des interventions, aussi bien dans le champ de la protection de l'enfance que dans celui de la prévention médico-sociale précoce avec l'émergence de dispositifs visant à contenir et prévenir les troubles de la fonction parentale, dont l'une des conséquences peut être la mise en danger de l'enfant, voire sa maltraitance.

<sup>7</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>

<sup>8</sup> Extrait : « La présente circulaire est précisément destinée à initier une meilleure prise en compte de la dimension psychologique et se fonde sur la conviction désormais largement partagée chez les professionnels concernés de l'importance de la dimension affective dans le processus de la naissance. La place accordée à cette dimension conditionne, en effet, le bon déroulement du processus physiologique entourant la naissance ainsi que la construction harmonieuse des liens familiaux. Par ailleurs, des programmes et des études ont démontré qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constituait un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente. Un tel soutien constitue à cet égard un véritable enjeu de santé publique ».

qui les plonge dans une exceptionnelle vulnérabilité. Pour un certain nombre d'entre elles, la naissance est associée à un premier épisode psychiatrique, à la rechute ou à l'aggravation d'un trouble psychique antérieur. Les principaux troubles psychiatriques maternels au cours de la grossesse sont les dépressions : « 10% des femmes enceintes (soit 75000 chaque année) connaissent un syndrome dépressif qui retentit sur les relations avec le nourrisson dans un quart des cas. Durant le post-partum, le risque d'admission en psychiatrie est multiplié par 7 tandis que 15% des accouchées sont sujettes à une dépression. Le risque de décompensation psychiatrique aigüe est majeur, aussi chez les femmes qui présentent des antécédents psychiatriques, ce risque est 25 fois plus important durant le premier mois de l'accouchement. Indiquons également qu'environ 4 femmes pour 1000 accouchements, soit 3000 par an, connaissent des troubles psychiatriques sévères qui nécessitent une hospitalisation. Certaines femmes présentent une pathologie chronique antérieure à la grossesse identifiée, « schizophrénie » et « personnalité borderline » (Dugnat, 2002)<sup>9</sup>.

Les pathologies maternelles peuvent alors engendrer des dysfonctionnements du lien primordial, avec un risque de désorganisation pour la mère et le bébé. Aussi nécessitent-elles des interventions spécifiques. La création de structures de soins - comme les centres de prévention et de soins psychologiques pour jeunes enfants, les unités mobiles de psychiatrie périnatale, les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé, parents-enfant, les unités de pédopsychiatrie périnatale et d'autres dispositifs thérapeutiques - correspond à une volonté de mettre en place des stratégies de soins efficaces pour prévenir et prendre en charge les troubles maternels précoces, les troubles de la relation dyadique/triadique et les troubles du développement chez le jeune enfant. Le travail en réseau, avec notamment les réseaux de périnatalité, vient quant à lui s'inscrire comme un outil de formalisation du travail de prévention, il contribue à maintenir une continuité entre le pré et le *post-partum* offrant ainsi aux familles vulnérables un étayage fiable et structurant. Partant de ce contexte de promotion de la santé mentale périnatale et de la prévention précoce en France, nous observerons dans cette contribution, l'émergence des nouvelles formes et pratiques du travail de soins qui accompagnent l'apparition de dispositifs innovants en psychiatrie périnatale depuis ces 30 dernières années.

### *Méthodologie de la recherche*

Dans le cadre de notre recherche doctorale sur la prise en charge des vulnérabilités psychiques maternelles pendant la période périnatale, nous avons choisi de rencontrer des acteurs connus ou désignés du champ de la clinique périnatale (ce sont des pédopsychiatres, des psychologues cliniciens, des professionnels de santé, des chercheurs et des représentants d'utilisateur) afin d'explorer finement les modalités de travail qu'ils proposent ou utilisent et le sens qu'ils donnent à leurs pratiques en tenant compte de leur environnement professionnel, de leurs ressources et de leurs contraintes. Le corpus mobilisé regroupe les propos d'acteurs que nous avons identifiés préalablement comme des « promoteurs » d'une clinique périnatale précoce puisque ce sont eux qui ont agi, c'est-à-dire mis en forme et place, les critères théoriques et les

<sup>9</sup> Ces données chiffrées sont tirées du rapport « Psychiatrie et périnatalité », commandé en novembre 2001 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction générale de la santé (groupe de travail animé par J. Dayan). Une présentation des recommandations du rapport figure dans le texte de M. Dugnat (2002).



dispositifs de prise en charge observables aujourd'hui. L'analyse menée montre que leurs discours, le sens et les justifications qu'ils ont apportés à leur action, se sont largement appuyés sur les travaux et les écrits des pionniers (Dolto, Lebovici, Racamier, Soulé, Diatkine, Kreisler, Bydlowski ...) de la psychiatrie périnatale en France qui ont préparé et rendu possible le contexte d'apparition de cette clinique singulière. Parmi ces promoteurs, afin de mieux comprendre la contribution de chacun à l'invention de cette clinique précoce, telle qu'elle s'observe aujourd'hui, une première distinction a été faite entre ceux qui peuvent être qualifiés de « pionniers » (Profil I), de « promoteurs d'idées » (Profil II) et de « promoteurs organisateurs » (Profil III) c'est-à-dire entre ceux qui ont été au fondement de cette clinique et ceux qui ont participé à sa formalisation.

Les vingt-huit entretiens semi-directifs (28) que nous avons effectués permettent de montrer comment cette clinique périnatale précoce s'est progressivement formalisée donnant lieu à l'apparition d'un nouveau champ conceptuel et de pratiques spécifiques. Le cadre général d'analyse qualitative du contenu des entretiens se fonde méthodologiquement sur une approche interactionniste suivant les principes de la *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1995). Cette méthodologie inductive impose d'évaluer le niveau de saturation des propos recueillis, c'est-à-dire le moment où ne surviennent plus d'informations inédites et où les propos se croisent et se répondent, et de faire évoluer en conséquence la problématique de la recherche, l'élaboration des hypothèses et les catégories principales de l'analyse. Comme nous le verrons, les promoteurs de cette « invention » ont contribué individuellement et collectivement à l'élaboration de cet objet, ils sont en effet non seulement les témoins de cette évolution des pratiques de soins mais aussi ceux qui se sont engagés pour lui donner un contenu conceptuel et une forme institutionnelle pérenne. Forts de leurs expériences cliniques et institutionnelles, ces acteurs du soin psychique se sont pour certains engagés dans la création de structures de soins adaptées à cette clinique périnatale précoce afin de proposer un soin aux parents et prévenir des souffrances relationnelles et/ou d'éventuels troubles du développement somato-psychique chez l'enfant. Pour cette contribution, nous avons choisi de référencer les extraits de *verbatim* selon la fonction et le « profil » des acteurs cités.

## **2. Le soin psychique en période périnatale**

Quels sont les types de soins psychiques préconisés pendant la période périnatale et à qui s'adressent-ils ? Les prises en charge conjointes mère-bébé en psychiatrie périnatale font appel à des modalités de soins diverses selon les situations et les indications retenues par les professionnels et les institutions. Au-delà des prescriptions de traitements pour les pathologies maternelles dans le *pré* et *post-partum* immédiat ou des entretiens à visée thérapeutique pour un soutien ponctuel en ambulatoire ou dans les dispositifs d'hospitalisations mère-bébé, ce qui préoccupe les intervenants en psychiatrie périnatale, c'est l'instauration des liens précoces et plus largement, la psychopathologie de la relation. Ainsi, dans un certain nombre de ces unités, ce sont les troubles psychiatriques maternels et les troubles de la relation avec une pathologie psychiatrique avérée qui font indication pour une prise en charge de la dyade, l'objet des soins étant ici la relation mère-bébé. Les indications d'hospitalisation concernent alors des mères psychotiques, qui décompensent une pathologie après l'accouchement ; les décompensations sont soit des psychoses puerpérales soit des dépressions maternelles graves. Ici, la notion de



gravité a toute son importance car si l'état de santé de la mère le permet, l'équipe peut aussi lui proposer une prise en charge en ambulatoire. Comme l'indique ce témoin responsable d'une unité d'hospitalisation mère-bébé temps plein en Île de France :

« Les Unités Hospitalières Mère-Bébé (UHMB) s'adressent à des mamans qui après l'accouchement décompensent des états psychiatriques qui compromettent l'instauration de la relation avec le bébé. Soit, elles décompensent des troubles aigus du post-partum soient elles ont des troubles psychiques tels que les conditions de la relation ne sont pas réunies. On pose des indications à partir de cela, sachant qu'il faut en plus qu'il y ait une contractualisation des soins entre l'équipe de soins et la famille (la mère et aussi le père) autour du projet d'hospitalisation. Autrement dit, une mère, par exemple schizophrène, qui est totalement en dehors de la réalité et qui a à peine conscience qu'elle vient d'accoucher ne pourra pas être hospitalisée dans l'unité. Il faut qu'elle soit suffisamment dans la réalité et consciente qu'elle a un bébé pour que cela ait du sens de la mettre avec son bébé et de travailler avec elle autour de cela ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

Dans ce cadre institué, l'établissement des liens précoces ainsi que la mise en place d'un suivi adapté pour la dyade dans un contexte protégé, sont les objectifs affichés du travail thérapeutique - le dispositif UHMB s'articulant sur l'étayage des premiers liens entre la mère et le bébé. Dans la situation où la mère présenterait des troubles psychiatriques aigus, elle est alors séparée provisoirement de son enfant afin de pouvoir recevoir des soins en urgence. Aussi, lorsque son état de santé s'améliore et qu'elle peut s'occuper de lui, elle est prise en charge dans l'unité pour amorcer avec l'équipe soignante un travail autour de la relation. Pour beaucoup de soignants en UHMB, la rupture de lien constitue un risque plus important que la séparation. La privation de lien avec la mère impacte de façon significative la construction du *self* du bébé et de ses compétences (Spitz, 1968). Le bébé d'une mère psychotique a en effet beaucoup de mal à exister dans l'absence et il y a là véritablement un risque de rupture. Ainsi, les intervenants travaillent-ils parfois à différer l'instauration du lien pour que la mère puisse mieux s'organiser psychiquement. Les moments de « *déraillements du dialogue* » (Spitz, 1964, 255-275) font du lien mère/bébé la cible des efforts thérapeutiques. La psychothérapie conjointe – « *qui opère un déplacement de l'objet du soin de l'individu vers le lien primordial naissant entre le bébé et sa mère* » (Disnan & Alvarez, 2010, p. 117) va permettre de faire un travail sur les représentations maternelles, les interactions fantasmatiques et les éprouvés et ressentis de la mère à l'endroit du bébé. Le cadre de l'UHMB et les entretiens thérapeutiques apportent ici un contenant. Comme l'explique ce pédopsychiatre interviewé, « *on accueille la mère pour qu'elle puisse accueillir son bébé* » :

« On apporte un contenant et avec le bébé c'est formidable, ça réagit tout de suite, dès que quelque chose s'apaise chez la mère, le bébé s'apaise. C'est un excellent baromètre de ce qui se passe dans la relation ». (Pédopsychiatre, resp.d'unité, Profil II)

Dans cette autre unité de jour mère/enfant créée au début des années 90 en IDF, l'objectif est d'accompagner les mères dans les moments difficiles de la périnatalité et en particulier dans le *post-partum*. Si la psychopathologie maternelle dans le *post-partum* est souvent spontanément

résolutive dans les 12/18 mois après la naissance de l'enfant, rappelons que l'impact sur celui-ci peut avoir des effets irrémédiables. Boukobza et Coen, qui furent à l'origine de la conception de cette unité au début des années 80, voulaient qu'elle soutienne l'instauration des premiers liens dans les situations compliquées (situations de carences...). Il y avait là un souci de prévention des troubles psychopathologiques chez l'enfant. L'expérience d'une pratique assidue en Centre Médico-Psychologique (CMP), leur a permis d'observer que dans l'anamnèse des enfants qui viennent consulter pour des troubles divers à des âges un peu « tardifs », on retrouve souvent des dépressions maternelles post-natales, d'où la nécessité de proposer un cadre d'intervention plus précoce. Par ailleurs, le lieu de la salle d'attente des CMP, où les mères avec leur bébé attendent un aîné venu en consultation, permet de repérer ce qui se donne à voir d'une inadéquation dans les soins précoces au bébé. C'est de cette expérience et de ce regard posé sur cet *espace d'interactions* singulier qu'est venue l'idée de créer un lieu de vie, d'étayage, de soins et de soutien où mamans et tous petits pourraient venir se poser, partager les gestes du quotidien et du maternage. La spécificité de ce lieu d'accueil réside à la fois dans l'accompagnement de ces moments d'échange mère/enfant par des professionnels, des « accueillants » de formation plutôt paramédicale et dans leur sensibilisation à une écoute analytique particulière. Comme le souligne ce pédopsychiatre, actuel responsable de l'unité d'accueil parents/enfants, c'est de cette manière que l'unité a été conçue avec deux espaces de travail distincts : un espace de consultation classique avec des entretiens individuels réguliers et un espace « accueil » qui est un temps hebdomadaire collectif dédié aux familles avec des enfants allant de 0 à 3 ans.

« Il me semble que ça a ouvert un soin très différent de ce qui se fait dans les unités à temps plein qui sont plus orientées psychiatrie périnatale et qui ont des contraintes d'organisation lourdes (...). C'est autour de la psychopathologie mère/enfant et des relations précoces telles qu'elles peuvent se théoriser par la psychanalyse qu'a été organisée cette unité. Au fond, ça pourrait être une Maison Verte pour des mamans en plus grande difficulté et sur des temps plus longs ». (Pédopsychiatre, resp.unité, Profil III)

Ainsi, la clinique de la relation précoce mère-enfant suppose-t-elle *des modes de collaboration inédits* qui tiennent au fait que l'on a affaire ici à une *prise en charge conjointe*. Souvent les pédopsychiatres interrogés indiquent être plus attentifs à la vulnérabilité du bébé et de ses capacités interactives, tandis que les psychiatres adultes se positionnent plutôt du côté d'une évaluation diagnostique et thérapeutique de la souffrance maternelle et des capacités parentales. Pour exemple, la question des niveaux d'appréciation de ce que l'on met sous le vocable « aller mieux », lorsqu'il s'agit de la santé maternelle dans un contexte dyadique, est souvent sujette à désaccords chez les différents acteurs de soins en situation, comme le souligne cet autre pédopsychiatre responsable d'une unité de pédopsychiatrie périnatale en Île de France :

« Je ne pourrais pas écouter de la même manière une mère me parler de ses difficultés si en même temps je devais être à la place du psychiatre adulte qui se dit : 'Est-ce qu'il faut l'hospitaliser ou pas, quel traitement vais-je lui donner ?'. Je basculerai de la place du psychiatre adulte plus évaluative de la souffrance de cette patiente à ce qu'il faut entendre de cette patiente en tant que mère et de ce qui

*se passe avec le bébé (...). Ce qui est un peu corroboré par cette idée que les psychiatres adultes peuvent être souvent rassurés par l'évolution d'une patiente de leur point de vue alors que nous, nous sommes très inquiets de la qualité du lien qu'elle peut avoir avec son bébé ». (Profil III)*

En effet, si les acteurs de cette clinique précoce reconnaissent la pertinence de la complémentarité de leurs interventions, les appréciations concernant l'évolution de la qualité du lien mère/bébé sont parfois différentes selon la place qu'ils occupent. Quand le cadre de l'entretien en face à face avec le psychiatre adulte peut faciliter une mise à distance des éprouvés et des affects ambivalents ou négatifs de la mère à l'endroit du bébé, l'observation directe de la dyade par les pédopsychiatres offre un angle d'évaluation inédit des capacités maternelles et de la qualité de l'attachement mère-enfant. Cette *question des places des professionnels* et des divergences d'appréciation qu'elle induit tient en partie comme on le voit à la différence de leurs formations et compétences respectives.

Le soin psychique en période périnatale est un soin dont *l'objet est la relation*. Prendre soin dans la clinique périnatale, c'est d'abord accompagner, faire fonction d'étayage, soutenir psychologiquement les mères et les bébés, les parents, qui rencontrent des difficultés dans la mise en place des premiers liens. Alors, « *dans le cadre de cette rencontre inédite, chacun va alors 'raconter' quelque chose à l'autre. L'adulte 'raconte', à sa manière, au bébé, le bébé qu'il a lui-même été, cru être ou redouté d'être, tandis que le bébé 'raconte', à sa manière, à l'adulte, l'histoire de ses premières rencontres interactives ou interrelationnelles* » (Golse, 2007). Si la clinique des interactions précoces avec ses différents outils d'évaluation permet un repérage psychopathologique et la construction d'un projet de soin avec l'enfant et sa famille, elle ne peut se faire cependant sans la mise en place d'une alliance thérapeutique avec les différents intervenants, acteurs de la prise en charge. L'objectif des unités de psychiatrie périnatale hospitalières sera d'offrir un cadre thérapeutique qui doit être un équivalent des soins maternels privilégiant le *holding* (soutien) et le *handling* (soins).

### **3. La mise en place des dispositifs d'intervention cliniques et des façons de faire**

En interrogeant la psychopathologie périnatale et les interrelations qui ont pour objet la relation affective mère/bébé à la lumière des troubles survenant à cette période, la psychiatrie périnatale va être le lieu d'apparition de nouvelles pratiques cliniques et de nouveaux dispositifs de soins et de prévention spécifiques. Dès lors, les acteurs de ce nouveau champ conceptuel et de pratiques, forts de leur expérience de cliniciens, souvent auprès des jeunes enfants dans les CMP, vont faire montre d'initiatives personnelles et/ou collectives dans la mise en place de dispositifs soutenant visant à prendre en charge les parents et les bébés qui rencontrent des difficultés dans l'établissement des premiers liens. De nouveaux dispositifs de soins pédopsychiatriques, souvent en lien avec les hôpitaux généraux, vont ainsi se mettre en place. Leur création répond à un intérêt partagé par les professionnels de la périnatalité et du soin psychique pour la relation mère/bébé, les interventions précoces et leur dimension préventive. Ainsi, un certain nombre d'acteurs de la clinique périnatale du 1<sup>er</sup> âge, majoritairement des

pédopsychiatres, vont déposer sur la base de nouveaux savoirs acquis dans le champ de cette clinique émergente, des projets de création d'unités.

Dans un extrait de la Circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, le volet concernant spécifiquement les soins aux nourrissons et aux très jeunes enfants mentionne le développement encore « expérimental » de nouvelles structures d'accompagnement et d'observation dédiées à l'hospitalisation conjointe mère/bébé : *« D'autres expériences se déroulent actuellement ; dans certains cas, il apparaît comme une nécessité d'apporter sans attendre à l'enfant les facteurs indispensables à son développement, et de proposer à l'enfant et à sa mère une période d'accompagnement et d'observation dans un lieu thérapeutique. Aussi des moyens d'hospitalisation conjointe du très jeune enfant avec sa mère peuvent être utiles à temps complet, partiel, qui permettent de faire varier les temps de rapprochement de la mère et de l'enfant dans des conditions bien contrôlées. Quelques unités encore expérimentales ont été créées ces dernières années ; il importe d'apprécier très précisément les besoins en la matière, nécessairement limités et à vocation intersectorielle ; de plus, parmi les conditions indispensables à la réalisation de tels services doivent être pris en compte :*

- *la nécessité de concilier le caractère intersectoriel de ce type de structure avec l'exigence de liaisons indispensables à la continuité du projet de soins et ce pendant toutes les phases : préparation, séjour, suivi ultérieur ;*
- *l'effort particulier à porter dans la conception du projet pour allier les nécessités y-thérapeutiques et un environnement accueillant proche d'un rythme familial et non selon un modèle hospitalier classique ;*
- *des bilans réguliers de l'activité de ces unités qui ont un caractère encore expérimental ».*

A l'époque ce type d'unité est relativement récent en France avec la première unité d'hospitalisation mère/bébé mise en place en 1979 à l'hôpital intercommunal de Créteil. Albert Grasset, alors responsable de la psychiatrie adulte au sein d'une unité de psychiatrie générale à l'hôpital en 1975, peu de temps après la parution de la Circulaire de création des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (mars 1972), est désigné pour créer un service de psychiatrie infanto-juvénile sur Créteil :

*« Il se trouve que A. Grasset (Profil II) était responsable d'un petit pavillon comme il y en avait avant dans les hôpitaux généraux c'est-à-dire, d'agités de l'hôpital qui étaient dans les sous-sols où on mettait les gens qui avaient des troubles graves du comportement psychiatrique et qu'il a reçu un jour, en urgence, une femme qui avait une psychose puerpérale, qui venait d'accoucher et qu'il a dit 'Prenons-là avec son bébé' car elle ne voulait pas se séparer de son bébé. L'équipe s'est mise à travailler autour de cette question de la maternité, et après ça s'est reproduit 2-3 fois et au bout de quelques mois, il a spécialisé cette petite unité d'hospitalisation d'urgence, en prise en charge mère/bébé ».* (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

Les travaux théorico-cliniques qui sous-tendent cette démarche sont en particulier ceux de Racamier qui dans les années 60, développa dans une perspective psychodynamique le concept de maternité pour rendre compte de la survenue de remaniements réversibles du psychisme chez la femme pendant la période périnatale. Cet état particulier, qui peut être rapproché de certaines modalités psychotiques, désigne « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* » (Racamier, 1978, p. 43). Aussi doit-on au psychiatre, psychanalyste spécialiste des psychoses puerpérales, d'avoir compris l'importance de l'introduction de l'enfant dans le champ de la thérapeutique pour le traitement de la mère et en présence d'un tiers. Toujours selon ce même acteur responsable d'une UHMB :

*« L'idée au fond, c'est que ça avait du sens de traiter une femme atteinte de psychose puerpérale avec son bébé et que ça pouvait raccourcir la longueur du traitement. C'était formulé un peu dans ce sens-là, c'était un peu ça la perspective (...) Mais il se trouve aussi que ce médecin A. Grasset (Profil II), qui était à mi-temps responsable de cette unité de psychiatrie générale dans l'hôpital, était dans son autre mi-temps, responsable de l'unité de l'IPPP, l'infirmerie de la préfecture de police de Paris, rue Cabanis. A ce titre-là, il avait développé toute une théorie sur la crise, la crise psychiatrique, et l'une de ses idées qu'il défendait avant même d'accueillir les psychoses puerpérales, c'était que dans la crise il ne fallait pas séparer les protagonistes de la crise. Quand quelqu'un allait mal, il fallait le recevoir avec sa famille, même si c'était un jeune schizo qui délirait, il fallait le recevoir avec son entourage, au moins dans un premier temps, plutôt que de l'isoler pour le soigner. C'est un peu de cette idée qu'est partie donc l'expérience de l'hospitalisation de la mère et son bébé, comme si dans la crise puerpérale, il ne fallait pas se séparer ».* (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

Nous voyons comment l'expérience d'une autre clinique, avec une autre population, et dans un autre lieu, comme ici l'Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris, a permis à cet acteur promoteur d'idées (Profil I), cité dans le *verbatim*, de penser, de dupliquer en somme un modèle d'intervention compréhensif tiré d'observations théorico-cliniques. Qu'il s'agisse de prendre en charge des situations psychiatriques aiguës et/ou dans l'urgence ou encore d'observer le jeu des interactions précoces mère/bébé, les acteurs qui ont participé à la mise en place du dispositif UHMB, ont su se saisir de leurs intuitions et de leurs expériences cliniques. Ainsi ont-ils pu interroger les concepts de séparation, de prise en charge précoce, de soins prévenants, d'inscription filiative et les réinscrire dans un dispositif de soins novateur. D'autres éléments de contexte à l'époque nous permettent de voir que l'intérêt naissant des psychiatres pour le bébé part d'un intérêt pour les carences en soins maternels et donc le travail effectué dans les pouponnières. La pouponnière de Sucy en Brie, sous la responsabilité de Geneviève Appell, était à ce titre une pouponnière très en avance dans les réflexions menées sur le bébé, la carence en soins maternels et le placement précoce. Les idées piklériennes sur l'accueil thérapeutique de l'enfant se sont diffusées auprès des crèches d'Île de France et ont permis aux acteurs de la clinique périnatale d'assister à la construction d'une pédagogie de la première enfance particulièrement innovante. Le sujet de la parentalité en milieu familial carencé, c'est-à-dire non pas quand il y a privation de parents mais quand on observe des facteurs de carence



intra familiaux, a intéressé de nombreux psychiatres d'enfant qui par la suite se sont formés à la clinique du 1<sup>er</sup> âge et aux aspects relationnels mère/bébé c'est-à-dire à la prévention des conséquences de la pathologie du lien mère/bébé sur les processus d'organisation de la vie psychique du nourrisson.

Aujourd'hui, le dispositif UHMB est bien connu des acteurs de pédopsychiatrie. Si les unités d'hospitalisation conjointe permettent une prise en charge de la mère et du bébé dans le cadre d'une hospitalisation temps plein, d'autres unités fonctionnelles « plus souples » concernant les indications de prise en charge en particulier et qui mobilisent l'activité de liaison et le travail en ambulatoire, vont être créées. Elles augmentent de fait les possibilités *d'intervention précoces* et représentent selon les médecins porteurs de projet de création d'unité, une alternative à l'hospitalisation temps plein :

*« J'ai été grappillé à gauche et à droite pour essayer de concevoir quelque chose et assez tôt, il m'est apparu plus intéressant, non pas de créer une unité d'hospitalisation temps plein (il y en avait déjà quelque unes sur la région parisienne dont les indications étaient tout à fait pertinentes mais somme toute limitées en nombre), mais plutôt d'essayer de développer des dispositifs plus souples, plus en lien avec la cité, permettant des rencontres avec des parents et des bébés, qui pour des raisons diverses, pouvaient être en difficulté dans leurs premiers liens ».* (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil III)

Lorsque l'on regarde de près la trajectoire professionnelle des acteurs/promoteurs organisateurs que nous avons rencontrés, on observe qu'ils sont nombreux, alors qu'ils n'étaient encore qu'assistants, à avoir commencé à travailler dans des CMP généralistes en essayant déjà de sensibiliser les professionnels et les partenaires de ces CMP à la clinique du tout petit. Puis on les retrouve dans des unités de pédopsychiatrie hospitalières, des unités d'hospitalisation mère-bébé d'investigation, des pouponnières avant de faire le choix, pour certains, du passage à une activité de pédopsychiatrie de liaison ou dans un intersecteur de pédopsychiatrie afin d'exercer dans des dispositifs qui permettent, comme ils l'indiquent, une continuité des soins. C'est en effet ce qu'explique cette pédopsychiatre, responsable d'une unité sectorisée créée en 1992 en IDF, lorsqu'elle justifie ses choix de carrière guidés par la volonté de se tourner vers les soins précoces :

*« Les unités de pédopsychiatrie hospitalières ont l'intérêt d'être un bouillon de culture de toutes les pathologies mais de venir de toute la France entière, alors après pour établir de la continuité dans les soins, ce n'est pas facile. Donc après, j'ai fait un autre choix parce que, justement, je voulais travailler dans la continuité, donc j'ai investi la profession de praticien hospitalier dans un inter-secteur de pédopsychiatrie ».* (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

Ainsi pour ces professionnels de la pédopsychiatrie, il s'agit de s'inscrire dans des dispositifs existants et/ou de réfléchir à de nouveaux dispositifs qui faciliteraient « les continuités soignantes » comme le souligne cet autre médecin à l'origine de la création d'une unité de pédopsychiatrie périnatale en IDF :

« Il fallait penser les différenciations des espaces qui pouvaient être intéressants pour les familles, c'est-à-dire de ne pas à chaque fois rencontrer des professionnels différents mais de pouvoir s'inscrire dans des projets thérapeutiques non pas prêts à porter mais pensés au cas par cas, c'est-à-dire être et rester en lien avec les mêmes professionnels ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité Profil III)

Si la sectorisation a permis dans une certaine mesure, la continuité des soins et le suivi par la même équipe soignante de l'itinéraire thérapeutique du patient, elle peut néanmoins représenter un frein dans la prise en charge de patients en situation de précarité par exemple, dont on sait d'expérience qu'ils ne restent pas longtemps au même endroit. Ainsi, ce type de contraintes liées à l'organisation en secteurs a enjoint certains acteurs de la pédopsychiatrie que nous avons rencontrés à penser des dispositifs de soins qui soient co-sectoriels afin d'éviter que cette population spécifique, en se déplaçant, ne se retrouve en rupture de lien et donc de soins. En effet, comme le rappelle cette pédopsychiatre, responsable d'une unité mobile de psychiatrie périnatale parisienne, l'exercice de prise en charge d'une population en situation de vulnérabilités multiples, pour un soin psychologique, ne présente pas les mêmes difficultés selon l'endroit géographique considéré :

« Il y avait quelque chose qui était très différent, que je n'avais pas mesuré dans le changement province-Paris, c'est qu'en province, les populations précaires ne restent pas au même endroit, elles se déplacent et cela ne pose pas de problème parce que sur un rayon de 50 km ils appartiennent toujours au même secteur. Alors qu'à Paris, à 3 stations de métro, ils ne sont plus du secteur ! Le problème c'est cette sectorisation psy, donc comment on fait ? ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

Pour trouver une alternative à la *mobilité des patients* en situation de précarité dans une zone géographique très sectorisée comme Paris et au fait que certains parents ne formulent pas de demande de soins psychothérapeutiques (parce que cette demande d'aide psychologique n'est pas toujours formulable), cet acteur promoteur d'idées a essayé de penser des dispositifs plus souples. Riche de son expérience de praticien hospitalier (PH) et de médecin chef de service en province où elle participa notamment à la création en 1989 d'une première « Unité mobile de psychiatrie petite enfance », elle va « transposer » ce même type de dispositif lors de son arrivée à Paris, lorsqu'elle devient responsable d'une unité petite enfance et psychiatrie périnatale qui évolue sur plusieurs arrondissements :

« Il faut essayer de créer des dispositifs qui transcendent cette affaire de secteurs parce que ça ne va pas (...). La grande idée c'est d'être porteur du lien et de tenir ce lien, sans faire de forcing, avec le consentement des gens, d'essayer de tenir ce lien (...) car pour ces personnes, si on commence un lien et qu'on l'arrête c'est iatrogène ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

La clinique du lien et celle de la non-demande sont véritablement au cœur de la réflexion clinique de nombreux acteurs interviewés qui observent dès les années 80 les difficultés rencontrées par certaines populations en situation de vulnérabilité à formuler une demande de soin et à s'inscrire dans un suivi thérapeutique. Aussi, certains d'entre eux ayant fait le constat que cette absence de demande est aussi le fait de facteurs psychodynamiques et pas seulement



sociaux, ils vont proposer des dispositifs co-sectoriels, comme cette unité mobile périnatalité et petite enfance créée au début des années 2000 qui effectue des soins à domicile pour des familles qui ne viennent pas en « consultation classique » :

« Pour sortir de cette idée, 'on fait des thérapies, on attend la demande', j'ai créé la clinique de la non-demande en montrant que si les personnes ne pouvaient pas venir c'était pas pour des raisons uniquement sociales mais c'était une psychopathologie précise cette clinique de la non-demande, d'où l'idée d'aller vers les familles et de travailler avec elles l'émergence d'une demande pour un soin psy ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

Cette disposition particulière du clinicien qui va au-devant d'une demande non formulée rejoint l'idée de l'appréhension d'un besoin méconnu, d'une demande d'aide qui serait « masquée ». Ce concept de « demande masquée », théorisé par Noël et Soulé (2004) lors de réflexions menées sur les interventions précoces auprès des familles, a été mobilisé dans la clinique de nombre d'acteurs que nous avons rencontrés ; il est considéré comme un outil opportun pour aller notamment à la rencontre des patientes de maternités dans le cadre d'une action préventive. Dans ce contexte, les somaticiens face à la manifestation d'une souffrance ou d'une difficulté maternelle peuvent adresser lors d'« un passage de relais transférentiel », la patiente au psychologue ou au pédopsychiatre du service afin qu'ils puissent ensemble, secondairement, travailler cette demande « virtuelle » pour que la patiente la reprenne à son compte (Séguret, Glorion, Dubois, Vion, Dugué & Beauquier-Maccotta, 2012).

Les expériences professionnelles dans la clinique de l'enfant puis du tout petit ont ainsi progressivement conduit les acteurs promoteurs d'idées et organisateurs à interroger la possibilité d'une intervention précoce au domicile ou substitut de domicile des familles. Identifiées par un réseau de partenaires (PMI<sup>10</sup>, l'ASE<sup>11</sup> ou les travailleurs sociaux) comme des familles en situation de vulnérabilité (c'est-à-dire pour lesquelles on observait une souffrance psychique du bébé et pas seulement somatique, des enfants en échec scolaire massif, des placements...), ces familles rencontrent de fait des difficultés pour se rendre au centre médico-psychologique ; les raisons tenant à la fois à des facteurs associés, psychologiques ou contextuels.

Alors, chez ces acteurs du soin psychique, on trouvera une volonté d'intervenir plus tôt auprès des tout petits et de leur mère dans un premier temps puis de la femme enceinte pendant toute la période périnatale :

« En rencontrant des situations d'enfants de 3-4 ans, il nous arrivait de nous dire que si nous avions été là ou du moins s'il y avait eu des bonnes rencontres pour ces parents avec ce bébé, ce bébé qui avait été l'enfant que nous voyons, peut-être que les choses auraient été un peu différentes, moins fixées ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

<sup>10</sup> PMI Protection Maternelle et Infantile

<sup>11</sup> ASE Aide Sociale à l'Enfance

#### 4. Pédopsychiatrie de liaison et soutien à la parentalité

Pour comprendre l'origine de la souffrance de l'enfant et ce qui se joue avant que les interactions ne se passent mal, ces pédopsychiatres se sont tournés vers le bébé et la clinique de la grossesse. Comme l'indique cette médecin, fondatrice et responsable d'une unité mobile de psychiatrie périnatale qui intervient auprès des maternités en IDF :

« Il y avait deux options pour voir cela [l'origine de la souffrance de l'enfant]: la grossesse (avant qu'il y ait même un bébé) et le moment où quelqu'un prend conscience que ça ne va pas bien. La grossesse, disons la maternité, était le moment opportun pour travailler à la fois la temporalité et tenter éventuellement d'agir. Et l'idée donc est venue de trouver un moyen d'intervenir davantage pendant la grossesse ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

Selon cet acteur, la maternité est en effet un moment opportun pour travailler la mise en place d'une action préventive car c'est une période singulière où les femmes sont particulièrement attentives aux soins somatiques et où beaucoup de professionnels sont mobilisés autour d'elles. Aussi montrent-elles une véritable appétence pour recevoir des soins :

« La période périnatale est un levier thérapeutique important d'autant plus si le lien est établi avec l'équipe qui s'occupe de la personne (...). A cette période, la future mère est plus à même d'accepter de répondre positivement à une proposition de prise en charge multidisciplinaire globale ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

C'est notamment l'activité de liaison qui va permettre d'organiser et de favoriser ce travail pluridisciplinaire. Lorsqu'elle revient sur les étapes qui ont marqué sa trajectoire professionnelle, elle insiste sur l'importance de son passage à la fin des années 80, dans un Centre hospitalier général d'Ile-de-France au sein duquel elle exerça un travail de liaison dans un service de pédopsychiatrie en lien étroit avec la pédiatrie. Près de 20 ans plus tard, elle revendique la pertinence de cette pratique conjointe issue de la collaboration entre les deux services ainsi que l'activité de liaison qu'elle considère comme une véritable « *activité multidisciplinaire de prévention et de soin* ». Relativement à la mise en place de ce nouveau dispositif de soins elle indiquera :

« Il s'agissait moins d'être une mini-unité ambulatoire mobile trans-services, comme se sont constituées depuis les unités de douleurs dans les hôpitaux pédiatriques, que d'envisager une prise en charge incluant d'emblée le lien soma-psyché ; une façon d'échafauder les soins à l'enfant dans une prise en charge la plus intégrative possible ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)

Ici, la rencontre systématique avec tous les enfants a permis de moins stigmatiser l'intervention psychologique et de pouvoir offrir une prévention des troubles psychiques survenant dans ce contexte d'hospitalisation. Elle a aussi facilité le repérage et l'observation fine des troubles antérieurs à l'hospitalisation ainsi que l'évaluation du développement de l'enfant, de ses ressources et vulnérabilités dans ce contexte contraignant. La présence d'une équipe pluridisciplinaire de pédiatres et pédopsychiatres aura ainsi permis une prise en charge de la santé globale de l'enfant. De cette période, cette pédopsychiatre dira qu'« *il reste des*

*acquis qui représentent des bases, des fondations de la pertinence du travail de liaison* ». Ce « dispositif polyvalent » qui favorise l'amélioration des connaissances et les pratiques des professionnels de l'enfance, lui a permis d'amorcer plusieurs ébauches de réflexion sur les sujets tels que la prévention, l'accès aux soins, l'observation de l'enfant, les consultations psychothérapeutiques, le travail en réseau et le repérage des carences et maltraitances. Comme on peut le voir, l'expérience de pédopsychiatrie de liaison dans ce Centre hospitalier général, que cette professionnelle de santé mentale qualifie d'« *exceptionnel* » et de « *précurseur* »<sup>12</sup>, constitue pour elle une étape majeure dans la construction de son parcours clinique et de ses réflexions théoriques.

Plusieurs pédopsychiatres et psychologues que nous avons rencontrés ont ainsi souligné l'importance de *l'activité de liaison* dans leur trajectoire professionnelle et l'influence de cette pratique dans l'élaboration de nouveaux dispositifs de soins et de prévention précoce. Comme le confirme cet autre médecin qui a rejoint en 2011 un service de pédopsychiatrie périnatale d'urgence de région parisienne et dont l'activité correspond à un exercice de pédopsychiatrie de liaison auprès de différentes maternités d'IDF, ces pratiques inventent de *nouvelles formes de soins* au sein même de l'hôpital :

« *On peut en effet parler d'une évolution des pratiques de la liaison auprès des maternités* ». (Pédopsychiatre, Profil III)

Cette psychologue d'une unité de psychiatrie périnatale, reviendra quant à elle sur la « culture du travail de liaison » qui permet aux équipes soignantes d'aller au domicile des patientes rompant ainsi avec un certain hospitalo-centrisme :

« *Nous sommes très itinérants, c'est une des caractéristiques de l'équipe. Une autre spécificité c'est que le travail de liaison est au cœur de notre activité, c'est-à-dire que l'établissement X santé mentale psychiatrie d'IDF a une tradition un peu d'interface entre la ville et l'hôpital cherchant à travailler auprès des populations et à s'éloigner d'un hospitalo-centrisme. Donc nous on s'inscrit dans cette tradition, l'équipe a voulu être à l'interface entre l'hôpital et le domicile. Donc on a une activité de liaison qui est très importante au démarrage de l'équipe et autre spécificité c'est de travailler très précocement auprès des bébés c'est-à-dire qu'on peut suivre les dyades ou triades*

<sup>12</sup> L'auteure considère en effet que ce Centre Hospitalier d'IDF a été précurseur dans de nombreux domaines. Elle rappelle notamment la construction d'un bâtiment mère/enfant en 1987 qui regroupe la maternité, les services de néonatalogie, pédiatrie et de pédopsychiatrie. Elle revient également sur la collaboration étroite entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie qui se traduira par la mise en place d'une équipe commune pédiatrico-pédopsychiatrique avec le développement d'un travail de liaison ainsi que des actions spécifiques au sein de l'unité d'hospitalisation de pédiatrie comme l'activité intitulée "Groupe bébé". Ce groupe bébé est un outil que l'auteure qualifie "d'ingénieux, un modèle à exporter". Il s'agissait d'un groupe d'observation et de jeu qui faisait intégralement partie du service de pédiatrie et qui accueillait de très jeunes enfants hospitalisés (- de 5 ans). L'objectif de ce dispositif était de "lutter contre les troubles liés à l'hospitalisation", d'observer et d'évaluer le développement psychomoteur et les capacités de jeu des enfants et d'apprécier enfin leurs ressources et leurs vulnérabilités en présence ou pas des parents.

*depuis que la femme est enceinte et on va jusqu'aux 18 mois du bébé ». (Psychologue, Profil III)*

Enfin, l'intérêt partagé pour les dispositifs d'intervention précoce peut se traduire également par un cheminement clinique et intellectuel qui trouve son origine dans une réflexion sur la *parentalité défailante* comme ce fut le cas pour ce responsable d'UHMB en IDF, qui évoque sa collaboration avec Appel à la pouponnière de Sucy. Pour resituer le contexte de l'époque, il rappelle que dans les années 80, il n'y avait pas véritablement de psychiatrie du bébé proprement dite mais qu'il y avait en revanche un réel intérêt des « psy » pour le nourrisson dans les pouponnières :

*« Parallèlement à mon activité à l'UMB, j'ai travaillé avec G. Appell (Profil I) à la pouponnière de Sucy. A l'époque c'était une pouponnière qui était très en avance dans la réflexion sur le bébé, la carence en soins maternels et le bébé placé. Ils ont importé tout un savoir-faire de Loczy qui s'est un peu diffusé après dans toutes les crèches du département concernant la manière de faire avec des bébés privés de parents. Et après j'ai travaillé sur cette question de la parentalité c'est-à-dire sur ces enfants qui étaient carencés en milieu familial, c'est-à-dire pas dans la privation de parents mais des facteurs de carence intra-familiaux ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)*

Rappelons ici que c'est autour de « l'opération pouponnières » que la question des *dispositifs de soutien à la parentalité* s'est formalisée dans le courant des années 70 avec la mise en place d'une politique publique de secteur visant à améliorer l'accueil en pouponnière et à limiter les placements d'enfant. Il s'agissait alors de sensibiliser les professionnels et gestionnaires à la prise en charge des carences affectives de l'enfant. De nombreux chercheurs, tels que David et Appell avaient été mobilisés pour établir des référentiels d'actions visant à lutter contre les troubles de l'attachement et des pratiques administratives et professionnelles jugées trop tutélaires (Pioli, 2006). Alors, lorsque ce responsable d'UHMB, nous renseigne sur ce qui a prévalu à la mise en place de son unité, il met en avant l'intérêt des professionnels de l'époque pour le processus de parentalité et sa mise à mal :

*« L'unité n'est pas partie au fond d'un intérêt pour la relation précoce mais plutôt d'un souci de soigner une mère aux prises avec un processus de parentalité qui est défailant, qui donnait lieu à des manifestations psychiques envahissantes ». (Pédopsychiatre, resp. d'unité, Profil II)*

## 5. Conclusion

Le contexte d'émergence de la clinique périnatale précoce à travers l'analyse de ses étapes marquantes et des apports conceptuels et organisationnels va s'inscrire au cœur de politiques publiques qui vont dès les années 70 en France, consacrer une partie significative de leurs efforts sur cette période et proposer le premier grand programme de périnatalité volontariste qui s'inscrit dans un contexte de forte croissance économique et de développement des politiques de santé. Ces premières mesures d'envergure marqueront le début d'une série de politiques et de plans d'action qui vont servir de point d'appui et de cadre facilitateur à ce qui

deviendra progressivement la clinique périnatale précoce. L'identification des pionniers, des acteurs « promoteurs d'idées » et « promoteurs organisateurs » qui se sont saisi de ces nouveaux savoirs pour penser de nouvelles pratiques et des dispositifs d'intervention originaux nous ont permis de retracer les étapes marquantes de cette clinique émergente.

« *En fait, c'est ça l'idée, c'est d'innover à chaque fois pour faire muter les organisations* »<sup>13</sup> ; l'ensemble des acteurs que nous avons rencontrés dans le cadre de cette recherche sur les modalités de prévention et de prise en charge précoces des vulnérabilités psychiques maternelles pendant la période périnatale, ont chacun œuvré, à faire « *muter les organisations* » pour qu'à travers la mise en place de plans d'actions spécifiques, se structurent de nouveaux dispositifs de soins, d'accompagnement et d'appui à destination des mères, des pères et de leur bébé en situation de vulnérabilité. « *Pour que les femmes ne soient plus jamais seules avec leur détresse maternelle* », pour qu'elles ne pensent pas « *Ya rien, je suis dans un néant, j'existe pas* », pour qu'elles puissent communiquer pendant la période périnatale avec des professionnels du champ médico-psychologique qui soient soutenant, sans la crainte d'être jugées sur leurs manques, leurs inaptitudes, leurs difficultés d'être mère et surtout pour qu'elles n'aient plus jamais à dire : « *Je suis restée dépressive toute ma vie, j'ai pris des cachets toute ma vie après la naissance de mon enfant* »<sup>14</sup>. Des acteurs du soin psychique se sont engagés auprès des femmes, des bébés et des familles dans une clinique périnatale précoce portée par des idées, des concepts et processus qui ont façonné une nouvelle offre de soins. Conscients des enjeux de cette prise en charge multifocale qui se co-construit dans l'élaboration d'un langage commun qui participe de la préfiguration d'une culture professionnelle commune, ces professionnels, en interrogeant les limites de leurs pratiques cliniques sur le terrain et en confrontant leurs savoirs et compétences les uns aux autres, ont participé à l'élaboration de nouveaux cadres théorico-pratiques. Une clinique préventive précoce semble ainsi s'être constituée à partir d'un segment professionnel particulier qui se distingue par des savoirs, des besoins identifiés et théorisés, des pratiques nouvelles en réseau et s'être solidifiée par la mise en place de structures spécifiques.

### Références bibliographiques

- Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents.
- Circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents
- Disnan, G. & Alvarez, L. (2010). Adaptation du cadre des psychothérapies parents/bébé aux nouvelles connaissances en psychopathologie périnatale. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 115-166.
- Dugnat, M. (2002). Santé mentale et psychiatrie périnatales : renouveler l'approche de la prévention, *Dialogue*, 157(3), 29-41.

<sup>13</sup> Extrait d'un entretien avec une gynécologue obstétricienne responsable d'un réseau de périnatalité en IDF (Profil II)

<sup>14</sup> Propos rapportés par la responsable d'une association d'usagers sur les difficultés maternelles (Profil II).

- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1995). La production de la théorie à partir des données. *Enquête*, 1, 183-195.
- Golse, B. (2007). La mise en récit comme maillon thérapeutique. Dans C. Boukobza (dir.), *Les écueils de la relation précoce mère-bébé* (pp. 63-89), Toulouse : Erès.
- Koné, D. (2011). Les consultations psychologiques parentales. Une clinique de soutien à la fonction parentale. *VST - Vie sociale et traitements*, 110(2), 49-55.
- Noël, J. & Soulé, M. (2004). L'enfant "cas social". Dans S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 2337-2364). Paris : Presses Universitaires de France.
- Pioli, D. (2006). Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 1, [En ligne], n°1 | Printemps 2006, mis en ligne le 23 octobre 2006, consulté le 23 janvier 2020. URL : <http://journals.openedition.org/sejed/106>.
- Racamier, P.-C. (1979). La maternalité psychotique. *De psychanalyse en psychiatrie*. Paris : Payot.
- Séguret, S., Glorion, C., Dubois, C., Vion, E., Dugué, C. & Beauquier-Maccotta, B. (2012). La collaboration pédopsychiatre-psychologue en maternité : représentants de quel temps et de quel espace psychique ? Dans P. Canouï, B. Golse et S. Séguret (dir.), *La pédopsychiatrie de liaison* (pp. 83-95). Toulouse : Erès.
- Spitz, R. (1964). The derailment of dialogue: an attempt at their etiologic classification. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 255-275.



## 2. Devenir parents après une Mort Fœtale *In Utero* : conséquences psychiques sur l'investissement de la grossesse suivante et de l'enfant né

*Becoming parents after an In Utero Fetal Death: Psychological consequences on parental investment in the following pregnancy and child*

**BOURDET-LOUBERE Sylvie**

Maître de Conférences-HDR en Psychologie clinique et Psychopathologie, Psychologue clinicienne, Psychothérapeute, Université Toulouse 2 Jean-Jaurès, Hôpital Paule de Viguière, CHU Purpan, Toulouse, France

[bourdet@univ-tlse2.fr](mailto:bourdet@univ-tlse2.fr)

29

### RÉSUMÉ/ABSTRACT

Le décès en fin de grossesse, qui survient en moyenne dans neuf naissances sur 1000 en France, représente pour les devenant-parents (Missonnier, 2009) un traumatisme innommable et constitue un insupportable télescopage entre vie et mort, venant impacter leurs projections dans l'avenir. Ce travail de recherche s'intéresse aux modalités du travail de deuil spécifique à la Mort Fœtale In Utéro (MFIU) et interroge les possibilités d'investissement d'une nouvelle grossesse chez les femmes concernées. Nous avons émis l'hypothèse que l'acquisition d'une nouvelle grossesse suite à un tel antécédent est vécue de façon ambivalente, entre angoisse de répétition et travail de deuil, et que l'investissement psychique et affectif de l'enfant à naître peut être entravé par des affects de loyauté et de culpabilité envers le premier fœtus. Notre recherche a consisté en l'étude de trois cas de jeunes femmes ayant subi une MFIU dans les deux ans précédant une nouvelle grossesse. Nos questions de recherche ont été mises à l'épreuve au moyen d'une méthodologie qualitative basée sur la réalisation de 3 entretiens non directifs de recherche avec chacune des participantes. Nous observons dans les 3 cas que le deuil de l'enfant *in utero* est toujours compliqué mais sans nécessairement venir condamner l'enfant suivant à incarner « l'enfant de remplacement » (Cain, 1964). Cette étude vient également conforter les travaux de Squires (2004) en révélant qu'un soutien au travail de différenciation des deux grossesses avec la mère et/ou le couple semble participer à éviter que l'enfant mort n'étende son ombre mélancoliforme sur l'enfant suivant.

Mots-clés : Mort fœtale *in utero* ; Deuil périnatal ; Traumatisme ; Grossesse suivante ; Investissement psychique (de l'enfant né)

*Death at the end of pregnancy, which occurs on average in 9 out of 1,000 births in France, is an unspeakable trauma for parents and constitutes an unbearable clash between life and death, impacting their future projections.*

*This research focuses on the modalities of bereavement work specific to In Utero Fetal Death and questions the investment possibilities of a new pregnancy among the women concerned.*

*We have hypothesized that the acquisition of a new pregnancy following such an history is lived in an ambivalent way, between anxiety of repetition and work of mourning, and that the psychic and emotional investment of the expected child can be hindered by effects of loyalty and guilt towards the first fetus.*

*Our research consisted of the study of three cases of young women who had undergone In Utero Fetal Death in the two years preceding a new pregnancy. Our research questions were tested using a qualitative methodology based on the conduct of 3 non-directive research interviews with each of the participants. In all three cases, we observe that the bereavement of the child in utero is always complicated but without necessarily condemning the next child to play "the replacement child" (Cain, 1964). This study also supports the work of Squires (2004) by revealing that support for the work of*



*differentiating the two pregnancies with the mother and/or the couple seems to help prevent the dead child from stretching his melancholic shadow over the next child.*

*Keywords: In utero Fetal death; Perinatal bereavement; Trauma; Next pregnancy; Psychic investment (of the born child)*

## **ARTICLE**

La clinique des pertes fœtales tardives renvoie souvent à une même détresse psychique parentale infinie qui recouvre cependant bien des vécus différents, donnant lieu cependant par la suite à des destins psychiques toujours singuliers. Ces « devenant-parents » - selon l'expression de Missonnier (2012) - endeuillées sont au cœur de ma pratique clinique au point de venir constituer en parallèle un véritable objet de recherche en tant qu'expérience subjective de cet événement dramatique mais hélas relativement fréquent.

En effet, la détresse exprimée par les couples dans le huis-clos de la consultation psychologique vient dire non seulement un vécu parental ravagé mais questionne aussi les ressources psychiques mobilisables pour vivre une prochaine grossesse et l'arrivée d'un enfant viable dans cette histoire parentale et conjugale. La recherche présentée tente donc de mieux comprendre les enjeux psychiques du vécu d'un deuil périnatal sur l'investissement d'un enfant puiné. Nous avons fait ici le choix de centrer le propos sur le vécu des mères mais cette focalisation n'exclut en rien le vécu du père, que nous avons pris en compte dans la revue de la littérature et qui apparaît aussi en filigrane du discours des femmes rencontrées.

Cette étude émane donc de plusieurs constats issus : 1) de mes consultations psychologiques dans un service de d'Aide Médicale à la Procréation (AMP), où il est question du désir d'enfant, de l'infertilité, de la perte...2) de ma pratique de la psychothérapie avec notamment des femmes affectées par un deuil périnatal, où il est alors question du deuil, du « besoin » de vivre une autre grossesse, des angoisses de répétition...3) de travaux de recherche exploratoires antérieurs que j'ai dirigés à l'université (Huche Texier-Lory & Bourdet-Loubère, 2019 ; Collin & Bourdet-Loubère, à paraître).

Cette recherche présente par ailleurs à mon sens un double enjeu puisqu'il s'agit, à la fois, de mettre en évidence les ressources psychiques permettant l'acceptation de la perte et la projection dans l'avenir tout en mettant à l'épreuve de ce terrain clinique particulier une méthodologie clinique qualitative inspirée par la phénoménologie et l'herméneutique afin d'approcher au plus près, les vécus intimes de cette expérience, avec le moins d'artéfact possible.

D'un point de vue scientifique, si la question de la perte périnatale a fait l'objet de nombreuses études, peu d'entre elles se sont intéressées aux enfants nés dans l'après-coup d'un tel événement. Cependant, quelques auteurs évoquent les enfants « de remplacement » à la suite de Porot qui a conceptualisé cette notion en 1994. Il est désormais communément admis que ces enfants doivent bien souvent assumer le mandat familial de se construire dans l'ombre d'un fantôme trop présent ou encore endosser la nécessité de vivre « pour deux ». Cependant, le vécu de la mise en place de la maternalité pendant la seconde grossesse tout comme le vécu de la

rencontre avec l'enfant réel né n'a pas fait l'objet à ce jour de travaux reposant sur une méthodologie qualitative.

D'un point de vue sociétal, on ne peut passer sous silence le vécu de ces femmes, couples et familles, toujours marqués par le drame, la catastrophe et le trauma. Pas plus que cette question qui fait débat dans les équipes professionnelles qui accompagnent ces femmes, à savoir à quel moment une nouvelle grossesse peut-elle être initiée sans venir relancer des symptômes traumatiques de répétition ou générer le risque d'une grossesse psychique rendue « blanche » par la force des défenses ? Cette question est également celles des couples pris dans l'ambivalence conflictuelle de leur vécu pulsionnel contradictoire, à savoir faire triompher la vie sans trahir ni oublier l'absent.

La revue de la littérature préalable à cette recherche est d'orientation psychanalytique, et a été pensée afin de mettre en perspective d'une part la spécificité du deuil périnatal, et d'autre part les connaissances actuelles sur le devenir des enfants nés suite à une Mort Fœtale In Utero (MFIU), afin de cerner au plus près la question du vécu de l'accès à la parentalité et celle de l'investissement psychique de l'enfant viable ce qui a permis l'émergence des questions de recherche guidant cette étude exploratoire.

Pour l'élaboration de l'objet de cette recherche, il est donc nécessaire de faire un retour sur la préhistoire de la grossesse, à savoir d'abord le désir d'enfant (sa nature, sa tonalité, sa qualité mais surtout son caractère subjectif) qui au fil de l'histoire de vie et de l'histoire de la conjugalité va s'élaborer en projet d'enfant, projet dont la réalisation est toujours plus ou moins aux risques des aléas et avatars de la conception. Une autre étape consiste alors à prendre en compte les travaux contemporains sur les aspects du vécu psychique de la grossesse, à travers notamment les concepts d'anticipation et de Relation d'Objet Virtuel (ROV) de Missonnier (2007). Ce qui nous autorise dès lors à penser la grossesse comme un processus d'investissement d'abord narcissique qui s'objectalise au fur et à mesure de la gestation. Les processus de parentalisation se mettent donc en place de façon singulière et unique selon un gradient toujours inédit d'investissement narcissique et objectal jusqu'à l'arrivée de l'enfant. En cas de MFIU, la perte vient s'inscrire dans ce moment d'intense bouleversement interne, venant signifier dans des proportions toujours variables une perte de soi en tant que devenant parent et une perte d'objet du côté de l'enfant qu'on ne connaîtra pas dans le monde externe. La clinique nous montre que cet événement est de l'ordre du trauma, de la fracture psychique, dessinant un avant/après d'abord impensable, inélaborable. Là où la vie est attendue, c'est la mort qui survient. La question qui se pose alors est celle de mieux connaître le destin des traces (psychiques, sensorielles, affectives) de la grossesse perdue dans la construction subjective et identitaire de la maternalité chez la femme lors d'une nouvelle grossesse et de la naissance d'un enfant viable.

Notre cheminement théorique s'est ensuite poursuivi autour d'une réflexion sur l'intrication de la subjectivité et de la narrativité au cours de la construction de la maternalité pour donner lieu à la problématique à l'étude, à savoir « comment penser les processus de passage de la perte fœtale au devenir mère d'un enfant vivant » ? Que les narrations produites par les participantes à l'étude soient inconscientes, en lien aux fantasmes originaires ou intersubjectives, elles

viennent dire, du côté de la mère, ce que ce fœtus et cet enfant né sont et ce qu'ils représentent dans sa réalité interne de femme.

La mise en récit est utilisée ici en tant qu'outil méthodologique mêlant la vision philosophique Ricoeurienne de la mise en récit à l'indispensable ancrage psychanalytique de la narrativité, où les concepts d'« après-coup » et de « travail de liaison » sont au cœur du processus. Ainsi, par la mise en récit de son histoire nous pourrions évoquer, au-delà d'une dynamique de subjectivation, une dynamique de trans-subjectivation, où l'enjeu pour le sujet serait de passer d'une histoire arrêtée, endeuillée et traumatique à un ressaisissement identitaire à travers la mise en sens et en mots de son récit de vie, où l'histoire de la maternité trouve la voie de l'inscription psychique, permettant alors la mise en sens d'un insensé, d'un impensé.

Les trois questions de recherche suivantes guident le recueil de données :

- Comment l'histoire de la première grossesse, colorée par le vécu traumatique de la MFIU, vient-elle faire trace dans la construction psychique et identitaire maternelle de la femme ?
- Comment le vécu maternel de la perte antérieure vient-il s'inscrire dans la maternalité et le lien à l'enfant né ?
- Quel est l'impact de ce vécu antérieur sur la narrativité de la femme / mère ?

## Méthodologie

Comme nous l'avons dit précédemment, nous avons souhaité proposer une méthodologie qualitative orientée par la phénoménologie et l'herméneutique, dans l'objectif de mieux comprendre comment l'histoire de la première grossesse et du premier enfant non né et le récit qui en a été fait peuvent avoir un impact sur les processus de maternalité de la femme et sa capacité à s'approprier son identité et son histoire de mère.

La méthodologie mise en œuvre propose trois temps de rencontre avec chaque participante, induisant et soutenant une logique temporelle et historicisante :

- T1 : Entretien Non Directif de Recherche (ENDR) concernant la mise en récit de la première grossesse (contexte, vécu affectif).
- T2 : ENDR concernant la perte de la grossesse (mise en récit du vécu de la MFIU).
- T3 : ENDR concernant la grossesse et l'arrivée de l'enfant né.

La population était composée de femmes âgées de 20 à 40 ans ayant connu une MFIU sur une première grossesse puis une nouvelle grossesse viable dans l'après-coup. Nous présentons aujourd'hui les éléments observés suite à la rencontre avec trois participantes, qui nous paraissent illustrer, avec nuance et contraste, cette clinique de la perte fœtale :

**Jasmine**, 27 ans, a connu une MFIU il y a deux ans, qui a provoqué la séparation du couple. Elle est aujourd'hui mère d'un petit garçon de 9 mois avec un nouveau compagnon.

**Isabelle**, 37 ans, a vécu une MFIU avec son mari il y a 5 ans et après un parcours en AMP elle a pu mettre au monde une petite fille qui a 18 mois.

**Héloïse**, 22 ans est retombée enceinte « accidentellement » 9 mois après une MFIU et a aujourd'hui un petit garçon de 6 mois.

### Résultats généraux

De façon générale, on observe pour ces trois femmes une influence de l'histoire de la grossesse précédente et de la MFIU convoquant deuil et trauma sur la construction psychique de la maternité chez la femme. Cependant, il apparaît que c'est davantage la possibilité pour la femme de référer son propre vécu de cette histoire singulière catastrophique à son histoire de couple et à sa capacité à vivre avec le père de la grossesse l'élaboration de la perte, qui vient colorer sa représentation de l'accès à la maternalité et ses représentations de l'enfant suivant au cours de la période périnatale.

De façon plus précise, on retrouve chez ces 3 femmes rencontrées :

- ✓ Des représentations de soi pouvant aller de la toute-puissante destructrice/créatrice au dénigrement de soi, en lien avec l'histoire de la perte fœtale.
- ✓ L'existence d'une culpabilité mortifère, d'angoisses identitaires, d'un sentiment de dette plus ou moins conscientisé.
- ✓ Des répétitions et reviviscences traumatiques au décours de la nouvelle grossesse.
- ✓ Une construction du féminin maternel qui s'appuie sur l'expérience antérieure pour forger et signifier (ou se défendre de) son sentiment de maternité dans l'ici et maintenant.

### Une construction du maternel au regard de l'élaboration de la perte fœtale

On relève pour **Jasmine** que la MFIU est mise en mots avec beaucoup d'affects, la culpabilité paraît très active (dans un contexte de drépanocytose), elle évoque un besoin d'enfant déjà présent avant la perte qui s'est vu redoublé après la MFIU, qu'elle redoutait par anticipation. Elle se dit être une « *mère-poule très inquiète* » et elle parle souvent de « *sa sœur* » à l'enfant né.

Pour **Isabelle**, la perte fœtale a fait l'objet d'un accompagnement psychologique dans l'après-coup, son vécu intime de cet événement a pu être partagé au sein du couple et un travail de deuil a pu être réalisé, en appui à de nombreuses symbolisations et rituels. La nouvelle grossesse était souhaitée mais n'est pas survenue spontanément, et cette infertilité secondaire a été vécue comme « logique » et potentiellement « protectrice ». Aujourd'hui, elle se vit comme la mère de deux enfants et elle poursuit le travail d'élaboration de cette perte au travers d'un « partage » de l'histoire familiale avec sa fille, tout en veillant à ne pas la submerger ni l'effracter psychiquement.

Enfin, concernant **Héloïse**, l'arrêt de la grossesse et l'accouchement de l'enfant non viable n'est pas représenté ni représentable au moment de la recherche et donne ainsi lieu à un discours très défensif. La nouvelle grossesse a été une surprise (« *un accident* » dit-elle) et a été vécue avec beaucoup d'anxiété et de pensées magiques. Elle se définit lors de la recherche comme étant la

mère d'un enfant unique et elle associe le devenir de sa première grossesse à une « fausse-couche ». Elle n'a pas voulu voir le premier fœtus et n'en garde aucun souvenir. Elle dit n'en parler jamais à personne et ne pas en éprouver le besoin. On note cependant qu'elle a choisi librement de participer à cette étude dont l'objectif principal annoncé est plus qu'évocatrice<sup>15</sup>...

Nous observons pour ces trois participantes que la mise en sens de l'histoire de la MFIU fait trace tant dans leurs vécus de la seconde grossesse que leurs manières d'être mères mais de façon singulière et différenciée. Trois profils peuvent être schématiquement retrouvés dans l'échantillon de femmes étudié.

L'impact de l'histoire de la MFIU sur le vécu de la grossesse suivante et la construction de la maternalité est prégnante dans les récits de Jasmine et Isabelle et si toutes deux évoquent un vécu maternel douloureux de la perte de la première grossesse et du premier enfant, deux destins sont toutefois observés :

Pour **Jasmine**, le besoin coûte que coûte de vivre une maternité a entraîné un vécu de la grossesse sur un mode traumatique et anxieux et des relations précoces avec l'enfant né marquées par un surinvestissement et une surprotection anxieuse pouvant évoquer la mise en œuvre de mouvements d'emprise sous couvert de réparation. Lors des 3 rencontres proposées, Jasmine dira, à plusieurs reprises « *mon fils, c'est tout pour moi* ». Elle confiera que la maternité était devenue pour elle un véritable besoin : « *Il fallait que j'ai un enfant* » dit-elle. Lors de la dernière rencontre, elle nous dira que « *pour celui-là, tout est sous contrôle* », venant illustrer l'obsessionnalisation de l'aménagement défensif, via des mécanismes de contrôle et de maîtrise qui pourraient potentiellement évoluer vers des mouvements d'emprise.

Concernant **Isabelle**, son discours, marqué d'affects de tristesse élaborée lors des deux premiers entretiens (qui faisaient référence au vécu de la grossesse et de la perte du premier enfant) se transforme lors de la troisième rencontre, où il s'agit alors de mettre en récit la grossesse puis l'arrivée de l'enfant né : « *On a vécu cette nouvelle grossesse comme un miracle* ». Les verbalisations donnent à voir l'acceptation de la mort et l'intégration du trauma : « *on connaît la mort mais il y a un après* », « *j'ai tellement d'amour à donner* », sans minimisation ni banalisation du vécu ou répression affective mais sans répétition mortifère ni mélancolisation du vécu maternel.

Quant à **Héloïse**, elle est l'une des participantes qui nous a le plus inquiétée lors du recueil des données. En effet, son discours n'a jamais donné prise à une possible élaboration psychique du vécu de perte, qui semble avoir été totalement abrasé par la défense : « *j'ai tout recommencé à zéro* » dit-elle, donnant à voir le fantasme réparateur du retour au temps d'avant le trauma. Pour elle, tout semble se passer comme si justement, rien ne s'était passé, du fait de la force du couple défensif déni/clivage. Lors des rencontres, et sans aucune progression observable dans la levée du déni, elle répètera : « *maintenant je sais ce que c'est d'être mère* » et « *avant mon fils, il n'y a rien à dire* ». L'abrasion défensive du vécu de la première grossesse et de la perte fœtale, basée sur le déni de l'événement et de sa valence traumatique ainsi que la nouvelle grossesse (non désirée consciemment) survenue spontanément neuf mois plus tard viennent dire quelque

<sup>15</sup> L'objectif principal de la recherche était formulé comme suit : Cette recherche clinique qualitative vise à mieux comprendre le vécu des femmes ayant connu une MFIU quand un enfant viable vient au monde dans l'après-coup.

chose du laissé hors sens de cette perte. L'événement et sa portée semblent non psychisables, enfouie dans un en-deçà des mots et de la signification. Héloïse poursuit sa vie, son histoire et vit sa maternité sans relier le présent au passé, le risque étant ici d'un resurgissement du trauma dans un après-coup à venir...

### **Mise en sens de la perte fœtale au regard de la grossesse suivante et de l'enfant né**

On retrouve donc, pour ces trois participantes, une construction du maternel marquée par les capacités élaboratives de la perte fœtale.

Pour Jasmine comme pour Isabelle, nous notons la mise en récit d'une perte douloureuse et nous retrouvons des traces d'un travail de deuil émaillé de culpabilité et de remises en question mais avec toutefois des spécificités propres à chacune :

Pour **Jasmine**, son récit montre qu'il s'agit coûte que coûte d'avoir un enfant et pour cela, de payer sa dette et de subir une culpabilité surmoïque sans relâche qui a notamment entraîné un vécu de la seconde grossesse sous le sceau de la contrainte et de la surveillance maniaque puis un surinvestissement défensif de l'enfant né à travers une surprotection anxieuse et monocentrée, pouvant évoquer la mise en œuvre de mouvements d'emprise sous couvert de réparation. Ses mises en récit lors des trois rencontres nous paraissent marquées par des angoisses de perte, de mort et de séparation et donnent à voir une résurgence affective post-traumatique et la prédominance de défenses archaïques et rigides.

Concernant **Isabelle**, le travail d'acceptation de la perte, effectué conjointement avec son mari et avec l'aide d'une psychothérapeute a pu l'amener à élaborer un désir authentique pour vivre une seconde grossesse et accueillir un nouvel enfant, bien différencié de l'enfant perdu. L'infertilité secondaire transitoire est venue mettre au travail le sens à attribuer à cette expérience de perte et a pu être perçue du côté d'une protection psychique contre la culpabilité d'oser désirer un nouvel enfant, dans un temps où Isabelle peut s'estimer avoir été encore trop fragile et absorbée par son travail de deuil. Le recours à l'Aide Médicale à la Procréation semble, dans sa mise en récit tout au moins, venir faire tiers entre Isabelle et son désir coupable. Les trois temps de rencontre donnent à voir une progression dans les mises en récit successives : d'abord la mise en mots d'un temps de deuil, associé à des émotions douloureuses mais non désorganisantes car pensables, le travail psychique ayant permis l'intériorisation d'un bon objet interne, non persécuteur, à l'endroit du fœtus non né vivant. Le dernier entretien peut enfin donner à voir le vécu réparateur d'une deuxième grossesse et l'investissement adapté, car non idéalisé et pouvant donner prise à une ambivalence tempérée, de l'enfant né vivant. Ainsi, chez elle, malgré la fragilisation narcissique inhérente au trauma de la perte, le recours à la spiritualité, à un accompagnement psychologique et l'étayage conjugal et familial de qualité (ainsi que la possibilité d'internaliser le fœtus perdu en tant que bon objet interne) ont permis de remanier et de restaurer la représentabilité de la filiation et la capacité à différencier le destin des deux fœtus ainsi qu'à faire confiance à l'enfant né pour survivre.

Pour **Héloïse** par contre, l'identité maternelle paraît comme barrée par la rigidité défensive. Ici, le déni (partiel) de la grossesse antérieure, constitue une fuite en avant et justifie la rigidification



des défenses et la fertilité est mise au service du déni. On note toutefois, au fil des 3 entretiens, des représentations négatives d'elle-même en tant que mère et femme, qui pourraient désavouer l'absence de conflictualité affichée.

### **Effraction de la perte fœtale dans la narrativité de la maternité**

Nous observons également à ce niveau de l'étude, par le biais des rencontres avec les trois participantes, des effets d'effraction de la perte fœtale dans la nature même de la narrativité de leurs maternités respectives.

Concernant Jasmine et Isabelle, nous relevons que les premiers récits donnent à voir la difficulté de la mise en récit et du travail de liaison. En effet, la narration est d'abord marquée par l'absence de mise en sens : on observe une logorrhée à forte valence pulsionnelle qui alterne avec des signes manifestes de sidération et un vécu interne de menace d'effondrement. La représentation de soi paraît imprégnée du vécu maternel blessé et marqué par des traces affectives et pulsionnelles de la perte, mais aussi des traces du travail de deuil toujours à l'œuvre. Au fil des rencontres, on assiste toutefois à l'expression d'un détachement progressif du vécu de la perte au fil des mises en récits lors des rencontres dont les indicateurs sont ici une relance de l'associativité, un apaisement du discours, une possible mise en récit des événements et une possible transformation de la représentation de soi et de la relation à l'autre.

Plus précisément, la mise en sens des récits de **Jasmine** donne à voir une identité maternelle blessée, culpabilisée, anxieuse et contrôlante. Nous relevons en effet dans son discours une identification à la mère mortifère et toute-puissante, marquée par l'exclusion de toute fonction paternelle. Le discours, au fil des entretiens, reste marqué par le surinvestissement de la seconde expérience de grossesse, le filtre puissant des défenses maniaques et la représentation de l'enfant né vivant comme nécessaire complément de soi. Les relations précoces semblent empreintes d'emprise et l'enfant paraît objectalisé en tant qu'objet certes précieux mais non différencié (à l'instar d'une possession moi-non moi régressive).

Pour **Isabelle**, les données recueillies donnent à voir une identité maternelle blessée mais sur la voie d'une réparation. Nous observons en effet ici une complexification du travail psychique du féminin maternel mais l'affiliation de bonne qualité au conjoint / père vient apaiser la conflictualisation interne (la crainte d'être infertile après la MFIU pouvant être signifiée et investie positivement). Des angoisses de perte sont perceptibles dans les mises en récit mais on relève aussi des ressources psychiques permettant de différencier les vécus de grossesses et les représentations des fœtus.

Par contre, pour **Héloïse**, il semble que l'identité maternelle soit barrée par la rigidité défensive. Les entretiens successifs donnent en effet à voir des défenses de l'ordre du déni (partiel) de la grossesse antérieure et de la fuite en avant anti-élaborative. La fertilité biologique semble ici être mise au service du déni, dans une schize défensive de la psyche et du soma. L'absence d'évolution au fil des mises en récit successives qui restent par ailleurs émaillées de représentations négatives d'elle-même tant sur le versant maternel que féminin, donnent à redouter une évolution pathologique pour elle-même comme pour le lien mère-enfant. La



narrativité déployée reste pauvre, enfermée dans l'ici et maintenant, comme marquée par une fixité de l'axe temporel. L'impossibilité d'élaborer quelque chose d'une perte est clairement donnée à voir et paraît indiquer un processus de deuil figé et bloqué.

### **Éléments de compréhension et retombées praxéologiques**

Au-delà de l'impact de la MFIU sur la construction de l'identité maternelle des participantes, on retient l'importance de la mise en mots et en sens permettant un détachement de l'objet perdu et une possible différenciation des grossesses et des enfants conçus. L'impact de la MFIU sur les femmes qui deviennent mères d'un enfant vivant apparaît clairement ici en lien avec les ressources élaboratives et symbolisantes de ce vécu et avec la capacité à différencier les vécus de grossesses et les fœtus portés. Le vécu féminin-maternel, conditionnant ou non une mise en récit, dans un dialogue interne comme à l'attention du conjoint et de l'enfant né, semble infléchir la représentation, la mise en sens et la construction subjective et narrative des femmes devenant mères suite à un antécédent de MFIU. Nous soulignons donc à l'issue de cette présentation l'effet de la mise en récit sur le destin psychique maternel de la MFIU et sur la capacité à se ressaisir dans une identité maternelle.

A l'issue de cette recherche, il apparaît en effet que la dimension autoréflexive du protocole de recherche ici utilisé, semble soutenir une élaboration de l'histoire du sujet grâce à la mise en sens de la perte traumatique et de la mise en lien des deux fœtus. L'effet structurant et organisateur de la mise en récit de l'histoire gestationnelle permet de penser l'intérêt de la mise en place d'un accompagnement psychologique à visée thérapeutique à partir de récits successifs des expériences de grossesses. De façon plus marginale, cette étude montre aussi combien il semble indispensable de prendre en considération les mobilisations psychiques convoquées lorsque l'on aborde l'histoire du trauma périnatal afin de mieux comprendre ce qui, dans la rencontre, émane du sujet ou de nos propres mouvements psychiques. Pour conclure, les éléments de compréhension de l'impact d'une perte fœtale mis en exergue au travers de cette étude pourraient permettre de penser un accompagnement de l'accès à la parentalité en contexte post-traumatique avant la mise au monde d'un enfant vivant. Il s'agirait donc de se donner les moyens, en services de gynéco-obstétrique, d'AMP et en maternité d'accompagner la parentalité blessée pour mieux accueillir l'enfant puiné né vivant.

### **Références bibliographiques**

- Huche Texier-Lory, N. & Bourdet-Loubère, S. (2019). Le deuil périnatal : un deuil "infaisable" ? Étude des remaniements psychiques dans le contexte d'une MFIU en fin de grossesse, *Études sur la mort*, 151(1), 67-83.
- Collin, D. & Bourdet-Loubère, S. (2020, à paraître). Le décès anténatal : Une clinique du trauma, du deuil et de la créativité, *Études sur la mort*.
- Missonnier, S. (2007). Une relation d'objet virtuelle ? *Le Carnet Psy*, 7(120), 43-47.
- Missonnier, S. (2012). *Devenir parent, naître humain*. Paris : PUF, Le Fil Rouge.
- Porot, M. (1994). *L'enfant de remplacement*. Paris : Frison Roche.

**CHAPITRE 2 | CHAPTER 2**  
**LA PETITE ENFANCE ET LA**  
**PARENTALITE | CHILDHOOD**  
**AND PARENTING**

### 3. La parentalité pendant les années d'école maternelle : éducation des enfants et vécu des parents

#### Parenthood during the first school years in France (3-6 years old)

**PICART Anne-Gaëlle & BERGONNIER-DUPUY, Geneviève**

Doctorante, Université de Nanterre, SPSE, Département Sciences de l'Education, CREF (EA 1589), Nanterre, FRANCE

Professeur des Universités, Université de Nanterre, SPSE, Département Sciences de l'Education, CREF (EA 1589), Nanterre, FRANCE

[annegaellepicart@hotmail.com](mailto:annegaellepicart@hotmail.com)

39

#### RÉSUMÉ/ABSTRACT

Cette communication rend compte d'une partie des résultats d'une plus vaste recherche, visant à éclairer ce qui se joue en termes de parentalité à ce moment charnière que représente l'entrée de l'enfant à l'école, en mettant en regard l'éducation des enfants et le vécu des parents.

Le recueil de données s'est effectué auprès de mères et de pères dont les enfants fréquentent une école maternelle publique d'un quartier parisien en Réseau d'Education Prioritaire (REP).

Cette communication est centrée sur les résultats issus des analyses par Classification Hiérarchique Descendante du discours des interviewé.e.s.

Ils montrent une vie familiale marquée par le manque de temps. Les parents y répondent par une organisation rigoureuse et complexe, centrée sur les besoins basiques des enfants, où le temps « libre » paraît chronométré. L'arrivée de l'enfant impacte plus fortement la vie des femmes que celles des hommes, à la maison, au travail et au-delà. Les mères, plus encore que les pères, témoignent aussi d'une tendance à une parentalité réflexive, basée sur la compréhension de soi et de l'enfant et engageant la responsabilité personnelle. Le doute semble considéré comme indispensable à une « bonne » parentalité. Par ailleurs, si ces parents, majoritairement de CSP +, ont opté pour l'école maternelle de secteur en REP, la mixité sociale au collège est déjà source d'appréhension pour eux, suscitant souvent une tension entre sentiment de responsabilité citoyenne, d'une part, et parentale, d'autre part.

Mots-clés : Parentalité ; Ecole maternelle ; Education familiale ; Coparentalité

*This paper relates part of a larger research that aims to better understand what is at play in terms of parenthood during the very first school years, by exploring both child education and parents' personal experience.*

*The data has been collected by questioning fathers and mothers, living in a socially mixed neighborhood in the North of Paris, whose children attend a state-run "école maternelle", which represents the first step in the French school system, gathering almost all children from age 3 to 6 within 3 consecutive classes.*

*This paper focuses on the results obtained by a top-down hierarchical clustering of these parents' discourse. They show a family life that is characterized by a lack of time, to which parents respond by a complex and tight schedule, that is centered on children's basic needs and where "free" time seems carefully planned. Having a child appears to affect women's lives more than men's, at home, at work and beyond. Mothers, even more than fathers, also report a reflective parenting, that involves understanding of oneself and of one's child and taking personal responsibility for the child. Moreover, doubting seems to be considered as an essential part of "good" parenting. This study also shows that, even though these parents, mostly belonging to higher socio-professional categories, have opted for the local state-run school for their young children, most of them already feel apprehensive at the prospect*

*of them attending the French equivalent of secondary school in this socially diverse neighborhood; many attest feeling torn between their sense of civic responsibility and their commitment towards their own child.*

*Keywords: Parenthood; Pre-school; Family education; Co-parenting*

## **ARTICLE**

### **Objectifs de la recherche**

Cette recherche vise à éclairer ce qui se joue pour les mères et les pères, au moment charnière que représente l'entrée de l'enfant à l'école, dans leur pratique et dans leur expérience de la parentalité, en considérant la façon dont celle-ci s'inscrit dans un contexte de vie.

En effet, il semble que les parents soient soumis aujourd'hui à de fortes tensions. Souvent tenus comme les responsables uniques de la trajectoire de vie de leur enfant, ils doivent répondre à une injonction sociétale à la réussite et l'épanouissement dans tous les domaines, pour eux-mêmes et pour leur enfant (Corcuff, Le Bart & de Singly, 2010). Par ailleurs, dans le contexte actuel de « luttes des places » (de Gaulejac, Blondel & Taboada-Lénoetti, 1994), le parcours scolaire de l'enfant semble préoccuper tous les parents et ce, dès son entrée à l'école maternelle (Crépin, 2011). Ils doivent donc s'assurer que l'enfant intègre, dès le plus jeune âge, les conventions des divers univers dans lesquels il évolue, particulièrement celles propres à l'école, (de Gaulejac, 2010), tout en « l'aidant à devenir lui-même » (de Singly, 2009). De plus, loin de pouvoir suivre un chemin tout tracé, si escarpé qu'il eut pu être, jusqu'au graal de la « bonne parentalité » (Martin, 2014), les parents vont devoir choisir entre une multitude de normes et d'injonctions, souvent paradoxales (Déchaux, 2011).

Les parents s'avèrent d'ailleurs de plus en plus nombreux à investir tous les aspects de la parentalité, avec une intensité croissante, au risque de considérer tout échange avec l'enfant, toute activité partagée, sous l'angle de son influence sur le développement de l'enfant (Lee, Bristow, Faircloth & Macvarish, 2014). De plus, les premières années de vie étant considérées comme cruciales, cette tendance à l'« hyper-mobilisation » toucherait tout particulièrement les parents de jeunes enfants (Craig, Powell & Smyth, 2014) et, parmi eux, les mères plus que les pères. En effet, les femmes sont, de manière générale, plus soumises que les hommes aux diverses injonctions et normes éducatives et se doivent notamment de faire montre d'une « disponibilité permanente » auprès de l'enfant (Chauffaut & Dauphin, 2012). Les pratiques de distribution des rôles et des fonctions au sein du couple sont également toujours largement discriminantes vis-à-vis des femmes (Bigot, Hoibian & Daudey, 2015). Les disparités d'engagement entre mères et pères auprès de l'enfant impliquent aussi des efforts plus importants de la part des femmes que des hommes pour concilier vie familiale et vie professionnelle (Robin, 2010).

Il paraissait donc important d'investiguer, pendant les années d'école maternelle, les façons dont les mères et les pères appréhendent les tensions subies et les incidences éventuelles sur leurs pratiques éducatives - éducation et vécu parentaux étant intimement liés (Bergonnier-Dupuy & Robin, 2007).

### **Recueil et traitement des données**

#### ***Terrain et outils***

Le recueil de données s'est effectué auprès de mères et de pères, essentiellement d'un milieu social favorisé, voire très favorisé, dont les enfants fréquentent une école maternelle publique d'un quartier parisien situé en zone d'éducation prioritaire. Bien que le milieu social des interviewés relève d'une imposition du terrain et non de choix préalables, il était particulièrement intéressant de se pencher sur les façons dont cette population, qui a fait l'objet de peu de recherches en comparaison des parents issus de milieux populaires, se positionne vis-à-vis de la diversité des influences socialisatrices (Van Zanten, 2009), notamment en termes de parcours scolaire, au tout début de celui-ci.

Des outils méthodologiques de types qualitatif et quantitatif ont été mobilisés, avec une enquête par questionnaire et des entretiens semi-directifs. Cette présentation est centrée sur les entretiens.

### ***Entretiens : description de la population***

Trente-quatre (34) entretiens semi-directifs ont été menés. Vingt-quatre (24) des personnes rencontrées étaient des femmes et dix (10) des hommes. Pour cinq familles, les deux parents ont été interviewés, séparément. Sur les vingt-neuf (29) familles concernées, dix-huit (18) avaient une fille, neuf (9) un garçon et deux (2) des jumeaux fille/garçon. Onze (11) enfants étaient en PS, douze (12) en MS et six (6) en GS. Vingt (20) familles étaient composées de deux (2) enfants (dont douze (12) avec un deuxième enfant plus âgé, sept (7) avec un enfant qui n'était pas encore à la maternelle et un (1) de jumeaux), cinq (5) familles d'un seul enfant et quatre (4) de trois enfants. Pour six (6) familles sur vingt-neuf (29), soit à peu près une famille sur cinq, les parents de l'enfant étaient séparés. Tous les parents travaillaient sauf deux mères. Quasiment tous (31 sur 34) correspondaient aux divers critères des catégories socioprofessionnelles (CSP) de l'INSEE dites de « cadres et professions intellectuelles supérieures » et de « professions intermédiaires » (dont sept enseignants) et avaient des niveaux d'études d'au moins trois années après le bac.

### ***Consigne et guide d'entretien***

Une consigne lançait l'entretien en proposant aux parents de raconter leur quotidien avec leur enfant, dans les faits et dans la façon dont ils vivaient les choses.

Un guide d'entretien avait été préparé et les dimensions suivantes ont été abordées : les attentes, stratégies et pratiques éducatives parentales, le positionnement des parents vis-à-vis de l'école - en tant qu'institution mais aussi en relation avec ses divers acteurs dans la réalité du quotidien -, le fonctionnement du couple dans ses dimensions parentales et conjugales ainsi que les sentiments de responsabilité et de compétences parentales et le bien-être subjectif des mères et des pères.

### ***Traitement et analyse des données***

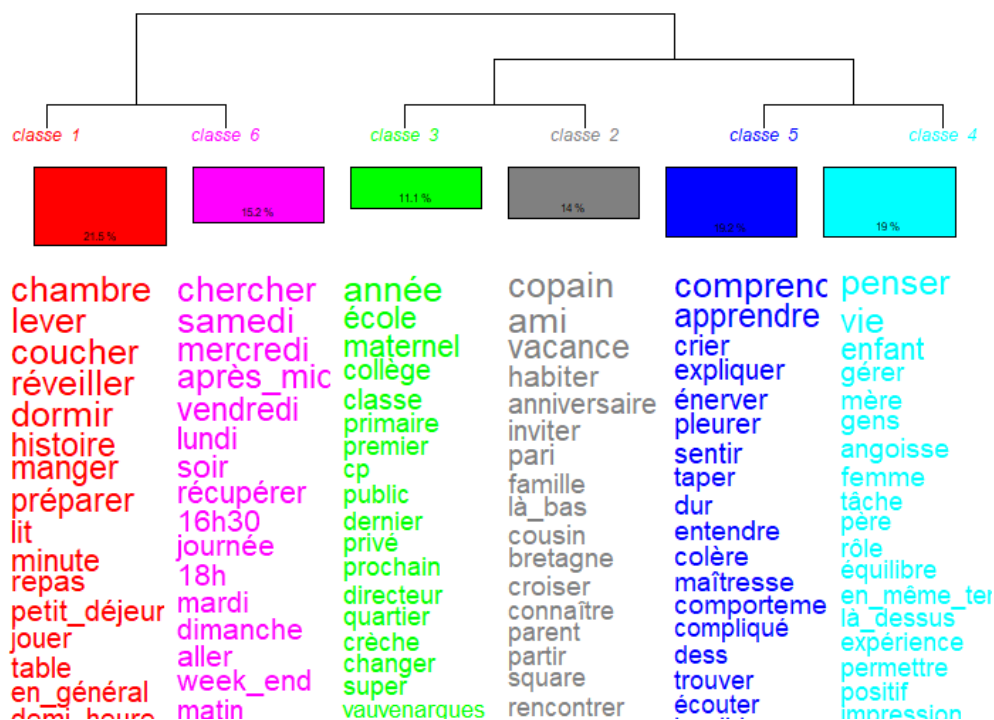
Après une retranscription intégrale des 34 entretiens, une analyse textuelle a été effectuée, à l'aide du logiciel d'analyse du discours Iramuteq. Il s'agit d'un logiciel gratuit, développé par Pierre Ratinaud, qui s'inspire et offre à peu près les mêmes possibilités qu'Alceste (pour « Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte »), un logiciel, payant

celui-là, conçu par Max Reinert en 1979. Ici seront présentés les principaux résultats issus des analyses par Classification Hiérarchique Descendante (CHD), pour le corpus global, d'une part, et, d'autre part, pour les sous-corpus correspondant aux discours des mères et des pères.

En résumé, la CHD regroupe les mots qui sont associés à un même champ lexical et découpe ainsi le corpus en plusieurs « classes ». Iramuteq propose, pour chaque classe, une liste de mots dans l'ordre descendant du Chi2 de leur lien d'association à cette classe. Il est possible en modulant le « nombre de classes terminales de la phase 1 » de choisir le nombre de classes qui paraît le plus pertinent pour l'analyse (ni trop faible pour ne pas perdre en finesse d'analyse, ni trop élevé pour conserver un certain niveau de représentativité – repérable par les Chi2 associés aux mots dans chaque classe -) <sup>16</sup>. De plus, un « concordancier » permet de replacer chaque mot dans ses contextes d'utilisation.

## Résultats

### Les parents



Pour le corpus général, le dendrogramme retenu présente 6 classes, structurées en deux groupes principaux. L'un d'eux (représentant 37%) correspond à l'organisation de la vie familiale au niveau de l'appartement (Classe 1) et du quartier (Classe 6). Le second, celui qui « pèse » le plus lourd (63%), situe la parentalité dans un contexte plus large. Celui-ci est encore subdivisé en deux sous-groupes de deux classes chacun : l'un (25%) renvoie aux relations interpersonnelles (classe 2, 14%), d'une part, et à l'école (classe 3, 11%), d'autre part, tandis que l'autre (38%) correspond à un discours réflexif sur l'éducation des enfants (classe 5, 19%) et sur le vécu personnel des parents, de manière globale, analysé à la lumière de leurs valeurs,

<sup>16</sup> Marpsat (2010) : « Les énoncés d'une même classe sont similaires entre eux, et aussi différents que possible des énoncés d'une autre classe. Selon France Guérin-Pace (1997, p. 869) « Dans la pratique, le nombre de classes n'a que peu de signification, ce qui est important c'est la forme de l'arbre de classification et la stabilité des classes obtenues » ».



représentations, croyances... (classe 4, 19%). Le concordancier a permis d'accéder à une analyse plus fine de ces diverses classes, en resituant les mots de chaque liste dans leur contexte d'origine.

### *Une vie familiale marquée par le manque de temps*

Dans la classe 1, les parents racontent leur quotidien au sein de leur foyer. Ce qui ressort le plus de cette classe, c'est le manque de temps. Les parents essaient d'y faire face par un emploi du temps minuté, centré sur les besoins physiques de l'enfant (dormir et manger).

- *Je sais exactement ce qu'il faut faire chaque minute.* (une mère)

- *Et c'est la course ! Parce que les enfants sont fatigués, surtout en hiver et du coup, ben, j'arrive ici vers sept heures et demie et je leur fais à manger quelque chose rapide. (...) et j'essaie de faire en sorte que les enfants soient couchés avant huit heures et demie.* (une mère)

La classe 6 du premier groupe réfère essentiellement à l'organisation hebdomadaire de la vie familiale au niveau du quartier. Elle montre que, souvent, la vie des parents relève tout à la fois d'un exercice de jonglage et d'un marathon, que ce soit en semaine ou pendant le week-end, entre les obligations professionnelles des parents, les courses, les repas à préparer, les activités de chacun.e, les sorties au musée ou au cinéma ensemble, la sieste des jeunes enfants, etc.

Le soir et le week-end, les parents rapportent (classes 1 et 6) qu'ils essaient de « souffler » un peu mais également d'investir d'autres domaines de vie que la parentalité et le travail, notamment leur couple conjugal, les relations avec les amis, avec la famille élargie, la pratique d'une activité sportive...

L'organisation « optimisée » de la vie familiale est à la fois fatigante et routinière, bien qu'elle doive rester adaptable, notamment aux aléas de la vie professionnelle, et elle laisse peu de place au temps « à soi », dont chacun.e disposerait à sa guise, seul.e ou avec d'autres. Une mère conclut : « *Le temps off pour eux (les enfants), il est pas énorme au final. Et alors, pour nous (les parents), il a disparu* ».

Pour faire face à cette tension entre parentalité, travail et autres domaines de vie, les parents alternent entre implication personnelle auprès de l'enfant, répartition des tâches domestiques et parentales entre conjoints et délégation à autrui : en laissant les enfants au goûter à l'école, à une baby-sitter certains soirs, aux grands-parents le mercredi après-midi, quelques week-ends et une partie des vacances, ou encore au centre de loisirs... en fonction donc aussi du réseau familial et des ressources financières, d'une part, et, d'autre part, avec plus ou moins d'aisance ou de culpabilité...

- *Je travaillais beaucoup... j'étais peut-être pas assez là. Parce que c'est vrai que, quand on va les chercher à quatre heures et demie et quand on va les chercher à six heures, c'est pas pareil.* (une mère)

Par ailleurs, dans le second groupe, situant la parentalité dans un contexte plus large, la classe 2 montre comment les parents fréquentent surtout des gens qui habitent leur quartier et qui ont eux-mêmes des jeunes enfants - qu'ils ont connus parce que les enfants sont copains d'école ou qu'ils connaissaient d'avant -. Comme ça, ils font « *d'une pierre deux coups* », comme le formule une mère. Elle explique : « *Nous, on se voit entre adultes ; les gamins, ils sont dans les chambres en train de jouer ou au parc.* » On note ici encore le souci d'optimisation, jusque dans ces moments de convivialité.

Ainsi, tout semble analysé pour maximiser les capacités des parents et celles de l'enfant, afin de tenir le rythme, à la manière des « *maîtres du temps* » de Darmon (2013) dans sa recherche sur les classes préparatoires : il s'agirait, comme le formulait l'une des personnes qu'elle avait interviewées, de « *tirer sur la corde... jusqu'à ce qu'elle ne casse pas* » (*ibid*, p. 72).

### *Les parents et l'école*

La classe 3, centrée sur la question de la relation des parents à l'école, est la moins importante en termes de pourcentage dans la CHD, avec seulement 11 %. On remarque donc le peu de place, finalement, que prend l'école dans le discours des parents. Pourtant, les parents paraissent vivre « en superlatif » ce qui se passe dans l'environnement proximal de leur enfant - l'école et le quartier, les deux s'imbriquant ici - : c'est soit « *super bien* », « *super chouette* » ou « *super dur* » ou encore « *super important* ». Leur quartier est un « *super quartier* » et un quartier « *super mixte* ». Certains professionnels qui s'occupent de leur enfant, à l'école ou au centre de loisirs, font du « *super bon boulot* », ils ont une « *super écoute* ». Les enfants, eux, sont « *super contents* » ou « *super malheureux* », souvent « *super fatigués* » ; certains ont des « *super bonnes copines* » mais il y a « *des gamins qui peuvent être super pénibles* ».

La question de la mixité sociale est très prégnante dans ce discours sur l'école. Rappelons que la plupart des parents interviewés sont de CSP + et ++ et que leurs enfants vont à l'école publique de secteur, située en REP. Comme les « intellectuels » de Van Zanten (2009), qui, selon ses mots, « *se recrutent principalement parmi les chercheurs, les journalistes, les enseignants ou les éducateurs* », une catégorie à laquelle appartient la quasi-totalité de nos interviewé.e.s, ces parents sont souvent pris dans un conflit entre leur sentiment de responsabilité citoyenne, leur préoccupation pour l'intérêt général, d'une part, et, d'autre part, leur sentiment de responsabilité parentale, leur souci d'assurer l'intérêt personnel de leur enfant.

- *Il y a à la fois l'idée qu'on a envie de fournir aux enfants le meilleur contexte, à la fois il y a l'idée aussi de responsabilité.* (un père)

C'est surtout l'entrée au collège qui les inquiète et on voit ici qu'elle est envisagée dès la maternelle.

- *Après, se pose la question du collège, etc. C'est la question numéro un. Quand on en parle avec nos amis, etc., machin, c'est toujours... le collège, le collège, le collège.* (un père)

### *Une parentalité réflexive*

Enfin, le dernier sous-groupe, le plus important en termes de représentation dans la CHD (38%), présente une élaboration sur la parentalité : sur les pratiques éducatives (classe 5, 19 %), d'une part, et sur les diverses expériences personnelles de ces parents, analysées à la lumière de leurs représentations, croyances, de ce qui leur paraît « normal » ou « important » (classe 4, 19 %). L'objectif éducatif principal, pour la plupart des parents rencontrés, c'est de préparer l'enfant à devenir adulte. Ils identifient des bonnes et des mauvaises pratiques éducatives auxquelles ils attribuent un fort pouvoir d'influence sur le développement de l'enfant. Il s'agit donc de ne pas se tromper !

- *La façon dont on réagit au quotidien, si on décide ou pas de punir, de crier ou de pas crier, de discuter ou de pas discuter..., je pense que ça a un impact assez fort sur son humeur, enfin sur ses capacités plus tard*

*à gérer le stress, gérer... la frustration, etc. Oui, on a une responsabilité là-dessus. (un père)*

Les « bonnes » pratiques reposeraient sur une connaissance de l'enfant, en général, et une compréhension du sien, en particulier. Au final, les pratiques privilégiées varient, allant de la diversion à un accompagnement « bienveillant » de l'enfant dans la « gestion » de ses émotions. Mais ce qui apparaît vraiment important pour tout le monde, c'est d'expliquer à l'enfant les raisons des décisions parentales, que l'enfant comprenne pourquoi il n'a pas le droit de faire ci et qu'il faut au contraire qu'il fasse ça. Les « bonnes » pratiques impliquent aussi de bien se connaître soi-même, pour la gestion de ses propres émotions et éviter les « mauvaises pratiques », tout au moins les manifestations de colère et d'énervement considérées, de façon assez consensuelle par ces parents, comme contre-productives, comme crier ou taper.

*- On n'a jamais tapé Louis mais on crie des fois. (...) Et c'est vrai que ça fonctionne pas très bien en fait. Je voyais, il se met en... il fait encore plus n'importe quoi, mais de stress, en fait. (...) Donc... c'est un truc que j'aimerais bien corriger aussi. Mais bon. (Rires). (une mère)*

Certain.e.s ont mis en place des stratégies, ou du moins des tactiques, face à leur tendance à « déborder », comme faire du sport « *parce qu'on sait que c'est important aussi le sport* », nous dit une mère, « *c'est tellement important pour ne pas s'énerver. (...) Pour bien dormir, pour défouler des choses, décharger des trucs.* » Ainsi, la classe 5 présente des parents qui mettent en place des stratégies de gestion de soi afin de « performer » la meilleure gestion possible de l'enfant.

Enfin, dans la dernière classe, la classe 4, les parents se livrent à une sorte de pensée réflexive globale : ainsi, ils parlent de l'enfant en général et du leur, en particulier, et évoquent, sur le même mode, les parents, les femmes, les hommes, le couple, l'éducation, la vie...

Il est vrai que l'entretien incite à un certain retour sur soi, sa pratique, ses relations avec les autres... Cependant, ces parents, souvent, rapportaient des questionnements, des réflexions qui étaient les leurs bien avant notre rencontre. Cette analyse « serrée » des comportements individuels et des relations interpersonnelles résonne avec une injonction sociétale à l'auto-analyse et au développement personnel, dans une visée d'autodétermination et de gestion de soi, analysée notamment par de Gaulejac (2009) et Ehrenberg (2011).

Un père témoigne que le fait d'avoir choisi sa vie n'en rend pas l'expérience plus facile.

### ***Les mères et les pères***

Au-delà de ces tendances générales, il semblait important de comparer les discours des mères et des pères, et ce, malgré l'écart entre les sous-corpus (10 pères et 24 mères). Pour cette comparaison, la classification en 4 classes semblait plus pertinente que celle en 6 classes, du fait de la taille des sous-corpus.

Sous une apparente similarité entre les deux CHD, on peut distinguer des différences entre les mères et les pères. En effet, on observe tout d'abord que les deux groupes principaux pour les femmes et les hommes coïncident sur les thèmes et leur poids respectifs :

- la vie familiale « dedans », centrée sur le domicile (41%),
- puis, un zoom arrière, avec la vie familiale « dehors », telle qu'elle s'inscrit dans un contexte spécifique (59%).

### *L'organisation familiale*

En revanche, une des subdivisions du groupe 2, constituée d'une seule classe (14% pour les mères et 15% pour les pères) fait apparaître des différences entre femmes et hommes. En effet, ici, le discours des pères est centré sur le quotidien de la famille au niveau du quartier tandis que le discours des mères réfère à l'organisation de la vie familiale sur les moyen et long termes avec, notamment, les projets pour les vacances, les sorties, les activités extra-scolaires et la gestion des finances. Par ailleurs, le concordancier montre que nombre de mères rapportent qu'elles ont tendance à toujours penser à mille choses à la fois au lieu de vivre l'instant présent. Plusieurs ont ainsi parlé de la BD de la dessinatrice Emma (Subiaco, 2017), sur la « charge mentale » qui circulait beaucoup à ce moment-là sur les réseaux sociaux et qui faisait écho à leur propre expérience.

### *La mobilisation parentale*

Les mères évoquent aussi plus que les pères la façon dont la parentalité a influé sur leur vie professionnelle, soit par un aménagement d'horaires ou même sur leur implication personnelle au travail. Elles expliquent ainsi qu'elles ont beaucoup plus d'intérêt pour leurs enfants que pour leur travail et qu'elles ne veulent pas passer à côté de ces années de petite enfance. Les mères se plaignent aussi plus que les pères du manque de temps à soi (sans les enfants : seule, en couple, avec des ami.e.s...).

### *Une parentalité réflexive*

Par ailleurs, les mères semblent détailler plus que les pères leur quotidien avec l'enfant et leurs ressentis à elles dans ces moments-là. Par exemple, quand une mère évoque ce qu'un père nomme son « interface avec l'école », elle donne des détails de sa relation avec son enfant et de la façon dont elle vit ce temps-là, cette parenthèse où les parents peuvent goûter à l'univers scolaire de leur enfant avant de l'y laisser pour la journée. Les mères analysent aussi leurs pratiques quotidiennes, notamment celles qui concernent l'habillement, qu'il s'agisse du choix des vêtements qui renvoie à l'autonomie d'esprit ou de l'autonomie fonctionnelle de l'enfant par rapport à la réalisation de cette tâche. Dans leur relation à l'enfant, notamment en termes de chaleur et de contrôle, elles paraissent constamment à la recherche d'un milieu « juste ». Ainsi, une mère estime que « *c'est difficile de trouver le juste milieu* » et une autre que « *c'est difficile de savoir quoi dire, comment le dire* ». Les pères, *a contrario*, paraissent plus enclins que les mères à évoquer divers facteurs externes qui influeraient, selon eux, sur leur relation à l'enfant, notamment certaines caractéristiques de l'enfant, comme son sexe ou son tempérament. Un père évoque ainsi les rapports entre père et fille :

*- Et, bon, les petites filles avec leur papa, c'est... moi, je l'ai jamais vécu mais là, je pense que ce sera une petite fille à son papa de toutes façons.*

Un autre explique ses difficultés relationnelles avec sa fille en disant :

*- Ça vient, je pense, plus d'elle que de moi parce qu'elle a toujours été comme ça.*

De manière générale, les mères, plus que les pères, expriment un doute permanent, une remise en cause perpétuelle de leurs pratiques. Elles paraissent vouloir viser « toujours plus haut », tendre vers un idéal évidemment inatteignable, pour elle et/ou pour leur enfant.

- *Je me dis que finalement, je suis pas parfaite... parce que j'ai tendance à vouloir être... mais je sais qu'il ne faut pas le vouloir non plus et que ça sert à rien parce que je le serai pas.* (une mère)  
- *Mais peut-être que je me pose aussi trop de questions, hein. C'est possible, hein. Je... ouais. Non mais je sais qu'elle sera jamais parfaite...* (une mère)

### En guise de conclusion

« *Le doute, un outil incontournable du kit de « bonne parentalité » ?*

Dans ce contexte d'injonction à une hyper-parentalité, le doute, la remise en question, l'inquiétude de mal faire paraissent faire partie de la trousse à outils du « bon parent » d'aujourd'hui : pour se donner les moyens de se rapprocher le plus possible de l'inaccessible perfection, un parent devrait toujours tenter de s'améliorer, en essayant de connaître au mieux et de maîtriser tout ce qui pourrait influencer de près ou de loin sur le développement de l'enfant. Cette injonction est peut-être ressentie d'autant plus fortement par ces parents de CSP + qui vivent dans un contexte de grande mixité sociale. Bien sûr, cela demande une attention et une adaptation constantes et donc une remise en question permanente de soi et de ses pratiques.

On peut donc se demander si on peut encore considérer les doutes exprimés par les mères comme des indicateurs d'un faible sentiment de compétence parentale - comme ils ont été jusqu'ici traduits dans diverses échelles d'évaluation du sentiment de compétence parentale (Tazouti & Jarlegan, 2010<sup>17</sup> ; Terrisse & Trudelle, 1988<sup>18</sup>). En effet, douter de soi, de ses pratiques et, finalement, de tous ses choix paraît désormais associé à une parentalité « responsable » et, de ce fait, générateur d'un sentiment de compétence fort, en tout cas du sentiment d'être meilleur parent que d'autres, qui ne douteraient pas, ou moins.

Il peut s'agir d'autres parents d'élèves :

*C'est compliqué pour d'autres enfants aussi. Je le vois. (...) Mais les autres parents n'ont pas cette réflexion.* (une mère)

ou de ses propres parents :

*Elle est tellement rigide, dans la certitude de détenir la vérité... Et pourtant, Dieu sait qu'elle s'est trompée un paquet de fois ! (...) et elle me dit « autrefois, on avait moins de problèmes ». Je dis « moins de problèmes ! moi, il m'a fallu 25 ans pour m'en sortir et encore ! ça va pas toujours très bien !* (une mère)

Le doute, comme ingrédient nécessaire d'une « bonne » parentalité, témoignerait alors de l'implication parentale, comme le fait d'adapter sa vie professionnelle à l'arrivée d'un enfant, ou de s'assurer que tout soit fait en temps et en heure... Et comme les mères apparaissent, encore aujourd'hui, beaucoup plus impliquées que les pères auprès des enfants, que les normes d'hyper-parentalité les concernent en tout premier lieu (Chauffaut & Dauphin, 2012), finalement, ce n'est pas étonnant qu'elles doutent plus que leur conjoint également.

<sup>17</sup> Voir les items suivants : Q3 : « *Je me sens à l'aise dans mon rôle de parent.* » ; Q4 : « *J'ai le sentiment d'avoir toutes les compétences nécessaires pour être un bon parent.* »

<sup>18</sup> Voir les items suivants : Q8 : « *C'est difficile pour un père / une mère de savoir si ce qu'il / elle fait avec son enfant est bon ou mauvais.* » ; Q11 : « *Si quelqu'un peut trouver ce qui ne va pas chez mon enfant, c'est bien moi.* »



## Références bibliographiques

- Bergonnier-Dupuy, G. et Robin, M. (2007), *Couple conjugal, couple parental : vers de nouveaux modèles*. Toulouse : Erès.
- Bigot, S., Hoibian, S. & Daudey, E. (2015). Comment se prennent les décisions au sein des couples. *Politiques sociales et familiales*, 119, 72-79.
- Chauffaut, D. & Dauphin, S. (2012). Normes de parentalités : production et réception., *Politiques sociales et familiales*, 108, 108-115.
- Corcuff, P., Le Bart, C. & Singly (de), F. (2010). *L'individu aujourd'hui. Débats sociologiques et contrepoints philosophiques* Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Craig, L., Powell, A. & Smyth, C. (2014) Towards intensive parenting ? Changes in the composition and determinants of mothers' and fathers' time with children 1992–2006. *The British Journal of Sociology*, 65(3), 555-579.
- Crépin, C. (2011). Le rôle de parent : Attentes et besoins des familles. *Dossier d'études de la CNAF*, 144.
- Darmon, M. (2013). *Classes préparatoires : la fabrique d'une jeunesse dominante*. Paris : La découverte.
- Déchaux, J.-H. (2011). La famille à l'heure de l'individualisme. *Revue Projet*, 322(3), 24-32.
- Ehrenberg, A. (2011). *Le culte de la performance*. Paris : Pluriel.
- Gaulejac (de), V. (2009). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Le Seuil, 2e éd.
- Gaulejac (de), V. (2010). L'exigence d'être sujet. Dans P. Corcuff, C. Le Bart et F. de Singly (dir.), *L'individu aujourd'hui. Débats sociologiques et contrepoints philosophiques* (pp. 263-271). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Gaulejac (de), V., Blondel, F. & Taboada-Léonetti, I. (1994). *La lutte des places : insertion et désinsertion*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Lee, E., Bristow, J., Faircloth, C. & Macvarish, J. (2014). *Parenting Culture Studies*. Basingstoke (UK): Palgrave Macmillan.
- Marspat, M. (2010). La méthode Alceste. *Sociologie*, 1(1), mis en ligne le 09 mai 2010, consulté le 29 janvier 2020. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/312>
- Martin, C. (2014). *Être un bon parent ». Une injonction contemporaine*. Rennes : Presses de l'EHESCP.
- Robin, M. (2010). L'évolution du rapport au travail et à la vie quotidienne des femmes après l'arrivée d'un premier enfant. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 2, 57-66.
- Singly (de), F. (2009). *Comment aider l'enfant à devenir lui-même ? Guide de voyage à l'intention du parent*. Paris : A. Colin.
- Subiaco, E. (2017). Fallait demander. Repéré à <https://www.facebook.com/EmmaFnc/photos/a.441158706220346/441159392886944/?type=3&theater>
- Tazouti, Y. & Jarlégan, A. (2010). Sentiment de compétence parentale, participation parentale au travail scolaire et performances scolaires de l'enfant. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 28(2), 23-40.
- Terrisse, B. & Trudelle, D. (1988). *Questionnaire d'autoévaluation de la compétence éducative parentale (QAECPEP)*, Traduction, adaptation et validation de la « Parenting Sense of Competence Scale » de G. Wallston (New York, NY, Département de psychologie, George Peabody College for Teachers, 1977), Groupe de recherche en adaptation scolaire et sociale, Département des sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Van Zanten, A. (2009). Le travail éducatif parental dans les classes moyennes et supérieures : deux modes contrastés d'encadrement des pratiques et des choix des enfants. *Informations sociales*, 54(4), 80-87.



#### 4. Accompagner la parentalité et inégalités sociales de santé : revue de littérature et pistes d'évaluation réaliste

*Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews and future perspectives*

**PIERRON Annabelle, FOND-HARMANT Laurence, LAURENT Anne & ALLA François**

Doctorante en santé publique, sage-femme, Université de Lorraine, ED 266 "Biologie Santé Environnement" EA 4360 APEMAC "Mesures et interventions complexes en santé", Nancy, France

Sociologue de la Santé, Université Paris 13, Laboratoire LEPS, Éducation et Pratiques en Santé. Sociologue, Société Française de Santé Publique, Laxou, FRANCE

Epidémiologiste, CHU INSERM. Bordeaux Population Health Research Center. UMR 1219 CIC-EC 1401, Université de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE

[annabelle.pierron@univ-lorraine.fr](mailto:annabelle.pierron@univ-lorraine.fr)

#### RÉSUMÉ/ABSTRACT

Contexte - En 2009, La Commission des Déterminants sociaux de l'OMS a recommandé d'instaurer l'équité dès le début de la vie en agissant sur ces déterminants. Pour lutter contre les inégalités sociales de santé, les actions d'accompagnement à la parentalité sont un levier efficace.

Nous avons mené une revue des revues systématiques dans l'objectif d'analyser, d'une part, les composantes et caractéristiques des interventions efficaces sur l'accompagnement à la parentalité et d'autre part, d'analyser la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les revues.

Méthodes - 796 synthèses de littérature ont été sélectionnées à partir de revues à comité de lecture publiées entre 2009 et 2016 en langue anglaise ou française. Ont été retenues 21 revues répondant aux critères AMSTAR<sup>19</sup> et ROBIS<sup>20</sup>. Elles ont été analysées au regard de leur prise en considération des inégalités sociales de santé, selon PRISMA-equity (Welch, Petticrew, Petkovic, Moher, Waters, White & al., 2016).

Résultats - Les revues, pour la plupart anglo-saxonnes, confirment que les programmes d'accompagnement à la parentalité améliorent le sommeil du nourrisson, augmentent l'estime de soi des mères et diminuent leur colère, anxiété et stress. Les auteurs, majoritairement anglo-américains, notent que les contextes dans lesquels les interventions se déroulent sont trop peu ou pas du tout décrits, rendant difficile leur évaluation. Seule la moitié des revues aborde la question des inégalités sociales de santé et seulement un cinquième les intègre dans leur analyse, de manière parcellaire. Notamment l'aspect relationnel et le lien social sont peu étudiés. Concernant la lutte contre les inégalités sociales en santé périnatale, l'approche reste à la fois modeste et réductrice.

Discussion et perspectives - Comprendre comment, pour qui et dans quelles conditions fonctionnent les interventions est un moyen d'optimiser leurs résultats. Des recherches

<sup>19</sup> AMSTAR A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

<sup>20</sup> ROBIS Risk of Bias in Systematic Reviews : [www.robis-tool.info](http://www.robis-tool.info)

complémentaires s'avèrent nécessaires afin d'étudier les interactions entre les interventions et leur contexte.

Nous poursuivons nos travaux par une enquête de terrain dans un contexte européen, s'inscrivant dans une approche systémique telle que développée par Urie Bronfenbrenner. Ce modèle socio-écologique dynamique et interactif est adapté à l'évaluation des interventions complexes. Pour l'explorer, l'évaluation réaliste permet d'énoncer des configurations entre le contexte, les mécanismes et les résultats, selon un processus itératif de retour entre données théoriques et empiriques.

Mots-clés : Déterminants sociaux de la santé ; Inégalités sociales de santé ; Parentalité ; Evaluation réaliste ; Interventions complexes ; Théorie des systèmes

*Background - In 2009, the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health set out its recommendations for action, which included establishing equity from early childhood. Promoting the health of pregnant women and new mothers is therefore essential, and parenting support is one of the principal strategies that can make an effective contribution to this.*

*We have made a review of systematic reviews to analyze, on the one hand, the components and characteristics of effective interventions in parenting support and, on the other, the extent to which the reviews have taken into account social inequalities of health.*

*Methods - A total of 796 publications, published in French or English in peer-reviewed journals between 2009 and 2016, were obtained from the literature search. 21 full texts responding to each one of the AMSTAR and ROBIS items were retained of the articles selected were subject to a methodical, standardised interpretation. The reviews were analysed for the consideration they had given to social inequalities of health using the PRISMA-equity tool.*

*Results - The reviews, which were for the most part published in English-speaking countries, confirmed that parenting support programmes improved infants' sleep, increased mothers' self-esteem and reduced mothers' anger, anxiety and stress levels. The mainly British and American authors noted that the contexts in which the interventions took place were either scantily described or not at all, making it difficult to evaluate them.*

*Only half of the reviews had addressed the question of social inequalities in health, and only a fifth had integrated them somewhat patchily into their analyses. In particular, there had been little research conducted on the relational aspect and the social link.*

*Discussion and perspectives - In terms of addressing social inequalities in perinatal health, the approach remains both modest and reductive. Understanding how, for whom and in what conditions interventions operate is one way of optimising their results. Acting on the determinants of health will lead to a reduction in inequalities. Further research is needed to study the interactions between the interventions and their contexts.*

*We continue our work with a field survey in an european context, as part of a systemic approach as developed by Urie Bronfenbrenner. This dynamic and interactive socio-ecological model is adapted to the evaluation of complex interventions. We are using realist evaluation to identify the configurations between context, mechanisms, and outcomes using an iterative process of feedback between theoretical and empirical data.*

*Keywords: Social determinants of health; Social inequalities of health; Parenting; Healthcare disparities; Realist evaluation; Complex interventions; Systems theory*

## ARTICLE

Je suis Annabelle Pierron, sage-femme et doctorante en santé publique à l'université de Lorraine, encadrée par François Alla, épidémiologiste, et Laurence Fond-Harmant, sociologue de la santé. Je m'intéresse à l'accompagnement à la parentalité comme levier de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Je vais vous présenter ma problématique de recherche et faire un point sur l'état des connaissances actuelles en matière d'accompagnement à la parentalité comme moyen de lutter contre les inégalités sociales de santé. Je vais vous présenter les méthodes mise en œuvre pour construire ces connaissances ainsi que les méthodes d'enquête de terrain permettant de compléter les données de la littérature. Je vous présenterai quelques-uns des résultats de l'une et l'autre de ces investigations.

### Inégalités sociales de santé : de quoi s'agit-il

Pour commencer la présentation, un petit focus sur ce que sont les inégalités sociales de santé. Ce sont des écarts d'état de santé socialement stratifiés. Ces écarts, entre les groupes sociaux de population, ont un impact sur la santé. Ils sont évitables et c'est pour cette raison qu'ils sont considérés comme injustes.

Pour illustrer mes propos, par exemple, je vous présente brièvement les chiffres tirés du rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) concernant les femmes cadres et les femmes employées dans le service aux particuliers (Lopez, Moleux, Schaezel & Scotton, 2011).

La proportion de prématurité et d'hypotrophie est clairement plus importante dans le groupe ayant les emplois les moins prestigieux (prématurité 6,4% vs 3,9%, hypotrophie 9,9% vs 4,7%). Et ce, jusqu'à un rapport trois fois supérieur pour la grande prématurité (2,2% vs 0,7%). Ces chiffres sont issus de l'Enquête Nationale Périnatale de 2003<sup>21</sup>.

	cadres	Salariées de services aux particuliers
Prématurité	3.9%	6.4% (x1.6)
Grande prématurité	0.7%	2.2% (x3.1)
Poids de naissance <2500g	4.7%	9.9% (x2.1)

Lopez et al. 2011

Les inégalités sociales de santé sont liées à des facteurs sociaux très en amont de la survenue d'une pathologie. Elles sont liées aux conditions de vie : c'est ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé. Ici, à travers cet exemple, je vous présente des résultats aux

<sup>21</sup> L'Enquête Nationale Périnatale de 2016 montre que ces écarts ne tendent pas à s'améliorer : « Au sein des ménages dans lesquels ni la femme ni son partenaire n'avaient d'emploi en fin de grossesse, la part des naissances prématurées et celle des enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 g sont plus élevées parmi les naissances vivantes uniques : 8,5 % des nouveau-nés sont nés avant 37 SA et 9,5 % pesaient moins de 2 500 g à la naissance ».

extrêmes des positions sociales, mais il faut comprendre que ces résultats sont répartis selon des gradients : chaque personne ayant un statut socio-économique supérieur présente une santé meilleure que celui qui lui est directement inférieur hiérarchiquement (Marmot & *al.*, 1978). Ces résultats sont désormais largement démontrés pour de nombreuses pathologies, notamment pour les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les addictions.

Les inégalités sociales débutent dès la vie *intra* utérine et se cumulent tout au long de la vie. Pour illustrer mon propos, je vous présente là le schéma réalisé par Lang (2009).

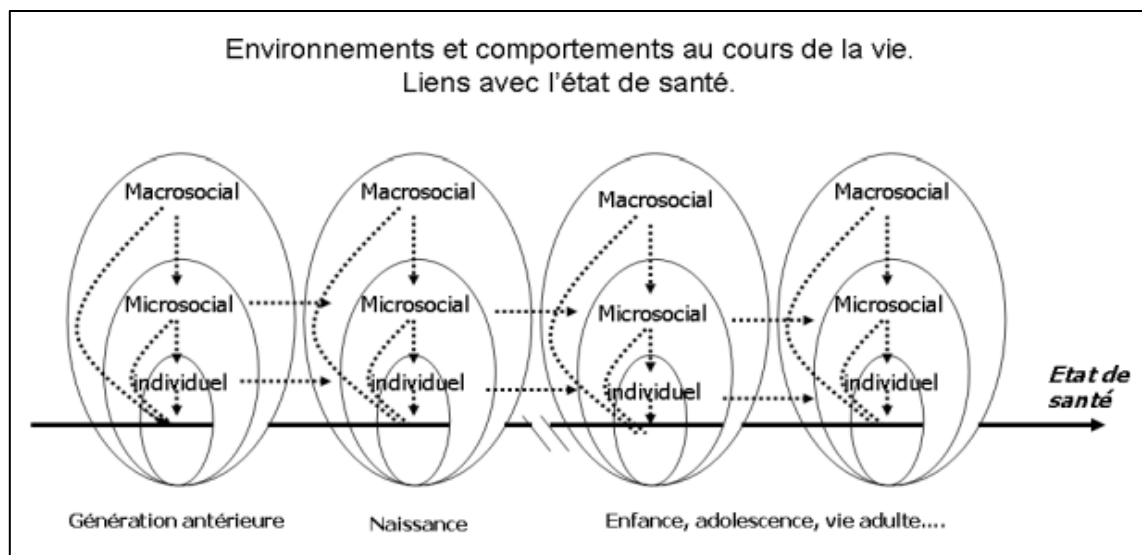


Figure empruntée à Lang (2009)

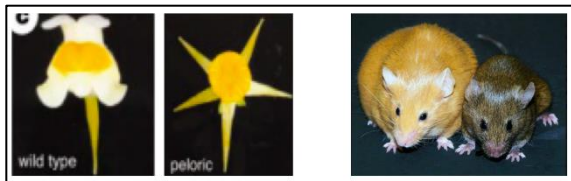
Il montre que la vie des personnes est marquée par la survenue successive d'un certain nombre de processus à la fois sociaux et biologiques. La trajectoire de vie est déterminée dès l'enfance par le niveau socio-économique des parents. L'environnement familial dans lequel on naît conditionne nos habitudes de vie, nos habitudes alimentaires, notre accès aux soins, notre potentialité à accéder aux études et à un emploi, à nos conditions matérielles.... Ces facteurs sont entremêlés et s'enchaînent tout au long de la vie. Un autre processus accentue ces phénomènes : c'est celui de l'accumulation des risques : des désavantages sociaux de certaines populations se cumulent. Ce sont des facteurs tels que la qualité de l'habitat, la profession exercée, la zone de résidence. Ces facteurs de risque s'ajoutent les uns aux autres, tout au long de la vie.

La vie *intra* utérine et la très jeune enfance sont donc des moments-clés qui impactent toute la trajectoire de vie. L'environnement psychologique et social dans lequel les enfants naissent et grandissent est fondamental au regard de la lutte contre les inégalités de santé.

D'une part, l'épidémiologie biographique souligne l'importance du *continuum* entre l'environnement précoce et le développement des maladies chroniques. Mais d'autre part, l'organisation sociale se traduit *in fine* en phénomènes biologiques qui façonnent la santé (Lang, Kelly-Irving & Delpierre, 2009).

L'épigénétique (littéralement « sur le génome ») n'est pas mon domaine d'étude. Cependant, je voudrais vous en dire deux mots. L'épigénétique est un ensemble de processus moléculaires qui modifient l'expression des gènes sans en changer le code.

Certaines conditions de vie auxquelles nous sommes exposés, en particulier, au moment de la vie *intra* utérine, peuvent s'incorporer biologiquement en agissant sur le niveau d'« expression » des gènes, c'est-à-dire sur la quantité de protéines produites à partir de ces gènes. Ces mécanismes permettent d'adapter le déroulement du programme génétique à son environnement en le modifiant. Ce que l'on sait aujourd'hui, c'est que le phénomène est dû à des processus de méthylation en lien directement avec le cortisol (Feinberg & Fallin, 2015 ; Heijmans, Tobi, Stein, Putter, Blauw, Susser & *al.*, 2008 ; Tehranifar, Wu, Fan, Flom, Ferris, Cho & *al.*, 2013 ; Vaiserman 2015). Le cortisol est synthétisé par l'organisme lorsque nous sommes soumis à un stress chronique. Deux illustrations à travers ces photographies : à gauche, elles montrent la même espèce de fleurs, qui a été soumise à des conditions environnementales différentes (Cubas, Vincent & Coen, 1999). A droite, vous voyez deux souris jumelles, elles aussi soumises à des conditions de stress différentes (Encyclopédie de l'environnement, 2019).



Images empruntées à : Cubas, P., Vincent, C., Coen, E. (1999). An epigenetic mutation responsible for natural variation in floral symmetry. *Nature*, 401(6749), 157-61.

Drouet, E. (2019). Modèle de souris Agouti. Encyclopédie-environnement. Université Grenoble.

On comprend donc aisément les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé publiées dans le rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé de 2009 : lutter contre les inégalités sociales de santé doit débuter dès le début de la vie (WHO, 2009).

Comment pouvons-nous agir ? Plusieurs revues systématiques ont montré qu'accompagner les parents permet d'améliorer la santé des mères et des nouveaux-nés, notamment en diminuant le stress. Ainsi, puisque l'Organisation Mondiale de la Santé recommande d'agir dès le début de la vie, puisque les facteurs sociaux maternels influencent biologiquement le développement de l'enfant, puisqu'accompagner les parents est un levier efficace, je me suis demandé en quoi les inégalités sociales de santé étaient considérées dans les programmes et interventions de promotion de la santé en lien avec l'accompagnement des parents.

### État de l'art : que révèle la revue des revues de littérature

Les publications en lien avec l'accompagnement à la parentalité sont très nombreuses, aussi, j'ai choisi de réaliser une revue des revues de littérature, avec deux objectifs : le premier consistait à analyser les composantes et caractéristiques des interventions les plus efficaces. Dans un second temps, j'ai analysé la prise en compte des inégalités sociales de santé par les auteurs. Ce travail a été publié l'été dernier dans le *BMC Public Health* (Pierron, Fond-Harmant, Laurent & Alla, 2018).

Comment ai-je procédé ? J'ai réalisé une recherche systématique sur les bases Cochrane, PubMed et PsycINFO, principales bases de données scientifiques en santé qui référencent



potentiellement des revues de littérature. Les mots-clés reposaient sur les concepts de promotion de la santé périnatale, inégalités sociales de santé, déterminants sociaux de la santé, accompagnement à la parentalité et programmes de santé relatifs à l'accompagnement à la parentalité. Je n'ai retenu que les revues qui répondaient aux critères AMSTAR (*A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*) (Shea, Grimshaw, Wells & al. 2015) et ROBIS (Whiting & al. 2016). Quels ont été les résultats ? Concernant les interventions les plus efficaces, les auteurs montrent de manière avérée que : l'accompagnement comportemental, cognitif et psychologique *via* les groupes de parole, le soutien téléphonique, améliore l'adaptation des couples à la parentalité, la sensibilité et la réceptivité du nouveau-né. Les interventions sont encore plus efficaces lorsqu'elles sont débutées avant la naissance et lorsque les parents participent activement. Les bénéfices importants pour les mères et les bébés pour un coût faible (Barlow, Smailagic, Ferriter, Bennett & Jones, 2010 ; Barlow, Smailagic, Huband, Roloff & Bennett, 2014 ; Bryanton, Beck & Montelpar, 2013 ; Halford & Petch, 2010 ; Entsieh & Hallström, 2016 ; McDaid & Park, 2011).

Pour analyser la prise en considération des inégalités sociales de santé par les auteurs des revues, j'ai utilisé les critères d'évaluation PRISMA *equity* (Welch, Petticrew, Petkovic, Moher, Waters, White & al., 2016). À partir des titres, résumés résultats et conclusion, j'ai montré que seule la moitié des revues aborde la question et seulement une sur cinq l'intègre dans son analyse. Nous avons pu conclure que les études n'explorent pas la qualité du logement, la disponibilité des services de garde, les réseaux relationnels. Les études sont ciblées essentiellement sur les populations à risque, sans considérer les gradients sociaux. Quant au temps qui entoure la naissance au plus près, de la grossesse aux premiers mois de vie de l'enfant, il est peu observé par les études que nous avons pu recenser. En effet, les études s'intéressent pour le plus grand nombre, soit à la période qui précède l'accouchement, soit aux nourrissons de quelques mois. Concernant la population ciblée par les revues, d'une manière générale, derrière les mots-clés « parent » ou « parentalité » ce sont essentiellement les mères qui sont désignées et concernées par les interventions. Les problématiques des pères ou du couple comme entité parentale sont peu étudiées. Quant à la considération des interactions mères-pères-enfants, il est souvent évoqué la difficulté méthodologique pour les appréhender même si plusieurs auteurs évoquent l'évident impact des interrelations de chacun des membres de la famille. Les notions de parentalité et d'accompagnement à la parentalité ont de multiples sens, difficiles à définir. En effet, en fonction des disciplines, des politiques et des histoires sociales ces notions ne concernent pas les mêmes registres. Cependant, Le Robert 2015 définit la parentalité comme étant *la qualité d'être parent, père et mère*. Le Collins 2016 définit le terme *parenthood* comme étant *l'état, la position ou la relation d'un parent*. La définition renvoie donc tout autant aux pères qu'aux mères.

Cette revue nous montre que l'essentiel des publications est issu du monde anglo-saxon, que l'approche reste à la fois modeste et réductrice concernant la prise en considération des inégalités sociales de santé ; réductrice quant aux populations à qui s'adressent les interventions et aussi quant à la complexité des interactions avec le contexte dans lequel elles s'inscrivent.

Les interventions relatives à l'accompagnement à la parentalité sont complexes : leurs effets sont variables et résultent de multiples actions, où les différentes parties prenantes interagissent



avec un environnement dynamique particulier. En matière de recherche, comprendre comment, pour qui et dans quelles conditions fonctionnent les interventions relève d'un défi méthodologique. Je vous montre maintenant comment nous l'appréhendons.

### Pour compléter les connaissances : une enquête de terrain

Pour répondre à la complexité d'une telle évaluation, nous intégrons d'emblée une approche non seulement systémique mais aussi dynamique. Pour construire notre protocole de recherche de terrain, nous avons créé un modèle qui présente les différentes strates systémiques (macro-méso-micro-sociale et temporelle) emboîtées les unes dans les autres. Ce modèle a été adapté à celui développé par Urie Bronfenbrenner et il est particulièrement adapté à l'évaluation des interventions de promotion de la santé (Absil, Vandoorne, Demarteau & Bronfenbrenner, 2012 ; Bronfenbrenner, 1986). En effet, il vise à considérer l'ensemble des déterminants de la santé et modélise la dynamique permanente des systèmes sociaux. Je veux dire à travers cela, par exemple, que les temps de la grossesse, le séjour à la maternité, le retour à domicile, les premiers mois de la vie présentent des problématiques en permanente évolution et qui dépendent fortement du contexte. Nous avons considéré les éléments contextuels en nous appuyant sur la méthode d'évaluation développée par le Conseil de la Recherche Médicale britannique (Moore, Audrey, Barker, Bond, Bonell, Hardeman & *al.*, 2015 ; Moore, Evans, Hawkins, Littlecott, Melendez-Torres, Bonell & *al.*, 2019). Ce schéma montre clairement l'importance du contexte qui interagit à toutes les étapes des interventions : des hypothèses de départ jusqu'à leur mise en place, leurs mécanismes d'impact, leurs résultats. Ces interactions fonctionnent comme des boucles de rétroaction, les flèches en double sens montrent en quoi ce modèle systémique est en perpétuel renouvellement.

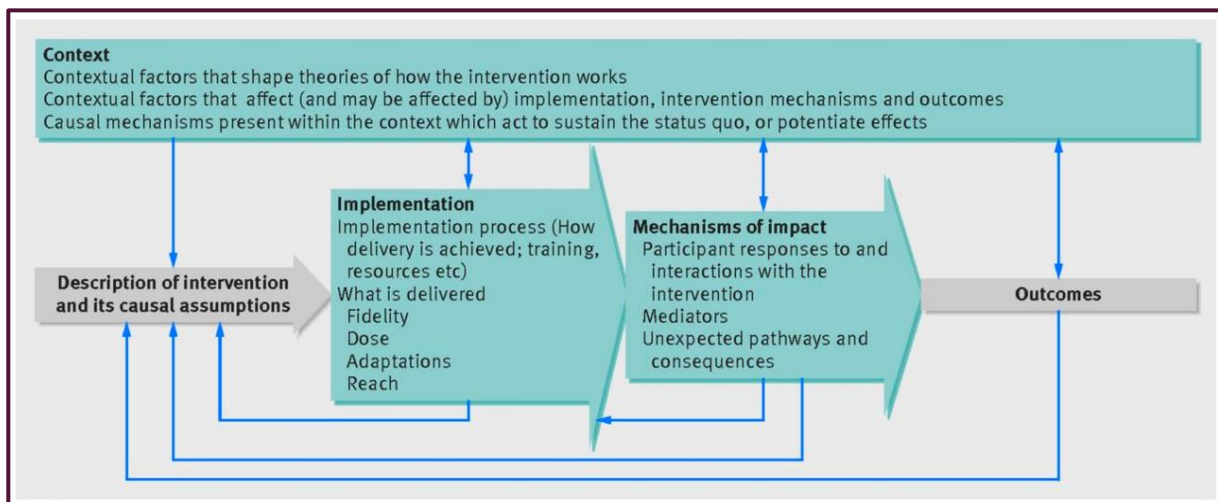


Figure empruntée à Moore & *al.*, 2015

En pratique, pour comprendre le fonctionnement des interventions, nous utilisons les méthodes d'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 1997). Ce que l'on veut comprendre, c'est pourquoi un mécanisme produit des effets. Je parle des effets attendus mais aussi inattendus, des effets différents ou identiques lorsqu'on change de contexte. En multipliant les contextes

d'observation, certaines régularités dans la relation contexte-mécanisme-effet vont apparaître. C'est ainsi que nous allons pouvoir théoriser le fonctionnement des interventions.

Nous étudierons deux contextes différents : les villes de Longwy au nord-est de la France et Esch-sur-Alzette, qui lui est frontalière sur le territoire luxembourgeois. Nous avons sélectionné ces deux villes parce qu'elles sont proches géographiquement avec des réalités sociales, politiques, institutionnelles différentes. Et aussi parce que les populations qui y résident sont particulièrement vulnérables et inégalitaires. L'arrêt de l'exploitation des mines de fer a impacté le bassin sidérurgique autour de ces deux communes. Les populations de cette région sont fortement touchées par le chômage. Même si le marché du travail au Luxembourg favorise depuis plus d'une dizaine d'année la mobilité des travailleurs de part et d'autre de la frontière, des différences de niveau de vie sont importantes en fonction des postes occupés et aussi entre autochtones et étrangers (Langers, 2010).

Concrètement, en déployant une évaluation réaliste, nous mobilisons des méthodes mixtes, à la fois quanti- et qualitatives. A partir de la revue de littérature, nous avons émis des hypothèses que l'enquête sur le terrain va conforter ou rejeter. Les données épidémiologiques, les données fournies par les entretiens des professionnels de terrain, les informations recueillies auprès des parents eux-mêmes, vont permettre de mieux comprendre les mécanismes en jeu.

A partir de divers documents à disposition du public, sur les sites internet des institutions locales et à partir des *flyers*, nous avons constitué le *corpus* documentaire. Les parents ont été interrogés *via* des questionnaires. Ces données quantitatives recueillies permettent de consolider les données issues de la recherche qualitative, et *vice versa*. Des entretiens et *focus groups* sont en cours, réalisés auprès des professionnels de santé et des associations ainsi qu'auprès des parents. Cela permettra de décrire les effets perçus et aussi de comprendre l'historique des interventions, leur genèse. La multiplication des observations sur deux territoires permettra de voir apparaître des divergences de fonctionnement ou des similitudes.

Les résultats attendus sont multiples : d'une part, théoriser le fonctionnement des interventions consistera à émettre des hypothèses à partir de données de la littérature, puis confronter ces hypothèses aux données empiriques recueillies sur le terrain d'enquête.

Construire un modèle théorique permettra d'ajuster les programmes à l'échelle locale pour mieux lutter contre les inégalités sociales de santé. Du point de vue de la recherche, il s'agit de participer au déploiement de méthodes nouvelles considérant la complexité, mettant en œuvre une approche pluri-systémique, dynamique et interactive (Cambon, Terral & Alla, 2019).

## Références bibliographiques

- Absil, G., Vandoorne, C., Demarteau M. & Bronfenbrenner, U. (2012). Ecologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/114839> [Page consultée le 16 Novembre 2018]
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., & Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003680.pub2>

- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2014). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002020.pub4>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Dev Psychol.*, 22(6), 723-42.
- Bryanton, J., Beck, C. T., Montelpare, W. (2013). Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004068 (11). DOI:10.1002/14651858.CD004068.pub4.
- Cambon, L., Terral, P. & Alla, F. (2019). From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*, 19, 339. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6663-y>
- Cubas, P., Vincent, C. & Coen, E. (1999). An epigenetic mutation responsible for natural variation in floral symmetry. *Nature*, 401(6749),157-61.
- Encyclopédie de l'environnement, 2019. <https://www.encyclopedieenvironnement.org/search/epigenetique/>.
- Entsieh, A. A. & Hallström, I. K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1-11.
- Feinberg, A. P. & Fallin, M. D. (2015). Epigenetics at the Crossroads of Genes and the Environment. *JAMA*, 314(11), 1129-30.
- Halford, W. K. & Petch, J. (2010). Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting. *Clin Child Fam Psychol Rev.*, 13, 164. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0066-z>.
- Heijmans, B. T., Tobi, E. W., Stein, A. D., Putter, H., Blauw, G. J., Susser, E. S. & al. (2008). Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proc Natl Acad Sci.*, 5(44), 17046-9. <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0806560105>
- Lang, T. (2009). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. *Rapport du Haut Conseil de Santé Publique*. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113> [page consultée le 18 janvier 2016]
- Lang, T., Kelly-Irving, M. & Delpierre, C. (2009). Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Rev d'Épidémiologie Santé Publique*, 57(6), 429-35.
- Langers, J. (2010). Inégalités au Luxembourg : notions et chiffres indispensables. Des inégalités sociales persistantes qui en disent long sur la société luxembourgeoise. *Quest Soc., Forum* 296, 25-8.
- Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F. & Scotton, C. (2011). Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. *Report No. RM2011-065P*.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health*, 32, 244-249. <https://jech.bmj.com/content/32/4/244>
- McDaid, D. & Park, A.-L. (2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promot Int.*, 26(1), 108-139.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W. & al. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258. <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258>
- Moore, G. F., Evans, R. E., Hawkins, J., Littlecott, H., Melendez-Torres, G. J., Bonell, C. & al. From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future

- directions and unresolved questions for intervention development and evaluation. *Evaluation*, 25(1), 23-45. <https://doi.org/10.1177/1356389018803219>
- OMS | Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final. WHO. [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/) [Page consultée le 11 Novembre 2018]
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Inc.
- Pierron, A., Fond-Harmant, L., Laurent, A. & Alla, F. (2018). Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews. *BMC Public Health*, 18(1), 1087. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5915-6>
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., & al. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.*, 7, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>
- Tehraniifar, P., Wu, H.-C., Fan, X., Flom, J. D., Ferris, J. S., Cho, Y. H. & al. (2013). Early life socioeconomic factors and genomic DNA methylation in mid-life. *Epigenetics*, 8(1), 23–7. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.4161/epi.22989>
- Vaiserman, A. M. (2015). Epigenetic programming by early-life stress: Evidence from human populations. *Dev Dyn*, 244(3), 254-65. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dvdy.24211/abstract>
- Welch, V., Petticrew, M., Petkovic, J., Moher, D., Waters, E., White, H. & al. (2016). Extending the PRISMA statement to equity-focused systematic reviews (PRISMA-E 2012): explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol.*, 70, 68-89. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435615004205>
- Whiting, P. & al. (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed *Journal of Clinical Epidemiology*, 225 - 234 <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>

## 5. Conciliation Famille-Travail-Bien-être... Que vivent les mères et les pères d'aujourd'hui ?

*Reconciling Family, work and wellbeing... The lives of mothers and fathers today*

**SAUVE Karine**

Doctorante en Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, CANADA

[karine.sauve@uqtr.ca](mailto:karine.sauve@uqtr.ca)

### RÉSUMÉ/ABSTRACT

La conciliation famille-travail (CFT) est un enjeu majeur, auquel sont confrontées les familles d'aujourd'hui, qui a d'importantes répercussions sur leur santé physique et mentale. Les stratégies permettant une meilleure CFT et les impacts de celle-ci sont abondamment analysés sous l'angle du travail, mais l'expérience famille est peu abordée. Considérant que l'articulation des rôles se réalise dans une sphère privée, reposant sur l'adaptation des parents aux différentes exigences, on se questionne sur quelle est la véritable face cachée de cette CFT. L'atteinte d'un équilibre entre les différents rôles est une condition essentielle à la santé des individus et de leur famille, une recherche qualitative a été menée afin de mieux comprendre le vécu des mères et des pères ayant au moins un enfant âgé entre 1 et 5 ans. Seize parents (8 couples hétérosexuels) ont été rencontrés individuellement afin de connaître leur expérience de la CFT. Les résultats préliminaires font ressortir des distinctions entre les mères et les pères qui témoignent toutefois que la charge mentale pour ces parents est notable, que les discours publics dictant les attentes sont fortement intégrés par ceux-ci, qu'il est ardu d'arriver à un équilibre sain et qu'il est difficile de prendre soin de soi, du couple et de la famille en même temps. Il va sans dire qu'un sentiment de culpabilité est nommé et que ce stress ressenti a un effet de débordement (ou effet de *spillover*) significatif sur les enfants. Une réflexion collective sur ce sujet d'actualité s'impose pour le bien des parents et des enfants.

Mots-clés : Conciliation famille-travail ; Parents ; Expérience personnelle ; Stress ; Bien-être

*Family-work balance (FWB) is a major part of the life of today's families. It also has important repercussions on their mental and physical health. The strategies for better FWB and their impacts are extensively analyzed from a work perspective, but very seldom from the family perspective. Considering that the articulation of the parental roles is realised in a private sphere, resting on the parent's adaptation to their different requirements, we are wondering what is the true hidden face of this FWB. Balancing the different roles is an essential condition for the health of the individuals and their families. A qualitative research was conducted to better understand the experiences of mothers and fathers with at least one child aged 1 to 5 years old. Sixteen parents (8 heterosexual couples) were interviewed individually to learn about their FWB experiences. Preliminary results reveal distinctions between mothers and fathers who testified, however, that the mental burden for them is significant and the public's expectations are strongly integrated by them. The facts demonstrate that it is difficult for families to come to a healthy balance and that it is difficult to take care of themselves, the couple and the family at the same time. It goes without saying that the feeling of guilt is strong and that this stress overflows significantly onto the children. A collective review of this topic, which is very present in today's life, is needed for the sake of the parents and the children.*

*Keywords: Family-work balance ; Parents ; Personal experience ; Stress ; Well-being*



## ARTICLE

### Contexte

Concilier Famille-Travail-Bien-être, est-ce possible pour les parents d'aujourd'hui ? Comment parvenir à jongler au quotidien avec les demandes multiples et non coordonnées des contextes de vie sans risquer l'épuisement ? Dans un monde marqué par le culte de l'urgence, de la performance et de la multiplication des attentes de réussite, comment les pères et les mères de nos jours perçoivent-ils cette conciliation ? Ces questions se posent avec insistance (Aubert, 2003). De surcroît, la documentation scientifique semble indiquer que la façon dont est vécue la conciliation famille-travail (CFT<sup>22</sup>) pourrait avoir d'importantes répercussions sur le quotidien des parents et celui des enfants, engendrant ainsi des conséquences notables sur la santé physique et mentale de tous les membres de la famille (Bigras & al., 2009 ; St-Amour, Laverdure, Devault & Manseau, 2005).

À la suite des changements observés dans la société, notamment l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, l'augmentation et la valorisation de l'engagement paternel, la diversification des modèles familiaux et des types d'emploi, la CFT est devenue un sujet d'actualité au cœur des préoccupations sociales (Beeman, Desjardins, Goulet & Rose, 2006 ; Dubeau, Pilon & Théorêt, 2014). Les répercussions soulevées précédemment concernant la santé physique et mentale de tous les membres de la famille incluent le manque de temps, le stress, l'irritabilité, l'anxiété, la frustration, les tensions, les conflits entre conjoints ou collègues, les problèmes de santé physique, etc. (Bigras & al., 2009 ; St-Amour & al., 2005). Cela témoigne aussi de la tâche laborieuse que cette CFT peut représenter pour certains parents et ces éléments sont autant de manifestations que de réalités pouvant être vécues à la suite de ces difficultés.

### L'état d'avancement de la recherche concernant la CFT

Tel que mentionné, la CFT est un enjeu majeur auquel sont mesurées les familles d'aujourd'hui. Les stratégies disponibles permettant une meilleure CFT ainsi que les impacts importants de celle-ci sur la santé physique et mentale des familles sont aussi abondamment analysés dans la documentation scientifique, mais bien souvent sous l'angle du travail. Effectivement, il est possible d'observer que « l'expérience famille » est quant à elle peu abordée. Pronovost (2003) souligne d'ailleurs que, bien que le sujet de la conciliation famille-travail fasse partie du discours public, il n'en demeure pas moins que l'articulation des rôles de ces deux mondes se réalise essentiellement dans l'espace privé, reposant encore énormément sur l'adaptation des individus aux exigences du travail.

En complémentarité à cela, l'atteinte d'un équilibre entre les différentes sphères de la vie est une condition essentielle à la santé des individus et de leur famille. Malgré cela, il est signalé que la moitié (50 %) des parents salariés (pères et mères) ont *souvent* ou *toujours* l'impression de courir toute la journée pour faire ce qu'ils ont à faire (Lavoie, 2016) et ce, en dépit des mesures de CFT disponibles en milieu de travail. Finalement, Schneewind et Kupsch (2006)

---

<sup>22</sup> Dans le but d'alléger le texte, l'abréviation CFT sera dorénavant utilisée lorsqu'il sera question de la « conciliation famille-travail ».



souligneront que les recherches en psychologie sont majoritairement centrées sur les déficits de la CFT (manque de temps, stress, etc.), alors que les bienfaits associés à un juste équilibre ont, quant à eux, été peu recensés.

### **Les objectifs et la méthodologie**

En tenant compte des études recensées et des limites de celles-ci sur l'état des connaissances actuelles, il apparaît clairement que c'est un sujet de société. Toutefois, il y a lieu de revoir la CFT sous l'angle famille et ainsi étoffer l'analyse de la problématique. Puisque le vécu des parents ne semble pas avoir été considéré dans les recherches concernant la CFT, ce projet permettra de mieux concevoir leur expérience et de ce fait, d'identifier les enjeux et les défis pour ces derniers, en fonction de leurs perceptions. Cette posture de recherche qui s'insère dans une démarche réflexive permettra de mieux comprendre comment les familles d'aujourd'hui se sentent de devoir conjuguer les sphères famille-travail et des effets que cela a sur leur bien-être. Considérant aussi que plusieurs recherches rapportent que le fait d'avoir des enfants en bas âge est un défi de plus qui s'insère dans une CFT (Bigras & al., 2009 ; Lavigneur, Coutu & Dubeau, 2008 ; Lavoie, 2016 ; Pronovost, 2007 ; Roy, 2010 ; Tremblay, Najem & Paquet, 2006), il s'avère pertinent d'échanger avec les parents d'enfants d'âge préscolaire afin d'en apprendre davantage sur leur expérience.

En gardant en trame de fond les différents systèmes écologiques conçus par Bronfenbrenner en 1979, il y a lieu de permettre aux parents de prendre un temps pour réfléchir, entre autres, aux moyens disponibles autour d'eux, spécifiquement en regard de leurs réalités vécues (Bronfenbrenner, 2005). Inévitablement, l'ensemble des facteurs (personnels, familiaux, économiques, culturels, géographiques, politiques, etc.) est susceptible d'influencer le développement et l'adaptation d'un parent travailleur (Bronfenbrenner, 2005) et cela met en relief toute l'influence qu'apporte l'interaction entre ce dernier et son propre environnement, en fonction du contexte déterminé où il évolue (Cloutier, Gosselin & Tap, 2005 ; Larose, Terrisse, Lenoir & Bédard, 2005 ; Parent, Drapeau, Brousseau & Pouliot, 2008). Les capacités d'adaptation sont ainsi issues de l'équilibre entre les forces et les faiblesses de l'individu, et les occasions et les risques rencontrés avec son environnement (Bronfenbrenner, 2005 ; Larose & al., 2005 ; St-Onge, Deschênes & Renaud, 2010). Puisque cette recherche qualitative a pour but d'élargir les connaissances théoriques et expérientielles sur les notions de CFT en se centrant plus précisément sur la sphère privée du vécu des mères et des pères de jeunes enfants, la méthode prônée a été l'entrevue semi-structurée (Fortin & Gagnon, 2016). En accordant de l'importance à une démarche qui se veut réflexive, on visera à connaître la perception qu'a le sujet de sa propre expérience en matière de CFT (Savoie-Zajc, 2009).

La question de recherche du présent projet est donc « Comment les parents (mères et pères) ayant au moins un enfant âgé entre un et cinq ans perçoivent-ils leur réalité en matière de CFT ? ». Plus spécifiquement, les objectifs sont : 1) décrire comment les parents se représentent leur CFT ; 2) décrire comment ils l'actualisent ; et 3) décrire le regard qu'ils posent sur les stratégies qu'ils ont adoptées.

La méthode de recherche préconisée suggère donc d'avoir recours à cinq grandes étapes soit : 1) la collecte de données verbales (entrevues) ; 2) la lecture des données ; 3) la division des

données en unités significatives ; 4) l'organisation des données brutes ; 5) la synthèse des résultats obtenus (Paillé & Mucchielli, 2003). La première étape a été complétée puisque les entrevues ont eu lieu en juillet 2018 et septembre 2018 comme il a été mentionné. Ensuite, la transcription des entrevues s'est déroulée de fin novembre 2018 au mois de février 2019.

Ainsi pour cette recherche, 16 parents (huit couples hétérosexuels, donc huit pères et huit mères), ayant au moins un enfant âgé entre un et cinq ans et vivant dans les régions de l'Outaouais et de Montréal, ont été rencontrés individuellement. Plus spécifiquement, les principaux thèmes abordés dans le cadre de ces entrevues semi-structurées concernent le vécu des parents en regard des défis de la CFT, des valeurs et croyances qu'ils ont envers ces thèmes, des moyens et des ressources autour d'eux qui influencent la conciliation, incluant la coparentalité, de même que leur regard réflexif sur leur vécu personnel concernant leur CFT.

Pour terminer, il faut souligner qu'il est aussi important que le chercheur enrichisse sa compréhension en la confrontant à d'autres sources de données (Giroux & Tremblay, 2009 ; Savoie-Zajc, 2009). Or, en plus de la littérature consultée, les deux rencontres de type *groupe de discussion* avec des parents autour du sujet de la CFT qui ont été réalisées avant la collecte de données (soit en juin 2017 et en avril 2018) sont venues elles aussi à leur tour influencer le contenu des canevas d'entrevues, mais surtout, cela a fait écho aux entrevues effectuées.

### Résultats préliminaires

Bien que le processus d'analyse ne soit pas complété, nous pouvons quand même dégager quelques éléments qui ressortent comme plus importants jusqu'à présent. Ils seront ici dévoilés par l'entremise des principales questions de recherche.

Tout d'abord, lorsque vient le temps de demander aux parents de **décrire comment ils se représentent leur CFT**, il apparaît clairement que la notion d'équilibre entre les deux grandes sphères est importante, mais aussi avec tous les rôles sous-jacents (mère/père, conjoint-e, travailleur, enfant de ..., ami-e, rôles socialement portés tels que sports, loisirs, bénévolat, etc.). Cela est au cœur de leur conception. Bien qu'elle puisse être utopique à atteindre dans une vision de « parfait équilibre », on se doit de reconnaître la fragilité de cet équilibre homéostatique puisqu'un ensemble de facteurs viennent influencer cet équilibre et qu'il faut un système de (auto)régulation vigoureux pour arriver à maintenir ce cap au quotidien. Les parents diront alors qu'ils doivent faire des choix professionnels, d'organisation familiale et professionnelle, etc., afin d'être plus en harmonie avec les valeurs portées, comme celui de faire des choix afin d'être plus présents à la maison pour les enfants.

Comme leurs propos en témoignent, ils souhaitent offrir du temps de qualité tout en étant capables d'être quand même « performants » au travail. Ce tiraillement se vit certainement relativement au fait que ces parents sont dans la tranche d'âge 30-39ans et, pour la plupart, travaillant pour des organismes gouvernementaux apportant une certaine sécurité d'emploi, ils ne sont pas à une période où ils veulent une place sur le marché du travail. Ils sont davantage dans une période de vie où ils sont plus ancrés dans leur travail, mais souhaitent progresser. Ce tiraillement entre les responsabilités professionnelles et celles reliées à la famille a bien été nommé dans cette conception de la CFT. C'est alors qu'ils diront que dans la vie actuelle, en tant que parent de jeune(s) enfant(s), ils doivent mettre des limites pour être en accord avec ce

qu'ils souhaitent et assumer les choix faits, tels que celui où les deux parents travaillent pour garder le niveau de vie qu'ils ont choisi (maison, autos, niveau de consommation, etc.). C'est pour cela qu'ils tentent au quotidien de faire de leur mieux selon les stratégies disponibles offertes par l'employeur. Cet aspect sera rediscuté ultérieurement.

À cela, s'ajoutent quelques différenciations entre les pères et les mères dans la façon de l'aborder. Par exemple, les pères nommeront, dans la définition, que c'est de garder l'équilibre, mais aussi de prioriser d'abord la famille dans cet équilibre. Cela signifie donc de prendre des décisions en conséquence et d'assumer le choix fait de devenir parent et d'organiser des réalités du travail en ce sens. Les mères, quant à elles, sont plus opérationnelles lorsqu'elles définissent la CFT. Elles parleront de faire tout, incluant tous leurs rôles, pour y arriver. Elles parleront de ce qu'elles font pour tenter de diminuer le stress occasionné, de l'organisation que ça demande en arrière-scène au niveau de la planification et l'organisation. Elles indiqueront que les stratégies disponibles offertes par l'employeur peuvent aider ou freiner, le cas échéant, mais que c'est aussi dans les moments de surcharge, dans les moments de vide intérieur qu'elles auront trouvé des façons de mieux arrimer leurs différents rôles et les responsabilités en découlant.

Lorsqu'ils sont appelés à **décrire comment ils actualisent leur CFT**, les parents consultés sont en mesure de nommer plusieurs stratégies qui sont utilisées en fonction des réalités du travail, mais aussi en fonction de qui ils sont (par ex., un participant reconnaît que bien que le télétravail soit possible, cela ne lui convient pas, car il n'arriverait pas à se concentrer s'il travaillait à la maison). C'est aussi à ce moment qu'ils pourront rallier leur actualisation à la présence, ou non, d'un réseau informel (famille proche, amis, voisins) pouvant palier et venir en aide. Dans leurs propos, on comprend que ceci est une source importante de soutien et de stress, surtout lorsque cela est pratiquement inexistant pour eux (comme lorsque la famille élargie vit à l'extérieur, etc.). La présence d'un réseau influencera donc ce qu'ils utiliseront comme stratégies, en fonction aussi de ce qui est disponible dans leur milieu de travail.

Encore une fois, les pères auront un discours dit plus « macro » dans la façon de partager comment ils l'actualisent. Ils vont parler des stratégies optées qui leur permettent une meilleure disponibilité (mentale et physique) autant dans une sphère que dans l'autre. On ressent que pour eux, ils sont en accord avec le fait d'être disponible pour le travail dans le cadre permis par les valeurs de la famille. Une fois questionnés, ils nommeront des exemples pour y arriver, tels que travailler à l'ordinateur, faire le suivi des messages reçus, etc. une fois que les enfants sont couchés ou bien encore, de prioriser un emploi et une gestion des heures de travail de façon à être là pour les enfants le soir, etc.

Les mères indiqueront plus spontanément que l'organisation et la planification demeurent des atouts importants pour y arriver à mieux actualiser leur CFT. Elles parleront notamment de leur importance et de prioriser des stratégies d'économie de temps (ex : faire du déplacement d'horaire pour des rendez-vous personnels, prendre de moins long temps de diner au travail et finir plus tôt pour aller chercher les enfants, faire du sport/s'entraîner/bouger sur les temps du dîner pour les aider à ne pas devoir s'entraîner le soir et ainsi s'absenter de la maison, etc.). De plus, elles diront que la planification se fait de plusieurs façons : au quotidien, hebdomadaire, etc. Par exemple, elles partagent que dès le lever, elles sont en train de penser à leur soirée et à

elles vont orchestrer les étapes selon les activités prévues, à comment elles s'organiseront pour que le souper soit près à temps, etc.

Dans le discours des mères, on ressent davantage une gestion de l'imprévisible, une impression qu'il y a un haut niveau d'hypervigilance en pensant d'emblée aux possibles situations pouvant survenir (ex : fermeture de garderie, virus saisonnier, etc.) et en gérant cet « en-cas ». Or, ne sachant pas ce qui peut effectivement survenir, elles chercheront à préserver leurs ressources et la gestion des stratégies disponibles en sera influencée. Par exemple, elles ne vont pas toujours prendre les congés disponibles au travail si elles peuvent s'organiser avec leur réseau personnel (par ex. : entente entre les conjoints, voir avec la présence de la famille immédiate, etc.), juste « au cas » qu'une fois subséquente, elles aient besoin des stratégies « officielles ». On imagine combien cela peut parfois être exigeant pour le réseau informel. De surcroit, un niveau de stress est ressenti et perceptible quand venait le temps de parler de ce qui pourrait se passer et de ce qu'elles pouvaient faire pour amoindrir les impacts de ces moments potentiels pouvant faire surface à tout moment dans leur CFT. En se rabattant sur les capacités d'absorption de leur réseau, en plus de ne pas utiliser les stratégies « officielles » du travail pour ne pas nuire à la suite des événements, les façons de parvenir à actualiser leur CFT apparaissent ici comme exigeantes. D'ailleurs, ceci l'est autant pour elles que pour leur entourage tout en pouvant ainsi fragiliser l'ensemble de ce qu'on cherche à préserver, soit l'équilibre et l'actualisation de leur CFT.

Un des volets importants sous-jacents à l'actualisation de la CFT dans leur vécu est **la coparentalité** dans la mesure où cela fait référence au partage des droits et des responsabilités du père et de la mère auprès des enfants (Favez, 2017). Suite aux entrevues, il a été possible de constater que le partage des tâches se fait de façon générale de manière plus « traditionnelle », c'est-à-dire qu'en général, les mères s'occupent davantage de l'intérieur de la maison (gestion du ménage, des repas, planification de l'épicerie, de la prise des rendez-vous de suivis divers tels que médicaux, etc., et ce, bien souvent pour l'ensemble de la famille, incluant le père) et alors que les pères sont davantage interpellés pour les tâches reconnues comme plus physiques telles que l'entretien extérieur du domicile (gazon, enlever la neige, réparer des items brisés ou rénover). Cela dit, dans tous les couples, les deux parents s'impliquent dans les tâches et les routines concernant les enfants. La majorité des couples ont des ententes que l'un ou l'autre soit présent pour la routine du matin avec les enfants. Cela semble être déterminé selon les réalités du travail de l'un et de l'autre, mais aussi des personnalités (par ex. : certains parents se perçoivent ou perçoivent l'autre parent comme étant moins disponible pour la gestion matinale des enfants), mais qu'un travail de collaboration (dans le sens où les deux parents sont présents) est davantage possible le soir, tant dans la gestion du souper que pour la routine du dodo.

La notion d'entraide est importante et essentielle pour vivre le quotidien. C'est nommé clairement de la part des parents. Toutefois, de la façon dont les parents parlent de la distribution des tâches, de l'entraide lorsque l'un ou l'autre le ressent, ils témoignent vivre davantage dans un contexte d'équité que d'égalité où il y a un relais quand l'un ou l'autre est en besoin. Il semble aussi que la notion des rôles et des ententes soit tributaire aussi aux stades développementaux des enfants (phase « bébé », phase garderie, phase scolaire, etc.). Par exemple, la mère qui a allaité mentionnera que son conjoint prenait plus soin de l'enfant plus

âgé. Finalement, l'ensemble des parents mentionnent un sentiment de distribution des tâches 50/50, dans la mesure où cela est équitable, mais les pères et les mères reconnaissent et témoignent que la charge mentale de planification et d'organisation incombe davantage à la mère.

Un élément qui a émergé des entrevues est ce qui concerne l'*intensive parenting* et c'est surtout présent dans le discours des mères en ce qui concerne les façons de gérer l'éducation des enfants comme leurs activités, une alimentation saine, les temps d'écran, etc. Donc, la gestion du quotidien et la négociation entre les parents de certains aspects concernant cette éducation des enfants en seront teintées et influencent aussi le niveau d'accord entre les parents.

À l'instar de l'*intensive parenting* qui suggère des principes d'éducation nommés pour les enfants, les parents indiquent aussi clairement les bienfaits de s'accorder du temps pour prendre soin de soi tels que le prônent les discours sur les saines habitudes de vie. L'activité physique est spécifiquement désigné comme étant un élément-clé pour le bien que cela apporte, mais il est aussi mentionné qu'il y a ici un réel défi de l'intégrer dans l'horaire et/ou de le faire sans en ressentir une certaine culpabilité de ne pas être avec les enfants ou le/la conjoint.e, et ce, en dépit du fait que les bienfaits post-activité sont bien soulignés par les participants.

En raison de l'intensité de la petite enfance à plusieurs égards, dont l'intensité de la présence que cela exige, les parents témoignent aussi ressentir les bienfaits lorsqu'ils prennent le temps pour leur couple, que c'est important, mais que c'est difficile de pouvoir le faire. De cela, un élément émergeant est que le temps pour prendre soin de soi est négocié dans le couple et cela inclus le temps pour le couple. De plus, chez les parents où le temps pour le couple a plus de place, il semble être difficile de pouvoir aussi avoir du temps pour soi et l'inverse est aussi vrai (c'est-à-dire chez les parents où le temps pour soi a plus de place, il semble être difficile de pouvoir aussi avoir du temps pour le couple).

Ainsi, le temps pour soi peut avoir différentes variantes, mais, en raison du besoin d'encadrement plus élevé chez les enfants en bas âge, pour palier à un certain sentiment de culpabilité et d'un manque d'énergie (par ex. : pour sortir de la maison après la routine des enfants le soir), certains parents vont opter pour des stratégies de ressourcement qui peuvent se faire à la maison (par ex. : recevoir à la maison un autre parent avec des enfants dans le but de pouvoir discuter avec un autre adulte, faire des entraînements physiques dans le sous-sol quand les enfants sont couchés, avoir un passe-temps créatif à la maison tels que musique, dessin, etc., opter davantage pour des temps d'écran divers tels que réseaux sociaux, jeux électroniques, télévision, film, etc.). Ces stratégies de résolution de problème témoignent aussi de leurs stratégies d'adaptation adoptées pour arriver à concilier les différentes facettes et rôles dans leur vie.

Pour terminer, la majorité des parents indiquent que l'autre parent est présent pour lui lorsqu'il en ressent le besoin, mais certains nomment le sentiment de ne pas être assez présent pour l'autre. Étant davantage conscient dans leurs propres besoins, ils ressentent le nécessité de partager pendant l'entrevue qu'ils réalisent de ne pas être nécessairement disponible pour leur conjoint. Au final, l'importance de la communication entre les parents est clairement nommée,



et ce, autant chez les couples qui la préconisent en sentant que c'est l'une de leurs forces que chez les personnes qui perçoivent le besoin de travailler cet aspect dans leur couple.

Ensuite, lorsque vient le temps de décrire le **regard qu'ils posent sur les stratégies qu'ils ont adoptées**, l'importance de l'arrimage entre leurs valeurs personnelles, les valeurs familiales en lien avec les différents systèmes qui les entourent (couple, famille, entourage immédiat, leur réseau formel et informel, leur milieu de vie et leur milieu de travail, etc.) ressortent comme un élément incontournable de leur récit. Des processus de mentalisation ont pu être observés au cours des entrevues, notamment apportés par l'approche réflexive adoptée dans le canevas d'entrevue. Ils témoignent être résilients, que leur vie actuelle (moment dans leur trajectoire de vie) apporte son lot de défis et qu'il y a par moment d'importants conflits, tensions entre les différents rôles qu'ils assument. Plusieurs nommeront l'importance du stress qu'ils ressentent et des impacts de l'effet de débordement (ou effet *spillover*, Lupien, 2019) que cela a sur leurs enfants notamment en termes de disponibilité mentale, d'une plus grande impatience envers les comportements dérangeants, etc.

Suite à cette démarche réflexive, certains nommeront directement ou indirectement qu'il n'y a pas de recette unique, et ce, même dans un seul milieu de travail. Ils reconnaîtront que les concepts de se connecter à nos principes et de réfléchir à propos des valeurs personnelles, familiales et même de celles de l'employeur par le biais des valeurs de l'équipe de travail et des questionnaires et finalement, de l'importance de prendre du temps pour aller à la rencontre de soi, d'apprendre à se connaître, et ce, à différents moments de sa vie, sont importants. Il semble qu'une démarche de réflexion personnelle et en couple serait essentielle pour favoriser une saine CFT.

En résumé, les résultats préliminaires font ressortir certaines distinctions entre les mères et les pères qui témoignent néanmoins que la charge mentale pour ces parents est notable, que les discours publics dictant les attentes sont fortement intégrés par ceux-ci, qu'il est ardu d'arriver à un équilibre sain et qu'il est difficile de prendre soin de soi, du couple et de la famille en même temps. Il va sans dire qu'un sentiment de culpabilité est nommé et que le stress ressenti a un effet de débordement (ou effet *spillover*, Lupien, 2019) significatif sur les enfants. De plus, les entrevues démontrent que l'aspect réflexif a bel et bien eu un effet et que ce moment passé à discuter de la CFT les a aidés à observer une réalité avec laquelle ils vivent eux-mêmes tous les jours, mais sans s'y arrêter afin de prendre conscience de son impact sur leur vie. Plusieurs ont fait part que cela les a amenés à poursuivre ces réflexions personnelles, mais aussi à aller à la rencontre de celles de leur conjoint.e, pour le bien de leur couple et de leur famille.

Finalement, il est à mentionner que bien que nous voulions obtenir des données qui amèneront ultérieurement des retombées significatives au niveau de la connaissance, il est aussi souhaité que cela puisse étayer une réflexion collective sur ce sujet qui est plus que d'actualité, c'est un enjeu social. D'ailleurs, dans des recherches ultérieures, il pourrait être intéressant d'aller rencontrer des familles avec des enfants plus âgés ou qui sont à d'autres niveaux scolaires tels que primaire ou secondaire, d'échanger avec des parents ayant des conditions de travail précaires, de discuter avec des variétés de familles telles que les couples homoparentaux, les



familles monoparentales, les familles recomposées avec des gardes partagées, des jeunes couples avec enfants en bas âge, etc. Nous aurions ainsi un autre portrait de ce qu'est la CFT pour ces personnes concernées et cela enrichirait cette réflexion collective et qui sait sensibiliser davantage d'acteurs clés à propos des différentes facettes de cette face cachée de la CFT pour nos familles d'aujourd'hui.

## Références bibliographiques

- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Éditions Champs Flammarion.
- Beeman, J., Desjardins, L., Goulet, N. & Rose, R. (2006). Personne ne doit choisir entre la famille et le travail ! Un regard féministe sur la conciliation famille emploi-études, *Comité Conciliation famille-emploi-études*, Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au travail, Condition féminine Canada.
- Bigras, N., Blanchard, D., Bouchard, C., Lemay, L., Tremblay, M., Cantin, G..... & Guay, M.-C. (2009). Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde. *Enfances, Familles, Générations*. 10, 1-30.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Cloutier, R., Gosselin, P. & Tap, P. (2005). *Psychologie de l'enfant*, 2e édition. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dubeau, D., Pilon, F. & Théorêt, J. (2014). *Inscrire les pères à l'agenda des politiques publiques. Un levier important pour l'égalité entre les femmes et les hommes*. Montréal: Regroupement pour la valorisation de la paternité.
- Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité. Concepts, modèles et outils d'évaluation*. Malakoff : Dunod
- Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (3e éd.)*. Montréal : Chenelière éducation.
- Giroux, S. & Tremblay, G. (2009). *Méthodologie des sciences humaines : la recherche en action*. Saint-Laurent. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Larose, F., Terrisse, B., Lenoir, Y. & Bédard, J. (2005). Approche écosystémique et fondements de l'intervention éducative précoce en milieux socioéconomiques faibles. Les conditions de la résilience scolaire. *Brock Éducation*, 13, 2, pp.56-80.
- Lavigueur, S., Coutu, S. & Dubeau, D. (2008). *Rapport de recherche : Les compétences des parents et les ressources qui les aident*. Université du Québec en Outaouais. Groupe de recherche QEMVIE-UQO.
- Lavoie, A. (2016). *Les défis de la conciliation travail-famille chez les parents salariés. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*. Québec : Institut de la statistique du Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/conciliation-travail/conciliation-travail-famille.pdf> [Page consultée le 02 Mai 2017]
- Lupien, S. (2019). *À chacun son stress*. Mont-Tremblant, Canada. : Éditions Va Savoir.
- Paillé, P. & Muchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Parent, C., Drapeau, S., Brousseau, M. & Pouliot, È. (2008). *Visages multiples de la parentalité*. Québec : Presse de l'Université du Québec.

- Pronovost, G. (2003). Famille et travail : deux mondes à réconcilier. *Bulletin de liaison du Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec*, 4 (1).
- Pronovost, G. (2007). Le temps dans tous ses états : temps de travail, temps de loisir et temps pour la famille à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. *Enjeux publics. IRPP Vol. 8, 1*. Repéré à <http://bel.uqtr.ca/653/1/6-19-1843-20070207-1.pdf> [Page consultée le 15 Juin 2017]
- Roy, M. (2010). Paroles d'acteurs : Garde des enfants, congés parentaux et services aux personnes : Alternatives ou complémentarité des mesures. *Revue Interventions économiques*, 41, [En ligne, mis en ligne le 01 mai 2010, consulté le 31 janvier 2020]. URL : <http://journals.openedition.org/interventionseconomiques/451> ; DOI : 10.4000/interventionseconomiques.451
- Saint-Onge, S., Deschênes, G. & Renaud, S. (2010). Analyse de la relation entre les dispositions personnelles et le conflit travail-famille. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 65-4, pp. 609-631.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. GAUTHIER (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5<sup>e</sup> éd., pp. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Schneewind, K. A. & Kupsch, M. (2006). Perspectives psychologiques de la recherche sur les liens entre vie familiale et vie professionnelle. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 1-19. pp. 9-30. DOI 10.3917/rief.019.0009
- St-Amour, N., Laverdure, J., Devault, A. & Manseau, S. (2005). *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*. Québec : Institut national de la santé publique du Québec.
- Tremblay, D.-G., Najem, E. & Paquet, R. (2006). Articulation emploi-famille et temps de travail : De quelles mesures disposent les travailleurs canadiens et à quoi aspirent-ils ? *Enfance, Famille et générations*, 4, 52-71.

**CHAPITRE 3 | CHAPTER 3**  
**LE BIEN-ÊTRE DU JEUNE**  
**ENFANT : CONTEXTE FAMILIAL**  
**ET SOCIOCULTUREL | CHILD**  
**WELLBEING / FAMILY AND THE**  
**SOCIOCULTURAL CONTEXT**

## 6. Les familles et l'inclusion de leur jeune enfant en situation de handicap dans les structures petite enfance ordinaires

*Families and the inclusion of their toddlers with disabilities in day care facilities*

**PINEL-JACQUEMIN Stéphanie, KOLIOULI Flora et ZAUCHE GAUDRON Chantal**

Docteure en Psychologie du Développement, HDR, LISST-CERS, Université Toulouse Jean Jaurès, TOULOUSE

Docteure en Psychologie, LISST-CERS, Université Toulouse Jean Jaurès, TOULOUSE

Professeure de psychologie de l'enfant, UT2J, UMR LISST-CERS, Toulouse, FRANCE

[pinel-jacquemin@univ-tlse2.fr](mailto:pinel-jacquemin@univ-tlse2.fr)

70

### RÉSUMÉ/ABSTRACT

Intégrer véritablement tous les individus dans la société suppose de créer des environnements prêts à s'adapter à leurs différences. Si la loi française 2005-102 du 11 février 2005 prévoit le droit d'inscrire tout enfant en situation de handicap dans l'école la plus proche de son domicile, peu de mention est faite des tout-petits de moins de trois ans. Une opération de recherche<sup>23</sup> intitulée « Soutien à l'inclusion des jeunes enfants en situation de handicap », nous a permis de réaliser une revue de la littérature sur leur accueil en structures petite enfance ordinaires et les enjeux pour les enfants, leurs familles et les professionnels. Dans le cadre de cette publication, nous centrerons notre propos sur les familles concernées par le handicap ou les difficultés développementales de leur enfant et répondrons aux questions suivantes : qu'apporte aux familles cet accueil ? Qu'est-ce qui le facilite ou l'empêche ?

Mots-clés : Jeune enfant ; Situation de handicap ; Familles ; Structures petite enfance ordinaire

*By truly integrating all individuals into society means creating an environment adapted to their differences. While the French law 2005-102 of 11<sup>th</sup> February 2005 provides the right to enroll any child with a disability in the school closest to their home, little mention is made of toddlers under the age of three. An operational research entitled "Support for the inclusion of young children with disabilities", has enabled us to conduct a literature review on their care in ordinary early childhood Day Care facilities and the issues for the children, their families and the professionals. In this publication, we will focus on families affected by their child's disability or developmental difficulties and will answer the following questions: What does this care offer to the families? What makes it easier or harder?*

*Keywords: Toddler; Disabilities; Families; Day Care facilities*

### ARTICLE

Accueillir un enfant dans une famille devrait toujours être une fête lorsque celui-ci a fait l'objet d'un projet de couple et a été désiré. Et pourtant, certaines vont plus ou moins rapidement percevoir chez lui des difficultés dans son développement, des retards qui semblent persister. Un diagnostic médical ainsi que des mots vont être progressivement posés sur cette situation de handicap. Chaque parent va alors « réagir différemment en passant par des phases de sidération, de rejet, de culpabilité, des élans de vie » (Bonnamour et Rives, 2014, 98). L'espace

<sup>23</sup> Financée par la Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH), le Comité national Coordination Action Handicap (CAAH), le GIS « Bébé, petite Enfance en COntextes » (BECO) et le Service Valorisation Partenariat de l'Université de Toulouse Jean Jaurès, en partenariat avec l'association CRESCENDO, le groupe SOS, Paris, le laboratoire LISST-CERS et l'INSERM.

social a le devoir d'intégrer chaque individu (cf. Titre VI de la loi de 2005), et si l'inclusion des enfants en situation de handicap est le résultat d'un processus reposant sur des débats idéologiques et politiques, celle des tout-petits dans le milieu ordinaire est encore l'objet de questionnements. Dans la recherche intitulée « Soutien à l'inclusion des jeunes enfants en situation de handicap<sup>24</sup> », nous avons réalisé une revue de la littérature sur leur accueil en structures petite enfance ordinaires et les enjeux pour les enfants, leurs familles et les professionnels. Pour cela, nous avons utilisé la base de données CAIRN INFO répertoriant tous les articles scientifiques francophones (dans les domaines de la psychologie et de la sociologie). Afin d'avoir accès aux données les plus récentes, la période choisie va de 2007 à 2018. Après avoir sélectionné 119 études traitant spécifiquement de l'inclusion des jeunes enfants, sur la base des mots-clés : 1) Handicap + Préscolaire, petite enfance ; 2) Handicap + Accueil, Inclusion, intégration, Accueil inclusif ; 3) Enfant en situation de handicap, nous avons analysé puis synthétisé les contenus. Dans le cadre de cette publication, nous centrerons notre propos sur les familles concernées par le handicap ou les difficultés développementales de leur enfant et répondrons aux questions suivantes : qu'apporte aux familles cet accueil ? Qu'est-ce qui le facilite ou l'empêche ?

### La situation des parents d'enfants ayant des difficultés développementales au moment de l'accueil en structure ordinaire

Afin d'illustrer la situation des parents d'enfants ayant des difficultés développementales au moment de son accueil en structure ordinaire, nous avons remanié le schéma proposé par Nader-

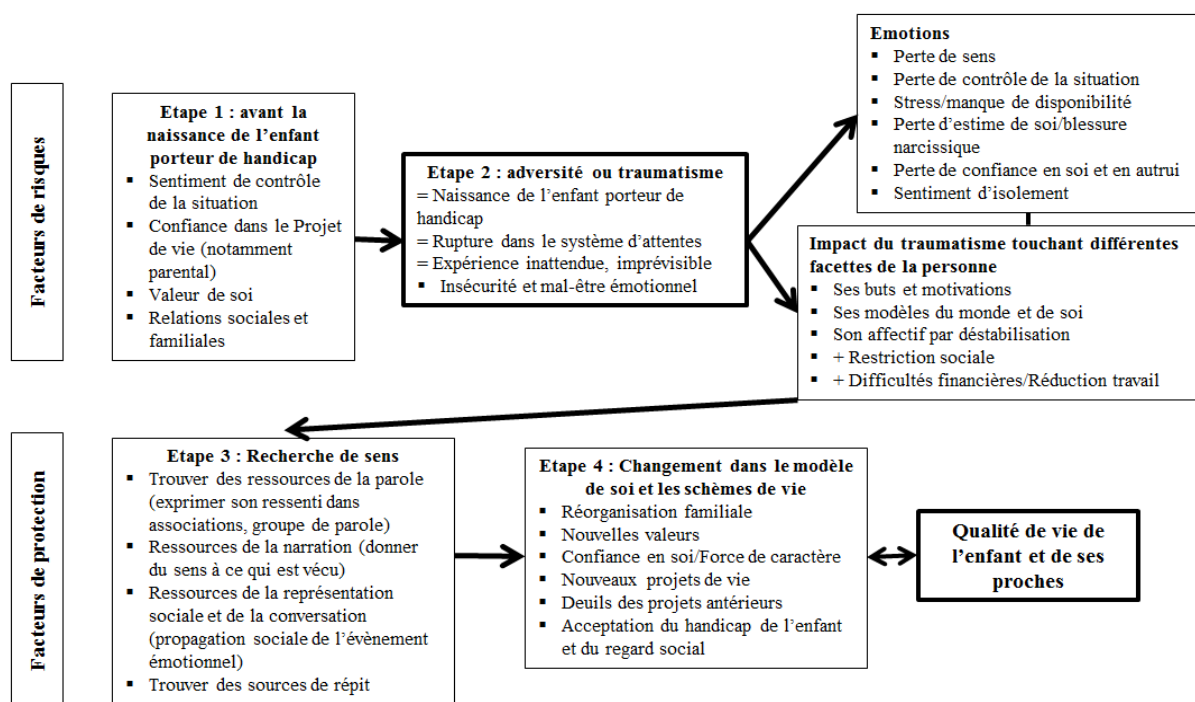


Figure 1 : Schéma des étapes chronologiques d'une famille face au handicap aboutissant à la qualité de vie, inspiré du modèle de partage social des émotions (Rimé, 2005) (Pinel-Jacquemin, 2018)

<sup>24</sup> Financée par la Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH), le GIS « Bébé, petite Enfance en Contextes » (BECO) et le Service Valorisation Partenariat de l'Université de Toulouse Jean Jaurès, en partenariat avec l'association CRESCENDO, le groupe SOS-Paris, le laboratoire LISST-CERS et l'INSERM.

Grobois (2010) intitulé « Dynamique chronologique de la résilience inspirée du modèle de partage social des émotions (Rimé, 2005) » (Figure 1).

Au moment de cet accueil, les parents ont déjà traversé les étapes 1 et 2, que les difficultés aient été révélées avant ou pendant l'accueil. Ainsi, avant la naissance de l'enfant, les parents ont confiance dans leur projet de vie, notamment parental. Ils se sont construit un réseau social et peuvent plus ou moins s'appuyer sur leurs familles respectives, ce qui leur confère une certaine estime de soi et un sentiment de contrôle de leur vie (Nader-Grobois, 2010). La réalité des difficultés de l'enfant agit comme un cataclysme, « *un séisme, un « tsunami », comme un projet de vie qui s'effondre* » (Bonnamour et Rives 2014 : 98), une « *véritable effraction dans le psychisme parental* », un sentiment d'être « *au bord d'un abîme* » ou encore un « *chaos émotionnel* » (Brugère 2016 : 22). Au-delà de la blessure narcissique infligée, c'est tout leur système d'attentes de ce que la vie leur offrait qui se trouve ébranlé, leurs projets de vie qui sont mis de côté, voire ceux auxquels ils devront renoncer. Ils perdent à la fois confiance en eux et dans le sentiment de contrôle de la situation. Le sens même de leur vie peut alors leur échapper et ils peuvent soudain se replier sur eux-mêmes, s'isoler de leurs familles et amis. Passer le temps de maturation pour assimiler cette information, le diagnostic peut aussi parfois être un soulagement pour les parents « *qui savaient sans savoir* ». Ce ne sont donc pas eux qui sont de mauvais parents, « *ce n'est pas [leur] éducation qui est responsable des difficultés [de l'enfant]* » (Laporte, 2013, 34). Quoiqu'il en soit, cette phase constitue un véritable facteur de risque pour ces parents en devenir car c'est bien la construction de leur parentalité qui peut en être entravée. De nombreux auteurs indiquent la difficulté pour certains parents de s'engager dans l'interaction avec leur bébé, de dépasser l'obstacle constitué par l'enfant handicapé, de la difficulté à créer des liens d'attachement (Bonnamour et Rives, 2014 ; Lamour et Barraco de Pinto, 2013). Selon Ciccone (1999, cité par Korff-Sausse, 2007, 24), « *les parents font trop tôt l'expérience de la séparation psychique d'avec leur enfant, qui devient trop tôt un autre, un étranger* ». La culpabilité d'avoir le sentiment de ne pas être une « *bonne mère* », car rien de ce qui est entrepris « *pour le distraire, lui apprendre à marcher, à jouer, à babiller, n'aboutit* » (Laporte, 2013, 33), participe à ce processus. Comme le dit Laporte (2013, 39), au moins dans les premiers temps, « *aucun des deux n'a les bons outils pour comprendre l'autre* ». La nécessité d'apaiser la violence des émotions négatives ressenties peut, de plus, conduire les parents à mettre en place un mécanisme de défense comme la répression de leurs émotions. « *Celle-ci, active chez le parent, crée une cécité émotionnelle partielle pour leur enfant et les empêche d'avoir une lecture et une interprétation de la propre vie émotionnelle de leur bébé* » (Brugère, 2016, 24). Angoisse et culpabilité sont induites par leurs réflexions autour de l'avenir, de la dépendance à vie de leur enfant, ou encore de l'aggravation de son état, des pronostics ou propositions thérapeutiques de l'environnement médicoéducatif (Boissel 2008). Pour faire face à ces « *microtraumatismes* » récurrents, il n'est pas rare aussi que les parents passent par une forme de déni qui n'est autre que la crainte induite par la mise en place d'une aide médicale, humaine, technique et/ou autre, qui vient confirmer ce qu'ils craignent le plus : l'officialisation du handicap et son irréversibilité. Ils expriment ainsi indirectement « *leur désir que leur enfant bénéficie de ce qui est proposé à tous les autres* » (Scelles, 2016, 3). Le bouleversement émotionnel non contenu par un environnement cohérent et peu adapté à la situation peut conduire également à des conduites agressives. La frustration de ne pas avoir un enfant



« comme les autres » et la nécessité, en même temps, de comprendre que sa vie a pourtant autant de valeur que celle d'un autre enfant, peuvent entraîner des sentiments destructeurs et nécessiter l'accompagnement par un professionnel (Laporte, 2013).

Il existe, par ailleurs, un niveau de stress nettement plus élevé chez les parents ayant un enfant en situation de handicap que chez les autres parents d'enfants du même âge (Beckman 1996 ; Shank et Turnbull 1993). Il serait notamment lié à la charge des soins quotidiens nécessaires à l'enfant et qui perdurent dans le temps du fait de sa dépendance. Dupont, en 1980, (cité par Squillaci Lanners et Lanners 2008) avait calculé un investissement temporel de 4 heures quotidiennes supplémentaires à celui consacré à un enfant du même âge et, en tenant compte de toutes les tâches supplémentaires, à une moyenne de 7 heures par jour requises par certains enfants atteints d'un polyhandicap.

Progressivement, deux forces contradictoires apparaissent cependant communes à tous : 1) la recherche du sens de la situation basée sur l'acceptation des conditions de leur proche et sur la centration sur des émotions positives et des valeurs telles que l'amour, l'engagement, la loyauté. Donner du sens à ce qui leur arrive constitue une tentation de maîtriser l'angoisse qui les submerge (étape 4, figure 1). « *Les parents sont à la recherche d'une rationalité pour garder une cohérence au regard de la destructivité du traumatisme* » (Brugère, 2016, 23), et 2) une augmentation d'émotions négatives (tristesse, douleur, solitude, deuil, perte) (Hamama-Raz, Zabari et Buchbinder, 2013). Ce double mouvement peut alors conduire, par un « *mouvement identificateur régrédient* » à l'enfant (Korff-Sausse, 2007, 24) ou « *pour gommer ses différences* » (Brugère, 2016, 24), à la fusion dans la relation avec lui. Cette fusion permet au parent de se sécuriser dans la rencontre avec son enfant. Elle va venir renforcer son sentiment de compétence parentale, et lui permettre de reprendre confiance. Ainsi, il sera à même de protéger et de sécuriser son enfant.

Ainsi blessure narcissique, difficulté pour les parents à accepter une réalité inacceptable, fort sentiment de culpabilité accompagné d'angoisse, stress intense, repli sur soi et difficulté à investir leur parentalité font de ces parents des êtres extrêmement vulnérables. Que peut alors leur apporter l'accueil de leur enfant en collectivité ordinaire ?

### **Les apports de l'accueil des enfants en situation de handicap dans les structures petite enfance**

L'accueil bienveillant, « *banalisé de leur enfant extra-ordinaire les replace dans la Cité des hommes, dans le cercle des humains* » (Herrou, 2014, 23). Il va renforcer leur sentiment d'« *appartenir à une communauté ordinaire* » (Carpentier, 2014, 76). Cet environnement étayé, dans lequel les professionnels vont pouvoir les accompagner, va agir comme un véritable « *harnais de protection* » (Herrou, 2014, 23). Le regard porté sur l'enfant autrement que dans sa différence va non seulement lui donner confiance en lui mais va également permettre à ses parents, d'une part, de se ressentir en tant que parents de cet enfant « comme les autres » et, d'autre part, de renforcer leur sentiment de compétences parentales. L'enfant va les légitimer dans leur rôle parental et leur redonner le pouvoir d'agir (Girard 2014). Se sentir accueillis, accompagnés, écoutés, soutenus, respectés, valorisés, guidés en partenariat (Brioir, 2013, 274) va soutenir la parentalité (Blaye, Cazes et Grimaud, 2014, 104).

Dans cet accueil, les parents trouvent donc un accompagnement sécurisant et du soutien. L'enjeu en est bien sûr de leur permettre de reprendre confiance en eux, dans cette période d'extrême vulnérabilité, afin qu'ils protègent et sécurisent leur enfant (Brugère, 2016). L'alliance avec les professionnels se fait progressivement lorsqu'ils ont le sentiment de faire équipe et que tous œuvrent pour le projet de l'enfant (Brugère, 2016). La temporalité est ici essentielle. Cette dimension pluridimensionnelle (accompagnement et soutien) les sécurise, les porte. Ils vont pouvoir « *oser exprimer leurs craintes, leurs difficultés à trouver les bons gestes, la bonne posture, lorsqu'ils sont confrontés à cet univers extrêmement médicalisé* » (Bonnanour et Rives, 2014, 99). Le référent (s'il y en a un), en tant qu'interlocuteur privilégié, devient garant d'une stabilité et d'une continuité autour de l'enfant, dans le souci de respecter leur intimité et de créer des repères (Brioir, 2013). « *Pouvoir s'appuyer, faire confiance, lâcher prise sans être soi-même lâché : tous ces éprouvés, neufs parfois, remanient les strates dans la construction affective* » (Molénat, 2013, 194).

L'accueil peut également agir comme un facilitateur de séparation entre le parent et son enfant. En effet, la relation peut, parfois, nous l'avons vu, pour des raisons défensives et de protection, être vécue comme fusionnelle. « *L'anxiété liée au comportement parfois indéchiffrable de l'enfant, à son développement incertain, à ses difficultés de communication, à sa vulnérabilité aux changements, amène la mère à surprotéger son enfant et à vivre avec lui en relation duelle* » (Gardou, 1997, cité par Vanden Driessche, 2010). Cette relation duelle peut être « *très compliquée sans tiers ni instance de partage et de réflexion* » (Carpentier, 2014, 76), et nombre de parents ont, en effet, « *du mal à confier leur enfant, persuadés qu'eux seuls peuvent le comprendre, s'ajuster à ses attitudes énigmatiques, à ses troubles du comportement, ou au moins les supporter* » (Carpentier, 2014, 76). Grâce à l'accueil de leurs enfants, les parents découvrent l'intérêt de les laisser se débrouiller seuls, d'accroître leurs potentialités, ce qui leur permet de se projeter dans un « *devenir grands* » (Herrou, 2012, 36). Les professionnels doivent être particulièrement attentifs à ce qui se joue au moment des séparations (Roux-Levrat, 2016).

Enfin, les parents vont pouvoir trouver un peu de répit et consacrer du temps pour eux-mêmes, des moments privilégiés pour la fratrie ou encore pour leur occupation professionnelle. Parvenir à lâcher prise et à consacrer du temps en dehors de cet enfant ne va pas de soi et l'aide de professionnels auxquels celui-ci va pouvoir être laissé en toute confiance est capitale dans ce cheminement.

En retrouvant du sens (étape 4, figure 1) et en acceptant de confier son enfant à d'autres personnes compétentes pour s'en occuper, les parents vont pouvoir réorganiser leur quotidien et retrouver confiance en eux (étape 5, figure 1). Ainsi, l'accueil de leur enfant en difficultés développementales dans une structure ordinaire peut agir sur eux comme un facteur de protection et leur permettre de retrouver une qualité de vie satisfaisante pour eux et pour leur enfant malgré les problèmes rencontrés. Pour autant, certains obstacles peuvent néanmoins freiner ce type d'accueil.

## Les limites de l'accueil en structures ordinaires d'enfants ayant des difficultés développementales

Trois principaux freins à l'accueil en collectivité ordinaire des tout-petits ayant des difficultés développementales sont repérés dans la littérature : le type de handicap ou de difficultés de l'enfant, les difficultés des parents eux-mêmes et encore celles liées à des relations familles-professionnelles trop conflictuelles.

Un enfant ayant une trop grande fréquence de crises entraînant un geste médical (ex : injection de Valium ou appel d'un SAMU) (Brioir, 2013), des enfants ayant un handicap considéré comme sévère (Fontaine, 2014), les enfants les plus récalcitrants à la compagnie des autres et aux règles de la collectivité (Colomb et al., 2015 ; Herrou, 2015) peuvent compliquer l'accueil, voire l'empêcher si l'équipe de professionnels a le sentiment que ses compétences sont dépassées ou que la responsabilité engagée, vis-à-vis de cet enfant ou des autres enfants présents dans la collectivité, est trop importante.

Les limites à l'accueil de l'enfant en situation de handicap peuvent, par ailleurs, paradoxalement être posées par les parents eux-mêmes. L'implication et la mobilisation à trouver une place dans la structure, une difficulté trop grande à affronter le regard des autres, la douleur de voir des enfants tout-venant, ou encore la disponibilité qu'on leur demande, sont quelques-uns des obstacles repérés dans la littérature. La rencontre quotidienne avec des enfants n'ayant aucune difficulté développementale peut, en effet, venir réactiver le traumatisme de l'annonce du handicap de leur enfant (Carpentier, 2014). Les comparaisons sont inévitables et ne font qu'augmenter la douleur d'avoir un enfant différent. Ces parents peuvent avoir le sentiment de vivre une « *expérience qui les sépare définitivement des autres, ne pouvant ni se comprendre, ni se partager* » (Colomb et al., 2015, 150). « *La peur du refus ou les refus antérieurs déjà vécus, la nécessité de devoir revendiquer leur droit et le sentiment de vivre de façon répétée l'annonce du handicap qui les exclut d'une existence ordinaire* » peuvent également amener les parents à renoncer à solliciter les structures et, en conséquence, accroître leur isolement (Fontaine, 2014, 40). Si toutes ces difficultés ne sont pas identifiées lors de l'accueil par les professionnels pour y remédier, elles peuvent augmenter leur sentiment de solitude face au poids du handicap, de sorte qu'ils préfèrent renoncer à ce type d'accueil et se tourner préférentiellement vers les accueils spécialisés (Carpentier, 2014).

Parfois, ce sont des relations familles-professionnelles trop conflictuelles qui constituent une limite à l'accueil de l'enfant en situation de handicap dans une structure petite enfance ordinaire. La nécessité d'une relation harmonieuse entre les parents et les professionnels a bien été démontrée pour le bien-être de l'enfant, mais cette relation, non choisie par les parents, peut parfois s'avérer « *fragile et délicate à construire, en raison notamment de la charge émotionnelle associée au fait de confier ou d'accueillir quotidiennement un très jeune enfant* » (Caublot et Blicharska (2014, 129). Une logique de pouvoir peut être ressentie entre ceux qui ne savent pas et ceux qui savent et décident (Salbreux, 2013 ; Squillaci Lanners et Lanners, 2008). Les parents peuvent avoir le sentiment de ne pas être suffisamment soutenus par rapport à ce qu'ils vivent (Leboiteux, 2012). Ils peuvent, d'une part, regretter de « *devoir exercer des fonctions qui devraient être assumées par des professionnels* », telles que par exemple la

fonction de soignants (Ebersold, 2013, 101). Mais ils peuvent, d'autre part, avoir du mal à laisser leur enfant ce qui renvoie à « *leurs limites à remplir leur rôle de parents « éducateurs »* » tandis que les professionnels face à des parents en souffrance sont « *très souvent démunis et adoptent une position de méfiance qui nécessite alors la présence d'un tiers médiateur permettant à chacun de reprendre sa place et sa spécificité, et les aidant à mettre en place une écoute et un dialogue* » (Carton, 2013, 261).

Les professionnels peuvent, quant à eux, refuser les interventions de certains parents au motif qu'ils ont, eux, les compétences professionnelles nécessaires. Ces tensions qui adviennent en raison de leur perception d'une intrusion ou d'une remise en cause de leur savoir-faire (Carton, 2013) peuvent également dériver vers un sentiment de « *toute puissance* » perçu par les parents (Squillaci Lanners et Lanners, 2008). Une mise à l'écart des décisions prises pour leur enfant peut, en effet, être reliée à un « *déni de leur responsabilité* » parentale (Ebersold, 2013, 97). Elle peut être ressentie comme une violence pour les parents qui se sentent dépossédés de leur fonction parentale et y voient « *l'expression de leur disqualification sociale et de leur plongée dans le « monde » du handicap* » (op. cit., 97). La « *dépossession de leur fonction parentale ou l'accaparement de leur enfant par les professionnels peut aller jusqu'à constituer « des désidentificateurs* » » (op. cit. 97). Un enjeu culturel peut parfois également s'ajouter à ces difficultés, dans la mesure où des jugements portés par les professionnels sur des discours et des comportements de familles d'origines diverses peuvent conduire à des rapports de domination sociale où les préjugés culturels viendront renforcer la stigmatisation (Galibour, 2007). La littérature présente de nombreux témoignages du sentiment d'injustice, de la colère et de la détresse et des blessures éprouvées par ces parents face à des maladresses souvent non intentionnelles de la part de professionnels à qui ils demandent de sortir de leur posture de « *sachant* » pour leur donner les moyens de s'impliquer dans le débat concernant leurs enfants et d'accepter qu'ils deviennent une force de proposition (Laporte, 2013 ; Thomas, 2013). Ebersold (2013) insiste sur le fait que lorsqu'elle n'est pas source de reconnaissance, la participation des familles peut être « *source de servitude* » ou « *source de vulnérabilité* ». Dans le premier cas, les parents sont identifiés à « *des aidants devant pallier les dysfonctionnements (manque de temps, de moyens et cloisonnement institutionnel) faisant obstacle à la coopération entre les différents professionnels qui travaillent auprès de l'enfant* » (op. cit., 94). Ils sont sans cesse appelés à intervenir sur place, à prendre en charge leur enfant, voire à venir le récupérer, l'équipe se trouvant débordée ou impuissante face aux comportements du moment de l'enfant. Dans le second, les liens s'organisent sur un socle affectif ou de croyances partagées qui ne peut qu'accroître la fragilité des parents en les plaçant sous une forme d'emprise des professionnels et en les privant de leur capacité d'agir, notamment. Dans les deux cas, les « *modalités d'implication des parents dépendent des bonnes volontés individuelles* » et risquent de faire dépendre le droit des enfants et de leur famille au seul « *sens éthique et philanthropique des acteurs en présence* » (op. cit., 94).

## CONCLUSION

Cette revue de la littérature nous a permis de dégager les apports essentiels, pour leurs parents, de l'accueil de jeunes enfants de moins de trois ans ayant des difficultés développementales dans les structures ordinaires. Bien que cet accueil ne soit pas obligatoire en France, contrairement à l'école, il permettrait d'aider les parents à sortir de la zone à risque dans laquelle les plonge le « tsunami » de l'annonce du handicap, ou de la prise de conscience des difficultés irréversibles de leur enfant, en retrouvant une image positive et valorisante d'eux-mêmes, parfois en accédant à une parentalité rendue compliquée par la situation, en trouvant auprès des professionnels un accompagnement sécurisant, du soutien, en se séparant plus facilement de leur enfant, mais aussi en trouvant un peu de répit et en rencontrant d'autres parents, soit en rompant avec l'isolement engendré par la mise en place d'un certains nombres de mécanismes de défense nécessaires dans un premier temps pour leur permettre de faire face à cette situation, nouvelle pour eux.

Cette image d'Epinal ne doit cependant pas cacher les obstacles qui peuvent freiner ou empêcher ce type d'accueil, comme un handicap trop sévère nécessitant des soins particuliers, de trop grandes difficultés des parents à affronter le regard des autres ou à comparer le développement des autres enfants au leur ou encore des relations avec les professionnels trop déséquilibrées en termes de relation de « pouvoir » par rapport à l'enfant.

Afin de pallier ces obstacles, la mise en place d'un partenariat dans lequel les familles sont considérées avec respect comme les premières interlocutrices des professionnels et leur principale source d'information sur l'enfant (Brioir, 2013) semble faciliter l'accueil. Basé sur un dialogue réciproque et un profond respect mutuel, notamment des rôles et places de chacun, il permet la co-construction d'une véritable pratique inclusive avec un suivi quotidien, une mise à jour constante des besoins de l'enfant, et une co-observation parents-professionnels de l'enfant. La démarche inclusive doit passer avant tout par l'adhésion à un projet commun que par la contrainte imposée par la loi.

Au-delà des familles, cette condition doit s'accompagner également d'un changement des représentations et des pratiques, de la conviction du bien-fondé d'une société inclusive et de la volonté de tous, afin que nous puissions offrir, et ce dès le plus jeune âge de l'enfant, une place pour tous dans une société adaptée aux différences individuelles, définition même de l'inclusion.

## Références bibliographiques

- Beckman, P. J. (1996). Theoretical, philosophical and empirical bases of effective work with families. In P.J. Beckman (Ed.), *Strategies for working with families of young children with disabilities* (pp. 1-16). Baltimore, MD: Paul H. Brookes
- Blaye, F., Cazes, M. & Grimaud, L. (2014). En amont de l'inclusion, le travail du service spécialisé petite enfance. *Empan*, 93(1), 104-109.
- Boissel, A. (2008). Parentalité et handicap. *La Lettre de L'enfance et de L'adolescence*, 73(3), 63-70. <https://doi.org/10.3917/lett.073.0063>



- Bonnamour, C. & Rives, F. (2014). Des éducatrices à l'Hôpital des enfants : handicap, un sommet à franchir. *Empan*, 93(1), 97-103. <https://doi.org/10.3917/empa.093.0097>
- Brioir, J. (2013). Accueillir un enfant atteint d'épilepsie en structure d'accueil petite enfance. *Contraste*, 38, 271-291. <https://doi.org/10.3917/cont.038.027125>
- Brugère, B. (2016). La parentalité à l'épreuve du handicap : un douloureux « mal-attendu ». *Le Journal Des Psychologues*, 338(6), 21-25. <https://doi.org/10.3917/jdp.338.0021>
- Carpentier, L. (2014). Projet de soin-projet de vie. *Empan*, 93, 76-82.
- Carton, M.-T. (2013). De la complexité des relations parents-professionnels. *Contraste*, 37(1), 255-261. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0255>
- Caublot, M. & Blicharska, T. (2014). Etude du lien entre le vécu des parents et des professionnels des services d'accueil préscolaires et la qualité de leur relation mutuelle, Examining the relationship between parents' and childcare caregivers' life-experience and the quality of their relationship. *Devenir*, 26(2), 125-146. <https://doi.org/10.3917/dev.142.0125>
- Colomb, F., Mattera, M.-A. & Moreau, N. (2015). Début de scolarisation : l'accompagnement des familles par les assistants sociaux des CAMSP. *Contraste*, 42, 147-156. <https://doi.org/10.3917/cont.042.0147>
- Ebersold, S. (2009). Inclusion. *Recherche et formation*, 61, 71-83. <https://doi.org/10.4000/rechercheform>
- Fontaine, É. (2014). Accueil individuel et collectif des enfants en situation de handicap. *Empan*, 93, 37-43. <https://doi.org/10.3917/empa.093.0037>
- Gallibour, É. (2007). Handicap et petite enfance en Guyane française : une analyse des relations entre professionnels et familles. *Santé Publique*, 19(1), 19-29. <https://doi.org/10.3917/spub.071.0019>
- Girard, K. (2014). L'intégration des enfants présentant des besoins particuliers dans les services de garde québécois. *Empan*, 93, 118-122. <https://doi.org/10.3917/empa.093.0118>
- Hamama-Raz, Y., Zabari, Y. & Buchbinder, E. (2012). From Hope to Despair, and Back : Being the Wife of a Patient in a Persistent Vegetative State. *Qualitative Health Research*, 23(2), 231-240.
- Herrou, C. (2012). Pour un accueil ordinaire des enfants extraordinaires, dans les établissements destinés aux jeunes enfants. *Le Carnet PSY*, 159, 34-37. <https://doi.org/10.3917/lcp.159.0034>
- Herrou, C. (2014). En quête d'intranquillité. *Empan*, 93, 18-23. <https://doi.org/10.3917/empa.093.0018>
- Herrou, C. (2015). L'école pour tous n'est pas l'école de tous. *Contraste*, 42, 223-233. <https://doi.org/10.3917/cont.042.0223>
- Korff-Sausse, S. (2007). L'impact du handicap sur les processus de parentalité. *Reliance*, 4(26), 22-29. <https://doi.org/10.3917/reli.026.0022>
- Lamour, M. & Barraco de Pinto, M. (2013). Rencontre et soins psychiques des nourrissons en souffrance et de leur famille dans des situations à haut risque psychosocial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 60(1), 109-130. <https://doi.org/10.3917/rppg.060.0109>
- Laporte, D. (2013). Parents et professionnels ensemble pour accompagner un enfant différent. *Contraste*, 37(1), 31-45. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0031>
- Leboiteux, D. (2012). Des pratiques inclusives aux plateformes de coopérations pour appartenir à la société.... *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 57, 111-116. <https://doi.org/10.3917/nras.057.0111>
- Molénat, F. (2013). La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? *Contraste*, 37(1), 185-207. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0185>



- Nader-Grosbois, N. (2010). Canevas interprétatif des représentations de familles d'enfants à déficience intellectuelle à propos de leur résilience. *Bulletin de Psychologie*, 510(6), 409-415. <https://doi.org/10.3917/bupsy.510.0409>
- Pinel-Jacquemin, S. (2018). *Contribution à l'étude des processus intrafamiliaux impliqués dans l'adaptation face à l'adversité : Perspectives en psychologie du développement*. Habilitation à diriger des recherches, sous la direction de la Pr. C. Zaouche Gaudron, soutenue le 24 Septembre 2018, Université Toulouse II, Toulouse.
- Rimé, B. (2005). *Le partage social des émotions*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Roux-Levrat, J. (2016). « Être parmi d'autres. » Accueil d'un enfant porteur de handicap à la crèche. *Spirale*, 80(4), 81-93. <https://doi.org/10.3917/spi.080.0081>
- Salbreux, R. (2013). Contexte de l'évolution des rapports parents-professionnels au cours du dernier demi-siècle. *Contraste*, 37(1), 47-71. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0047>
- Scelles, R. (2016). Des familles « ordinaires ». *Ecole des Parents*, 619(2), 3-3.
- Shank, M. S. & Turnbull, A. P. (1993). Cooperative family problemsolving: An intervention for single-parent families of children with disabilities. In G. H. S. Singer and L. E. Powers (Eds.), *Families, disability, and empowerment: Active coping skills and strategies for family interventions* (pp. 231–254). Baltimore: Brookes.
- Squillaci Lanners, M. & Lanners, R. (2008). Éducation et soutien à la parentalité. Les attentes des parents ayant un enfant handicapé. *La Revue Internationale de L'éducation Familiale*, 23(1), 15-38. <https://doi.org/10.3917/rief.023.0015>
- Thomas, C. (2013). L'enfant porteur d'un handicap demeure avant tout un enfant. *Contraste*, 37(1), 245-254. <https://doi.org/10.3917/cont.037.0245>
- Vanden Driessche, L. (2010). Le narcissisme parental face au handicap de l'enfant. *La Psychiatrie de l'enfant*, 53(2), 547-608. <https://doi.org/10.3917/psy.532.0547>

## 7. Adaptation sociale du jeune enfant en groupe de pairs et bien-être

### *The social adaptation of young children in their peer group and child well-being*

**CAZENAVE-TAPIE Pascal & ESPARBES PISTRE Sylvie**

Docteur en Psychologie du développement, Chargé d'enseignement et formateur, Université Toulouse Jean Jaurès, Toulouse, FRANCE

Maître de Conférences en Psychologie du développement, LISST-CERS UMR 5193, CNRS, EHESS, Université Toulouse Jean Jaurès, Toulouse, FRANCE

[pascal.cazenave-tapie@wanadoo.fr](mailto:pascal.cazenave-tapie@wanadoo.fr)

#### **RÉSUMÉ/ABSTRACT**

Les relations sociales avec les pairs constituent une dimension importante à considérer dans l'évaluation du bien-être des enfants à l'école (Esparbès-Pistre, Bergonnier-Dupuy & Cazenave-Tapie, 2015). La plupart des recherches et des théories soulignent l'importance de l'amitié dans la petite enfance : avoir des amis fournit un contexte pour développer différentes habiletés, des connaissances sur soi, les autres et le monde, des ressources affectives, notamment lors de stress, et des modèles pour l'établissement des relations aux âges subséquents (Seban, 2003). A l'inverse, les enfants en retrait social sont à risque pour un grand éventail de problèmes : difficultés socio-émotionnelles (anxiété, faible estime de soi, symptômes dépressifs, problèmes internalisés), difficultés relationnelles (rejet, victimisation...) et difficultés scolaires (dans la relation avec l'enseignant, de performance scolaire...) (Hipson & Coplan, 2017 ; Rubin, Coplan & Bowker, 2009). Pourtant, dans une synthèse de la littérature scientifique internationale sur le bien-être, Pinel-Jacquemin constatait qu'aucune étude n'a concerné l'enfant en maternelle (Pinel-Jacquemin, 2016) alors que ces dix dernières années plus de 1500 études sur les relations sociales entre pairs ont été publiées (Rubin, Bukowki & Bowker, 2015). Plusieurs raisons semblent expliquer cette absence, notamment la conception que l'amitié à ces âges serait moins stable et donc moins structurante qu'aux âges subséquents, et la difficulté d'étudier le bien-être à un âge où les compétences langagières des enfants ne permettent pas l'usage de questionnaires. La présente intervention examine les liens potentiels entre bien-être et relations sociales durant la petite enfance et propose des méthodes propices à leur étude.

Mots-clés : Bien-être ; Adaptation sociale ; Relations entre pairs ; Ecole maternelle

*Social relations with peers are an important dimension to consider in assessing children's well-being at school (Esparbès-Pistre, Bergonnier-Dupuy & Cazenave-Tapie, 2015). Most research and theories emphasize the importance of friendship in early childhood: having friends provides context for developing different skills, self-knowledge, about others and the world, emotional resources, especially during stress, and models for establishing relationships at subsequent ages (Seban, 2003). Conversely, children in social withdrawal are at risk for a wide range of problems: socio-emotional difficulties (anxiety, low self-esteem, depressive symptoms, internalized problems), relationship difficulties (rejection, victimization...) and academic difficulties (relation to the teacher, school performance...) (Hipson & Coplan, 2017, Rubin, Coplan & Bowker, 2009). However, in a synthesis of the international scientific literature on well-being, Pinel-Jacquemin underlined that no study has concerned the child in kindergarten (Pinel-Jacquemin, 2016) whereas in the last ten years more than 1500 studies on peer relationships have been published (Rubin, Bukowki & Bowker, 2015). Several reasons seem to explain this absence, including the view that friendship at these ages would be less stable and therefore less structuring than at subsequent ages, and the difficulty of studying well-being at an age when children's language skills do not allow to use questionnaires. This paper examines the potential links between well-being and social relationships in early childhood and suggests methods for their study.*

## ARTICLE

Ces dix dernières années plus de 1500 études sur les relations sociales entre pairs ont été publiées (Rubin, Bukowski & Bowker, 2015), mais aucune n'aurait concerné le bien-être de l'enfant en maternelle (Pinel-Jacquemin, 2016). Les liens entre interactions sociales en groupe de pairs et le bien-être des jeunes enfants à l'école demeurent donc peu documentés. Deux raisons principales semblent expliquer cette lacune :

- la conception que l'amitié à ces âges serait moins stable, plus superficielle et donc moins structurante qu'aux âges subséquents,
- la difficulté d'étudier les relations amicales ou le bien-être à un âge où les compétences langagières des enfants ne leur permettent pas de répondre aux questions des chercheurs (Daniel, Santos, Fernandes & Vaughn, 2019 ; Sebanc, 2003).

L'objet de cette contribution est de proposer un éclairage sur l'incidence potentielle des relations sociales sur le bien-être durant la petite enfance et de proposer une méthode propice à leur étude.

### **Caractéristiques du bien-être durant la petite enfance**

Le bien-être est essentiellement déterminé par le degré d'adéquation entre les besoins biologiques, comportementaux et socioculturels des individus et les ressources environnementales qui leurs sont accessibles. Un développement optimal suppose donc que l'ensemble de ces contextes soient favorables au bien-être de l'enfant (Jutras, 2003 ; Martin, 2018). Entre 0 et 2 ans, les dimensions du bien-être sont la santé physique, le bien-être matériel et le bien-être social ; au-delà de 2 ans, cinq dimensions sont à apprécier : le bien-être matériel (logement, vêtements, etc.), la santé et la sécurité (soin, nourriture, protection, etc.), le bien-être éducationnel (enseignement, éducation), les relations avec la famille et les pairs (parents, amis, etc.) et le bien-être subjectif, dont le bien-être à l'école (OCDE, 2007, 2009, 2017 ; UNICEF 2007).

Selon les chercheurs, le bien-être à l'école peut comprendre des caractéristiques personnelles de l'élève (comportementales, affectives, cognitives), sociales (relations avec les pairs, avec les adultes de l'école) et contextuelles (ambiance, climat, règles, discipline, exigences scolaires) (Bennacer, 1991 ; Debarbieux, 1996 ; Janosz, Georges & Parent, 1998; Pollard & Lee 2003 ; Esparbès-Pistre & Bergonnier-Dupuy, 2004 ; Richardson, Hoelscher & Bradshaw, 2008 ; Pinel-Jacquemin, 2016). Cette question des facteurs participant au bien-être des enfants a été abordée à partir des réponses des enfants eux-mêmes. Pour des enfants de 6 à 15 ans (Vanderkeere, 2009), leur bien-être reposerait sur la possibilité d'être à la manœuvre, de pouvoir agir de façon autonome, de faire ses propres choix, d'influer sur la vie familiale et/ou à l'école, d'avoir confiance en soi, d'avoir une image positive de soi, de compter pour les autres et d'être choisi par eux. Toutefois, les entretiens ont également révélé que si la plupart des enfants aiment être au centre de l'attention, certains apprécient également la possibilité d'être seuls. De plus, les enfants qui avaient une expérience positive de la solitude étaient davantage capables que les autres de ressentir et d'exprimer leurs besoins comme leurs attentes en matière de bien-être. Dans une autre étude (Koch, 2018), il a été demandé à des enfants de 5 ans de prendre en photo ce qui les rendait heureux à l'école. Les différents clichés ont essentiellement concerné les

équipements (balançoires, décorations, œuvres d'art...), la nature, les jouets et les amis. Sur plus de 200 photos prises, seules 2 comprenaient des adultes du contexte scolaire. Pour ces enfants, le bien-être subjectif à l'école consisterait donc essentiellement à expérimenter l'amitié, à jouer, à évoluer dans un environnement où figurent éléments naturels et œuvres d'art.

### **Importance des relations avec les pairs**

Durant la petite enfance, avoir des amis fournit un contexte pour développer différentes habiletés, des connaissances sur soi, des connaissances sur les autres et le monde, des ressources affectives, notamment lors de stress et des modèles pour l'établissement des relations aux âges subséquents (Hipson & Coplan, 2018 ; Rubin, Coplan & Bowker, 2015 ; Sebanc, 2003). Mais ces relations avec les pairs peuvent aussi participer à l'adoption de comportements négatifs modulant la trajectoire développementale vers des problèmes d'adaptation. Les facteurs négatifs liés aux relations d'amitié comprennent le conflit, la trahison, l'exclusivité et ont été associés avec l'agression, les comportements antisociaux, la « mésadaptation » scolaire (difficultés d'adaptation) et l'isolement social (Sebanc, 2003). A l'inverse, l'isolement social a des conséquences négatives sur la joie de vivre et le bien-être de deux ordres : d'une part, être seul est associé avec une baisse de la joie de vivre et, d'autre part, la solitude excessive paraît avoir de sévères conséquences pour la santé et le bien-être. Les enfants en retrait social sont à risque pour un grand éventail de problèmes : difficultés socio-émotionnelles (anxiété, faible estime de soi, symptômes dépressifs, problèmes internalisés), difficultés relationnelles (rejet, victimisation...), difficultés scolaires (dans la relation avec l'enseignant, au plan des performances scolaires...) (Hipson & Coplan, 2018 ; Rubin, Coplan & Bowker, 2015 ; Sebanc, 2003).

### **Facteurs sous-tendant l'amitié entre enfants**

Les facteurs qui sous-tendent l'amitié changent au cours du temps :

- Au début et au milieu de l'enfance (de 4 à 8 ans), les amis sont décrits comme des compagnons partageant les mêmes préférences en matière de jeu,
- A la fin de l'enfance (10 à 11 ans), ils sont décrits comme ayant des valeurs partagées, apportant une protection / une aide instrumentale et loyaux,
- Au début de l'adolescence (11 à 13 ans), les amis sont perçus comme partageant des intérêts similaires (Rubin, Bukowski & Bowker, 2015).

Un grand nombre d'études estime que l'homophilie serait un processus clef dans la formation des liens entre individus. Ainsi, les jeunes auraient tendance à se lier d'amitié avec des camarades de même sexe, « race », ethnique, style comportemental, ayant les mêmes motivations et/ou résultats scolaires (Kindermann & Gest, 2015 ; Rubin, Bukowski & Bowker, 2015). Les similitudes entre amis concernaient également les problèmes internalisés ou extériorisés, la popularité, le traitement de l'information sociale, les conceptions religieuses, le goût du sport, voire même des caractéristiques physiques comme le poids (Dishion & Stormshak, 2007 ; Rubin, Bukowski & Bowker, 2015).

### **Facteurs sous-tendant le retrait social**

Le retrait social se définit comme un processus par lequel des enfants se détournent de l'opportunité d'avoir des interactions sociales et s'engagent dans des activités solitaires même

en présence de pairs. Pour certains de ces enfants, les interactions sociales peuvent générer de l'anxiété quand d'autres cherchent à être seuls pour leur propre plaisir. Quelles que soient les raisons de ne pas interagir avec les pairs, le retrait social est impliqué dans l'inadaptation sociale, et l'isolement excessif peut avoir des conséquences sévères quant au bien-être social, émotionnel et psychologique (Hipson & Coplan, 2018).

Plusieurs caractéristiques des enfants peuvent les amener à ne pas établir de relations sociales et donc d'amitiés avec leurs pairs :

- L'inhibition comportementale : elle fait référence à des bases biologiques induisant un comportement méfiant vis à vis de la nouveauté, qu'il s'agisse d'individus, d'objets ou de lieux. L'inhibition comportementale des enfants à deux ans est prédictive de la réticence et de la méfiance sociale à quatre ans (Rubin, Coplan & Bowker, 2009).
- La timidité : elle a été conceptualisée comme une forme de prudence face à la nouveauté sociale et/ou dans un contexte d'évaluation sociale. La timidité découle d'un conflit de motivation entre approche sociale élevée et prévention sociale élevée. À cet égard, les enfants timides désirent interagir avec leurs pairs, mais sont simultanément inhibés par les peurs et l'anxiété sociale et manquent de confiance en eux-mêmes dans les situations d'évaluation sociale. Elle est souvent liée à la victimisation et au rejet par les pairs (Chen & Santo, 2015 ; Rubin, Coplan & Bowker, 2009).
- La réticence sociale : elle fait référence aux comportements adoptés par des enfants qui observent les autres de loin, restant inoccupés, ne cherchant pas à s'engager dans un groupe (Rubin, Coplan & Bowker, 2009). Elle se caractérise par la combinaison d'une faible motivation pour l'approche sociale et d'un évitement social. Ces enfants expriment peu d'entrain pour jouer avec les autres même s'ils ne sont pas forcément opposés à l'interaction avec leurs pairs (Chen & Santo, 2015).
- Le retrait social, enfin, correspond à la volonté de l'enfant de s'isoler du groupe. Dans ce cas, il est considéré comme l'émanation de facteurs internes comme l'anxiété, une estime de soi négative, le sentiment d'incompétence sociale (Rubin, Coplan & Bowker, 2009).

Le retrait social peut donc être considéré :

- comme étant la conséquence développementale de dispositions tempéramentales particulières,
- comme reflétant la dynamique de rejet dans un groupe particulier,
- comme devant être considéré de façon différente selon l'âge de l'enfant, pouvant refléter chez le jeune enfant son manque d'intérêt pour les relations sociales et son intérêt pour certains jeux solitaires,
- comme étant lié à une « mésadaptation » psychologique et représentant l'expression de problèmes internalisés, de sentiments d'anxiété ou de dépression.

### **Conséquences de ces caractéristiques**

Les enfants en retrait social et anxieux sont plus susceptibles d'être rejetés, exclus, victimisés et d'avoir des amitiés de qualité relativement médiocre. Lors des interactions, ces enfants sont moins bavards, plus passifs, plus soumis et moins compétitifs. Ils estiment par ailleurs que leurs relations amicales manquent de camaraderie, d'intimité, de soutien et conceptualisent le sens même de l'amitié d'une façon moins robuste que leurs pairs (Rubin, Bukowski & Coplan, 2015).

Cependant, les enfants préscolaires en retrait social et tristes ou déprimés sont davantage rejetés par leurs pairs au début du primaire que les enfants anxieux (Rubin, Coplan & Bowker, 2009).

La timidité et le retrait social impactent davantage les garçons que les filles. Ainsi, la réactivité négative observée à neuf mois, évaluée à partir des peurs et des expressions de détresse des enfants rapportées par leur mère, prédisait la méfiance sociale à quatre ans pour les garçons mais pas pour les filles (Henderson, Fox & Rubin, 2001 ; Rubin, Coplan & Bowker, 2009). Les attentes et les normes sociales expliqueraient pourquoi le retrait social est plus problématique pour les garçons que pour les filles, pourquoi les garçons timides sont davantage l'objet de comportements négatifs à leur rencontre et sont davantage rejetés, voire exclus par leurs pairs (Hipson & Coplan, 2018).

Cependant, certaines formes de retrait social pourraient être adaptatives. Les enfants timides ont le désir de s'engager dans les interactions sociales, mais ils sont inhibés par la peur et l'anxiété. Bien qu'ils aient des difficultés à intégrer un groupe de pairs, ils peuvent par ailleurs passer leur temps à observer leurs pairs en train de jouer. Certains enfants sont en retrait social non par peur ou anxiété, mais du fait d'une préférence pour les activités solitaires. Ce type de retrait social est souvent considéré comme une forme de désintérêt pour les relations sociales et/ou d'affinité pour l'isolement social et souvent défini comme une forme bénigne du retrait social. Ainsi, passer du temps seul peut promouvoir le développement intellectuel, créatif, spirituel et permettre une réduction du stress, de l'anxiété. Durant l'enfance, les moments de jeu solitaire contribueraient au développement de comportements exploratoires et de régulation, facilitant ainsi la construction identitaire (Hipson & Coplan, 2018).

Les contextes sociaux et culturels jouent par ailleurs un rôle déterminant dans les attitudes développées vis-à-vis des comportements de retrait social et influencent en définitive les conséquences associées au retrait social (Hipson & Coplan, 2018). Les études conduites par Chen et ses collègues (2015) sur les populations chinoises ont démontré que les comportements associés à la timidité (réservés, réticents, etc.), sont encouragés par les mères, les enseignants et les pairs, et liés de façon positive aux compétences sociales, à l'acceptation par le groupe et à la réussite académique. En contraste, dans les cultures qui promeuvent l'esprit de compétition, l'affirmation de soi et l'expressivité, le retrait social est lié au rejet (Rubin, Coplan & Bowker, 2009). Ainsi, selon la culture, les comportements de retrait social peuvent être considérés d'une façon plus ou moins positive, par la famille comme par les pairs, ce qui en retour influence leur implication sur l'adaptation socio-émotionnelle et le bien-être (Hipson & Coplan, 2018).

### **Attachement, pratiques éducatives et adaptation sociale**

Durant l'enfance, le style d'attachement des enfants aux parents reste une dimension importante à considérer pour comprendre les relations sociales entre pairs. Les études montrent que les enfants qui ont un attachement « sécure » avec leurs mères ont des relations plus harmonieuses, moins contrôlantes, plus sensibles, plus joyeuses, sont davantage acceptés par leurs pairs et sont plus populaires. Ainsi, l'attachement « sécure » prédirait les compétences sociales alors que l'attachement « insécure » prédirait des types de comportements internalisés (retrait) ou externalisés (agressivité) (Rubin, Coplan & Bowker, 2009 ; Sebanc, 2003).



L'attachement « ambivalent-résistant » est caractérisé par des stratégies d'adaptation hyperactives qui intensifient la réponse émotionnelle, alors que l'attachement « détaché-évitant » se caractérise par la désactivation des stratégies d'adaptation qui suppriment la réponse émotionnelle. Dans l'ensemble, les enfants de ces deux styles d'attachement « insécure » abordent de nouvelles relations sociales avec moins de confiance et des attentes plus négatives ; ces enfants peuvent donc être mal préparés pour gérer les relations avec leurs pairs. Le comportement des enfants ayant un attachement « ambivalent » est guidé par la peur du rejet : en conséquence, dans leurs relations extra-familiales avec leurs pairs, ils tentent d'éviter le rejet par le biais d'un comportement passif (Rubin, Coplan & Bowker, 2009). Dans cette perspective, une relation d'attachement « insécure » peut exacerber l'impact de retrait social sur les difficultés des pairs. Cet effet peut résulter d'un modèle de travail interne négatif de soi et des relations avec autrui (Chen & Santo, 2015).

Le style parental contrôlant, intrusif, surprotecteur est fortement associé et prédictif de l'inhibition comportementale et des comportements de réticence sociale. Les mères des filles inhibées et en retrait social durant la petite enfance sont apparues comme chaleureuses, sensibles et tactiles, alors que les mères des garçons similaires sont plus assertives, moins affectueuses et moins sensibles que les mères des enfants « typiques » (Rubin, Coplan & Bowker, 2009). Le modèle de travail interne de ces enfants, caractérisé par la méfiance, la peur et une mauvaise régulation de leurs émotions, peut influencer leurs interactions ultérieures dans le contexte des pairs. Les enfants « insécures » sont donc plus susceptibles d'avoir des représentations négatives des relations avec leurs pairs que les enfants « sécures ».

Ainsi, le retrait social, associé à un modèle interne opérant négatif peut conduire à des problèmes d'adaptation dans les groupes de pair. Cependant, selon la perspective d'un développement contextualisé, la signification fonctionnelle des comportements doit être ancrée dans des contextes sociaux et culturels spécifiques (Chen & Santo, 2015).

### **Conséquences à court, moyen et long terme**

Les interactions sociales avec les parents et les pairs amplifient potentiellement les traits de caractère problématiques des enfants à un niveau de préoccupation clinique. Un enfant en bas-âge au tempérament difficile peut provoquer des affects et des pratiques parentales négatives, ce qui alimente des cycles de conflits grandissants et accroît le comportement problématique de l'enfant.

Le rôle des pratiques parentales précoces, de l'attachement et du tempérament dans les trajectoires conduisant au retrait social a fait l'objet d'une étude longitudinale portant sur 1092 enfants, à partir de l'âge de 6 mois jusqu'à leur 12 ans (Booth-La Force & Oxford, 2008). Les évaluations des enseignants réalisées auprès d'enfants de leur 6 ans à leur 12 ans ont permis d'identifier trois modèles de trajectoire du retrait social : un groupe dont le retrait social est constamment faible (86%), un groupe dont le retrait social s'atténue, avec un niveau initialement élevé qui diminue au fur et à mesure de l'âge (5%) et un groupe dont le retrait social s'accroît, avec un retrait initialement faible qui augmente avec le temps (9%). Les résultats de cette étude longitudinale s'expliquent par différents facteurs en interaction ; les

liens entre le tempérament difficile du bébé, la parentalité insensible, la sécurité de l'attachement, le tempérament à l'âge préscolaire et les différentes trajectoires de retrait social. Ils suggèrent que c'est à la fois la nature continue de la relation dans le temps et le modèle de travail interne de l'enfant qui sont importants pour favoriser ou maintenir des schémas de retrait social.

Les variables « tempérament précoce » et « relations parents - enfant » prédisaient des modèles de trajectoires de retrait social croissantes et décroissantes. Le tempérament timide à 4,5 ans était une voie spécifique vers le retrait social précoce qui diminuait avec le temps, mais un contrôle inhibiteur médiocre à 4,5 ans était une voie spécifique vers un retrait social ultérieur qui augmentait avec le temps. En d'autres termes, dans le modèle incluant la timidité préscolaire, la timidité prédisait l'appartenance au groupe en diminution mais pas au groupe en augmentation. À l'inverse, dans le modèle comprenant un contrôle inhibiteur faible, il prédisait l'appartenance au groupe en augmentation pour le retrait social (Booth-La Force et Oxford, 2008).

Les facteurs prédisant le bien-être et les problèmes internalisés (faible estime de soi, symptômes dépressifs, etc.) à la fin de l'adolescence à partir des trajectoires des comportements extériorisés (agressivité, etc.) durant l'enfance ont été étudiés par Kjeldsen, Nilsen, Gustavson, Skipstein, Melkevik et Karevold (2016). Ils ont constaté qu'une trajectoire très stable de comportements extériorisés depuis la petite enfance (âge de 1,5 ans) jusqu'au milieu de l'adolescence (14 ans et demi) prédisait des scores plus bas en matière de satisfaction dans la vie et d'épanouissement pour les filles et les garçons à 18,5 ans. La trajectoire très stable a également prédit des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs chez les garçons et de symptômes d'anxiété chez les filles (18,5 ans). Leur étude a révélé des différences entre garçons et filles. Concernant les symptômes intériorisés, les garçons présentant une tendance « hautement stable » (HS) à externaliser des problèmes au cours de l'enfance avaient des niveaux plus élevés de symptômes de dépression à la fin de l'adolescence, comparés aux garçons avec des modèles d'externalisation peu ou moyennement stables. Les filles présentant des schémas HS présentaient des niveaux de symptômes d'anxiété plus élevés à la fin de l'adolescence par rapport aux filles qui avaient des trajectoires d'extériorisation peu ou moyennement stables au cours de leur enfance. Pour ces auteurs, les comportements extériorisés durant l'enfance pourraient être le résultat d'interactions coercitives parent-enfant impliquant de faibles stratégies chaleureuses ou de pratiques éducatives parentales sévères, conduisant à des déficits en compétence sociale de l'enfant. Les enfants qui apprennent des stratégies coercitives dans leurs relations primaires peuvent ainsi rencontrer des échecs lors de relations significatives avec leurs pairs et leurs enseignants (Kjeldsen & *al.*, 2016).

### **Les raisons du peu d'études sur les liens entre amitié et bien-être durant la petite enfance**

Pendant longtemps il a été considéré que l'influence des pairs durant la petite enfance était moins importante qu'aux âges subséquents, que l'amitié entre pairs y était moins stable, plus superficielle. En conséquence, l'influence des premières relations sur la socialisation a fait l'objet d'un nombre limité d'études. De plus, les jeunes enfants ne pouvant répondre aux questions des chercheurs sur leurs relations amicales du fait de leur trop faible niveau langagier,

cette thématique était généralement abordée au travers de ce qu'en disent les adultes de leur entourage (parents, personnels éducatifs) (Daniel, Santos, Fernandes & Vaughn, 2019 ; Sebanc, 2003). Dishion et Stormshak (2007) estiment pourtant que l'observation directe des relations de soins et des relations avec les pairs est la stratégie d'évaluation optimale des trajectoires à risque ; les enfants et les parents ne semblant pas être des rapporteurs fiables de cette dynamique relationnelle.

Des méthodes d'observations et des taxonomies ont été largement utilisées ces vingt dernières années pour révéler les comportements typiques ou atypiques des enfants, dans les contextes naturels ou en laboratoire. Mais si les méthodes d'observation des comportements offrent beaucoup d'avantages et d'intérêts, en particulier quand il s'agit d'études concernant les enfants jeunes, elles ont aussi des inconvénients :

- Premièrement, les observations consomment beaucoup de temps, d'énergie et d'argent. Alors que les évaluations par les pairs peuvent être effectuées en minutes ou en heures, les observations peuvent nécessiter des semaines ou des mois de collectes de données.
  - Deuxièmement, à mesure que les enfants grandissent, il est de plus en plus difficile de les observer au cours de leurs « interactions naturelles ».
  - Troisièmement, à moins que les chercheurs n'examinent ou ne contrôlent soigneusement la façon dont le comportement social est influencé, les méthodes d'observation peuvent biaiser la motivation de certaines personnes à adopter certains comportements.
  - Quatrièmement, les observations peuvent être réactives : par exemple, les enfants qui se rendent compte de l'observation peuvent se comporter de manière atypique, supprimant peut-être les comportements négatifs ou augmentant la production de comportements prosociaux.
- Les techniques d'observation requièrent par ailleurs davantage de main-d'œuvre et de temps que les techniques d'auto-évaluation. Cependant, les associations faibles à modérées entre l'auto-déclaration et l'observation des caractéristiques des amitiés des enfants suggèrent que notre compréhension de la manière dont les amitiés diffèrent qualitativement pourrait être améliorée par des études qui utilisent les deux types d'évaluation (Rubin, Bukowski & Bowker, 2015).

### **Proposition d'une méthode simple d'investigation des relations d'amitié durant la petite enfance**

Daniel et ses collègues (2019), ont utilisé une méthode d'investigation dérivée de la technique d'évaluation rapide des dynamiques sociales (Cazenave-Tapie, 2008 ; Cazenave-Tapie & Santos, 1999) pour identifier les groupes d'amis et caractériser les comportements des enfants, combinée avec la méthode classique des nominations sociométriques et une tâche de choix des amis à partir des photos des pairs. L'étude a concerné le suivi de 240 enfants de 9 classes depuis l'âge de 4 ans à l'âge de 6 ans.

#### *Observations :*

Dans chaque classe, des équipes de deux observateurs ont collecté indépendamment des observations focales concernant :

- (1) l'interaction (durée de 15 s),
- (2) l'orientation visuelle (durée de 6 s)
- (3) les proximités interindividuelles (durée de 15 s).

Chaque observateur a effectué 100 rotations d'observation pour chacun des trois types d'observation. Aucun enfant présent au cours d'une journée donnée n'a été observé à deux reprises avant que chaque pair de la classe n'ait été observé une fois. Les observations ont été réalisées pour chaque classe sur une période de quatre à six semaines, en fonction des horaires des observateurs et des absences des enfants participants. Chaque observateur a effectué jusqu'à 30 observations focales de chaque enfant participant par jour d'observation. Les observations ont été effectuées à différents moments de la journée et les enfants ont été observés dans toute la gamme d'activités en classe, ainsi que dans les périodes de jeux en plein air.

Pour les données d'interaction, les observateurs ont observé chaque enfant présent pendant un intervalle de 15 secondes et, à la fin de cet intervalle, ont enregistré les informations d'identification de chaque enfant avec lequel l'enfant focal avait interagi. Les codes pour l'initiateur et la cible de l'interaction, ainsi que la valence affective (positive, neutre et négative) de l'interaction ont été enregistrés. La valence était codée positive si l'un des enfants ou les deux manifestaient un affect positif (par exemple : un geste, un sourire, un rire ou une vocalisation exprimant un affect positif) dans le contexte de l'échange social, à moins que cette expression ne soit accompagnée d'une expression d'affect négatif du partenaire interactif. La valence était codée comme négative si l'un des enfants ou les deux exprimaient un affect négatif (par exemple : détresse, colère, peur, tristesse), qu'il s'agisse d'une expression faciale, d'un geste ou d'une vocalisation, sauf si ces expressions étaient effectuées dans le contexte d'un jeu de simulacre. Tous les échanges non codés comme positifs ou négatifs le sont comme neutres (par exemple, des salutations ou des conversations au cours d'un repas ou dans le contexte d'une tâche ne comprenant pas une expression affective, des échanges non verbaux comprenant un contact physique et une réponse au contact).

Pour obtenir des données sur l'attention visuelle, les observateurs ont observé un enfant cible pendant un intervalle de 6 secondes et ont enregistré les codes d'identité de tous les enfants recevant une orientation visuelle de la cible d'observation (orientation de la tête et des yeux vers un pair). Chaque destinataire du regard a été crédité d'une seule unité par intervalle d'observation de 6 secondes.

Les informations de proximité sociale ont été collectées en tant que « voisin le plus proche » de l'enfant pour chaque intervalle. Chaque enfant présent dans la classe a été observé pendant un intervalle de 15 secondes à la fin duquel le plus proche voisin de l'enfant était identifié. Un enfant qui se trouvait à portée de main (si les deux enfants tendaient leur main) et qui participait à la même activité ou à une activité similaire à celle de la cible d'observation était considéré comme son voisin le plus proche. Si deux enfants ou plus se trouvaient à proximité égale de l'enfant focal (comme cela pouvait arriver lorsque les enfants étaient engagés dans des activités autour d'une table ou en groupe), l'enfant situé immédiatement à droite de la cible était considéré comme le voisin le plus proche. Dans les cas où la cible interagissait verbalement ou physiquement avec un enfant à la fin de l'intervalle d'observation, ce partenaire d'interaction était codé comme étant le plus proche voisin, même si un autre enfant pouvait être physiquement plus proche.

### *Détermination des groupes d'amis*

Pour chaque classe, une matrice de cooccurrence symétrique a été élaborée à partir des relevés du plus proche voisin pour chaque enfant considéré. Des corrélations de Pearson ont alors été utilisées comme indices de similarité entre des paires de profils de proximité (c'est-à-dire les lignes de la matrice de cooccurrence) pour chacune des dyades. Ces valeurs de similarité ont ensuite été soumises à une analyse en regroupement hiérarchique en utilisant un algorithme de lien complet. Un coefficient de corrélation intra-cluster au seuil de signification  $p < 0,05$  a été utilisé pour identifier les sous-groupes (c'est-à-dire les enfants dont les profils d'association dyadique étaient similaires dans l'ensemble du groupe de pairs) par rapport aux cas non groupés (c'est-à-dire les enfants dont le profil de proximité n'était pas significativement en corrélation avec le profil d'un de ses pairs). Un sous-groupe a été considéré comme présentant une « grande proximité mutuelle » (HMP) si tous les membres du sous-groupe étaient associés au-dessus des niveaux de hasard ( $\chi^2$  avec  $p < 0,001$ ). Par exemple, dans un sous-groupe composé de trois enfants, les trois tests  $\chi^2$  doivent être significatifs. Si  $p > 0,001$  pour l'un de ces tests, le sous-groupe a été classé dans la catégorie « faible proximité mutuelle » (LMP).

L'utilisation de ces méthodes combinées a permis à ces auteurs de constater que les sous-groupes HMP reposent sur des relations affinitaires réciproques alors que les sous-groupes LMP semblent davantage refléter des objectifs sociaux communs mais sans liens affinitaires forts,

- les groupes HMP ne sont pas basés sur l'homogénéité (les enfants populaires ou rejetés d'une classe ne se préfèrent pas nécessairement), même si leur composition a tendance à être davantage unisexe au fil du temps. Plus que l'homophilie, c'est l'affect exprimé entre pairs du même groupe qui détermine la cohésion, et l'attention visuelle vers les pairs est plus importante chez les enfants les plus jeunes qu'aux âges subséquents – sans doute du fait des progrès cognitifs et notamment langagiers.

- les enfants classés comme HMP au cours de plusieurs années consécutives avaient plus d'amitiés réciproques que les enfants dont le sous-groupe est passé de LMP ou non groupé à HMP.

Ces résultats suggèrent que les ressources les plus précieuses des groupes de pairs préscolaires sont les autres enfants et que le fait d'être membre d'un sous-groupe, en particulier du type HMP reliant deux amis ou plus, constitue probablement un objectif pour la plupart des enfants d'âge préscolaire.

### **Conclusion**

Les diverses études présentées dans cette contribution illustrent comment des facteurs biologiques (tempérament), familiaux (qualité de l'attachement, pratiques éducatives), sociaux (groupe de pairs) et culturels modulent les trajectoires développementales des enfants vers des formes de bien-être ou de mal-être. Elles soulignent en particulier combien le bien-être des jeunes enfants est en grande partie tributaire de la qualité des relations sociales qu'ils expérimentent, et plus particulièrement dans leurs groupes de pairs. Bien qu'elle soit affectée par leur vécu intra-familial, elle dépend en grande partie des caractéristiques des contextes sociaux et des pairs auxquels ils sont et seront confrontés.

Selon Daniel et ses collègues (2019), une compréhension détaillée des dynamiques de groupe, qui sont à la base des expériences sociales des enfants, est donc une condition nécessaire pour développer des interventions efficaces permettant d'améliorer l'écologie sociale des classes et promouvoir des trajectoires adaptatives. Le changement des pratiques éducatives visant la diminution des risques de problèmes d'adaptation sociale des enfants dépendra en grande partie de notre capacité à comprendre ces différents aspects des dynamiques de groupe (Daniel, Santos, Fernandes & Vaughn, 2019).

## Références bibliographiques

- Bennacer H. (1991). Echelle de l'environnement social de la classe (E.E.C.). *Psychologie et Psychométrie*, 12(3), 59-75.
- Booth-Laforce, C. & Oxford, M. L. (2008). Trajectories of Social Withdrawal From Grades 1 to 6: Prediction From Early Parenting, Attachment and Temperament. *Developmental Psychology*, 44(5), 1298-313.
- Cazenave-Tapie, P. (2008). Les stratégies sociales lors de la fusion de deux groupes de macaques de Java : exemple d'échantillonnage par focalisations successives et d'échantillonnage par balayage dans une situation naturelle. Dans H. Norimatsu et N. Pigem (dir.), *Les Techniques d'Observation en Sciences Humaines* (pp. 120-131). Paris : Armand Colin, coll. « Cursus ».
- Cazenave-Tapie, P. & Santos, A. J. (1999). Direct observation of social dynamics in natural setting. Communication par affiche au congrès de l'*European Society for Developmental Psychology*, Spetse, Grèce, septembre 1999.
- Chen, B.-B. & Santo, J. B. (2015). The Relationships Between Shyness and Unsociability and Peer Difficulties: The Moderating Role of Insecure Attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 40(4), 1-13.
- Daniel, J. R., Santos, A. J., Fernandes, C., & Vaughn, B. E. (2019). Network dynamics of affiliative ties in preschool peer groups. *Social Networks*, 57, 63-69.
- Debarbieux, E. (1996). La violence en milieu scolaire. 1 Etat des lieux. Paris, France : ESF.
- Dishion, T. J. & Stormshak, E. A. (2007). Family and peer social interaction. In T. J. Dishion and E. A. Stormshak (eds), *Intervening in Children's Lives: An Ecological, Family-centered Approach to Mental Health Care* (pp. 31-48). Washington DC: APA Books.
- Esparbes-Pistre, S. & Bergonnier-Dupuy, G. (2004). Style éducatif parental, stress et réussite scolaire. Incidence sur les acquisitions scolaires et le bien-être psychologique des adolescents. Rapport final : Recherche subventionnée par le Commissariat Général du Plan.
- Henderson, H., Fox, N. A., & Rubin, K. H. (2001). Temperamental contributions to social behavior: The moderating roles of frontal EEG asymmetry and gender. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 68-74.
- Hipson, W. E. & Coplan, R. J. (2018). Social Withdrawal in Childhood. In T. K. Shackelford and V. A. Weekes-Shackelford (eds.), *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* (pp. 2-10). Springer: Cham.
- Janosz, M., Georges, P., & Parent, S. (1998). L'environnement socioéducatif à l'école secondaire : un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu. *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 27(2), 285-306.
- Jutras, S. (2003). Allez jouer dehors ! Contributions de l'environnement urbain au développement et au bien-être des enfants. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 44(3), 257-266.



- Kindermann, T. A. & Gest, S. D. (2015). Assessment of the peer group: Identifying social networks in natural settings and measuring their influences. Dans K. H. Rubin, W. Bukowski and B. Laursen, (eds.), *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups* (pp. 100-117). New York: Guilford.
- Kjeldsen, A., Nilsen, W., Gustavson, K., Skipstein, A., Melkevik, O., & Karevold, E. B. (2016). Predicting well-being and internalizing symptoms in late adolescence from trajectories of externalizing behavior starting in infancy. *Journal of Research on Adolescence*, 26(4), 991-1008.
- Koch, A. B. (2018). Children's perspectives on happiness and subjective well-being in preschool. *Children & Society*, 32, 73-83.
- Martin, C. (2018). Du bien-être à l'épanouissement de l'enfant. Investissement social et investissement parental, dans M. Bonnefoy, B. Caucat, C. Garrigues et P. Suesser (dir.), *Santé et épanouissement de l'enfant : dans quel environnement ?* (pp. 39-66). Toulouse : Eres.
- OCDE (2007). *Rapport annuel de l'OCDE*. Paris : Editions de l'OCDE.
- OCDE (2009). *Assurer le bien-être des enfants*. Paris : Editions de l'OCDE. Patrice D.
- OCDE (2017). *Comment se situe la France sur le bien-être des enfants ?* En ligne : <http://oe.cd/bien-etre-des-enfants> (consulté le 8 février 2019).
- Pollard, E. L., & Lee, P. D. (2003). Child Well-Being: A Systematic Review of the Literature, *Social Indicators Research*, 61, 59-78.
- Pinel-Jacquemin, S. (2016). Le bien-être à l'école des enfants en situation de précarité. Dans A. Florin et P. Guimard (dir.), *Synthèse de la Littérature Internationale pour le Conseil National d'Evaluation du Système Scolaire (CNESEO)*. <http://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2016/11/precarite.pdf> En ligne (consulté le 14 janvier 2019).
- Richardson, D., Hoelscher, P., & Bradshaw, J. (2008). Child Well-being in Central and Eastern European Countries (CEE) and the Commonwealth of Independent States (CIS). *Child Indicators Research*, 1, 211-250.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Bowker, J. C. (2015). Children in Peer Groups. Dans M.H. Bornstein and T. Leventhal, *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (pp.321-412). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 141-171.
- Seban, A. M. (2003). The friendship features of preschool children: links with prosocial behavior and aggression. *Social Development*, 12(2), 249-268.
- UNICEF (2007). *La pauvreté des enfants en perspective : Vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches*. Florence : Bilan Innocenti 7.
- Vandekeere, M. (2009). Ce que les enfants entendent par bien-être. Communication orale à *L'European Seminar on Child Wellbeing Indicators*, Florence, 29 Janvier 2009.

## 8. Les enfants terribles, les pulsions du très jeune enfant

### *Terrible children, the impulses of very young children*

**BOCCARA Michel**

Chercheur CNRS (LISST, Université de Toulouse-Jean Jaurès), Directeur de recherches à l'école de recherches en Psychanalyse, Université Denis Diderot, Paris 7, FRANCE

[michel.boccaral@orange.fr](mailto:michel.boccaral@orange.fr)

### **RÉSUMÉ/ABSTRACT**

La mythologie des enfants terribles se retrouve dans différentes sociétés (Afrique de l'ouest, Mésoamérique, Europe ...). L'étude d'un corpus de textes africains est mise en relation avec l'analyse des pulsions du très jeune enfant en nous appuyant sur les travaux des écoles kleinienne et winnicottienne. L'objectif de cette communication est de présenter théoriquement les faits et d'ouvrir sur une perception des pulsions du très jeune enfant, à partir d'exemples cliniques. Dans les sociétés envisagées, tous les enfants sont, lorsqu'ils sont très jeunes, potentiellement terribles. Leur place dans la mythologie correspond à une projection de l'univers du très jeune enfant dans le « ciel » des mythes. Si les sociétés d'Afrique de l'ouest et de Mésoamérique prennent en compte ces pulsions et les régulent, notamment dans les rituels, les sociétés occidentales ont, depuis le 16<sup>e</sup> et le « grand enfermement des anormaux » des difficultés à prendre en compte ces pulsions alors que pourtant le motif de l'enfant terrible perdure dans les contes (Jean de l'Ours, le petit chaperon rouge...). Cette confrontation entre mythologie des sociétés traditionnelles et des sociétés modernes nous paraît inévitable si nous voulons avancer dans la mise en place de structures adaptées aux jeunes enfants et en particulier les structures d'accompagnement des enfants dits autistes. Nous ferons en conclusion quelques propositions à partir, notamment, de l'expérience du réseau mis en place par Fernand Deligny et poursuivie aujourd'hui par Jacques Lin.

Mots clefs : Mythologie ; Enfants terribles ; Psychanalyse ; Autisme ; Deligny.

*We can find the mythology of terrible children in several societies (West Africa, Mesoamerica, Europe...). We put in relation the study of an African corpus of texts with the analyse of the very young child drives, relying on the works of the Mélanie Klein and Donald Winnicott schools. The object of this communication is to theoretically present the facts and to open on a perception of the very young child drives, relying on clinical examples.*

*In the considered societies, all the children are, where there are very young, potentially terrible. Their position in the mythology corresponds to a projection of the very young child universe in the "sky" of the myths.*

*If the west African and Mesoamerican societies take in count those drives and regulate them, especially with rituals, Occidentals societies has, since the 16<sup>th</sup> century and the "big enclosure of abnormal people", difficulties to take in count those drives even if the terrible child pattern still exist in the folktales (John of the bear, The Little Red Riding Hood...). This confrontation between traditional and modern societies mythology seems inevitable if we want advance in the setting up of adapted structures to young children and especially supporting structures of the so call autistic children. In conclusion, we will make some propositions, relying on, especially, on the network put in place by Fernand Deligny and continued today by Jacques Lin.*

*Keywords: Mythology; Terrible children; Psychoanalysis; Autism; Deligny*

## ARTICLE

### Prologue

*Celui qu'anime le tao  
Est comme un nourrisson  
Les guêpes, les scorpions le respectent  
Les oiseaux de proie ne l'enlèvent pas  
Les fauves ne le déchirent pas  
Il a les os fragiles et les muscles mous  
Mais sa poigne est toute puissante  
Il ignore l'union de l'homme et de la femme  
Mais son membre est dressé  
Sa force vitale est à son comble  
Il crie tout le jour sans être enrroué  
Il connaît l'harmonie parfaite*

Lao tseu<sup>25</sup>, *Tao te king, La voix et sa vertu*

Cette communication a pour objectif de mettre en relation un mythe, les enfants terribles, avec son contexte psychologique et social, les pulsions du très jeune enfant. Tout enfant est un enfant terrible, mais il ne le reste pas : comme dans le mythe, son double raisonnable le régule. Les enfants qui restent terribles posent donc des problèmes aux sociétés. Certaines leur donnent un rôle central, d'autres les excluent. Mais, quelle que soit la société, cette intégration ou cette exclusion dépend dans une certaine mesure de la capacité de l'enfant terrible à s'intégrer. En conclusion, je proposerai une réflexion sur des structures adaptées à une catégorie particulière d'enfant terribles, les autistes, et en particulier les autistes qui ne parlent pas et qui constituent une catégorie largement majoritaire<sup>26</sup>.

### 1. L'enfant en moi

*Le manque d'appréhension de leur propre enfance est l'obstacle majeur qui empêche les parents de comprendre les questions essentielles de l'éducation (Ferenczi, 1928, p.30).*

Comme le raconte également Daniel Stern<sup>27</sup> il est important de rester bilingue et l'oubli de la langue de l'enfant, qui n'est pas encore une parole, est aussi un obstacle profond pour « comprendre les questions essentielles de l'éducation » :

---

<sup>25</sup> Si Lao veut dire vieux, une des traductions possibles pour *tseu* est « nourrisson » : Lao tseu, le vieux sage est aussi « le vieux nourrisson », un archétype et le modèle de l'enfant terrible.

<sup>26</sup> « La majorité des autistes, tous âges confondus sont (...) en grande part “non verbaux” (Demailly, 2019, p. 20) »

<sup>27</sup> Daniel Stern est un exemple de psychanalyse non dogmatique, courant issu en grande partie de l'approche winnicottienne, à savoir une observation clinique très poussée (associée le plus souvent à une formation et une pratique de pédiatre) et une écoute psychanalytique mise en place aussi bien pour le jeu, le dessin que pour la parole. Stern, et en particulier sa femme – Nadia Bruschweiler Stern est la fondatrice du Centre Brazelton Suisse – doit être aussi mis en rapport avec l'approche de Brazelton à l'écoute des bébés (le bébé est une personne) mais aussi des mères (*Le questionnaire de Brazelton*, voir *infra*, note 11). Tony Lainé, avec lequel j'ai commencé mes observations et ma pratique, se situe dans ce courant, en y apportant aussi une psychanalyse qui n'ignore par les

*Quand j'avais à peu près sept ans, je me souviens d'avoir observé un adulte essayant de s'occuper d'un enfant d'un ou deux ans. A ce moment, ce qui se passait avec le nourrisson me paraissait évident, tandis que l'adulte semblait ne pas le comprendre du tout. Il se trouvait alors que j'étais à un âge charnière. Je n'avais pas oublié le « langage » du nourrisson mais je connaissais déjà celui des adultes. J'étais encore « bilingue » et je me demandais si cette faculté allait se perdre en grandissant (Stern, 1989, p. 8).*

Très tôt j'ai, moi-aussi, pris conscience de ce bilinguisme, notamment dans une relation difficile avec mon père qui me faisait beaucoup souffrir. Et je me suis dit : plus jamais ça, je ne veux pas imposer à un enfant ce que je suis en train de vivre.

Dès lors l'état d'enfance (Sohravarđi, 1976) et la place de l'enfant dans la société (de Mause, 1986) allaient constituer pour moi le fil conducteur de mes recherches : avec les enfants autistes d'abord, puis en élaborant la notion de vécu mythique au sein de l'équipe de recherche du CNRS « Psychanalyse et pratiques sociales ».

Le colloque organisé par le GIS BECO me donne l'occasion de revenir sur cet état d'enfance et sur cet archétype mythique méconnu *L'enfant terrible*.

## 2. L'enfant est terrible

En introduction à cette problématique, je proposerai une version française de l'enfant terrible.

### 1) Une chanson française : *Les enfants terribles*

Les enfants terribles marchent dans les rues  
Si leur ciel est vide s'ils ne savent plus  
Leurs mains sont avides d'êtreindre demain  
Les enfants terribles n'épargneront rien

Soyez terribles terri-ibles  
Soyez terribles les enfants

Les enfants terribles ont des dents de loups  
Si vous en doutez prenez garde à vous  
Leur soif n'a d'égal que leur appétit  
Les enfants terribles luttent pour la vie

Quand l'orage tonne les enfants sourient  
Ils sont sûrs d'eux-mêmes et durs pour autrui  
Mais quand l'amour vient les cueillir au nid  
Les enfants terribles tremblent dans la nuit

Avec leurs grands rires avec leurs façons  
De toujours remettre le monde en question  
Ce sont eux qui font les révolutions  
Les enfants terribles ont toujours raison

---

Analyses marxiennes (Lainé, 2018a). Sur l'observation des bébés, on consultera aussi les travaux et la méthodologie d'Esther Bick (Delion, 2001).

Jean Ferrat, 1963 (Barclay)<sup>28</sup>

Tout en faisant référence au livre de Jean Cocteau (paru en 1929) et à des « enfants adolescents », Jean Ferrat travaille aussi la mythologie du très jeune enfant : les dents de loup renvoient à la pulsion de dévoration, l'amour est ce qui permet à l'enfant terrible de vivre et, s'il est terrible, c'est qu'il a raison et notamment raison de convertir la violence aveugle du monde extérieur en agressivité contre le monde (Aulagnier, 1975). L'amour est ce qui les rend fragile, mais cela n'est pas valable pour les versions africaines.

## 2) *Un conte mogha*<sup>29</sup>

C'est l'histoire de deux jumeaux, un garçon Ribli et sa sœur Pugli. Ils sont nés le jour de la mort de leur père. Ribli est terrible, sa sœur essaye de le contrecarrer mais n'y arrive pas.

Le premier exploit de Ribli est de faire mourir leur mère en cachant une vipère dans le fond d'un panier. Ils se retrouvent orphelins et sont recueillis par le chef du village. Ribli chie dans la boisson du chef et les deux jumeaux doivent se réfugier dans un caïlcédra. Le chef veut faire abattre l'arbre mais celui-ci se ressoude à chaque fois grâce à l'intervention magique d'un margouillat<sup>30</sup>. Mais Ribli attrape l'animal et le mange... L'arbre est abattu mais au dernier moment un aigle sauve les enfants. Ribli enfonce une pointe dans l'anus de l'aigle et celui-ci les laisse tomber. Ils meurent mais une tortue les reconstitue à partir de leurs morceaux. Mais, à nouveau, Ribli mange l'animal qui les a sauvés. Ils poursuivent de cette manière jusqu'à ce que, intrépide, Ribli propose d'entrer dans une lutte de génies, chacun est victorieux de son adversaire et les deux enfants rejoignent le ciel.

Ribli est devenu depuis ce jour le tonnerre. Quand il pleut, on l'entend qui gronde, qui menace, qui effraie. Après ses grondements, on entend, en seconde position, la voix de Pugli qui n'effraie pas, qui ne menace pas, mais demande à son frère d'être moins violent car des hommes vivent sur la terre.

Conte recueilli à Tiraogo, dit par Désiré Bonogo, (Görog, Platiel, Rey-Hulman & al., 1980, p. 272-74).

Je dégagerai cinq traits principaux :

- 1 Mort du père et de la mère dès le début.
- 2 Complémentarité des jumeaux terribles : l'un est très violent, l'autre accompagne la violence et s'y oppose partiellement : il la régule.
- 3 Chier dans l'écuelle du chef = salir les parents et l'autorité
- 4 Découper et manger l'autre : fantasmes de base, universels<sup>31</sup>, du nourrisson
- 5 La violence transportée au ciel
  - a) violence de l'enfant terrible et violence de la nature (mimétisme)
  - b) le monde du nourrisson va jusqu'aux étoiles : il n'a pas de limites<sup>32</sup>

<sup>28</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=1q2JAFcdaHA>

<sup>29</sup> *Mogha* est le singulier de *moosé*. Pour une anthologie des contes africains d'Enfants terribles, cf. *Histoires d'enfants terribles*, 1980.

<sup>30</sup> Nom donné à plusieurs espèces de lézards, de la famille des Gekkonidae ou de type agame (*Agama agama*). En Afrique, il s'agit plutôt du lézard agame.

<sup>31</sup> C'est-à-dire présent dans un grand nombre de sociétés mais pas dans toutes.

<sup>32</sup> « ... il comprend tout ce que nous percevons, il va jusqu'aux étoiles », (Bergson, 1932, p. 274, cité par Lacroix, 1999, p. 25).

### *Quelques données comparatives sur le corpus africain...*

Ethnies d'Afrique de l'ouest : sociétés mandé, agni, bambara, dogon, samo, tykossi, moosé, peul (Mali, Sénégal, Niger, Nigéria, Burkina Faso, Cameroun)

Les enfants terribles sont :

- des Jumeaux ou frère et sœur (cadet et aîné), parfois un seul enfant, parfois trois (mais généralement deux),

- des orphelins, soit de naissance, soit parce qu'ils tuent leurs parents... le plus souvent un seul est terrible et l'autre/les autres essaye(nt) de réguler les actes de son/leur frère...

Ils commettent un grand nombre de violences/qui peuvent prendre la forme d'une série d'épreuves et d'un combat avec le « vieux » roi...

Les motifs de l'arbre qui se ressoude, des animaux qui aident et que l'on tue tout de même se retrouvent dans la plupart des versions

La conclusion comporte un nombre important de variantes dont voici les principales :

- a) montée au ciel/ les enfants deviennent des astres, des phénomènes naturels...
- b) l'enfant terrible tue le monstre/le dragon et épouse la fille du roi
- b1) l'enfant devient roi
- c) les enfants disparaissent

Le thème de ce conte se croise avec celui d'autres contes, tels que la naissance extraordinaire (l'enfant chamane), le tueur de dragon, le combat cosmique et /ou dynastique avec le vieux roi, le combat cosmique avec des personnages mythiques...

### **3) Une histoire clinique : l'enfant tigre**

Dans la continuité des contes d'enfants terribles, la lecture de l'histoire de Gérald, un enfant normal avec des fantasmes très proches de ceux des enfants de nos histoires, est particulièrement éclairante.

Gérald avait un petit tigre qu'il aimait beaucoup, en partie parce qu'il espérait sa protection contre la bête [mais aussi parce que le tigre était Gérald lui-même]. Mais ce tigre était quelquefois non pas un défenseur, mais un agresseur. Gérald proposa de l'envoyer dans la chambre voisine pour satisfaire sur son père ses désirs d'agression. Le pénis du père, ici aussi, devait être coupé d'un coup de dents, cuit et mangé ; ce désir provenait, d'une part, des fixations orales de l'enfant, et représentait, d'autre part un moyen de combattre l'ennemi ; car un enfant n'a pas d'autre arme, et utilise ainsi de manière primitive, ses dents (...) L'enfant formulait également des fantasmes où il s'agissait de découper son père et sa mère en morceaux ; ces fantasmes se rattachaient à des actes anaux, consistant à salir son père et sa mère avec ses excréments. Après ces fantasmes, il organisait un dîner au cours duquel l'enfant et sa mère [qui dans ce nouveau fantasme est ressuscitée] mangeaient le père... Klein (1927/1968, p. 213)



#### 4) *La mythologie des enfants terribles dans d'autres aires culturelles*

Le corpus des enfants terribles est particulièrement étendu non seulement en Afrique de l'ouest mais aussi en Mésoamérique où il est généralement associé aux mythes d'origine du soleil et de la lune (versions mopan, chatino, mixe et zapotèque) et en Europe (Jean de l'ours, le petit chaperon rouge...).

Les contes européens, qui s'inscrivent dans un contexte différent, présentent des variantes importantes. Je présenterai ici rapidement l'un des plus connus, le petit chaperon rouge ou l'histoire de la petite fille qui a vu le loup.

##### **Le petit chaperon rouge**

Une petite fille, coiffée dans certaines versions d'un chaperon rouge, va porter de la nourriture à sa grand-mère. En chemin, elle rencontre le loup, celui-ci lui demande où elle va et lui propose deux chemins possibles. Le loup prend le chemin le plus court et arrive le premier. Il mange la grand-mère, met de la chair et du sang de côté. La fillette arrive, elle a faim et soif et mange de la chair et du sang de sa grand-mère. Elle se déshabille et entre dans le lit avec le loup, elle pose toute une série de questions au loup sur son anatomie. Le loup dévore l'enfant/l'enfant s'enfuit, elle est poursuivie par le loup, le loup est tué.

Dans toutes les versions orales - mais pas dans la version de Perrault qui est très édulcorée – le petit chaperon rouge mange sa grand-mère avec le loup, et « suivant qu'elle mangeait, il y avait une petite chatte qui disait : Pue ! salope ! qui la chair, qui boit le sang de sa grand » (Delerue, 1985, p. 373). Verdier (1995) a montré que la petite fille au moment où elle a ses règles – c'est la raison pour laquelle elle est habillée en rouge dans certaines versions – et où elle « voit le loup » (*ibid*, p. 188), c'est-à-dire a ses premières relations sexuelles, prend la place de sa grand-mère. Le petit chaperon rouge est donc un conte de dévoration orienté vers la succession des générations : l'une mange l'autre. « Grands-mères, méfiez-vous de vos petites filles » est la morale des versions orales du conte (*ibid*, p. 196).

#### 5) *L'enfant est terrible par nature*

L'enfant, c'est-à-dire au sens étymologique qui se trouve ici pleinement justifié, le très jeune enfant, celui qui ne parle pas (*infans*), est terrible par nature car il ne connaît pas encore le langage humain – la parole – il pratique le babil de babel<sup>33</sup>. Ce langage auquel il est déjà confronté dans le ventre de sa mère, puis à la naissance (Aulagnier, 1975) va le domestiquer, le dompter et lui permettre de rester en vie. Cependant le bilinguisme, l'existence d'un autre langage que la parole, est constitutif de l'être humain et se retrouve

- 1) Dans les sociétés dites « traditionnelles » au sein des « rituels » ou pratiques mythiques
- 2) Dans les sociétés dites « modernes », au sein des expressions artistiques.

Faisons une petite parenthèse pour définir en deux mots ces deux types de société – ce qui est bien sûr une simplification car il y a un grand nombre d'états intermédiaires entre ces deux pôles : a) les sociétés « modernes » sont les sociétés qui ont refoulé leur tradition dans le passé,

<sup>33</sup> Voir Boccara, 1993, sur le langage non parlé (et pas seulement non verbal) du nourrisson, voir aussi Stern, 1989.

là où ils situent leur « origine », b) les sociétés « traditionnelles » sont celles dont l'origine est toujours présente.

On voit que la « tradition<sup>34</sup> » - rendue par exemple dans la société moosé par le terme de *logom miki* « né trouvé » ou dans la société maya yucatèque par *suhuy* « vierge », « originel », « neuf »... - n'est pas absente des sociétés modernes mais refoulée.

L'enfant est d'abord terrible avec lui-même et s'il n'avait sa mère pour s'occuper de lui, il serait incapable de rester en vie : d'où la nécessité pour la mère – ou les personnes qui assument ce rôle – de le prendre en charge totalement (prolongeant ainsi la vie dans la matrice). Cette prise en charge développe chez l'enfant une sensation profonde de toute puissance et l'impression que la mère fait partie de lui – d'où ses colères lorsque celle-ci lui échappe, puis, on le verra, sa dépression lorsqu'il comprend qu'il en est à jamais séparé.

*(...) L'enfant peut, avant le sevrage, avancer sa disparition en décidant de retourner auprès de dieu s'il ne s'estime pas satisfait de ses conditions terrestres d'existence. Au plus fort de sa dépendance vitale à l'égard de sa mère, l'enfant est paradoxalement le plus libre. L'acquisition du langage et l'autonomie alimentaire lui feront quitter définitivement l'ordre du divin et introduiront une rupture dans le système interprétatif de la maladie et de la mort. (Bonnet, 1994, p. 94).*

### **6) Ignorance de la mort**

L'enfant terrible se comporte effectivement comme si la mort ne le concernait pas. Cette indifférence à la mort, qui est une des caractéristiques des contes d'enfant terrible, se traduit dans la pratique par les risques importants que court un enfant et à ses relativement faibles chances de survie dans les sociétés traditionnelles.

On peut d'ailleurs caractériser la baisse importante de la mortalité par habitant au 20<sup>e</sup> siècle d'abord par une baisse de la mortalité infantile, notamment lors de la première année.

Une question se pose alors :

- L'idéologie de « l'enfant venu de l'autre monde » a-t-elle influé sur l'importance de la mortalité infantile ?

Ainsi au Yucatán, on attend de voir si l'enfant va s'acclimater dans la société humaine ou s'il veut revenir, chez les Moosé on est conscient que l'enfant peut ne pas avoir envie de rester et on fait le maximum pour rendre son séjour agréable... ou pas.

- Ou, à l'inverse, l'importance de la mortalité infantile a-t-elle entraîné une idéologie s'adaptant à cette fragilité ?

Cette dernière hypothèse est souvent privilégiée, chez Doris Bonnet par exemple.

---

<sup>34</sup> Cette notion de « tradition » s'est précisément élaborée au moment où le « modernisme » se développait, notamment en relation avec le capitalisme, Voir Boccara (2017b).

Comme souvent, à mon avis, la réponse est entre les deux, il est difficile de séparer les causes « idéelles » et les causes « matérielles ».

On peut caractériser la mythologie de l'enfance dans les sociétés traditionnelles de la manière suivante : la naissance est conçue comme un départ de l'autre monde d'où vient l'enfant et où il a envie de revenir. Le *placenta* est souvent considéré comme son double qui doit « mourir » pour que l'enfant puisse naître, le cordon ombilical étant ce lien délicat et cosmique entre un monde et l'autre.

Si l'enfant terrible est indifférent à sa propre mort, il est aussi indifférent à celle des autres : pour lui, la mort n'existe pas, elle n'a pas encore été inventée<sup>35</sup>. Ce qui existe pour lui, c'est la disparition.

Cependant, ce n'est pas seulement l'enfant qui est indifférent à sa propre mort mais aussi la société, car, pour elle, pour ses parents, l'enfant est encore un ancêtre, il n'est pas encore complètement vivant, il habite encore en partie le monde des morts, le monde des ancêtres.

### **7) La dissociation d'avec la mère : une phase mélancolique**

Ce n'est que plus tard qu'il prendra connaissance de la mort, et que la société le reconnaîtra pleinement comme vivant<sup>36</sup>. Cette connaissance se fera en liaison avec la perception progressive de sa dissociation d'avec sa mère, en entrant dans une phase mélancolique.

L'âge de l'entrée dans cette phase est variable : Mélanie Klein, par exemple, le situe autour de neuf mois et les observations cliniques (par exemple Stern, 1989) montrent à partir de neuf mois un changement radical de l'enfant. Cependant dans d'autres sociétés cet âge est plus tardif : lié au sevrage ou encore à l'acquisition du langage ...

Cet âge est sans doute lié en partie aux différentes « techniques » de maternage et à l'âge du sevrage... Il faut aussi analyser cette phase mélancolique de manière différentielle suivant les différentes conceptions culturelles de « la mort » et de la stabilité du « sujet ».

### **8) La phase maniaco-dépressive du très jeune enfant**

Mélanie Klein (1934) a appelé cette phase la phase maniaco-dépressive. Détaillons-la en nous appuyons sur sa « Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs » :

*1 « Le développement du petit enfant est régi par le mécanisme de l'introjection et de la projection. Dès le commencement de la vie, le moi introjecte de « bons » et de « mauvais » objets dont le prototype, dans un cas comme dans l'autre, est le sein de la mère. » (ibid, p.311).*

<sup>35</sup> Cette conception de l'invention de la mort est assez générale dans les sociétés traditionnelles. On se référera, par exemple, au mythe de l'invention de la mort chez les Lacandons, qui appartiennent à la culture yucatèque et à mon commentaire (Boccaro, 2017a, p. 68-69).

<sup>36</sup> La question éthique qui se pose est la suivante : à partir de quand devient-on vivant/est-on encore vivant ?

2 « Il s'ensuit que de très petits enfants traversent des situations d'angoisse (et y réagissent par des mécanismes de défense), dont le contenu est comparable à celui des psychoses de l'adulte. » (id.).

3 « Ce n'est pas seulement la violence de l'incontrôlable haine du sujet qui met l'objet en péril, c'est aussi la violence de son amour. Car à ce stade de son développement, le fait d'aimer un objet et de le dévorer sont inséparables. » (ibid, p. 315).

4 « Je considère l'état dépressif comme le résultat d'un mélange d'angoisse paranoïde et des contenus d'angoisse, des sentiments de détresse et des défenses liés à la perte imminente et totale de l'objet d'amour (...) [on peut définir ces états comme] des états maniaco-dépressifs » (ibid, p. 325).

5 « La position dépressive infantile est la position centrale du développement de l'enfant. Le développement normal d'un enfant et son aptitude à aimer semblent dépendre, dans une large mesure, de l'élaboration de cette position décisive. » (ibid, p. 340).

Le psychanalyste et pédiatre Donald Winnicott, en poursuivant et en développant l'œuvre de Mélanie Klein, montrera que c'est dans le jeu que l'enfant va élaborer de manière créative les acquis de cette position dépressive :

« Jouer » implique la confiance et appartient à l'espace potentiel qui se situe entre ce qui était d'abord le bébé et la figure maternelle, le bébé étant dans un état de dépendance presque absolue et la fonction adaptative de la figure maternelle étant tenue pour acquise par le bébé (Winnicott, 1975, p. 73).

Il détaille ensuite les étapes de la relation du bébé à l'objet :

On peut observer la séquence suivante : 1) le sujet se relie à l'objet. 2) L'objet est en train d'être trouvé au lieu d'être placé dans le monde par le sujet. 3) Le sujet détruit l'objet. 4) L'objet survit à la destruction. 5) Le sujet peut utiliser l'objet (...)

Ainsi se crée un monde de réalité partagée que le sujet peut utiliser et qui peut envoyer en retour dans le sujet une substance autre-que-moi (Winnicott, 1975, p. 131).

Dans les différentes conceptions moosé de la nature du très jeune enfant (et on doit pouvoir étendre cela à un certain nombre de sociétés d'Afrique de l'Ouest), il y a l'idée essentielle que l'enfant n'est pas encore complètement humain :

« Un nouveau-né jusqu'au langage est plus proche de la catégorie "génie" ou encore de l'animalité que de la catégorie "personne" » (Bonnet, 1994, p. 95)

D'autant plus que c'est un génie (un *kinkirga*) qui est le responsable de la conception, il introduit une force vitale dans l'enfant qui sera ensuite régulée par un ancêtre (*segre*)<sup>37</sup>.

De même dans la société française, on a mis du temps à accepter que le bébé est une personne.

<sup>37</sup> On retrouve des conceptions proches dans les sociétés australiennes : si la relation, entre l'acte sexuel et la conception n'est pas ignorée, la conception ne peut avoir lieu que si un être de l'autre monde, un « rêve » chez les Australiens, s'introduit dans la matrice. Nous pouvons comprendre cela à partir d'une théorie psychanalytique du désir.

J'ai d'ailleurs commencé à réfléchir sur cette problématique de l'enfant terrible dans le cadre de sessions de formation, liées au travail du pédiatre américain Thomas Berry Brazelton, qui a popularisé cette définition du bébé comme personne<sup>38</sup>, et du psychiatre et psychanalyste français Tony Lainé.

### 9) Avec Tony Lainé

L'oscillation de mes recherches entre Anthropologie/sociologie et Pédagogie ou plus exactement Accompagnement des enfants, si j'emploie la terminologie de Fernand Deligny et de Tony Lainé, a été depuis le début de mes années universitaires (1972), fondatrice de mon travail.

Mon expérience avec Tony Lainé a été également fondatrice pour mes recherches sur le mythe. J'ai mené, en relation avec son équipe, à l'Hôpital de jour du Pradon, à Sainte Geneviève des Bois, des travaux à la fois théoriques et pratiques<sup>39</sup>.

Je voudrais évoquer la pensée et la pratique de Tony Lainé, à travers quelques citations extraites d'un recueil de textes qui vient d'être publié sous le titre *Le défi de la folie* :

*C'est de la présence de l'autre (soignant, moniteur, thérapeute), dans un accompagnement attentif, compréhensif, supposant le prêt de son corps à une relation réintroduisant le plaisir et capable de supporter les pulsions destructrices, que dépend la mobilisation des rapports de l'enfant autiste aux objets (Lainé, 2018a, p. 330).*

*Je crois, en outre, qu'en psychiatrie, il est nécessaire de nous protéger des effets de la culture d'aujourd'hui ; de ses effets utilitaires, immédiatement rentables. Je crois que pèse sur les modes de pensée ordinaires (à propos de l'école, de la vie commune, etc.) quelque chose qui peut nous atteindre. Par exemple, à travers certains comportements thérapeutiques très éducatifs, très comportementaux, je me demande s'il n'y a pas quelque chose qui risque de perturber, de pervertir même, tout ce qui a été acquis dans le champ de la psychiatrie, de la*

<sup>38</sup> Un exemple de la technique de Brazelton est son questionnaire à l'usage des mamans.

Le but de la démarche est d'apporter des outils pour mieux comprendre les signaux du nouveau-né, utiles par exemple dans les situations suivantes : le sommeil, les pleurs, la nourriture...

Prenons un exemple : le sommeil : « Mon bébé ne dort pas bien »

L'échelle de Brazelton accorde une grande importance à l'observation du sommeil du nourrisson. On regarde sa position, s'il dort immobile, replié sur lui-même ou les bras écartés. On le soumet également à des stimulations (lumière sur les paupières, son de hochet ou de clochette) afin d'observer ses réactions et sa capacité à protéger son sommeil. Ces paramètres permettront aux parents de savoir dans quelles conditions l'enfant dort « bien ». Des informations très utiles lorsqu'il y a par exemple un aîné avec qui le bébé partage sa chambre. Les interrogations suivantes sont proposées aux parents :

Observez comment votre enfant dort :

A-t-il besoin d'être dans un calme absolu ? Est-il gêné par la lumière ? Trouve-t-il le sommeil accompagné par la voix de sa mère ? A-t-il besoin d'être bercé ? Est-il rassuré par l'enveloppement ?

<sup>39</sup> J'ai mis en place un séminaire intersectoriel sur le thème de mythe et psychose en 1981, j'ai aussi effectué des accompagnements et des animations avec les enfants autistes du Pradon.

*formation des équipes, et dans la constitution d'un mode de pensée, y compris dans ses aspects subversifs par rapport à la norme (Lainé, 2018b, p. 43).*

### **3. L'éternel retour du nourrisson**

A la mythologie des enfants terribles, je peux adjoindre, en reprenant en partie la perspective de Doris Bonnet, la mythologie de l'éternel retour appliquée à l'enfant.

C'est une variété du mythe général de l'éternel retour qui permet de comprendre la nature particulière du nourrisson et comment il est pensé en Afrique de l'ouest

Dans la conception mogha de la naissance, chez le nouveau-né s'associent deux êtres de l'autre monde : un *kinkirga* (traduit généralement en français par « génie ») et une fraction de l'esprit d'un ancêtre (*segré*). L'enfant est donc un revenant partiel. Lors des deux premières années – jusqu'au sevrage – l'enfant est encore en partie dans l'autre monde, il parle encore la langue « divine », du monde des « dieux » d'où il provient, et peut décider de rentrer chez lui (ou être rappelé par son père de l'autre monde).

L'éternel retour implique donc une « réincarnation » uniquement partielle, chaque enfant étant la combinaison unique de deux êtres mythiques : un *kinkirga* ou « génie » et une fraction d'ancêtre ou *segré*.

Il nous faut considérer ce mythe de l'éternel retour du nourrisson d'abord comme un vécu mythique, probablement universel, et qui renvoie à la fragilité du nouveau-né, à sa mort fréquente.

Chez Nietzsche (1982), le surgissement du mythe de l'éternel retour, lors d'une illumination sur un rocher à Sils Maria (Suisse), est sans doute aussi à mettre en relation avec la présence de l'enfant et de sa toute-puissance qui ressurgit dans le mythe du surhomme<sup>40</sup>.

### **4. Mythologie scientifique**

Après avoir exposé à Einstein un résumé de sa théorie des pulsions, Freud précise :

*Peut-être avez-vous l'impression que nos théories sont une sorte de mythologie, pas même réjouissante dans ce cas. Mais toute science de la nature n'aboutit-elle pas à une telle sorte de mythologie ? En est-il autrement pour vous dans la physique contemporaine ? (Freud, 1933/1985, p. 211-212).*

En suivant la suggestion de Freud, on peut alors confronter les mythologies de l'enfant terrible et de l'éternel retour :

---

<sup>40</sup> Le mythe de l'éternel retour est d'abord vécu par Nietzsche lors de l'été 1881 (Nietzsche, 1982, pp. 363-64).



- 1) A la conception freudienne mythologique des pulsions<sup>41</sup> rendant compte des pulsions du très jeune enfant et de son rapport à l'ancestralité.  
On peut s'appuyer notamment sur cette hypothèse de Freud (1920), développée dans « Au-delà du principe de plaisir » : *Le principe de répétition est plus fondamental que le principe de plaisir* – à discuter dans son rapport avec la pulsion de mort.
- 2) A la mythologie de Fernand Deligny qu'il a élaboré au contact d'une certaine catégorie d'enfants terribles (Deligny, 2007) les enfants autistes et plus spécifiquement cette catégorie d'enfants autistes qui sont des enfants sans langage, ou plutôt sans parole... Ces enfants sont à mettre en rapport avec les enfants génie des sociétés de l'Afrique de l'ouest (moosé, ewé...).

Fernand Deligny, personnalité mal connue mais centrale dans le champ de l'autisme, a accompagné des enfants et des adultes terribles pendant des décennies. Je présente ici quelques extraits de son livre *Singulière ethnologie*, écrit en 1980 (p. 1433, 1467 et 1472) :

*Celui qui dit – sans vouloir – est dehors. Il est rappel de l'histoire. Il est surtout garant qu'il y a un dehors, une marge à ce qui peut se dire l'aire même de l'existence.*

*Il en est de même pour le pitre : sa « place » est dehors, dans la marge (...)*

*La signification : nous y voilà. Il y a de l'anxiété et du comme si et de la signification. À la clef du récit, le comme. Le morceau de l'ethnologue<sup>42</sup> est écrit en clef de comme et sa portée en est prétracée. Cette portée, c'est le terrain (...)*

*Aucun vouloir ne nous pousse, sinon celui de voir du semblable, et c'est vouloir faire signe qui nous advient, ou vouloir comprendre.*

*Comprendre, alors qu'il faudrait respecter l'écart, et donc étranger [Deligny crée ici le verbe « étranger »].*

On lira aussi le petit livre d'aphorismes intitulé *Graines de crapule*, réédité également par L'Arachnéen en 2007 dans l'impressionnante somme consacrée à son œuvre dont j'extraie cette petite phrase qui a été déterminante dans mon travail avec les enfants :

*Si tu te dis éducateur, change de métier...*

## 5. Prendre soin de l'enfant terrible : des structures adaptées ?

En 2011, L'association *La parole a le geste* a proposé, dans le cadre de la neuvième édition de son festival du documentaire engagé, co-organisé avec le CRI 46, une association lotoise de parents d'autistes, une rencontre avec *Turbulence ! Les coulisses à l'ouvrage* (2010), une batoucada de jeunes autistes et l'association *Les Papotins*, fondatrice d'un journal atypique au

<sup>41</sup> On se référera, notamment, à la formulation de Freud : "La théorie des pulsions est pour ainsi dire notre mythologie. Les pulsions sont des êtres mythiques, grandioses dans leur indétermination", *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, (1932/1978 pour l'édition française), p. 130 de l'édition française.

<sup>42</sup> Deligny (1980/2007) commente ici un passage de *Tristes tropiques* de Claude Lévi Strauss.

sein de l'hôpital de jour d'Antony<sup>43</sup>. Nous avons pu réfléchir ensemble à la nécessité de changer notre regard et nos pratiques mais aussi à la mise en place de structures adaptées aux jeunes autistes.

Cette réflexion passe, notamment, par une rencontre entre mythologie des sociétés traditionnelles et mythologie des sociétés modernes. Cette mise en relation me paraît essentielle méthodologiquement si nous voulons avancer dans la mise en place de « structures » adaptées aux jeunes enfants – et en particulier les structures d'accompagnement des enfants dits autistes, tant dans les sociétés traditionnelles que dans les sociétés « modernes ».

- Dans les sociétés « traditionnelles », nous devons critiquer les connaissances mythiques sans les dévaloriser et nous appuyer sur le tissu existant (les guérisseurs, les rituels, initiatiques ou non, qui soignent à la fois les personnes et les lieux). Ce tissu est différent en milieu urbain et en milieu rural. Dans le Yucatán rural, les guérisseurs travaillent avec les enfants ravis pour les aider à devenir guérisseurs à leur tour (Boccaro, 1989 et 2017a, Boccaro & Pech Witz, 2020).
- Dans les sociétés modernes, il nous faut intégrer les éléments mythiques au sein de notre culture scientifique et mettre en évidence les fondements mythiques de la science (la mythologie du progrès, celle de la connaissance totale...). Pour cela, la psychanalyse non dogmatique [qui n'épouse pas le point de vue surplombant du « sujet supposé savoir »] est essentielle dans la mesure où elle accepte d'être une mythologie scientifique qui utilise des concepts mythiques comme par exemple la notion de pulsion. Il nous faut développer l'étude des fondements mythiques de la science à partir des fondements mythiques du social et de la connaissance (Boccaro, 1994).

Je citerais, à partir des travaux de Jacques Lin (2007), quelques propositions adaptées aux autistes qui n'ont pas accès à la parole.

*Respecter le coutumier, c'est-à-dire le déroulement des tâches quotidiennes, respecter la place et l'usage des ustensiles de cuisine et de toutes choses utilisées chaque jour qui font repères, proposer sans contrainte à ceux qui sont accueillis de participer à la vie de la maisonnée ; telle est notre principale préoccupation. (...)*

*Les Mains. Les mains ce n'est pas rien. Les mains ouvrières, les mains paysannes, les mains des artisans, des artistes, les mains des autistes, les mains de Janmari qui taillent des chevilles en bois, à la dimension voulue pour assembler de petites charrettes que j'ai fabriquées pendant longtemps. Sans lui montrer, sans apprentissage, en quelques coups de couteau, du premier geste, la cheville est taillée à la bonne section pour s'ajuster dans les trous percés dans le bois. (...)*

---

<sup>43</sup> *La parole a le geste* est une association dont je suis le président et qui organise des festivals de cinéma. On peut consulter le site de l'association sur lequel on peut télécharger notamment le journal consacré à cette session autour de l'autisme (<http://journesdetudes.org/festdoc/11/index.htm>). On y trouvera, outre le programme du festival, une présentation de ces « diseurs atypiques » que sont les Papotins, un texte de la chanteuse Barbara, plusieurs textes sur l'œuvre de Fernand Deligny, une rencontre avec un enfant autiste et la présentation des activités et du combat du CRI 46.

*Encore faudrait-il que ceux qui les accompagnent sachent aussi se servir de leurs mains au lieu de se perdre dans des interprétations de comportement et des affirmations sur de supposées intentions. Dans nos sociétés d'abondance envahie par le précuit, le pré-coupé, le pré-épluché, le pré-fabriqués, nous allons finir par devenir des moulins à paroles manchots (Lin, 2007, p. 116-118).*

Aujourd'hui, après une période d'attaques frontales contre la psychanalyse<sup>44</sup>, il semble que l'on s'engage, non sans difficultés, et particulièrement dans le contexte culturel français, dans le dépassement de l'opposition binaire comportementalisme/psychanalyse. C'est déjà cette voie qu'empruntaient Tony Lainé Brazelton et les Stern. L'expérience Deligny représente encore une autre dimension, plus proche de celle des sociétés « traditionnelles » et s'avère aujourd'hui un précurseur de l'idéologie de la « différence » développée notamment au Québec et en Amérique du Nord.

Le film *Hors normes*, sorti en octobre 2019, qui a rencontré un grand succès auprès du public, est assez proche de la position de Deligny même s'il ne s'y réfère pas.

Comme l'écrit Demailly (2019, p. 13), « l'espace des discours scientifiques (...) est traversé de controverses et d'incertitudes ».

## 6. Les enfants et le monde mythique

Pour terminer, je proposerai une seconde chanson qui évoque les enfants du petit village yucatèque, au Mexique, où je suis venu m'installer depuis 1976.

Les enfants de là-bas	Au pays de Cocagne	Ils t'aiment à chaque pas
1	Les enfants de là-bas	Surtout ne prends pas garde
Les enfants de là-bas		Aux enfants de là-bas
Quand tu les croises tu crèves	2	
Du plus doux des trépas	Ils font de la poussière	3
Au virus de leurs rêves	Un vêtement de roi	Ils ont le ciel pour toit
	Et construisent sans pierres	Ils battent des records
Ils t'emmènent si loin	Le château de leur choix	De rires et figure-toi
Là où le temps s'en cogne		Qu'ils en veulent encore
Là où t'as pas d'besoins	Ils bavent d'insouciance	
Là où t'as pas d'besognes	Ils bravent les tabous	Encore la même blague
	Et ne font le silence	Toujours le même jeu
Le soleil en cavale	Que pour rêver debout	Ils ont passé la bague
Les assomme à souhait		Au doigt des jours heureux
Ils jouent avec la balle	Ils se fichent des études	
Pour ne pas être joués	Ils se fichent des devoirs	Ils t'embrassent à la gorge
Mais à chaque match ils	Ils ont pour habitude	Et en criant de rire
gagnent	De ne pas en avoir	Ils plongent dans la forge
Un séjour de sabbat	Le sourire en cocarde	L'épée des souvenirs

<sup>44</sup> Quelques exemples parmi d'autres : en 2012, des parlementaires de gauche et de droite demandaient la fin des subventions à la psychanalyse (Delion, 2017, p. 57), en 2016, Gérard Bapt, député de la Haute Garonne, rapporteur du budget de la Sécurité Sociale, Florent Chapel, porte-parole d'*Autistes sans frontières* et Bernadette Laclais, député de la Savoie, rapporteuse du budget Santé publique, écrivaient, dans une tribune du Monde du 13 juillet 2016 (p. 7) : «Promouvoir les méthodes éducatives et comportementales recommandées par la HAS, à l'inverse, à l'inverse des approches basées sur la psychanalyse, permettra de redéployer les ressources vers un accompagnement efficient, la recherche thérapeutique et les mesures de prévention. ».

Quand vous prenez le vent Ils rient sans un regret Et c'est même en riant Qu'ils savent vous pleurer	Et le temps d'une seconde Que fonde une bougie Ils font le tour du monde En un tour de magie	Mais tu gagnes bien mieux Les enfants de là-bas
4 Parfois sur le chemin De leur vie étoilée Ils s'accrochent à tes mains Et se mettent à voler	Ils te lancent des regards De pupilles de suie Parfois tu t'y égares Comme s'il faisait nuit Tu te prends dans leurs vœux Comme on perd un combat	Envoi Oyez oyez il y a L'ivresse d'une utopie Chez les enfants mayas Du village de Tabi
		Boccaro, R. (2016).

Dans cette chanson, Roméo exprime ce qu'il a vécu avec les enfants de Tabi, le village où il a passé de nombreux séjours, avec ses frères et sœurs, depuis sa petite enfance.

Ce texte montre en particulier deux choses essentielles :

- a) Comment une certaine enfance est encore en prise directe avec le monde mythique.
- b) Comment réfléchir à la proximité entre l'enfant et le monde mythique dans les sociétés traditionnelles, et dans une certaine mesure, encore dans notre société.

L'enfant, de manière surprenante, devient alors un « conservateur » de nos anciennes coutumes. Pour interroger notre passé, l'étude du folklore enfantin est tout aussi importante que le recueil des souvenirs des anciens. C'est ainsi que Claude Gaignebet a montré qu'une comptine enfantine connue, la comptine du loup qui pète, était une variante d'une comptine du 16<sup>e</sup> siècle recueillie à Rouen et que cette comptine renvoyait au rituel moyennageux du loup vert (Gaignebet, 1974<sup>45</sup>).

En conclusion, l'étude de la mythologie des enfants terribles nous montre que, dans un grand nombre de cultures, les pulsions du très jeune enfant sont comparables. Mais nos sociétés « modernes » ont des difficultés à accepter dans la pratique leur violence autrement qu'en les normalisant.

Si « l'intervention normative de l'Etat dans la prise en charge-accompagnement de l'autisme est, par son caractère directif et intrusif sur les pratiques professionnelles, sans équivalent dans d'autres pathologies psychiques ou somatiques » (Demailly, 2019, p. 16), c'est parce que l'autisme est une maladie politique car ses symptômes mettent en cause directement le pouvoir et la norme.

Comme l'écrivait Donald Winnicott (1963/1970) « le droit à ne pas communiquer » doit être reconnu au même titre que le droit à communiquer. « La perte du contact avec le monde de la réalité partagée étant compensée par un bénéfice du fait qu'on se sent réel (...) Au cœur de

---

<sup>45</sup> La comptine enfantine, que j'ai moi aussi déjà entendue, peut dans une forme type s'énoncer ainsi : *Un loup passant dans le désert/ tout habillé de gris de vert/La queue levée le cul ouvert/il faut un pet/pour qui /pour toi/Retire-toi dans ta cabane en bois.*

Et la comptine du 16<sup>e</sup> siècle : *Ung loup passant par ung désert/la queue levée, le cul ouvert/chest bien rapporte la pièche au trou/et era tu mehuyt feillotte/il n'y a point da tente aboute hors* (Gaignebet, 1974, p. 34 et p. 38).

chaque personne se trouve un élément de non-communication qui est sacré et dont la sauvegarde est très précieuse. » (*ibid*, p. 151, et 159-161).

### Références bibliographiques et musicographiques

- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.
- Bergson, H. (1932/2012). *Les deux sources de la morale et de la religion*. Paris : GF Flammarion.
- Boccaro, M. (1989). Les enfants ravis : mythe et pratique mythique chez les Mayas. *Synapse*, 56, 69-74.
- Boccaro, M. (1993). Bébé ou bête ou le nourrisson animal. *Centre culturel d'Evry*, exposé non publié.
- Boccaro, M. (1994). Le trou noir du social, les fondements mythiques de la société humaine. Dans M. Zafiroopoulos et P.-L. Assoun (dir.), *La règle sociale et son au-delà inconscient, Psychanalyse et pratiques sociales I*, (pp. 167-190). Paris : Anthropos.
- Boccaro, M. (2017a). *Des os pour l'éternité, philosophie et mythologie de la mort chez les Mayas du Yucatán*, Paris : Hémisphères - Maisonneuve et Larose.
- Boccaro, M. (2017b). Tradición, improvisación y modernidad en el chamanismo maya yucateco: El arte suhuy de Juan Cob, h-men de Yaxcaba. *Salud Colectiva*, 13(3), 429-442.
- Boccaro, M. & Pech Witz, M. (2020). El conocimiento de los meno'ob y el poder del aire (ik') », *Estudios de Cultura Maya*, 55.
- Bonnet, D. (1994). L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant », *L'homme*, 34(131), 93-110.
- Cocteau, J. (1929). *Les enfants terribles*. Paris : Grasset.
- Delerue, P. (1982). Le petit chaperon rouge. Dans P. Delerue (dir.), *Le conte populaire français, tome premier* (pp. 373-383). Paris : Maisonneuve et Larose.
- Delerue, P. (1985). Le petit chaperon rouge. Dans P. Delerue et M.-L. Ténèze (dir.), *Le conte populaire français, tome premier*, (pp. 373-383). Paris : Maisonneuve et Larose.
- Deligny, F. (2007). *Singulière ethnologie*. Dans F. Deligny (dir.), *Œuvres* (pp. 1366-1473). Paris : L'Arachnéen, Edition établie et présentée par Sandra Alvarez de Toledo, 1ère édition : 1980.
- Deligny, F. (2007). *Graine de crapule*. Dans F. Deligny (dir.), *Œuvres* (pp. 110-149). Paris : L'Arachnéen, Edition établie et présentée par Sandra Alvarez de Toledo, 1ère édition : 1945.
- Delion, P. (2001). L'observation du bébé selon Esther Bick, son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui. *Enfances & Psy*, 25, 119-130.
- Delion, P. (2017). Autisme, pédopsychiatrie et actualité. *Le Coq héron*, 229(2), 54-62.
- Demailly, L. (2019). Le champs houleux de l'autisme en France au début du XXI<sup>ème</sup> siècle », *Sociologies [En ligne]*, La recherche en action, Champs de recherche et enjeux de terrain, mis en ligne le 27 février 2019, consulté le 12 mai 2019, URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/9593>.
- De Mause, L. (1986). *Les fondations de la psychohistoire*. Paris : PUF.
- Ferenczi, S. (1928/1982). L'adaptation de la famille à l'enfant. Dans *Œuvres IV* (pp. 29-42), Paris : Payot.
- Freud, S. (1932/1978) *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris : Idées/Gallimard.
- Freud, S. (1920/1981). Au-delà du principe de plaisir. Dans S. Freud (dir.), *Essais de psychanalyse* (pp. 41-115). Paris : Payot.
- Freud, S. (1933/1985). Pourquoi la guerre ? Dans S. Freud (dir.), *Résultats, Idées, Problèmes II, 1921-1938* (pp. 203-215). Paris : PUF.



- Gaignebet, C. (1974). *Le folklore obscène des enfants*. Paris : Maisonneuve et Larose.
- Görog, V., Platiel S., Rey-Hulman, D. et al. (1980). *Histoires d'enfants terribles (Afrique noire)*. Paris : Maisonneuve et Larose.
- Journal atypique Le Papotin (depuis 1990). Création des jeunes de l'hôpital de jour d'Antony, Antony.
- Klein, M. (1927/1984). Les tendances criminelles chez les enfants normaux. Dans M. Klein (dir.), *Essais de Psychanalyse* (pp. 211-228). Paris : Payot.
- Klein, M. (1934/1984). Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs. Dans M. Klein (dir.), *Essais de Psychanalyse* (pp. 311-340). Paris : Payot.
- Lacroix, M.-B. & Monmayrant, M. (1999). *Enfants terribles, enfants féroces*. Ramonville saint-Agne : Eres.
- Lacroix, M.-B. (1999). Violence et lumière. Dans M.-B. Lacroix et M. Monmayrant (dir.), *Enfants terribles, enfants féroces* (pp. 21-34). Ramonville saint-Agne : Eres.
- Lainé, T. (2018a). Relations d'objet d'un enfant autiste. Dans M. Pavelka (dir.), *Le défi de la folie, Psychiatrie et politique (1966-1992)* (pp. 317-330). Fécamp : Editions Lignes.
- Lainé, T. (2018b). Entretien avec Tony Lainé. Parus dans *Synapse*, 66, mai 1990. Dans M. Pavelka (dir.), *Le défi de la folie. Psychiatrie et politique (1966-1992)* (pp. 23-48), Fécamp : Editions Lignes.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Lao-tseu (1979). *Tao-tê-king, La voie et sa vertu*. Paris : Le Seuil.
- Lin, J. (2007). *La vie de radeau. Le réseau Deligny au quotidien*. Marseille : Le mot et le reste.
- Nietzsche, F. (1982). *Le gai savoir suivi de Fragments posthumes, été 1881- été 1882*, Textes et variantes établis par Giorgio Colli et Mazzino Montinari. Paris : Gallimard.
- Sohravadî, S. Y. (1976). L'épître sur l'état d'enfance. Dans H. Corbin et S. Y. Sohravadî (dir.), *L'archange empourpré. Quinze traités et récits mystiques* (pp. 383-412). Paris : Fayard.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF.
- Turbulences ! Les coulisses à l'ouvrage* (2010). Paris : Turbulences.
- Verdier, Y. (1995). Le petit chaperon rouge dans la tradition orale. Dans Y. Verdier (dir.), *Coutume et destin. Thomas Hardy et autres essais* (pp. 169-206). Paris : Gallimard, Paris.
- Winnicott, D. (1963). De la communication et de la non-communication suivi d'une étude de certains contraires. Dans D. Winnicott (dir.), *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement* (pp. 151-168). Paris : Payot, Edition de 1970.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

### Chansons

Boccaro, Roméo, *Les enfants de là-bas*, inédit, 2016.

Ferrat, Jean, *Les enfants terribles*, Barclay, 1963.

### Film

Nakache, Olivier, Toledano, Eric, *Hors normes*, production : avec Quad et Ten Cinéma, France, octobre 2019.



## 9. L'Évaluation au Quai des Savoirs : intégration des vécus et appréciations des publics dans les processus d'élaboration des programmes jeune-public d'une institution culturelle

*Quai des savoirs evaluation study: how a cultural institution takes visitor feedback into account on programmes for young audiences*

**STRICOT Marlène, PINEL-JACQUEMIN Stéphanie, RENARD Julie & HARIR Samia**

Responsable des Etudes, Quai des savoirs - Toulouse Métropole, Toulouse, France

Docteure en Psychologie du Développement, HDR, LISST-CERS, Université Toulouse Jean Jaurès, Toulouse, France

Docteure en sciences de l'information et de la communication, cofondatrice du cabinet d'Etudes REC, Toulouse, France

Chargée de projets Médiation, responsable du Quai des Petits, Quai des savoirs - Toulouse Métropole, Toulouse, France

[marlene.stricot@toulouse-metropole.fr](mailto:marlene.stricot@toulouse-metropole.fr)

### RÉSUMÉ/ABSTRACT

Le Quai des savoirs est un espace culturel dédié à la diffusion et au partage des savoirs. Lieu de découvertes et de rencontres culturelles, artistiques et scientifiques, cet équipement de Toulouse-Métropole propose à tous les publics de mieux comprendre le présent pour prendre en main leur futur. C'est à cette ambition que répond le Nouveau Quai des petits, inauguré le 21 novembre 2018 : accompagner l'éveil des plus jeunes et stimuler leur curiosité dans un environnement ludique, créatif et bienveillant. Spécialement conçu pour les 2-7 ans, ce nouveau terrain de jeux les invite à découvrir ce que les sciences racontent du monde par l'expérimentation, l'écoute et l'observation.

Depuis la genèse du projet et son ouverture en 2016, le Quai des savoirs a souhaité connaître le public du Quai des petits, dans ses attentes et motivations mais également dans ses pratiques (culturelles, numériques, etc.) afin de concevoir au mieux ce nouvel espace. Des études ont ainsi été menées selon différentes modalités : des travaux portés par des chercheurs, une analyse réalisée par des prestataires et plusieurs études internes ont permis, d'une part, d'affiner nos méthodologies d'enquête et d'autre part d'ajuster les médiations à destination de nos publics.

Reposant systématiquement sur une approche plurielle (questionnaires, observations et entretiens) ces études ont porté sur l'analyse des parcours de visite, de la réception des dispositifs mais aussi sur les profils, attentes et motivations des publics. Toujours menées en collaboration étroite avec les médiateurs, elles ont ainsi contribué à l'amélioration de l'expérience de visite des enfants mais également celle des accompagnants (parents, enseignants, animateurs, professionnels de la Petite-Enfance, etc.).

Mots-clés : Évaluation ; Étude des publics ; Exposition Jeune Public ; Institution culturelle ; Médiation scientifique

*The Quai des savoirs is a cultural space devoted to the distribution and sharing of knowledge. As a place of discovery and the setting of many cultural, artistic and scientific events, this facility run by Toulouse-Métropole offers visitors of all ages a chance to increase their understanding of the present in order to proactively build their own future. This same ambition was the driving force behind the creation of the new Quai des petits inaugurated on 21st November 2018: guiding our youngest visitors towards a fuller understanding of the world around them, and stimulating their curiosity in a fun, creative, positive environment. Specifically geared towards children aged 2 to 7, this new cultural playground*

*gives them the opportunity to discover all that science teaches us about the world, by experimenting, listening and observing.*

*From the very beginning of the project and its opening in 2016, the Quai des savoirs has been eager to get to know the young visitors for whom the Quai des petits is designed, their expectations and motivations, as well as their habits (cultural, digital, etc.), to ensure this new space would be perfectly tailored to its audience. Various studies have been conducted to this end, using various methods. Professional research, as well as analysis conducted by service providers and several internal studies enabled us – on the one hand – to fine-tune our approach to the survey, and – on the other hand – to adapt the mediation opportunities we offer our visitors.*

*Systematically based on a multifaceted approach (questionnaires, observations and interviews), these studies covered aspects such as analysis of exhibition layouts and the way visitors respond to various features, as well as*

*visitor profiles, expectations and motivations. Always conducted in tight cooperation with the team of mediators, these studies have helped us enrich the experience for our young visitors and their accompanying adults (parents, teachers, youth workers, professionals who work with young children, and so on).*

*Keywords: Evaluation; Visitor survey; Exhibition for young audiences; Cultural institution; Scientific mediation*

## ARTICLE

### I. Le Quai des savoirs<sup>46</sup> et son espace dédié aux 2-7 ans : le Quai des Petits<sup>47</sup>

Le Quai des savoirs est un espace culturel dédié à la diffusion et au partage des savoirs, des sciences, des techniques et de l'innovation. Son objet est l'actualité et la prospective des recherches scientifiques et technologiques, ainsi que leurs conséquences dans nos vies quotidiennes.

Cet établissement de Toulouse Métropole n'a pas une mission de vulgarisation mais plutôt d'appropriation et de montée en compétences de tout un chacun face aux enjeux et impacts des recherches et innovations. Il s'adresse à tous, dès le plus jeune âge. Lieu de découvertes et de rencontres culturelles, artistiques et scientifiques, il propose ainsi au public une large programmation dès la petite enfance : expositions, événements, ateliers, spectacles, cafés débats ou encore rencontres avec des chercheurs.

Il existe peu d'espaces culturels en France qui proposent des activités ludiques de découverte scientifique pour les enfants de 2 à 7 ans. Le **Quai des Petits**, espace permanent du Quai des savoirs, est né en février 2016 pour répondre à ce besoin. Conçu pour les jeunes enfants, ce dispositif s'adresse également à leurs parents mais aussi aux enseignants et professionnels de la petite enfance.

« Mieux comprendre le présent pour prendre en main notre futur », c'est à cette ambition que répond le Quai des savoirs mais aussi son **Nouveau Quai des Petits**, inauguré le 21 novembre 2018 : accompagner l'éveil des plus jeunes et stimuler leur curiosité dans un environnement

<sup>46</sup>[www.quaidessavoirs.fr](http://www.quaidessavoirs.fr)

<sup>47</sup>[www.quaidessavoirs.fr/quai-des-petits](http://www.quaidessavoirs.fr/quai-des-petits)

ludique, créatif et bienveillant. Ce véritable terrain de jeux les invite à découvrir ce que les sciences racontent du monde par l'expérimentation, l'écoute et l'observation.

Pour construire ce nouvel espace adapté à ce public spécifique que sont les très jeunes enfants et aussi leurs accompagnants, le Quai des savoirs a donc mis en place une démarche de conception ouverte qui s'est développée sur plus de 2 ans (2016-2018). En installant d'abord des propositions temporaires accompagnées de démarches d'évaluation innovantes, l'équipe du Quai des Petits s'est construite une expérience riche dans l'accueil de ce public, dans les pratiques du lieu et les dispositifs adaptés. Elle a su s'entourer de professionnels de tous horizons (chercheurs, muséographes, animateurs, éducateurs et enseignants) pour façonner collectivement les propositions et objectifs du projet (suite à des journées d'études thématiques ou encore suite à différentes études de ses publics).

## II. Une démarche d'évaluation intégrée

Depuis la genèse du projet et son ouverture en 2016, le Quai des savoirs a souhaité connaître le public du Quai des Petits, dans ses attentes et motivations mais également dans ses pratiques (culturelles, numériques, etc.) afin de concevoir au mieux le Nouveau Quai des Petits, ouvert fin 2018.

Des études ont ainsi été menées selon différentes modalités : des travaux portés par des chercheurs, une analyse réalisée par des prestataires et plusieurs études internes ont permis, d'une part, d'affiner nos méthodologies d'enquête et, d'autre part, d'ajuster les médiations à destination de nos publics.

Ce sont ces différentes modalités que nous abordons dans cet article.

## III. Le projet de recherche MADEE : étude réalisée pendant l'exposition « les petits bâtisseurs »

Le Quai des Petits a accueilli l'exposition « les petits bâtisseurs », conçue par le Forum Départemental des Sciences, de février 2016 à juin 2017. Parés d'un casque et d'un gilet, les enfants se transformaient en de véritables petits bâtisseurs. Abrisant différentes machines, l'exposition les invitait à découvrir différents principes de la mécanique : tirer, faire tourner, serrer, soulever. Privilégiant une démarche active par l'interaction et l'expérimentation, les tout-petits s'approprièrent les dispositifs et constataient par eux-mêmes les effets de leurs actions.

C'est dans ce contexte que le projet *Méthodologies, Appropriations, Dispositifs, Expositions, Enfants* (MADEE) a vu le jour.

Financé par BECO, le Conseil Régional, l'Université Toulouse Jean Jaurès et le Laboratoire d'Excellence « Structuration des Mondes Sociaux » (Labex SMS), ce projet de recherche s'est

inscrit dans le cadre du Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) « Bébé, petite Enfance en COntexte » (BECO<sup>48</sup>). Les terrains ont été réalisés au Quai des Petits de février à juin 2017.

Même si de plus en plus d'expositions s'adressent à de jeunes enfants non lecteurs et que plusieurs méthodologies ont déjà été utilisées pour que les parents accompagnants puissent les évaluer, très peu s'intéressent directement à l'appréciation du jeune public, à son expérience de visite et à son degré de satisfaction. MADEE s'est donc inscrit dans un contexte de recherche sur les retours et appréciations des jeunes enfants.

Ce projet porté et mené par des chercheurs de différentes disciplines (sciences de l'information-communication, psychologie de l'enfant, sociologie et histoire de l'art) était particulièrement innovant du fait d'une véritable collaboration avec le Quai des savoirs.

L'établissement n'était, en effet, pas seulement un terrain mis à la disposition d'universitaires. D'une part, un membre de l'équipe a participé activement à l'élaboration du projet MADEE et, d'autre part, ce projet s'intégrait dans une démarche réflexive plus globale interne au Quai des savoirs.

### 1) Objectifs

L'objectif initial de cette recherche était double :

- mettre au point une méthode de travail et d'enquête sur la petite enfance en situation de visite d'une institution culturelle,
- réaliser une étude des expériences de visite de jeunes enfants en contexte muséal.

Pour le Quai des savoirs, il s'agissait également d'un premier travail collaboratif qui permettrait à ses équipes de monter en compétences et de disposer, par la suite, d'une méthodologie d'enquête transposable à d'autres études internes.

Pour les universitaires, la démarche, prospective, a aussi été élaborée dans l'objectif d'appliquer ces méthodes d'évaluation dans d'autres lieux d'exposition afin de pouvoir mieux comprendre ce que les jeunes enfants ont vécu et apprécié.

Afin de rendre compte du projet MADEE, un rapport complet<sup>49</sup> est disponible sur le site du GIS BECO. Ce dernier est organisé en deux parties. Dans un premier temps, une revue de la littérature internationale sur ces questions a permis de faire le point sur ce qui a déjà été proposé et sur ce qu'il reste à entreprendre dans ce domaine. Et, dans un second temps, le terrain mobilisé, les principaux résultats de l'enquête et les perspectives futures sont présentés (Lefebvre & al., 2019).

Une synthèse de ce travail vous est présentée ci-après.

<sup>48</sup><https://beco.univ-tlse2.fr/>

<sup>49</sup><https://beco.univ-tlse2.fr/accueil/navigation/recherche/recherches-en-cours/>

## 2) Méthodes

Dans un premier temps, un état de l'art a été réalisé sur un corpus de 83 études (Lefebvre *et al.*, 2019). Ce dernier met en exergue que la plupart des enquêtes portant sur de jeunes enfants au musée se sont appuyées sur des méthodologies plurielles. Dans la lignée de ces différentes études (Piscitelli & Anderson, 2001), le projet MADEE a donc souhaité développer une méthodologie spécifique et originale, combinant plusieurs méthodologies.

Le parti pris de ce projet a donc été de s'appuyer sur une étude avant tout qualitative, privilégiant un faible nombre d'enfants observés et interrogés pour approfondir les analyses individuelles. A cet effet, nous avons choisi d'analyser l'appropriation par les jeunes enfants des dispositifs de l'exposition alors proposée au Quai des Petits. Cela s'est fait à partir d'observations, d'entretiens et de dessins réalisés par les enfants.

Les discours de trois professionnels du Quai des savoirs, impliqués chacun de manière distincte dans la conception et/ou le fonctionnement du lieu, ont également été pris en compte. Rarement mobilisés dans les études de jeunes publics (à l'exception de Bhatia, 2009, ou encore Cicero, Chiarvesio & Crisci, 2016, qui ont interrogé le personnel des musées), ces entretiens avec les équipes internes ont constitué le premier terrain du projet et ont permis une meilleure contextualisation de l'analyse.

Le second terrain était constitué d'observations d'enfants âgés de 4 à 6 ans venant en groupe (scolaires et association de quartier) visiter l'exposition « les petits bâtisseurs ». Elles ont été réalisées sur 4 groupes distincts (3 classes de moyenne et grande section et un groupe d'enfants inscrits *via* une association de quartier). La cible de cette étude était des enfants non coutumiers des musées et des centres de sciences. Afin d'observer une grande diversité de profils d'enfants, prenant notamment en compte des enfants ne fréquentant pas ce type d'établissement en famille, nous avons orienté notre recherche vers des publics scolaires, laissant de côté les visites en famille, traditionnellement plus étudiées. Les écoles ont été choisies pour les profils socio-culturels variés des familles concernées. En tout, sur les 4 groupes suivis, 13 enfants ont fait l'objet d'une observation plus poussée.

L'objectif du projet MADEE était de saisir comment ces enfants s'approprient des dispositifs de médiation dans le cadre d'une exposition spécialement conçue pour eux. C'est pourquoi, nous avons porté une attention particulière à leurs déplacements, à leurs interactions (avec les camarades, mais aussi avec les adultes : accompagnateurs, médiatrices, professeurs des écoles, animateurs), à leurs comportements, à leurs échanges. Nous adossant au travail déjà élaboré dans le cadre d'autres recherches, nous avons réalisé notre enquête auprès des enfants à partir de trois outils méthodologiques :

- L'observation (filmée et non filmée) de visites de l'exposition afin d'identifier les parcours de visite des enfants (comment s'approprient-ils ce lieu et les dispositifs proposés ?) et les interactions avec les accompagnants (enseignants, médiateurs, accompagnateurs, etc.) et avec les autres enfants ;

- La réalisation de dessins de ce qui a été préféré/moins aimé pendant leur visite à la fin de la séance ou lors d'un retour en classe des enfants (Dockett, Main & Kelly, 2011) ;
- Un entretien à l'aide des dessins réalisés par l'enfant, en lui demandant de commenter ses réponses.

### 3) Résultats clés

L'enquête a montré que l'expérience de visite ne pouvait se satisfaire de l'observation à un moment unique, corroborant les recherches de Falk (2012). Plusieurs facteurs, en amont et en aval de la visite, sont en effet sans cesse impliqués dans ces expériences :

- l'expérience familiale : fréquentation ou non des musées, profil socio-culturel de la famille de l'enfant, *habitus* culturels, etc.
- le contexte de visite : l'enfant mais également l'enseignant, l'accompagnant ou la médiatrice sont-ils fatigués, en forme, énervés, fait-il trop chaud, trop froid, quel est le temps consacré à la visite, etc. ? Quelles représentations ont-ils des musées ?
- les émotions générées par la visite : qui dépendent à la fois de l'exposition mais aussi de la personnalité de l'enfant et de ce qui se joue en termes d'interactions pendant la visite : avec les médiatrices, les enseignants, les adultes accompagnants mais aussi les autres enfants.

Ces différentes expériences sont donc à chaque fois singulières, propres à chaque enfant mais également à chaque situation de visite, et cela même si les enfants observés étaient en situation de groupe. Un même enfant peut, par ailleurs, éprouver des sentiments très différents en fonction d'éléments matériels externes (comme les piqûres de moustiques, par exemple).

La notion d'« *empowerment* » (Bacqué & Biewener, 2013) a alors permis de souligner l'importance d'un encadrement rendant possible une véritable « capacité à agir » des enfants, considérés comme acteurs de leurs visites. Néanmoins, comme cela a été souligné à plusieurs reprises, le poids de la situation scolaire de visite a engendré des visites « cadrées », « contraintes », amenant les différents acteurs impliqués dans ces visites (adultes comme enfants) à une forme d'injonction paradoxale, entre désir de découverte et d'expérimentation et contraintes scolaires. Cette double injonction est vécue différemment selon les acteurs considérés, mais constitue un poids conséquent, sans doute inévitable, sur l'expérience de visite des jeunes enfants dans un cadre scolaire.

Ces différents éléments nous ont conduits à choisir de ne pas catégoriser des profils d'enfants : solitaires, observateurs, stratèges, compétiteurs, suiveurs, meneur, etc., comme ont pu le faire d'autres chercheurs (Martin, 2011). Ceci aurait, en effet, impliqué de nous centrer sur une seule dimension de l'expérience de visite : celle éducative par exemple, comme l'ont proposée quelques études de public attachées aux jeunes enfants (Bahtia, 2009 ou encore Cohen-Azria, 2014). Notre analyse a, au contraire, montré que dans ces visites, il se jouait finalement bien davantage que l'apprentissage formel (Lefebvre & *al.*, 2019 ; Pinel-Jacquemin, Lefebvre, Renard & Zaouche Gaudron, 2019).



Dès lors, comment appréhender la visite de jeunes enfants lors des expositions conçues pour eux ? Les préconisations découlant du projet restent marquées par une approche compréhensive et micro-sociologique des jeunes visiteurs. Il nous semble en effet qu'il convient de :

- tenir compte des différents profils d'enfants (personnalité, environnement socio-culturel, etc.) ;
- percevoir la visite comme une expérience plus globale, insérée dans une temporalité comprenant un avant- et un après-visite ;
- interroger les liens avec les connaissances antérieures, les interactions sociales, les émotions suscitées, etc.

La méthodologie adoptée dans cette étude, construite à partir d'observations et d'entretiens suscités par des dessins, nous a paru particulièrement pertinente pour répondre à nos questions. Seule cette approche micro-sociologique peut, en effet, rendre compte de l'importance de la multiplicité des facteurs impliqués dans une expérience de visite au musée mais plus globalement dans toute situation sociale.

En plus de ces résultats d'analyse, le projet de recherche MADEE aura permis aux équipes du Quai des savoirs de développer une véritable « culture de l'étude » mais aussi de réelles compétences puisque les éléments méthodologiques, les postures, développés, testés et approuvés ont depuis été transposés à nos propres études.

### **III. Étude externe réalisée par le Cabinet REC, pendant l'exposition *Mondo Minot***

De septembre 2017 à juin 2018, le Quai des Petits a accueilli l'exposition *Mondo Minot* imaginée par la Rotonde<sup>50</sup> puis conçue et réalisée par Science Animation<sup>51</sup> pour le Quai des savoirs. Il s'agissait de découvrir de manière ludique les mondes du sommeil, du vivant, de la lumière puis du virtuel.

Toujours dans le cadre de la conception du Nouveau Quai des Petits (dont l'ouverture était prévue à l'automne 2018) et afin de connaître au mieux ses publics, le Quai des savoirs a mandaté le cabinet d'études REC<sup>52</sup> pour réaliser une étude de la réception de l'exposition *Mondo Minot*, par les publics individuels (contexte majoritairement familial, donc).

#### *1) Méthodes*

Pour cette enquête, 419 questionnaires ont été administrés en face à face sur 23 jours de terrain. Cela représente un échantillon de 1415 individus interrogés (soit 30 % de la fréquentation sur la période de terrain).

Deux types d'observations ont également été menés en parallèle :

<sup>50</sup><http://www.larotonde-sciences.com/pro/services-aux-pro/mondominot/>

<sup>51</sup><https://www.science-animation.org/fr/mondo-minot>

<sup>52</sup><http://recherche-evaluation-communication.fr/>

Observations des parcours de visite : elles se sont focalisées sur ce que faisaient les enfants dès qu'ils pénétraient au Quai des Petits : quel était leur parcours, quels dispositifs retenaient leur attention ou non, quels étaient les dispositifs qui suscitaient des interactions, etc. Une partie des visiteurs observés a fait l'objet d'entretiens post-visite (avec leurs accompagnants).

Observation des dispositifs : pour chaque dispositif présenté dans l'exposition, le prestataire nous a rendu compte des interactions hommes-machines (comprendre, entre l'enfant et le dispositif) et hommes-hommes (comprendre, entre les enfants, mais aussi entre les enfants et les médiateurs, entre les enfants et les accompagnants, etc.).

Pour récolter au mieux ces données, des journaux de bord ont également été remplis chaque jour par les enquêteurs de terrain. Ils nous ont permis de mesurer l'évolution des observations et des analyses faites au quotidien. Un carnet de l'exposition avec les photos des dispositifs a également été conçu par l'équipe et proposé aux enfants comme support concret de questions lors des entretiens. Il a particulièrement été mobilisé et apprécié par les jeunes enfants.

Enfin, sur les 23 jours de terrain effectués, 19 entretiens ont été menés avec 53 personnes (23 adultes et 30 enfants). Ils portent principalement sur (1) une contextualisation de la visite au Quai des savoirs (prise de connaissance du lieu, du dispositif « Quai des Petits », sources d'information) ; (2) les attentes et motivations (différences entre représentations pré et post-visite) et (3) les parcours de visite : critiques et appréciations (salle, scénographie, dispositif, interactions entre enfants et dispositifs, interactions entre enfants et adultes, interactions entre enfants).

## 2) *Résultats clés*

Parmi les méthodologies qualitatives mises en place dans cette étude, les observations et les entretiens qualitatifs ont permis de donner des éléments pertinents quant à la réception de l'exposition par les enfants et les accompagnants, ainsi que sur leurs motivations. Ces deux méthodologies sont complémentaires : les phases d'observations permettent de nourrir la grille d'entretien post-visite, d'approfondir des éléments contextuels et d'apporter une analyse plus fine des parcours de visite et des dispositifs.

D'une manière générale, l'étude nous a montré que l'exposition était particulièrement appréciée et que les différents espaces jouaient pleinement leur rôle scénographiquement. Elle nous aura également permis de mieux connaître notre jeune public tant dans ses pratiques et usages que centres d'intérêts. Ce qui a pu nourrir notre réflexion sur la conception du Nouveau Quai des Petits mais aussi sur les futurs médiations et animations associées.

Outre le fait que cette étude nous a permis de disposer d'éléments d'information sur nos publics (données sociologiques, typologie ou encore attente) puis sur la réception des dispositifs et parcours de visite, elle nous a aussi permis d'éclairer des choix stratégiques notamment liés au fonctionnement (impact sur les ressources Humaines avec la création de deux postes en médiation, par exemple).

Et c'est bien là l'intérêt d'externaliser : disposer d'une analyse fine, objective et neutre.

#### IV. Étude des publics réalisée en interne, le Nouveau Quai des Petits

Le Nouveau Quai des Petits a ouvert ses portes au public en novembre 2018 après 2 ans de conception ouverte.

Toujours dédié à un public de 2 à 7 ans (dans un cadre familial, scolaire, crèche et loisirs), il s'agit de favoriser la curiosité naturelle des enfants, les prémices de la démarche scientifique et de l'esprit critique que peuvent être, le questionnement, l'essai-erreur, l'hypothèse, ou encore l'expérience.

On trouve ainsi au Quai des Petits des dispositifs interactifs répartis en 3 espaces :

- **Moi et mes capacités** : cet espace se concentre sur la découverte de soi à travers des approches sensorielles ;
- **Moi et les autres** : cet espace invite les enfants à découvrir l'intérêt de pratiquer à plusieurs, avec l'autre ;
- **Moi et mon environnement** : il y est proposé aux enfants de jouer avec des dispositifs qui illustrent certains fondamentaux scientifiques ou techniques.

Depuis son ouverture, les équipes internes (les médiateurs-trices, la responsable de l'espace ou encore la responsable des études) y mène régulièrement des études afin de tester, évaluer, améliorer ou encore modifier leurs offres – que ce soit à destination des publics individuels ou des publics groupes.

Par exemple, en novembre 2018 sur les deux premières semaines de fonctionnement, 13 groupes ont été accueillis (scolaires, crèches et loisirs) afin de tester les animations et d'ajuster au mieux les médiations à destination des enfants, d'une part, mais aussi les documents d'accompagnement à destination des enseignants, d'autre part.

Pour cela, les équipes ont, une nouvelle fois, appliqué une méthodologie plurielle afin de répondre au mieux à leurs questions. L'objectif étant véritablement de tester les nouveaux fonctionnements, le déroulé de visite et les médiations à destination des enfants et de leurs accompagnants.

Deux types d'observations ont été réalisés :

Des observations des enfants ont été menées afin de répondre aux questions suivantes : Quel est leur parcours de visite ? Comment se saisissent-ils – ou non, des dispositifs ? L'accompagnement par les médiateurs et médiatrices est-il adapté ? Le discours est-il clair, suffisant ? Qu'est ce qui marche ? Qu'est ce qui ne marche pas ? La cohabitation avec d'autres groupes est-elle possible ? Etc.

Dans le cadre scolaire, des observations des enseignantes ont également été réalisées afin de savoir si les documents d'accompagnement qui leur étaient fournis leur permettaient une appropriation optimale du lieu et un accès à certains dispositifs en autonomie.

Treize entretiens ont été menés avec les enseignantes, animateurs et assistantes maternelles dans la semaine qui a suivi leur visite. L'objectif était alors de les questionner sur leurs attentes et motivations mais aussi sur leur expérience de visite. Plus spécifiquement, il s'agissait, en plus

des observations réalisées, de disposer de leur point de vue et ressenti sur le déroulé de la visite et plus particulièrement sur l'usage des documents d'accompagnement. Enfin, les objectifs pédagogiques de chaque espace ont été questionnés afin d'ajuster au mieux les contenus développés (pour que ces derniers répondent notamment aux objectifs de l'Éducation Nationale).

L'intérêt de ce type d'étude (en interne) est principalement lié à sa temporalité. Son impact, par un transfert de connaissance immédiat, est particulièrement court. Et elle s'intègre dans une réelle démarche de « Recherche-Action » qui permet au Quai des savoirs de proposer à ses publics des offres répondant au mieux aux attentes de ses publics.

## V. Conclusions

Depuis son ouverture en 2016, le Quai des savoirs a donc souhaité connaître ses publics, dans leurs attentes et motivations mais également dans leurs pratiques afin de concevoir au mieux le Nouveau Quai des Petits, inauguré fin 2018. Ses équipes ont, pour cela, mis en place une démarche de conception ouverte qui s'est développée sur plus de 2 ans. En installant d'abord des expositions temporaires accompagnées d'une démarche d'évaluation, le Quai des savoirs a pu façonner les propositions et objectifs du projet.

Les études ont été menées selon différentes modalités et ont permis, d'une part, d'affiner nos méthodologies d'enquête puis, d'autre part, de concevoir des offres répondant au mieux aux attentes de nos publics et d'ajuster les médiations à leur destination. :

- des travaux portés par des chercheurs (projet MADEE sur l'exposition « les petits bâtisseurs ») ;
- une analyse externe réalisée par le cabinet d'Études REC (*sur l'exposition « Mondo Minot »*) ;
- plusieurs études internes (*sur les deux expositions précédemment citées mais aussi sur le Nouveau quai des Petits*)

Reposant systématiquement sur une approche plurielle (observations puis entretiens et/ou questionnaires) ces études ont chacune porté sur l'analyse des parcours de visite, de la réception de dispositifs mais aussi sur les profils, attentes et motivations des publics du Quai des Petits. Il en ressort l'intérêt d'une démarche multimodale (Recherche + études internes + études externes) :

La méthodologie développée dans un cadre universitaire, construite à partir d'observations et d'entretiens suscités par des dessins, nous aura paru particulièrement pertinente pour répondre à nos questions. Il en est ressorti que, seule une approche micro-sociologique peut, rendre compte de l'importance de la multiplicité des facteurs impliqués dans une expérience de visite au musée mais plus globalement dans toute situation sociale. En plus de ces conclusions, le projet de recherche MADEE aura permis aux équipes du Quai des savoirs de développer une véritable « culture de l'étude » mais aussi de réelles compétences puisque les éléments méthodologiques développés sont depuis transposés à nos propres études. Ces dernières, s'intégrant dans une réelle démarche de « Recherche-Action », permettent au Quai des savoirs

de proposer à ses publics des offres répondant au mieux à leurs attentes. Enfin, concernant les études externes, elles permettent particulièrement d'éclairer les choix stratégiques de l'établissement grâce à une analyse fine, objective et neutre.

Toujours menées en collaboration étroite avec les médiateurs et médiatrices, toutes ces études complémentaires contribuent à l'amélioration de l'expérience de visite des publics du Quai des savoirs.

### Références bibliographiques

- Bacqué, M.-H. & Biewener, C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. La découverte, *Revue Projet*, 5(336-337), 86a-187.
- Bhatia, A. (2009). *Museum and school partnership for learning on field trips*, Dissertation in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor philosophy, Colorado state University Fort Collins.
- Cicero, L., Chiarvesio, M. & Crisci, F. (2016). *Marketing to families in the museum context*. Conference: XIII Convegno annuale della Società Italiana di Marketing At: Cassino Volume: "Marketing & retail nei mercati che cambiano", October 2016.
- Cohen-Azria, C. (2014). La visite scolaire au musée par l'analyse des sujets : une approche didactique. Dans M. Barratault et J. Delassus (dir.), *Actes de colloque : de l'école au musée, interroger les modes de transmission des savoirs*, CHCSC (p. 42-50), [En ligne]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-01397580/document>. Page consultée le 23 Janvier 2020.
- Dockett, S., Main, S. & Kelly, L. (2001). Consulting young children: Experiences from a museum. *Visitor Studies*, 14(1), 13-33.
- Falk, J. H. (2012). Expérience de visite, identités et self-aspects. *Lettre de l'OCIM*, 141, 5-14.
- Lefebvre, M., Pinel-Jacquemin, S., Renard, J., Zaouche Gaudron, C., Stricot, M., Dupuy, A., Gaborit, E., Lamarque, M., Molinier, P. & Pradalier, N. (2019). *Projet MADEE : Méthodologie, Appropriation, Dispositifs, Expositions, Enfants ; Bébés, petite Enfance en Contexte (BECO)*, Toulouse. <https://beco.univ-tlse2.fr/accueil/navigation/recherche/recherches-en-cours/> [Page consultée le 23 Janvier 2020].
- Martin, T. (2011). L'expérience de visite des enfants en musée de sciences dans le cadre des loisirs : les logiques d'interprétation et enjeux d'un dispositif communicationnel. *Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication* sous la direction de Michèle Gellereau, Villeneuve d'Ascq, Université Lille 3.
- Pinel-Jacquemin, S., Lefebvre, M., Renard, J., & Zaouche Gaudron, C (2019). Que signifie « expérience de visite » pour le public enfant ? Analyse de la littérature scientifique sur cette problématique. *Communication- Information, médias, théories, pratiques*, 36(1), Université de Laval (Canada). Mis en ligne le 16 avril 2019, consulté le 23 janvier 2020. URL : <https://journals-openedition-org.nomade.univ-tlse2.fr/communication/9790> ; DOI : 10.4000/communication.9790
- Piscitelli, B. & Anderson, D. (2001). Young children's perspectives of museum settings and experiences. *Museum Management and Curatorship*, 19(3), 269-282.

**CHAPITRE 4 | CHAPTER 4**

**LES CONTEXTES DE  
VULNERABILITE | CONTEXTS  
OF VULNERABILITY**



## 10. Grossesses précoces et qualité d'attachement : approche clinique auprès d'adolescentes placées en Maison d'Éducation Maternelle

*Early pregnancy and attachment quality: clinical approach with adolescent girls placed in Maternal Education Centres*

**DEMOGEOT Nadine, BRIGAUDEAU Manon & LIGHEZZOLO-ALNOT Joëlle**

Maître de conférences en psychologie clinique, Université de Lorraine, Laboratoire Interpsy, EA 4432, Nancy, France

Psychologue clinicienne - Rattachée au laboratoire Interpsy, EA 4432, Nancy, France

Professeure de psychologie clinique, Université de Lorraine, laboratoire Interpsy, EA 4432, Nancy, FRANCE

[Nadine.demogeot@univ-lorraine.fr](mailto:Nadine.demogeot@univ-lorraine.fr)

### RÉSUMÉ/ABSTRACT

La maternité et l'adolescence provoquent toutes deux une crise identitaire et un remaniement psychique importants. Lors de grossesses précoces, les bouleversements impliqués (difficultés sociales et scolaires, vécus traumatiques, etc.) exposent la jeune mère à des vulnérabilités accrues notamment sur le plan psychique. Notre recherche vise à déterminer en quoi une grossesse chez des adolescentes placées en Maison d'Éducation Maternelle (MEM) aurait une influence sur la qualité d'attachement mère-enfant et sur la prévention des risques anxieux-dépressifs de la mère. A ce jour, peu de travaux ont été menés sur les mères adolescentes en structure d'accueil telle que les MEM. Notre étude concerne trois adolescentes de 16 ans, francophones, présentes à la MEM, qui ont toutes un enfant âgé de 4 mois environ. Les outils utilisés s'inscrivent dans une approche intégrative alliant des données qualitatives (entretiens semi-directifs, épreuves projectives) et des données quantitatives (questionnaires RSQ, IPPA-R, HADS et EPDS<sup>53</sup>). Les résultats montrent que les mères rencontrées témoignent d'un attachement insécurisé, de failles narcissiques importantes et de difficultés de positionnement intrafamilial même si elles n'expriment pas directement de troubles anxieux-dépressifs. Les données obtenues soulignent le rôle de l'habitat, ici la Maison d'Éducation Maternelle, dans ses fonctions contenantantes et protectrices.

Mots-clés : Grossesse précoce ; Attachement ; Troubles anxieux-dépressifs ; Maison d'Éducation Maternelle

*Maternity and adolescence both cause a major identity crisis and psychological transformation. During early pregnancies, the disorders involved (social and academic difficulties, traumatic experiences, etc.) expose the young mother to increased vulnerabilities, particularly on the psychological level. Our research aims to determine how a pregnancy among teenage girls placed in Maternal Education Homes (MES) would influence the quality of mother-child attachment and the prevention of the mother's anxiety and depression risks. To date, little work has been done on teenage mothers in childcare facilities such as MES. Our study concerns three 16-year-old French-speaking teenagers present at the MES, all of whom have a child around 4 months old. The tools used are part of an integrative approach combining qualitative data (semi-directive interviews, projective tests) and quantitative data (RSQ, IPPA-R, HADS and EPDS questionnaires). The results indicate that the mothers interviewed show insecure attachment,*

<sup>53</sup> RSQ : Relationship Scales Questionnaire, IPPA-R Inventaire d'Attachement aux Parents et aux Pairs, version révisée ou Inventaire d'Attachement Parents/Adolescent (IAPA), HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale questionnaire et EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

*significant narcissistic weaknesses and difficulties in intra-family positioning even if they do not directly express anxiety and depression disorders. The data obtained underline the role of housing here at the Maternal Education House in its containing and protective functions.*

*Keywords: Early pregnancy; Attachment; Anxiety and depression disorders; Maternal Education Homes*

## **ARTICLE**

### **Introduction et référents théoriques**

Cette communication porte une réflexion centrale concernant les liens entre grossesses précoces et la qualité de l'attachement au regard d'un placement en Maison d'Éducation Maternelle (MEM). Notre propos prendra appui sur trois situations d'adolescentes rencontrées régulièrement au sein de la MEM à l'appui d'une démarche méthodologique clinique qualitative. La problématique pourrait s'énoncer ainsi : en quoi une grossesse précoce chez des mères adolescentes placées en MEM aurait une influence sur les liens d'attachement mère-enfant et sur les risques de dépression postnatale ?

Les référents théoriques sur lesquels notre travail s'appuie, concernent tout d'abord les particularités des grossesses à l'adolescence. En France, l'âge moyen des premiers rapports sexuels pour les filles est actuellement de 17 ans 2 mois (Dayan, 2014). Les moyens de contraception semblent relativement bien connus des adolescents et pourtant, à ce jour, le nombre des grossesses précoces ne tend pas à diminuer. En 2013, les accouchements de mères adolescentes ont représenté 1,6% des naissances (Sellenet & Portier-Le Cocq, 2013). En outre, le « double remaniement psychologique » survenant au cours d'une grossesse précoce, fait écho d'une part, aux changements propres à l'adolescence, ici la crise identitaire que des auteurs comme Jeammet (2005) et Gutton (2006) ont bien souligné ; d'autre part, les bouleversements psychiques intervenants en période périnatale, à savoir la « crise maturative » liée au devenir mère que Piquée (2013) a mis en évidence. De nombreuses études ont montré la période fragile que constitue la grossesse chez des femmes ayant un passé traumatique et la vulnérabilité accrue de ces femmes si le traumatisme n'a pas été élaboré (Vandelet, Laurent, de Tychey et al., 2015). Les recherches mettent également en évidence une corrélation entre des vécus sexuels traumatiques (incestes, violences sexuelles, etc.) et une pratique sexuelle précoce (Dayan, 2014). Bien que chaque grossesse précoce soit singulière, de nombreux points communs sont à noter quant aux profils sociodémographiques des jeunes femmes : notamment un niveau socioéconomique bas, un taux de réussite scolaire faible, ainsi que des carences sociales et familiales (Le Den, 2012). Ce serait généralement les grossesses survenant dans ce type de contexte qui les rendrait pathologiques, et non l'âge des mères en tant que tel. Au regard de ces éléments, Le Van (2006) a notamment catégorisé quatre types de grossesse précoces. La 1<sup>ère</sup> désigne la « grossesse rite d'initiation » qui constitue une grossesse précoce valorisée culturellement puisqu'elle apparaît comme un rite de passage du statut d'enfant à l'identité de femme alors même que la maternité précoce apparaît plutôt comme une transgression dans notre société occidentalisée. La 2<sup>e</sup> catégorie renvoie à la « grossesse SOS » témoignant d'un cri, une tentative de reconstruction face à un passé douloureux. Le contexte est plus préoccupant, l'enfant aurait alors une fonction d'objet réparateur, de « pansement » sur les blessures du passé. La mère adolescente considérant que son enfant, lui, l'aimera et ne l'abandonnera pas.

Finally, the baby constitutes for the mother the object of a reinvestment of infantile narcissism abandoned. The 3rd type of pregnancy concerns the « pregnancy insertion/ identity » which echoes the new « identity » that these young women acquire. They insert themselves into society through this child who offers them the possibility of benefiting from a new social status. The 4th category refers to the pregnancy « accidental » testifying of a passage to the act or even of a risky behavior at adolescence. Finally, the difficulties of affective bonding in reference to Stern's work (1985) between these young mothers and their babies have been evoked in several works (Tronick & Reck 2009 ; Lefkovic, Baji & Rigo, 2014).

## **1. Méthodologie**

### **1.1. Hypothèses théoriques**

Regarding the literature on the problematic « early pregnancy at adolescence », we tested two main theoretical hypotheses :

**H1** Show in what way an early pregnancy would constitute a risk factor for the development of an insecure mother-child attachment in the framework of adolescent mothers placed in MEM (here, placement in MEM constituted a variable, even though it was not explored in the literature).

**H2** We considered that insecure mother-child attachments could have an impact on a greater vulnerability to anxiety and depression in adolescent mothers placed in MEM.

### **1.2. Population**

Our research procedure is inscribed in a qualitative clinical approach since it concerns a sample of three adolescent mothers encountered in MEM. The encounters took place in the psychologist's office ; They were all under 17 years old at the time of the encounters ; the inclusion criteria for the research are the following :

- francophones and of the same age (16 years),
- all three continue their education,
- regularly present at the MEM,
- all have a 4-month-old child.

The Maison d'Éducation Maternelle (MEM) emphasizes the quality of the environment : supporting, containing, favoring the « living together », the encounters (dining rooms) and preserving intimacy. In fact, each adolescent mother has her own room with a separate room for her child which also allows working on the separation/individuation process. Moreover, a particular emphasis is placed on the accompaniment of the dyad (mother/child), or even the triad when the father is present during care, play...

### 1.3. Les outils utilisés

#### 1.3.1 Entretien et épreuves projectives

La taille réduite de l'échantillon nous a permis d'explorer plusieurs outils avec une visée complémentaire intégrative.

- Un entretien semi-directif
- L'épreuve projective du Rorschach,
- Les traces graphiques (c'est ici une originalité de la recherche) : le dessin de la famille en deux temps (famille réelle puis famille imaginaire), le dessin de la maison de rêve autrement appelé « spatiographie projective familiale » élaboré par Cuynet (2017). Il représente à la fois un média thérapeutique intéressant dans la prise en charge systémique, mais constitue également une épreuve projective révélatrice du reflet inconscient du corps familial (Cuynet, 2017). Cette épreuve graphique permet de mettre à jour la dynamique relationnelle sous-jacente inscrite au sein d'une famille.

#### 1.3.2. Questionnaires mesurant la qualité de l'attachement

Deux questionnaires explorant la qualité de l'attachement des mères adolescentes :

- Le *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ de Griffin & Bartholomew, 1994). Il s'agit d'un auto-questionnaire pour lequel nous avons utilisé la version traduite en français par Guédeney, Fermanian & Bifulco (2010). Cet outil explore les problématiques d'attachement des adultes et jeunes adultes. Il est constitué de 30 items qui permettent de dégager trois dimensions dans les liens à l'autre (évitement, anxiété dans la relation et sécurité). En outre plusieurs sous-échelles conduisent à dégager quatre prototypes d'attachement tels que : craintif, détaché, sûr et préoccupé.
- L'Inventaire d'Attachement aux Parents et aux Pairs (IPPA, Armsden & Greenberg, 1987) dont la version révisée (L'Inventaire d'Attachement Parents/Adolescent (IAPA), Soucy & Larose, 2000) a été utilisée afin de mettre en lumière la qualité de l'attachement perçue par les adolescents à l'égard de leurs parents et de leurs pairs. Ce questionnaire évalue la perception de sécurité de l'adolescent dans la relation actuelle qu'il entretient avec sa mère et son père ou les personnes qu'il considère comme ses figures parentales. Les versions mère et père comprennent 28 items chacune et sont accompagnées d'une échelle de type Likert en cinq points variant de « pas du tout (1) » à « tout à fait (5) ». L'instrument regroupe trois échelles : celle de la confiance, de la communication et de l'aliénation. L'échelle de la confiance, évalue le sentiment de l'adolescent que son parent peut l'aider à se sentir mieux lorsqu'il se sent bouleversé (10 items). La seconde échelle mesure la qualité de la communication et renvoie à la conviction de l'adolescent que son parent peut l'aider et comprend ce dont il a besoin (10 items). Enfin, l'échelle de l'aliénation explore le degré de colère et d'aliénation vécus par l'adolescent dans la relation avec son parent. Soulignons ici que l'étude de validation effectuée par les auteurs (Armsden & Greenberg, 1987) de l'IPPA montre que l'outil présente une bonne fidélité ainsi qu'une bonne validité. En outre, Soucy et Larose (2000) mettent en évidence que la version traduite en français présente une consistance interne très satisfaisante, ainsi la version révisée et traduite en français est davantage recommandée par les auteurs (Bouvard, 2008). Dans la mesure où nous retrouvons un score élevé pour les deux premières dimensions (confiance et

communication) et un score faible pour la troisième dimension (sentiment d'aliénation), nous pouvons considérer que l'adolescent a un attachement qui tend à être sécure.

### 1.3.3. Questionnaires évaluant l'anxiété et la dépression

Nous avons proposé deux autres questionnaires : l'*Hospital Anxiety and Depression Scale questionnaire* (HADS de Zigmond & Snaith, 1983) explorant le niveau d'anxiété et la dépression du *postpartum*. Nous avons utilisé l'échelle HADS traduite et validée en français par Razavi, Delvaux, Farvacque & Robaye (1989).

Puis, l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS de Cox, Holden & Sagovsky, 1987) qui est un instrument d'auto-mesure, afin de dépister des symptômes anxiodépressifs. L'EPDS est un outil de dépistage de dépression *postpartum*, efficace dans le contexte périnatal, dès les premiers jours après l'accouchement et pertinent quelques mois après celui-ci. Dans notre travail, nous avons proposé cet auto-questionnaire dans sa version traduite et validée en français par Guédeney et Fermanian en 1998. Cet instrument d'évaluation allie différentes formulations d'items, ceux-ci sont au nombre de 10 et sont cotés de 0 à 30. Parmi ces 10 items, 7 d'entre eux sont inversés et donc à recoder. Un score seuil de 12 a été retenu pour dépister une potentielle dépression *post-partum* (Teissedre & Chabrol, 2004). Avec un alpha de Cronbach de 0.80 dès les premiers jours après l'accouchement et un alpha de Cronbach de 0.82 entre la 4<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> semaine du *post-partum*, la fiabilité de l'EPDS est considérée comme bonne (Teissedre & Chabrol, 2004).

## 2. Résultats et discussion

### 2.1. Principaux résultats aux entretiens et épreuves projectives

Les entretiens exploraient plus spécifiquement quatre thématiques : (1) la dynamique familiale ; (2) les problématiques d'attachement ; (3) la manière avec laquelle la grossesse a été appréhendée, vécue et investie ; (4) la façon dont la jeune mère se projette dans la vie.

En premier lieu, les résultats témoignent de plusieurs points de convergence entre les trois situations cliniques : la dynamique familiale et l'enfance (1) des trois participantes est marquée par de nombreux faits de violence (notamment des violences physiques pour deux jeunes filles, respectivement causées par le père et l'ancien beau-père), ou des violences sexuelles (pour l'une d'elles de la part de son père ; pour l'autre venant d'autres adolescents). En outre, leur structure familiale respective a sensiblement influencé leur type d'attachement (2) davantage vécu comme insécurisé. En effet, leur mère se comporterait plutôt comme une amie, au détriment d'une fonction maternelle contenante. Aussi, les trois adolescentes estiment quasiment toutes recevoir davantage de soutien de personnes qui ne sont pas leurs parents. Ce sont surtout les grands-mères maternelles qui sont perçues comme un bon soutien, ces femmes venant quasiment prendre la position de figure maternelle. Concernant le vécu de la grossesse (3), une jeune fille a mal vécu sa grossesse bien que celle-ci soit désirée. Quant aux deux autres, elles ont manifesté une grande joie à l'annonce de la grossesse et semblent l'avoir bien vécue. Pour autant, depuis la naissance de leur enfant, une adolescente présente d'importantes difficultés

pour accéder à la parentalité (4), tandis que les deux autres adolescentes ont noué une relation relativement bienveillante auprès de leur bébé.

Les données obtenues aux protocoles Rorschach révèlent plusieurs aspects convergents : tout d'abord, un repli narcissique marqué par la honte et la mésestime de soi ; ensuite, des affects dépressifs empreints d'une forte culpabilité ; enfin, une fragilité dans les relations à l'autre soulignée par une quête affective et une dépendance anaclitique.

La fragilité dans les investissements relationnels est également bien présente dans l'analyse des entretiens : ces adolescentes soulignent un besoin viscéral d'être avec un homme quel qu'il soit, pour ne pas se retrouver seules. L'impossibilité à mobiliser « la capacité à être seul en présence de l'autre » (Winnicott, 1958, 326) inscrit ces jeunes filles dans une quête affective permanente tandis que le rejet de l'autre (le conjoint) est vécu sur un mode abandonnique. Dès lors, l'enfant apparaît comme le seul être à ne jamais les abandonner. Deux mécanismes de défense différents que l'on retrouve auprès des personnalités dites limites (Bergeret, 2003) dominent les protocoles : l'inhibition et le clivage pour deux adolescentes sur trois.

Concernant les dessins de la famille (pour rappel en deux temps), nous avons noté des contrastes sensibles entre une famille réelle vécue douloureusement et la famille imaginaire « idéalisée ». Par exemple, l'une des adolescentes accompagne le dessin de la famille réelle de plusieurs questions sollicitant alors l'étayage de la psychologue : doit-elle se placer sur la trace graphique ? Comment se positionner au sein de cette famille ? Elle finit par le faire mais en dernière position, en ne se dessinant que partiellement, oubliant sa bouche, puis elle ajoute un commentaire éloquent « *vie difficile* » placé au-dessus de son personnage ce qui confirme le mal-être profond au sein de cette dynamique familiale. Notons que le bébé de cette adolescente n'est pas présent sur ce 1<sup>er</sup> dessin « famille réelle ».

Pour cette même adolescente, les traces graphiques renvoyant à la famille imaginaire témoignent de liens d'attachement harmonieux et respectueux : les qualificatifs placés pour chaque membre de la famille sont : « *très content* », « *très heureux* », y compris pour son compagnon accompagné d'un cœur symbolisant l'affection et un environnement heureux. Après une pause, elle choisit de dessiner sa fille avec plus d'attention que les autres personnages ; en commentant chaque étape : « voici sa petite tête, ses petites oreilles » marquant ainsi la différence générationnelle.

Les dessins concernant la maison de rêve permettent de mettre en évidence une enveloppe psychique familiale plutôt « flottante ». Les maisons ne possèdent pas de délimitations spécifiques puisqu'il n'y a aucun couloir ce qui ne laisse pas de « portes ouvertes » à la communication entre les différentes pièces (ou entre les différents membres d'une famille). Nous retrouvons également comme pièce privilégiée (pour deux adolescentes sur trois) un lieu de vie commun : le salon pour l'une et la salle à manger pour l'autre. Ce dernier élément n'est pas sans faire écho à la MEM ...



## 2.2. Données obtenues aux questionnaires d'attachement (RSQ et IPPA-R)

Les résultats aux questionnaires d'attachement RSQ fournissent de grandes tendances soulignant pour deux adolescentes sur trois un attachement de type insécure, les prototypes d'attachement à tendance « craintif » et « détaché » dominant. Ces données nous permettent de mettre en évidence trois aspects : deux jeunes filles présentent un attachement insécure avec leur mère, un attachement à tendance insécure ambivalent avec leur père et un attachement plutôt sécure avec leurs amis.

Pour les trois jeunes filles, les scores obtenus à l'IPPA-R témoignent d'une grande confiance en leurs amis proches, puis en leur père respectif (ce qui est paradoxal au regard des éléments notés au RSQ), les mères obtenant les scores les plus bas. La relation à la figure maternelle, teintée d'ambivalence, reste problématique et conflictuelle. De la même manière, concernant la qualité de la communication, celle-ci semble entravée une nouvelle fois davantage avec la mère qu'avec le père. À nouveau, pour deux jeunes filles, la qualité de la communication est meilleure avec le père et se révèle très élevée avec les pairs. Une seule adolescente présente un fort sentiment d'abandon pour ses deux parents puisqu'elle obtient respectivement les scores de 21 pour sa mère, puis 20 pour son père alors que les deux autres adolescentes montrent un sentiment d'abandon sensiblement plus marqué auprès de leur mère. Si pour les mères ces résultats sont cohérents avec les scores obtenus précédemment aux dimensions « confiance et communication », on note une contradiction voire une incohérence concernant les pères.

## 2.3 Principaux résultats aux questionnaires HADS (troubles anxiodépressifs) et EPDS (dépression *postpartum*)

Les résultats à l'HADS d'une part et sur la dépression *postpartum* d'autre part (EPDS), mettent en évidence qu'aucune des jeunes femmes ne semblaient manifester de signes anxiodépressifs majeurs, bien qu'à travers les protocoles Rorschach, nous retrouvions des affects dépressifs.

## 3. Discussion

Ces mères adolescentes montrent un profil particulier puisque, comme nous l'avons mentionné précédemment, les trois situations cliniques s'inscrivent dans des milieux socio-économiques précaires et défavorisés au sein de structures familiales fragilisées, peu en capacité d'être étayantes. Ces carences semblent avoir généré un attachement de type insécure, seuls les pairs de ces mères adolescentes apparaissant comme des figures d'attachement sécures. Au regard de ces premiers constats, rappelons les liens entre un vécu affectif carencé et la possibilité de conduites à risque aboutissant à une grossesse précoce (Roehring, Genet & Cyrulnik, 2006). Les trois grossesses évoquées correspondraient plutôt à des grossesses « SOS » (Le Van, 2006) qui s'inscriraient alors dans une tentative de reconstruction face à un passé douloureux, l'enfant aurait une fonction d'objet réparateur, de « pansement » sur les blessures du passé. Dès lors, le bébé constituerait pour la mère l'objet d'un réinvestissement du narcissisme infantile abandonné. Dans cette perspective, notre première hypothèse (rappel : Une grossesse précoce constituerait un facteur de risque quant au développement d'un lien d'attachement insécurisé ambivalent mère-enfant, pour des mères adolescentes placées en MEM) semble validée. En

revanche, notre deuxième hypothèse (rappel : Les liens d'attachement insécurisé mère-enfant représenteraient une plus grande vulnérabilité aux troubles anxieux-dépressifs chez des mères adolescentes placées en MEM) ne semble pas validée. En effet, ce dernier point pourrait s'expliquer par les spécificités de la MEM. Ce lieu de vie humanisant et sécurisant constituerait un facteur de protection face à la survenue de troubles anxieux-dépressifs. Ainsi que l'ont démontré plusieurs auteurs (Agneray, Tisseron, Mile & *al.*, 2015) l'habitat peut constituer un élément sécurisant et contenant ; ici, les professionnels composant la structure apparaissent à la fois comme des « tuteurs d'attachement et de développement » (Atger, 2015). Ils offrent la possibilité à ces très jeunes mères, d'avoir des repères et des liens tout en leur laissant la possibilité de vivre leur jeunesse et d'occuper le rôle de figure maternelle pour leur enfant. C'est également en instaurant des règles de vie que le foyer s'impose comme figure paternelle garante de la Loi. Au sein de cette même structure, les mères adolescentes sont accompagnées d'autres jeunes mères ou futures mères avec des parcours de vie similaires. Nos questionnaires ont permis de mettre en évidence le caractère sécure des relations entre ces jeunes mères et leurs amis proches.

#### 4. Conclusion et perspectives de recherche

Dans une recherche ultérieure, il serait intéressant d'approfondir davantage le rôle des pairs comme figures d'attachement permettant de maintenir une cohésion de groupe, mais aussi des liens presque fraternels similaires à ceux que l'on peut retrouver dans des cellules familiales ordinaires. Notre étude nous permet de nous rendre compte de l'importance d'une prise en charge globale basée sur le travail conjoint entre la parentalité et le développement de l'adolescente. Aussi, nous constatons l'importance pour ces adolescentes de sentir que leur acte est accepté, toléré et compris. Cette maternité nouvelle peut alors s'imposer presque comme une renaissance, un moyen de démontrer qu'elles peuvent réussir à se reconstruire dans une perspective créative. Une récente étude menée aux États-Unis (Solivan, Wallace, Kaplan et *al.*, 2015) a permis de déterminer quels étaient les facteurs de résilience permettant aux mères adolescentes de mener leur grossesse à terme, malgré les facteurs de risque qui étaient associés à leur profil (jeune âge, faible revenu, marginalisation, etc.). Les auteurs se sont rendu compte que le « sentiment d'efficacité personnelle » et l'acceptation de soi étaient de bons facteurs internes, de la même manière que l'étayage et le soutien affectif de l'entourage constituaient des facteurs externes importants.

Concernant les limites de notre travail, nous soulignons la faible taille de l'échantillon et les difficultés à rencontrer régulièrement des jeunes femmes qui redoutent autant qu'elles les désirent les liens d'attachement à l'autre, ce qui souligne aussi Jeammet (2005). Toute la difficulté réside ici dans une rencontre permettant de construire avec elles une alliance thérapeutique « suffisamment acceptable » au sens winnicottien afin d'envisager une recherche longitudinale dont l'intérêt central serait de mettre en évidence les évolutions de la relation mère-enfant après la MEM. Outre la taille restreinte de notre échantillon, plusieurs limites sont à souligner dans la passation des questionnaires qui sont en fait des auto-questionnaires. En effet, les trois jeunes filles présentaient des difficultés importantes dans la compréhension des items proposés ce qui a nécessité un accompagnement explicatif qui n'est pas sans effet sur les

résultats obtenus aux questionnaires. En outre, le biais lié à la désirabilité sociale est apparu central notamment pour les questionnaires portant sur la dépression du *postpartum* et sur les troubles anxiodépressifs. En outre, bien que la passation de l'EPDS soit pertinente jusqu'à une année après la naissance de l'enfant, nous pouvons nous demander s'il n'aurait pas été plus intéressant de proposer ce questionnaire en deux temps. Une première passation aurait pu être effectuée le dernier mois de grossesse tandis qu'une seconde passation aurait été intéressante dans les quelques jours qui suivaient l'accouchement, afin d'en comparer les résultats. En effet, nous pouvons nous attendre à ce que le vécu de la grossesse et du *postpartum* soit plus intense à ces périodes-là. Ceci étant, nous estimons également que le dépistage de toute forme de dépression passe avant tout par la rencontre clinique auprès des participantes.

Pour conclure, dans notre recherche, nous constatons également une tendance à se projeter dans la vie malgré le vécu traumatique de ces jeunes mères. À travers les protocoles Rorschach, nous retrouvons des thématiques laissant entrevoir un bonheur de vivre et une créativité signant une dynamique positive notamment à travers les projets professionnels qu'ambitionnent ces trois jeunes filles. L'une d'elles souhaiterait travailler dans l'esthétique tandis qu'une autre se voit professionnelle auprès d'enfants, dans un univers davantage orienté vers le soin et la sécurité.

### Références bibliographiques

- Agneray, F., Tisseron, S., Mille, C., Wawrzyniak, M. & Schauder, S. (2015). L'habitat et ses liens avec le psychisme : aspects psychopathologiques et cliniques de l'attachement à l'habitat. *L'évolution psychiatrique*, 80 (3), 489-499. Doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.05.013
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Atger, F. (2015). Attachement, psychopathologie et traitement des adolescents. *Enfances & Psy*, 66(2), 44-53. Doi : 10.3917/ep.066.0044.
- Bergeret, J. (2003). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod, 3e édition.
- Bouvard, M. (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent* (vol. 2). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Cox L. J., Holden, J. M, & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cuynet, P. (2014). *La maison de rêve. Image du corps familial et habitat*. Paris : In Press.
- Dayan, J. (2014). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Paris : Elsevier Masson, (2ème éd.).
- Guédénéy, N., Fermanian, J. & Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. *L'Encéphale*, 36(1), 69-76. Doi : 10.1016/j.encep.2008.12.006.
- Guédénéy, N. & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal depression scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13, 83-89.

- Griffin, D. & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445. Doi:10.1037/0022-3514.67.3.430
- Gutton, P. (2006). La trace pubertaire. *Adolescence*, 58(4), 787-796.
- Jeammet, P. (2005). La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, IX (33), 624-626. Doi : 10.1016/j.gyobfe.2005.06.017.
- Le Den, M. (2012). Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention. *Sciences sociales et Santé*, 3 (1), 85-102. Doi : 10.3917/sss.301.0085
- Lefkovich, E., Baji, I. & Rigó, J. (2014). Impact of Maternal Depression on Pregnancies and on Early Attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 354-365. Doi.org/10.1002/imhj.21450.
- Le Van, C. (2006). La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? *Adolescence*, 55 (1), 225-234. Doi : 10.3917/ado.055.0225.
- Piquée, N. (2013). À l'instant de la naissance. *Gestalt*, 43(1), 73-87. Doi :10.3917/gest.043.0073.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacque, C. & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS auprès de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de Psychologie Appliquée*, 39(4), 295-307.
- Roehrig, C., Genet, C. & Cyrulnik, B. (2006). Une observation éthologique : styles d'attachement et évocation de la grossesse à l'adolescence. *Sexologies*, 15(2), 134-141. Doi : 10.1016/j.sexol.2006.04.001.
- Sellenet, C. & Portier-Le Cocq, F. (2013). Maternités adolescentes : le temps bousculé. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 33 (1), 17-36. Doi : 10.3917/rief.033.0017.
- Solivan, A. E., Wallace, M. E., Kaplan, K. & Harville, E. (2015). Use of a Resiliency Framework to Examine Pregnancy and Birth Outcomes Among Adolescents: A Qualitative Study. *Families, Systems & Health*, 33(4), 349-355. Doi.org/10.1037/fsh0000141.
- Soucy, N. & Larose, S. (2000). Attachment and Control in Family and Mentoring Contexts as Determinants of Adolescent Adjustment to College. *Journal of Family and Psychology*, 14(1), 125-143.
- Stern, D. (1985). Le sens d'un soi subjectif : l'accordage affectif. Dans D. Stern (dir.), *Le monde interpersonnel du nourrisson (pp. 181-208)*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Teissedre, F. & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du *post-partum*. *L'Encéphale*, 30(4), 376-381. Doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95451-6.
- Tronick, E. & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, XVII (2), 147-156.
- Vandelet, E., Laurent, M., de Tyche, C., Lighezzolo, J. & Garnier, S. (2015). Abus sexuel dans l'enfance et résilience de l'adulte : approche clinique projective comparative. *Psychologie clinique et projective*, 21(1), 219-241. Doi :10.3917/pcp.021.0219.
- Winnicott, D. W. (1958). La capacité à être seul. Dans D. W. Winnicott (dir.) *De la pédiatrie à la psychanalyse (pp. 325-333)*. Paris : Payot, Trad. 1969.
- Zigmond Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

## 11. Soins psychiques précoces des bébés très prématurés

### *Early psychological care of very premature babies*

**BREHAT Cécile & THEVENOT, Anne**

Psychologue clinicienne et docteur en psychologie, Laboratoire EA 3071, Sulisom, Faculté de psychologie de Strasbourg, Strasbourg, France

Professeure de psychologie à l'UR 3071, Université de Strasbourg, France

[breatcecile@yahoo.fr](mailto:breatcecile@yahoo.fr)

### **RÉSUMÉ/ABSTRACT**

Paradoxalement liée aux avancées de la médicalisation et de la technicisation de la naissance, les naissances très prématurées, soit survenant avant 33 semaines d'aménorrhées (SA), sont en constante augmentation dans le monde et en France<sup>54</sup>. Les risques neurodéveloppementaux pour ces bébés nés très prématurément sont bien connus mais les effets d'un potentiel traumatisme parental sur l'investissement libidinal de l'enfant le sont peut-être moins. Or, la qualité des relations précoces est un indicateur majeur pour le devenir du bébé prématuré si l'on considère les répercussions des perturbations relationnelles sur le développement à long terme de ces enfants même s'ils ne présentent aucune conséquence organique de leur naissance prématurée. L'impact des liens précoces sur la construction subjective de l'enfant né prématurément amène à considérer toute l'importance des soins psychiques précoces apportés à l'enfant mais aussi à ses parents. Dans le cadre d'une recherche doctorale en psychopathologie clinique sur la co-construction des liens précoces dans les situations de naissances très prématurées, une étude longitudinale a été menée auprès de 15 femmes primipares réparties en trois groupes : deux impliquant une naissance très prématurée, avec ou sans hospitalisation préalable pour menace d'accouchement prématuré, et un groupe témoin. Deux entretiens semi-directifs au cours de leur grossesse et un après la naissance de leur enfant explorent le vécu subjectif de la mère sur sa grossesse, la naissance de son enfant et la construction des premiers liens dans chaque contexte. Dans cet article sera présenté comment les soins psychiques précoces peuvent soutenir les processus d'imaginarisation, support à l'investissement libidinal de l'enfant par sa mère. La continuité de cette capacité de fantasmatisation permettrait également d'amortir le potentiel effet traumatique d'une naissance très prématurée. La prise en compte de la façon dont les relations transférentielles avec les professionnels de soin participeraient au processus de maternalité ouvre des pistes de réflexion sur l'accompagnement des parents dans ce contexte de haute technicité, en particulier dans l'articulation entre la temporalité psychique de la mère et le rythme des soins de développement donnés à l'enfant.

**Mots-clés :** Grande prématurité ; Soins psychiques précoces ; Processus d'imaginarisation ; Relations transférentielles aux professionnels de soin ; Processus de maternalité

*Paradoxically linked to medicalization breakthrough and birth technicization, the early premature births, occurring before 33 weeks of amenorrhea (SA), are constantly increasing worldwide, including France. The neurodevelopmental risks for these early premature babies are well known, probably more than the effects of a potential parental trauma on the child's libidinal investment. However, if we consider the impact of relational disorders on the long-term development of these children, the quality of early relationships is a major indicator for the future of the premature baby, even without any organic consequence. The impact of early bonds on the subjective construction of the premature child makes us consider the importance of early psychic care provided not just to the child but also to the parents. The*

<sup>54</sup> En France, le taux de prématurité est passé de 5,9 % en 1995 à 7,4% en 2010 (INSERM, 2015).



*study of the co-construction of early bonds in early premature births situation has been the main topic of a doctoral project in clinical psychopathology. A longitudinal study was conducted among 15 primiparous women divided into three groups: two involving a very premature birth, with or without prior hospitalization for threatened preterm birth, and a control group. Two semi-structured interviews during their pregnancy and one after the child's birth explore the subjective experience of the mother about the pregnancy, child's birth and the construction of the first bonds. This article shows how early psychic care can sustain ability to imagine and to project oneself, which is a support to the libidinal investment of the child by his mother. The continuity of these psychic processes could also contribute to cushion the potential traumatic effect of a very premature birth. Considering the role of the transference relationships with care professionals in the motherhood process leads us to the reflection about the support of parents in this high technicality context, especially in the articulation between psychic temporality of the mother and the pace of developmental care given to the child.*

*Keywords: Very preterm birth; Early psychic; Imaginarization process; Transference relationships to care professionals; Maternal process*

## **ARTICLE**

Paradoxalement liée aux avancées de la médicalisation et de la technicisation de la naissance, la grande prématurité, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une naissance survenant avant 33 semaines d'aménorrhées (SA), est devenue un problème de santé publique. Quinze fois plus nombreuses qu'il y a dix ans, ces naissances très prématurées, en touchant à l'origine de la vie, nous confrontent à des questions tant éthiques que cliniques. L'impact de ces naissances sur le vécu subjectif des parents nous amène à considérer toute l'importance des soins psychiques précoces apportés à l'enfant mais aussi à ses parents, que ce soit avant la naissance de l'enfant en service de grossesses à risques, au cours de l'hospitalisation de l'enfant en service de néonatalogie et éventuellement quelques années plus tard en service de pédiatrie ou de psychiatrie infanto-juvénile. En effet, si les risques neurodéveloppementaux pour le nouveau-né sont bien connus, l'impact du traumatisme parental sur l'investissement libidinal de l'enfant l'est peut-être moins. Or, de nombreux travaux (Borghini & Muller-Nix, 2008, 2015 ; Field, 1980 ; Le Blanc, 1989 ; Pierrehumbert, 2003 ; Ravier, 2015) montrent que la qualité des relations précoces est un prédicteur majeur pour le devenir du bébé prématuré si l'on considère les répercussions développementales à long terme des perturbations relationnelles précoces chez des enfants qui, par ailleurs, peuvent ne présenter aucune conséquence organique de leur naissance prématurée. Notre recherche doctorale en psychopathologie clinique sur la co-construction des liens précoces dans ces situations met en évidence l'importance de la libidinisation de l'enfant né très prématuré dans la construction du maternel primaire et apporte également un éclairage plus général sur les processus de maternelisation par l'effet grossissant que ces naissances prématurées permettent. Dans cet article, centré sur les soins psychiques précoces, nous développerons, dans un premier temps, comment ces soins précoces peuvent soutenir les mères dans leurs processus d'imaginisation, nécessaires à l'investissement libidinal de leur enfant. La continuité de cette capacité de fantasmatisation permettrait également d'amortir le potentiel effet traumatique d'une naissance très prématurée. Dans un second temps, nous nous centrerons sur la façon dont les relations transférentielles avec les professionnels de soin pendant ces différents temps d'hospitalisation (services de grossesses à risques, de réanimation néonatale et de néonatalogie) participeraient au processus de



maternité. Nous verrons comment ces analyses ouvrent des pistes de réflexion sur l'accompagnement des parents dans ce contexte de haute technicité médicale, notamment en ce qui concerne l'articulation entre la temporalité psychique de la mère et le rythme des soins de développement donnés à l'enfant.

### **Méthodologie de la recherche**

Dans la visée d'explorer la construction du maternel dans les situations de grande prématurité, nous avons mis en place un protocole de recherche permettant de mener une étude longitudinale et comparative du vécu maternel tout en prenant en compte la temporalité psychique dans laquelle la naissance prématurée prend place. Réalisée simultanément sur quatre terrains de recherche : Unité de diagnostic des troubles des apprentissages et du suivi des anciens prématurés (DITAP), service de grossesses à risques, service d'échographie et cabinet de sages-femmes en libéral sur une période d'un an et demi (de août 2014 à janvier 2016), cette recherche a pu être menée auprès de 15 femmes dont les critères d'inclusion étaient les suivants : premier enfant de la femme, grossesse unique, femmes vivant en couple avec le père de leur enfant, francophones et majeures. Aucune n'était dans un isolement social ou familial. En fonction du contexte de naissance, ces femmes peuvent être rassemblées en trois groupes : deux impliquant une naissance très prématurée, avec ou sans hospitalisation préalable pour menace d'accouchement prématuré (MAP), et un groupe témoin de femmes ayant accouché à terme (*cf.* Annexes Tableau 1 : Protocole de recherche). Deux entretiens semi-directifs réalisés au cours de leur grossesse et un au cours du premier trimestre de vie de leur enfant explorent le vécu subjectif de la mère de sa grossesse, de la naissance de son enfant et de la construction des premiers liens dans chaque contexte ; l'objectif étant de repérer comment s'est construite pour ces femmes leur maternité au fil de leur grossesse et après la naissance de leur enfant. Avec leur accord, les entretiens ont été enregistrés, transcrits et anonymisés. *In fine*, 34 entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique et discursive selon deux axes en lien avec les hypothèses de recherche. Le premier axe de recherche s'est attaché à l'analyse de la construction du maternel à travers les données relatives au vécu de la grossesse, de l'accouchement et du nouage précoce avec l'enfant après la naissance et dans les premiers temps en les articulant aux données subjectives de l'histoire singulière, familiale et transgénérationnelle. Une attention particulière a été portée à la façon dont, dans le discours de la mère, le père participe à l'investissement de la grossesse et des premiers temps avec l'enfant. Le deuxième axe de recherche est centré sur l'impact du discours médical dans la construction subjective du lien maternel en analysant la façon dont prend place dans le discours de la mère le discours médical concernant le suivi de sa grossesse et le vécu de son hospitalisation. L'analyse des données discursives a exploré les déterminants psychiques sous-jacents par une analyse qualitative des contenus des *verbatim* (Blanchet, 2005) et par une analyse des procédés discursifs et plus spécifiquement des mécanismes défensifs (Azoulay & Emmanuelli, 2000 ; Maingueneau & Angermüller, 2007). Enfin, un troisième niveau d'analyse a interrogé les dimensions transférentielle et contre-transférentielle afin de pouvoir interroger le récit à la lumière de ce qui s'est tissé entre la subjectivité du sujet de la recherche et celle du chercheur. Nous avons également entrecroisé

ces différents niveaux d'analyse afin d'approcher la complexité des enjeux à l'œuvre dans ces situations.

### **Soins psychiques précoces**

Selon notre orientation psychanalytique, nous envisageons les soins psychiques précoces comme toute l'attention qui peut être portée à la mise en place des premiers liens déjà bien avant la grossesse, que ce soit lors du suivi de grossesse ou encore plus particulièrement au cours d'une hospitalisation en service de grossesses dites « à risques ».

### ***Processus d'imaginisation***

L'analyse longitudinale et comparative des entretiens permet de repérer une corrélation entre la poursuite de la capacité de fantasmatisation de la mère et les capacités d'investissement libidinal de l'enfant. Les mères dont l'activité fantasmatique aurait été interrompue ou suspendue pendant la grossesse seraient celles qui présenteraient le plus de difficultés dans la rencontre avec leur enfant.

La clinique du traumatisme nous aide à penser cette interruption ou cette suspension des rêveries maternelles pouvant alors être considérée comme un effet du traumatisme que représenterait la survenue d'une naissance très prématurée. La plupart des travaux psychanalytiques sur les naissances prématurées s'accordent en effet à qualifier cet événement de traumatique pour les parents et particulièrement pour la mère même si l'impact psychique, toujours singulier, d'un événement vécu ne peut se lire qu'à la lumière du fantasme ; le traumatisme dépendant de la manière dont un événement va être accueilli, élaboré et métabolisé par le psychisme. Cependant cette naissance « aux portes de la vie », comme l'écrit la psychanalyste Druon (2009), peut précipiter les parents face au réel de la mort et aux angoisses de perte. Chaque femme sait, au moins inconsciemment, qu'en donnant la vie, elle donne dans le même mouvement la mort. Ansermet (2010, p. 66) souligne l'importance du vœu de mort inconscient présent dans chaque naissance : « *On tue un enfant c'est un fantasme majeur, central, fortement refoulé, que met en jeu toute naissance* ». La différence majeure dans ces situations de naissances très prématurées, c'est que le risque de mort pour l'enfant est réellement présent. Ce télescopage entre le fantasme, habituellement maintenu inconscient et la réalité peut s'avérer traumatique. En ce sens, face à l'irruption de ce réel que peut provoquer une naissance prématurée, nous sommes, selon lui, dans une clinique du traumatisme qui « *entraîne une abolition symbolique qui laisse sans représentations. (...) C'est ce trou qui fait trauma* » (Ansermet, 1999, p. 43). En effet, il évoque, au sujet de la réanimation néonatale, l'effroi avec son effet de sidération contrairement à l'angoisse qui en protège : « *l'effroi met l'accent sur le facteur de surprise alors que l'angoisse désigne l'état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu* » (ibid., p. 42). « *L'effroi est un réel qui laisse le sujet sans recours, sans protection, sans les mots pour dire ni même un imaginaire pour narrer* » (Tyszler, 2010, p. 3). Pour sortir de la sidération, le désir doit être remis en jeu : « *désirer pour dé-sidérer* » (Ansermet, ibid, p. 44). L'enjeu étant de tenter de symboliser ce réel en soutenant un travail de liaison pour que l'évènement puisse peu à peu s'inscrire dans une continuité d'existence. Ces considérations nous amènent à reprendre la

définition du traumatisme de Laplanche et Pontalis (1981) qui s'inscrit dans la deuxième théorie de l'angoisse de S. Freud :

*« Un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'ils provoquent dans l'organisation psychique. Il se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif relativement à la tolérance du sujet et sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (ibid, p. 499).*

A partir de cette approche psychanalytique du traumatisme, nous allons voir à quel endroit peuvent se loger des effets traumatogènes dans ces situations d'hospitalisation de l'enfant très prématuré en service de réanimation néonatale, mais aussi de la femme enceinte en service de grossesses à risques pour menace d'accouchement prématuré.

#### *Avant la naissance de l'enfant très prématuré*

Dans notre population, les femmes ayant accouché très prématurément, que ce soit à la suite d'une hospitalisation pour MAP ou en urgence, qu'elles soient rencontrées au cours de leur grossesse ou six mois après la naissance de l'enfant, ne parlent que très peu du vécu de leur grossesse. La perception des mouvements fœtaux n'est pas évoquée. Or, en considérant la durée de la grossesse, nous pouvons penser que ces expériences corporelles ont eu lieu. Au même âge gestationnel, la différence de discours avec celui de certaines femmes du groupe témoin est saisissante : à l'évocation d'un lien fantasmatique avec un bébé imaginaire associée parfois à un sentiment de complétude telle **Lisa** qui avec joie énonce : « *je trouve ça génial [la grossesse] ça participe d'une espèce d'alchimie qui se fait entre la maman et le bébé* » s'oppose un vide narratif. Les processus d'imaginarisation seraient comme suspendus ou écrasés. L'annonce d'un risque de mort pour l'enfant ou elle-même, par le traumatisme qu'il créerait, entraînerait des mécanismes défensifs archaïques tels le déni ou le clivage visant à effacer ou suspendre le sentiment d'être enceinte pour lutter contre une menace de désorganisation interne. Ces moments d'intenses angoisses seraient davantage repérables chez les femmes rencontrées au cours de leur hospitalisation pour MAP que chez celles rencontrées six mois plus tard, ce qui peut être attribué à un processus de refoulement.

Le témoignage d'**Alice** illustre l'impact d'une rupture des processus d'imaginarisation pendant la grossesse dans la rencontre avec l'enfant né très prématurément. Rencontrée en service de grossesses à risques à 31 SA, à la suite de son hospitalisation en raison d'une rupture prématurée des membranes associée à un décollement du placenta, Alice évoque son parcours procréatif marqué par l'incertitude concernant sa capacité à procréer et à poursuivre une grossesse à terme. À la suite d'une période d'infertilité, la découverte d'une malformation utérine a entraîné la mise en place d'un traitement hormonal. Alice a très mal vécu cette annonce qui a réactivé une importante culpabilité liée à la pratique d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) à l'âge de vingt ans : « *quand on est jeune, on s'imagine tout le temps mariée, des enfants, et là quand on dit qu'il y a une malformation / bon après il m'a dit ce sera pas impossible heu d'avoir des*

*enfants / je suis pas stérile quoi mais c'est, ça sera compliqué (...) quand ça nous tombe dessus faut encaisser quoi* ». A la joie de l'annonce de sa grossesse succède l'angoisse liée aux risques de fausse-couche annoncés par son gynécologue : « *le gynécologue m'avait dit y'aurait des / enfin ça serait beaucoup plus difficile pour que l'œuf s'implante / et la particularité de l'utérus bicorné c'est que ... y'a fausse couche sur fausse couche en fait et donc même une fois que ça aurait marché / je / c'était pas garanti de que la grossesse arrive au bout* ». Au cours de ce premier entretien mené alors qu'elle est enceinte de 31 SA, Alice évoque sa difficulté à se représenter le fœtus : « *en fait je me l'imagine pas ... pas un p'tit bébé quoi je / c'est encore comme les premières échographies en 3D où c'est un peu l'alien* ». La représentation d'un alien renvoie à un stade d'imaginarisation qui correspondrait davantage au premier trimestre de la grossesse qu'à celui du début du troisième trimestre. La difficulté d'une représentation évolutive du processus gestationnel serait un effet du difficile investissement libidinal de la grossesse, lié à l'énonciation d'un risque de mort du fœtus, venant entraver le déploiement d'une vie fantasmatique permettant un investissement narcissique de la grossesse. La survenue d'une rupture prématurée des membranes ne ferait que renforcer cette difficulté préexistante en faisant traumatisme dans le sens où cet événement dans la réalité donnerait corps à ce qui peut être vécu comme un oracle. Le gel de son activité fantasmatique au point d'annuler son sentiment d'être enceinte serait une défense contre le risque de désorganisation psychique. Lors du deuxième entretien de recherche réalisé deux semaines plus tard, Alice semble avoir pu psychiquement réinvestir sa grossesse : « *ça m'a rassurée de le voir parce que tout était devenu tellement irréal pour moi, enfin tout m'est tombé dessus et depuis que j'étais ici, j'étais comme coupée du monde, comme si j'étais plus enceinte (...) je pensais peut être plus à moi qu'au bébé du coup c'est comme si enfin ... je l'avais un peu évincé, comme si je lui en voulais parce que c'était de sa faute que je suis là* ». Au troisième entretien, alors que son fils est âgé d'un mois et demi, Alice revient en après-coup sur sa rencontre avec son fils, né à 34 SA : « *Je me dis moi il me voit pas, il m'entend pas et je me disais il va pas me reconnaître, il va me rejeter, enfin c'était vraiment ça pour moi... il allait me rejeter (...) du fait qu'ils m'ont pas montré à la naissance, je l'ai pas eu tout de suite contre moi, enfin je pensais qu'il allait me rejeter* ». Ses difficultés de nouage précoces éprouvées au cours des premiers jours se disent à travers un difficile sentiment de reconnaissance et l'expression d'affects de rejets.

#### *Après la naissance de l'enfant très prématuré*

L'analyse des entretiens permet de repérer l'importance de la continuité des processus fantasmatiques après la naissance de l'enfant dans la création du lien. L'existence d'un regard auréolé serait un indicateur de ce nouage primaire favorisant la symbolisation de la naissance de l'enfant. Le concept de regard auréolé de Laznik (2016) permettrait de penser et de repérer cliniquement, par sa présence ou par son absence chez les parents, l'investissement libidinal de l'enfant, base pulsionnelle des processus identificatoires dans le lien à l'enfant. Il permet de mettre en lumière l'importance de la dimension imaginaire pour que le parent puisse investir libidinalement son enfant :

*« L'imaginaire sera la possibilité de voir ce qui n'est pas encore advenu, His Majesty the baby, là où il n'y a pour l'instant qu'un petit organisme bien fragile (...) Le bébé*

*perçoit dans le regard et la voix de ces Autres, de ces prochains qu'il est source de plaisir et de joie. L'investissement libidinal phallique dont il est l'objet l'auréole de telle sorte qu'on oublie qu'il n'est pas grand-chose. Il devient alors His The Majesty The Baby (...) Mais c'est le regard émerveillé des parents qui lui confère cette aura qui le phallicise » (Laznik, 2016, p. 418-419).*

Voici deux exemples venant illustrer la présence ou l'absence du regard auréolé. **Barbara**, qui a accouché d'une petite fille à 28 SA à la suite d'une prééclampsie, énonce à six mois de vie de son enfant : « *La première fois où je suis arrivée en réa quand elle était dans sa couveuse (...) elle m'a tout de suite agrippé le doigt (...) toute petite trente et un centimètre sa p'tite main a pris mon doigt et là je sais pas comment dire c'est une connexion qui se fait, c'est fort* ». La poursuite de ses projections fantasmatiques permettrait l'émergence d'un regard auréolé sur sa fille permettant un sentiment de reconnaissance immédiat. **Sophie**, qui a accouché à la suite d'une rupture prématurée des membranes au même terme que Barbara, décrit : « *La première fois que je l'ai vu je suis tombée dans les pommes (...) il était si minuscule on s'imagine pas, une crevette, je me suis sentie mal, c'était un peu un choc (...) il était si petit, si loin d'un bébé, il n'a pas toutes les formes, il n'a pas de tétons, on ne dirait pas encore un bébé, on dirait une grosse grenouille, un genre de têtard, un Pokémon sans la petite queue, il était mignon mais il avait l'air si fragile, je vais jamais réussir c'est trop petit je vais abîmer quelque chose* ». Lorsqu'une mère, comme Sophie, se retrouve traumatisée par un « trop plein » de réel, le regard qu'elle porte sur son enfant serait comme vidé de sa dimension pulsionnelle, empêchant alors tout investissement libidinal. En rupture avec l'enfant rêvé, le bébé prématuré ne serait vu que dans le réel de sa chair. Seul l'imaginaire peut venir border les angoisses suscitées par le réel qui fait effraction dans le fantasme.

En panne d'imaginarisation, ce sont alors les éprouvés corporels, par la pratique du peau à peau notamment, qui peuvent permettre par la pulsionnalité qu'ils engagent, de relancer l'activité fantasmatique ouvrant à la libidinisation du lien. **Alice**, que nous avons évoquée plus haut, décrit avec beaucoup de précision cette scène inaugurale de la rencontre avec son enfant : « *Quand ils l'ont sorti, donc il pleurait, il pleurait, il pleurait, et dès qu'ils me l'ont mis, donc j'avais son ventre qui arrivait vers le mien, et donc il avait ses bras et ses jambes dans le vide et je sais plus si c'est ses mains ou ses pieds qui m'ont touchée en premier mais ça a à peine effleuré, dès qu'il y a eu le contact peau à peau / tout de suite il a arrêté de pleurer/ et là il s'est lové contre moi (...) je suis restée deux heures et demie en peau à peau avec lui sur moi, je voulais plus bouger, c'était juste magique, là le lien il s'est fait mais instantanément et c'est à partir de ce jour-là, du troisième jour où vraiment je me suis sentie maman* ».

L'effraction du réel qu'il soit contenu dans une parole annonçant un risque de mort ou qu'il surgisse dans un événement de corps met à mal les processus d'imaginarisation nécessaires à la libidinisation de l'enfant, d'autant plus si des difficultés d'investissement narcissique de la grossesse psychique préexistent à l'évènement. Dans ces différents temps d'hospitalisation, proposer à chaque étape un espace de parole et d'écoute à la femme enceinte, à la mère et au père peut permettre une élaboration psychique afin d'éviter, autant que faire se peut, une rupture



dans les rêveries maternelles au sujet de l'enfant à venir et/ou de l'enfant né trop tôt ou permettre une relance de l'activité fantasmatique en soutenant le désir qui arrime le sujet à son enfant. Se saisir de cet espace afin non seulement de penser ce réel qui fait irruption et ainsi d'en amortir le potentiel effet traumatique, mais aussi de parfois pouvoir réaliser un travail d'élaboration nécessaire au déploiement des processus psychiques propres à l'advenir mère comme par exemple concernant les remaniements identificatoires.

### **Enjeux transférentiels avec les professionnels de soin**

Lors d'une naissance très prématurée, pour les parents, la relation à leur enfant entre en jeu sur une scène médicale marquée par une technicité extrême. Le fait que la mère se trouve empêchée dans sa fonction primaire de garantir la survie de son enfant créerait un rapport transférentiel massif aux professionnels de soin.

S'inscrivant dans la trame fantasmatique de l'histoire singulière du sujet, les rapports aux soignants évoluent et se modifient au fil des hospitalisations, celle de l'enfant prématuré succédant parfois à celle de la femme enceinte. Quel que soit le registre dans lequel ces différentes modalités transférentielles se déclinent (fantasme d'abandon, rivalité, culpabilité), les enjeux transférentiels et contre-transférentiels avec les professionnels de soin participeraient au processus de maternalité. Comparativement aux femmes du groupe « témoins », lorsqu'une grossesse se déroule sans particularité médicale, les relations avec l'équipe soignante et médicale seraient peu investies et n'auraient que peu d'impacts sur le vécu psychique de la grossesse et des premiers temps avec l'enfant.

#### ***Avant la naissance de l'enfant très prématuré***

Nous avons vu que, dans le cadre d'une hospitalisation pour MAP, l'annonce d'un risque de mort de l'enfant peut désorganiser psychiquement la mère. Le dispositif de cette hospitalisation peut également avoir une fonction contenante par le discours rassurant des professionnels associé à l'étayage des examens médicaux. Pour les femmes qui se retrouvent en difficulté pour soutenir le narcissisme de vie de leur bébé, pouvoir voir et entendre quotidiennement le fœtus aurait une fonction apaisante. La perception de l'ancrage corporel de la réalité du processus gestationnel soutiendrait les projections. Hospitalisée pour MAP à 30 SA Inès verbalise : « *je me projette maintenant je me dis voilà, on a passé les trente (SA) je vais l'avoir mon p'tit loulou alors que avant non, avant j'avais encore peur (...) voilà j'attendais, je savais pas ce qui allait se passer, mais on vit pas, on vit dans l'angoisse* ».

#### ***Après la naissance de l'enfant très prématuré***

Les professionnels de soin peuvent représenter une instance surmoïque qui autorise ou interdit, qui donne l'exemple à suivre au nom d'un savoir-faire. **Martine**, qui a accouché à 27 SA, énonce alors que son fils est âgé de 5 mois : « *Ben c'est ça qui est dur parce que on se sent pas tout à fait encore maman parce que c'est eux qui nous autorisent* ». **Sophie** nous fait part de son sentiment : « *On a l'impression qu'on a le droit de rien faire* ». Dans ce processus de devenir mère, devoir se soumettre à l'autorité d'un autre lorsque le sujet doit psychiquement



accepter de perdre son statut d'enfant pour advenir à celui de mère complexifiée sans doute la tâche, d'autant plus lorsque l'investissement libidinal de l'enfant serait déjà entravé.

L'équipe médicale et soignante peut aussi prendre le visage d'une mère archaïque au sens où elle contiendrait, rassurerait et serait présente de façon permanente, imaginativement sans failles. « *Les filles là-haut c'est vraiment des anges que ce soient les puers ou les auxiliaires ou les pédiatres ils sont vraiment super bien (...) le fait qu'elles soient à l'écoute H 24- 7 jours/7* », nous dit **Juliette** à 2 mois de vie de son fils, né à 27 SA. Ce type de transfert participerait à la fonction de contenance nécessaire à la construction du maternel.

Des mouvements ambivalents aussi s'énoncent : « *A la fois on est piégé dans ces hôpitaux et en même temps on a besoin de ces gens-là* » ou encore : « *On a le sentiment qu'on nous vole un petit peu ce temps qui devrait se passer à la maison au chaud tranquillement dans l'intimité* » nous relate **Sarah** à 6 mois de vie de sa fille, née à 28 SA. Dans une approche comparative, il est intéressant de repérer que ces mouvements ambivalents s'expriment davantage dans un après coup, comme s'ils étaient l'expression d'un travail de mise à distance nécessaire à « la prise de fonction » de mère de cet enfant-là et comme s'ils ne pouvaient s'énoncer qu'à partir du moment où le lien à l'enfant est consolidé.

D'autre part, le transfert de l'enfant dans un autre hôpital serait aussi un moment important de modifications des relations transférentielles. L'amélioration de l'état de santé de l'enfant ouvre un nouvel espace projectif. Lorsque l'enfant quitte le service de réanimation néonatale investi par la mère comme le lieu qui a sauvé la vie à son enfant, le confier à une autre équipe peut réactiver des angoisses de séparation vécues à la naissance. Ressenti comme un soulagement, le « transfert » de l'enfant serait aussi l'occasion du surgissement de motions hostiles liées à la frustration de la privation de la mère réelle qu'elles peuvent alors s'autoriser à projeter sur le nouvel environnement afin de garder intact le premier objet idéalisé. Se repère parfois en fonction de l'intensité psychique du vécu et des défenses de la mère, un clivage de l'objet entre le premier « bon » service (ou hôpital) et le « mauvais » service (ou hôpital) suivant. L'élaboration des pulsions agressives, déplacées sur les professionnels de soin, participerait également du processus de « maternalité » qui permet que se constitue la capacité maternante. En effet, elles énoncent à ce moment-là le manque d'intimité et le désir teinté d'ambivalence de rentrer à domicile. Un travail d'élaboration pour se « sevrer » de la surveillance médicale de l'enfant et retrouver la confiance dans la vie apparaît alors nécessaire.

***Mais de quel transfert parle-t-on ?***

La façon dont est vécu ce temps d'hospitalisation dépend du rapport au soin et à la dépendance de la personne. Se faire soigner, c'est se mettre dans les mains de l'autre. Cette position passive réactiverait le rapport au soin de l'enfant vis-à-vis de leur *imago* maternelle. La réactivation de ce rapport infantile et les remaniements identitaires et identificatoires inhérents au devenir mère peuvent entrer en résonance et générer de la conflictualité psychique en fonction de leur histoire singulière et plus particulièrement de la relation à leur *imago* maternelle. Différentes angoisses et fantasmes allant d'une polarité négative avec des angoisses d'intrusion, des sentiments de rivalité à une polarité positive dans des mouvements régressifs et de recherche d'étayage peuvent se rejouer dans les relations transférentielles et contre-transférentielles avec

les professionnels de soin. Ce transfert pourrait s'entendre comme un déplacement de celui adressé à la génération passée ; déplacement renforcé par le contexte de longue hospitalisation et par cette naissance « hors norme ». En effet, la fonction contenante de la famille peut alors être mise à mal par les difficultés d'identification : *« les équipes soignantes étaient formidables et je pense que ça m'a énormément aidée de parler avec elles, et parler peut-être avec des personnes qui nous comprennent et pas enfin de la famille qui peut pas imaginer »*, énonce **Sophie**. Lorsque le nouage avec l'enfant n'est pas encore advenu, les effets symboligènes ou anxiogènes des termes employés dans cet univers hautement médicalisé auraient davantage d'impacts subjectifs. Par exemple, nous avons pu repérer que la catégorisation médicale des « prémas » employée par les professionnels de soin offrirait par une nomination un espace symbolique permettant d'engager un processus d'humanisation de l'enfant. Opérant telle une greffe symbolique, la terminologie médicale participerait à la construction d'une représentation de cet enfant-là, si loin du bébé imaginaire.

Ces considérations nous ouvrent à la prise en compte de la temporalité psychique de la mère dans ces premiers temps de rencontre avec l'enfant. Sidérées par l'effraction du réel ou se retrouvant prématurément mère, un travail d'accompagnement participe à l'émergence du désir maternel afin de sortir de la sidération et de remettre en route les rêveries maternelles nécessaires à l'établissement des premiers liens.

### *Temporalité psychique*

L'analyse des entretiens permet de repérer la primauté de la temporalité psychique sur la temporalité chronologique dans le processus de maternalisation, qui se structurerait par une succession de différents temps logiques. Autrement dit, une femme qui accouche à terme, mais qui rencontre des difficultés de subjectivation de sa grossesse peut avoir le même discours qu'une femme qui accouche très prématurément. Dans les situations de naissance très prématurée, un travail d'accordage entre la logique temporelle de la mère, du bébé prématuré et des équipes soignantes s'avère complexe. Tenter d'articuler la temporalité psychique de la mère et le rythme des soins de développement donnés à l'enfant éviterait l'écueil d'une pratique qui serait alors « prescrite » car « bonne » pour l'enfant sans prendre en compte là où en est psychiquement la mère. Les mères en difficultés d'investissement libidinal de leur enfant peineraient parfois à se soutenir de la preuve de l'existence psychique de leur enfant. **Carole**, qui a accouché à 28 SA à la suite d'une prééclampsie, exprime à 17 jours de vie de sa fille : *« Pour moi un bébé doit pleurer, enfin doit chouiner faire du bruit quelque chose, elle non, mais bon c'est normal, mais elle non, elle fait rien ... rien »*.

Dans ces situations, favoriser la perception de l'existence psychique du bébé par des temps d'attention au bébé (repérage des signes de faim, d'éveil...) participerait également à la relance des processus fantasmatiques en proposant des représentations de l'enfant sur lesquelles les mères et les pères pourraient s'étayer. En effet, celles qui ont réussi à investir libidinalement leur enfant expriment davantage d'empathie par rapport à ce qu'elles imaginent que leur enfant ressentirait, notamment concernant la douleur. **Juliette** parvient à supposer du sujet à son fils : *« ça lui a arraché la peau (...) lui faire mal pour lui faire mal je suis pas d'accord euh j'ai dit attendez, vous croyez que c'est facile pour nous, pour lui c'est déjà pas facile mais pour nous en tant que parents c'est pas facile non plus de voir son bébé accroché de partout »*.

Enfin, en cas d'indisponibilité psychique de la mère ou d'une trop grande vulnérabilité, il s'agirait d'être encore plus attentif à ne pas se faire prendre par le fantasme que la médecine maîtrise la situation afin de ne pas laisser l'enfant devenir l'objet de la médecine en le laissant aux prises des machines. L'humanisation du lien ne peut se faire que par l'humain, même s'il rate, contrairement à la machine qui fonctionne. Nous en avons peu parlé mais il faudrait aussi s'appuyer davantage sur le père qui, dans sa fonction de liaison, de médiation et de phallicisation peut aider la mère à devenir « vorace » de son enfant, car lui seul partage les déterminants conscients et inconscients sous-jacents à la naissance de l'enfant.

### Conclusion

Nous avons montré que les conditions d'une naissance prématurée nécessitent un accompagnement des mères afin de permettre la poursuite de l'investissement libidinal de leur bébé. Envisager le maternel comme une co-construction (bébé, mère, père et professionnels) souligne l'importance des soins psychiques à chaque étape de la grossesse et des premiers temps de vie afin d'offrir un espace de pensée permettant l'émergence d'un sujet dans une situation marquée par un trop plein de risque et de réel, pour que chacun puisse inventer son chemin pour rencontrer l'autre.

### Références bibliographiques

- Ansermet, F. (1999). *Clinique de l'origine, l'enfant entre la médecine et la psychanalyse*. Lausanne : Payot, coll. « Psyché ».
- Ansermet, F. (2010). Naissances traumatiques. Dans J. André et L. Aupetit (dir.) *Maternités traumatiques* (pp. 63-80). Paris : PUF, coll. « Petite Bibliothèque de Psychanalyse ».
- Azoulay, C. & Emmanuelli, M. (2000). La feuille de dépouillement du TAT : nouvelle formule, nouveaux procédés, *Psychologie clinique et projective*, VI, 305-327.
- Blanchet, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* Paris : Armand Colin.
- Borghini, A. & Muller Nix, C. (2008). *Un étrange petit inconnu- La rencontre avec l'enfant né prématuré*. Ramonville Saint-Agne : Erès, coll. « 1001 BB », 91.
- Borghini, A. & Muller Nix, C. (2015). Traumatisme parental et conséquences lors d'une naissance prématurée, *Contraste*, 41, 65-84.
- Druon, C. (2009). *A l'écoute du bébé prématuré*. Paris : Flammarion, coll. « Champs essais ».
- Field, T. M. (1980). Interactions of preterm and term infants with their lower- and middle- class teenage and adult mothers » in T. M. Field, S. Golberg, D. Stern and A. M. Sostek (Eds.) *High risk infants and children: adult and peer interactions* (pp. 113-132.). New York: Academic press.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Laznik, M.-C. (2016). Peut-on penser une clinique du nœud borroméen qui distingue psychose et autisme chez le tout-petit ? In M. Berges-Boures et J.-M. Forget (dir.), *Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 415-437). Toulouse : Erès, coll. « Psychanalyse et Clinique ».
- Le Blanc, M. (1989). Comparaison du comportement de mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé, *Psychiatrie de l'enfant*, 32, 249-268.
- Maingueneau, D. & Angermuller, J. (2007). Discourse analysis in France. A conversation, *Forum Qualitative Social Research*, VIII (2). <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-8.2.254> [Page consultée le 23 Janvier 2020].
- Pierrehumbert, B. (2003). Attachement et psychopathologie, *Enfance*, 55, 74-80.

Ravier, A. & Pedinielli, J.-L. (2015). Prématurité et parentalité, *Enfance et Psy*, 65, 145-157.  
 Tysler, J.-J. (2010). Freud et le traumatisme, *Journal français de psychiatrie*, 36 (1), 3-4.

## Annexes

<b>1<sup>er</sup> GROUPE</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Age réel de l'enfant</i>
Naissance avant 33 SA avec ou sans MAP	Juliette à 27 SA Sarah à 28 SA+5j Martine à 27 SA Sophie à 29 SA Barbara à 28 SA	2 mois 6 mois 2 sem. 5 mois 6 mois 3 sem. 6 mois

<b>2<sup>ème</sup> GROUPE</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Terme en SA au 1<sup>er</sup> entretien</i>	<i>Terme en SA ou âge réel de l'enfant au 2<sup>ème</sup> entretien</i>	<i>Age réel de l'enfant au 3<sup>ème</sup> entretien</i>
Naissance avant 33 SA avec MAP	Safia à 32 SA Alice à 33 SA Carole à 29 SA	32 SA 31 SA 29 SA	2 jours 33 SA 17 jours	1 mois 1 mois ½ ×
Naissance après 33 SA avec MAP	Emma à 36 SA Inès à 37 SA	29 SA 26 SA	31 SA 30 SA	3 sem. ½ 1 mois 9 jours
<b>3<sup>ème</sup> GROUPE « TEMOIN »</b>	<i>Sujet de la recherche/ SA d'accouchement</i>	<i>Terme en SA au 1<sup>er</sup> entretien</i>	<i>Terme en SA ou âge réel de l'enfant au 2<sup>ème</sup> entretien</i>	<i>Age réel de l'enfant au 3<sup>ème</sup> entretien</i>
Suivi grossesse en milieu hospitalier	Charlotte à 40 SA Clothilde à 38 SA	19 SA 21 SA	37 SA 33 SA	2 sem. 5 jours 1 mois ½
Suivi grossesse par une sage-femme en libéral	Elodie à 39 SA Emilie à 34 SA Lisa à 41 SA+3j	24 SA 23 SA 23 SA	33 SA 32 SA 37 SA	2 sem. 2 jours 1 mois 3 sem.

Tableau 1. Protocole de recherche

## 12. Bio-écologie de la négligence envers les enfants orphelins et vulnérables : une revue critique de la question.

*The bio-ecology of neglect toward orphaned and vulnerable children (OVC): a critical review.*

**AÏGBA Raymond, BRASSELET Célénie & CLERC Jérôme**

Chercheur Post-doctorant en Psychologie

Maître de conférences, Psychologie de l'éducation, ESPE Lille Nord de France et Univ. Lille, EA 4072-PSITEC - Psychologie : Interactions, Temps, Émotions, Cognition, FRANCE

Professeur des Universités, Psychologie Cognitive, Université Grenoble Alpes, LPNC UMR CNRS 5105, Grenoble, FRANCE

[raysewan@gmail.com](mailto:raysewan@gmail.com)

143

### RÉSUMÉ/ABSTRACT

Nous proposons une revue critique de l'application de la théorie bioécologique à la question de maltraitance des orphelins et enfants vulnérables (OEV). La maltraitance envers les enfants, et son expression dans la négligence, interrogent aussi sur la qualité des supports sociaux et sur les formes d'implications politiques et sociales voire communautaires dans certains contextes (Dubowitz, 2007 ; Wolock & Horowitz, 1984). Par ailleurs, la catégorie institutionnelle « OEV » a révélé la « crise des enfants orphelins du sida » en Afrique subsaharienne, et la difficulté à circonscrire la situation d'orphelin sans la recontextualiser (Abebe, 2005, 2010 ; Hejoaka, 2014). Le modèle écosystémique peut être utilement appliqué à ces thématiques contextuelles et évolutives. Prenant note des avis et recommandations émis quant aux applications actuelles du modèle de Bronfenbrenner (Jaeger, 2016 ; Tudge, Mokrova, Hatfield, & Karnik, 2009), nous soulignons dans quelle mesure les premiers travaux de Bronfenbrenner pourraient avoir leur pertinence. Dans les contextes qui soutiennent peu le développement individuel, la version antérieure du modèle pourrait être de plus grande utilité que le modèle PPCT pour restaurer « l'agentivité » de la personne en développement.

Mots-clés : Orphelins ; O.E.V. ; Bio-écologie ; Négligences ; « Agentivité »

*We propose a critical review on the application of bioecological theory to the issue of abuse of orphaned and vulnerable children (OVC). Child maltreatment but its more specific expression in neglect also questions the quality of social supports, the forms of political and social even community implications in certain contexts (Dubowitz, 2007, Wolock & Horowitz, 1984). Besides that, the institutional category of OVC (Orphans and Vulnerable Children) has revealed the "AIDS orphan crisis" in sub-Saharan Africa and the difficulty of defining the situation of an orphan without recontextualization (Abebe, 2005, 2010, Hejoaka, 2014). The ecosystem model can be usefully applied to these contextual and evolving themes. Noting the advice and recommendations on current applications of Bronfenbrenner's model (Jaeger, 2016; Tudge, Mokrova, Hatfield, & Karnik, 2009), we note the extent to which Bronfenbrenner's early work might be relevant. In contexts with little support for individual development, the earlier version of the model might be more useful than the PPCT model in restoring the "agency" of the developing person.*

*Keywords: Orphans; O.V.C; Bio-ecology; Neglects; Agency*

## ARTICLE

Les questions autour de l'orphelinage s'inscrivent aisément dans les travaux sur les environnements à risque de maltraitance envers les enfants (Cohn & Daro, 1987; Lacharité & Fafard, 2011). La théorie bioécologique (Bronfenbrenner, 2001; Bronfenbrenner & Evans, 2000) paraît une approche pertinente pour traiter la question de la maltraitance des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV). L'objet de cette communication est d'interroger les préconisations récentes de ce modèle écosystémique (Jaeger, 2016; Tudge, Mokrova, Hatfield, & Karnik, 2009) puis d'envisager les conséquences. La thèse soutenue sera qu'à partir des travaux menés dans les années 70 sur la question de la négligence, on pourrait concevoir deux valences : contextuelle d'une part et agentive d'autre part, du modèle écosystémique. Cela supposerait une distinction à faire entre la version initiale (insistant sur les contextes) et la version tardive dite mature (insistant sur les processus proximaux) pour un abord différencié de la théorie de Bronfenbrenner. La catégorie institutionnelle OEV a hissé à une nouvelle dimension les formes de vulnérabilités qui menacent le développement des enfants orphelins. Nous traiterons d'abord la situation des enfants orphelins dans le cadre d'une famille nucléaire. Nous envisagerons ensuite l'orphelinage en référence à la catégorie OEV afin de contextualiser davantage la perception de l'enfant orphelin dans une perspective écosystémique.

### Les enfants orphelins au début du XXIème siècle

#### *Orphelins, deuil et vulnérabilités*

La définition d'un enfant orphelin paraît simple. Est identifié comme orphelin tout individu assimilable à un enfant – ayant moins de 21 - 25 ans, parfois moins de 16 ou 14 ans en fonction des contextes d'études (Clerc & Berteloot, 2015; Cluver, Gardner, & Operario, 2007; Hejoaka, 2014) et ayant définitivement perdu un ou ses deux parents des suites de décès. Cette définition permet d'identifier plusieurs profils d'orphelins en distinguant entre les « orphelins absolus » ayant perdu leurs deux parents et les « orphelins exclusifs » ayant perdu un parent (Valet, 2010). Dans le second cas, il est courant de distinguer entre « orphelin de père » et « de mère », cela permet de formuler des hypothèses spécifiques au sujet de ces deux profils (Ainsworth & Filmer, 2006; Cluver & Gardner, 2007).

Au regard de l'âge, se pose la question de la manière dont l'enfant vit l'évènement de la mort et la phase de deuil. Avant 6 - 7 ans, il est difficile pour l'enfant de se faire une idée réaliste sur le caractère irréversible et universel de la mort. En effet, l'analogie faite avec le sommeil et ses jeux à faire le mort dont il revient toujours, lui rendent difficile l'accès à la compréhension de la mort. A cela peut venir s'ajouter, indépendamment de lui, un désir d'adulte de le « protéger », ce qui lui fait courir le risque d'un deuil pathologique (Gravillon, 2015; Romano, 2007). En absence de mots clairs permettant à l'enfant d'expliquer le vide perçu à la suite du décès d'un parent proche, l'enfant est livré à sa propre capacité de construire des récits susceptibles d'expliquer l'absence soudaine et durable du proche aimé. Les imaginations vont alors le plus souvent dans le sens d'une punition pour une faute inconnue et génèrent chez lui un sentiment de culpabilité. Sur le moment et au point de vue émotionnel, les réactions affectives de l'enfant



peuvent varier, surprendre et choquer l'adulte. Les enfants peuvent ne pas se montrer affectés à l'annonce du décès et reprendre leur activité du moment.

A l'adolescence, on peut observer des manifestations face au deuil, similaires à celles observées chez les enfants mais pour des raisons différentes. Aux difficultés propres à la période adolescente (opposition critique aux modèles parentaux, envie de démarcation de l'enfance), se rajoute la difficulté du deuil à porter (Cordier, 2015). Le chagrin étouffé peut se traduire par des réactions inattendues, de la tristesse à la colère sans cause apparente, du retrait sur soi aux passages à l'acte violents. On peut aussi noter chez certains enfants et adolescents orphelins l'apparition de comportements nouveaux et auxquels on aurait tendance, en temps normal, à accorder une valeur positive, (surinvestissement des activités scolaires, endossement de responsabilités excessives) comme pour suppléer le parent disparu (Fawer Caputo, 2018; Cordier, 2007). Chez certains orphelins, cette « parentification » peut avoir des répercussions à long terme sur la vie individuelle et la dynamique des rapports familiaux (Clerc, 2018).

Aux niveaux cognitif et du développement social, il est reconnu depuis les travaux de Goldfarb (1945), que le placement en institution d'enfants abandonnés dès le jeune âge est associé à des lacunes cognitives persistantes, encore après des années suite à leur retrait de ces structures (Tizard & Hodges, 1978). Il peut paraître problématique d'associer le statut d'orphelin à des troubles de fonctionnement cognitif, mais de nombreux travaux mettent en lumière des relations significatives entre les manques affectifs et leurs performances scolaires (Escueta, Whetten, Ostermann, & O'Donnell, 2014). En Turquie, des études ont montré que l'amélioration de la qualité des services apportés dans les orphelinats aux enfants orphelins et abandonnés permettait rapidement d'améliorer les compétences langagières et cognitives de ces derniers (Berument, Sönmez, & Eyüpoğlu, 2012).

Au point de vue psychopathologique, des études ont fait état de détériorations importantes de l'estime de soi, de troubles affectifs (bipolaires et unipolaires), de dépressions et d'hospitalisations récurrentes ou à long terme, chez des adultes qui ont en commun d'avoir connu l'épisode traumatique de perte d'un parent (Appel & al., 2013 ; Barnes & Prosen, 1985). Plusieurs études montrent que la manière dont est vécue dans l'enfance, la perte d'un ou des deux parents, influence les futurs ajustements sociaux à l'âge adulte (aptitudes à un mariage satisfaisant, une vie de famille stable et à des rapports adéquats parents-enfants). La survenue soudaine ou anticipée du décès, le fait qu'on en ait parlé en famille avant (parfois avec le parent disparu), le fait que le parent disparu ait ordonné au su des enfants la cohérence de la vie familiale après lui, la cause du décès (externe ou naturelle), sont autant de variables impliquées dans l'adaptation d'adultes ayant connu la perte d'un parent dans leur enfance (Hilgard, Newman, & Fisk, 1960).

#### *Négligences chez les OEV*

Dans le domaine des maltraitances envers les enfants, on fait aujourd'hui une distinction entre les abus et les négligences. Dès les années 80, cette distinction fut présentée comme faisant l'objet de confusions souvent naïves mais aussi politiquement et socialement motivées (Dubowitz, 2007 ; Wolock & Horowitz, 1984). On distingue les abus sur enfants, qui sont des actes intentionnels de parents ou de tuteurs qui peuvent avoir pour conséquence de leur causer

un préjudice physique ; et les négligences qui constituent l'échec chronique de parents ou tuteurs, qui en ont les capacités, de fournir aux enfants un minimum de soins adéquats dans les domaines essentiels<sup>55</sup>. La distinction importante réside dans le fait que les abus sont commis tandis que les négligences relèvent d'omissions (Straus & Kantor, 2005 ; Tang, 2008).

Pour parvenir à une définition consensuelle de la négligence dans diverses sociétés, on recourt à l'idée des besoins fondamentaux des enfants à satisfaire. Ces besoins peuvent être d'ordre émotionnel, médical et éducatif. Un besoin particulier est le besoin de disponibilité psychologique de l'entourage de l'enfant, dont la satisfaction rend possible la satisfaction d'autres besoins, en particulier physiques et éducatifs (Lacharité, Éthier, & Nolin, 2006). L'absence d'un niveau minimum de disponibilité psychologique définirait la limite contre quoi des efforts doivent être déployés.

L'enjeu de la définition de la négligence est de fournir des moyens de protection des enfants en situation de risque. La complexité à parvenir à une définition commune des cas de négligence rend ceux-ci difficiles à saisir. Comment traiter cette problématique de la négligence en relation avec les enfants orphelins et vulnérables ? La question nous conduit à considérer de nouveaux contextes et de nouvelles situations de vulnérabilité. Le champ des études disponibles sur la négligence se rétrécit lorsque l'on se centre sur d'autres contextes que ceux précurseurs (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni). Il est davantage réduit si l'on se concentre sur les cas d'orphelins. La catégorie institutionnelle OEV porte quant à elle, à la connaissance du monde, les cas d'enfants orphelins en Afrique à la suite de crises sociales épidémiologiques et politiques (Cluver & Gardner, 2007; Hejoaka, 2014).

En France, la visibilité des enfants orphelins est faible en comparaison de ce qu'elle fut au début du siècle dernier. Leur proportion a constamment baissé depuis les années 1950, du fait de la fin des conflits et des progrès réalisés dans la lutte contre la mortalité (Monnier & Penneç, 2003). On y relève une plus grande proportion d'orphelins exclusifs que d'orphelins absolus. En Afrique, au contraire, la problématique des enfants orphelins est très visible et met en cause les ressources mobilisables localement pour pourvoir aux besoins et à la protection des enfants (Korbin, 2002 ; Skovdal & Campbell, 2010). Il est par ailleurs intéressant de questionner le mode d'action international (Cheney, 2010). Serait-il envisageable, dans les contextes où les moyens locaux de protection de l'enfance sont faibles, qu'une approche fondée sur le modèle écosystémique<sup>56</sup> initial (Bronfenbrenner, 1974 ; 1975) inspire une plus forte implication d'agents locaux dans les interventions internationales ?

L'expression « Orphelins et Enfants Vulnérables » (OEV) formule une préoccupation conjointe à l'égard de l'orphelin et de l'enfant vulnérable au sens large. Elle est cependant l'expression d'un mode d'intervention d'acteurs distants qui lui a valu des critiques (Foster, 2002 ; Hejoaka, 2014 ; Skovdal & Campbell, 2010). La force de ces interventions, dans les contextes de pauvreté

<sup>55</sup> Ces domaines regroupent plusieurs points, selon les contextes socioculturels et les niveaux de développement économique des pays considérés. Dans les pays les plus avancés dans la recherche sur la négligence, on réfère dans les définitions aux domaines de la santé, la nutrition, le logement, l'éducation, la surveillance, l'affection, l'attention et la protection.

<sup>56</sup> Nous emploierons le terme écosystémique pour renvoyer à la théorie de Bronfenbrenner de manière indifférenciée. Le cas échéant, nous préciserons *initial*, pour la version écologique et *tardif* ou *mature* pour la version bioécologique.

où ils concourent à mobiliser rapidement des fonds autrement inaccessibles, fait aussi leurs limites. À l'échelle internationale, les politiques mises en œuvre contre la croissance rapide du nombre d'orphelins en Afrique subsaharienne, se sont caractérisées par un abord techniciste et fragmentaire des vulnérabilités de ces enfants (Hejoaka, 2014 ; Skovdal & Campbell, 2010). Plusieurs déterminants ont pu altérer l'efficacité de ces interventions. Les conditions d'urgence humanitaire, qui président à leur détermination, pallient de façon conjoncturelle à une problématique structurelle de sous-développement d'états (Hejoaka, 2014). Ce modèle d'intervention n'offre pas le temps nécessaire à une identification compréhensive et à un renforcement des potentialités locales, alors que des communautés locales disposent d'un savoir de proximité et sont à même de déployer des stratégies permettant de pallier aux vulnérabilités de manière durable (Drew, Makufa, & Foster, 1998 ; Foster, 2002 ; Nyamukapa & Gregson, 2005 ; Skovdal & Campbell, 2010).

### **Approches bioécologiques de la maltraitance et risques de négligence chez les enfants orphelins**

*Le modèle bioécologique : Bronfenbrenner "contre" Bronfenbrenner*

De nombreux travaux se réclament du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2001). Est-il l'outil dont l'usage rend transparents les processus sous-jacents au développement humain ?

Le modèle bioécologique est complexe, bien que l'on se soit habitué à en offrir une représentation simple en unité de cercles emboîtés d'interaction<sup>57</sup>. Il intègre trois types de caractéristiques de la personne (*demande, ressource et force*)<sup>58</sup>, quatre types de contextes (les *micro- méso- exo et macrosystème*), et trois manières distinctes de conceptualiser le temps (*le micro-temps* : temps des activités spécifiques ou des interactions, *le méso-temps* : temps de la récurrence des activités et interactions, et *le chronosystème* : temps long de l'évènementiel ou des attentes dans la société, temps intra et inter générationnel, pouvant influencer et être influencé par les processus de développement des personnes dans la société).

Ce qui fait la complexité du modèle, au-delà de la pluralité des concepts, c'est la manière dont ces éléments sont sensés interagir en synergie pour produire le développement. Y appliquer, par exemple, le schéma classique des variables indépendantes et dépendantes peut se révéler complexe, voire réducteur. S'il n'est pas nécessaire, pour se réclamer du modèle, de mener une étude dont le plan expérimental intègre l'ensemble des éléments et interactions, certains auteurs préconisent des règles de conduites visant à être plus rigoureux à l'égard du corpus théorique et de la méthodologie préconisée par Bronfenbrenner (Jaeger, 2016 ; Tudge, Mokrova, Hatfield & Karnik, 2009 ; Tudge & al., 2016). Tudge et ses collègues (2009) notent qu'il est rare de prétendre, lorsqu'on se réfère à la théorie de Vygotski ou de Piaget, pouvoir en donner une représentation adéquate s'appuyant seulement sur leurs premiers travaux. Au contraire

<sup>57</sup> A cet égard, le travail de Jaeger (2016) est une contribution rare en ce qu'il offre un autre type de figuration du modèle permettant de lever quelques imprécisions et ainsi, éviter des erreurs de compréhension que la représentation classique du modèle peut induire.

<sup>58</sup> Traduit de l'anglais « *Demand* », « *Ressource* » et « *Force* ». Cf. Tudge & al., 2009 pour une description plus détaillée.

convient-il de pouvoir en identifier les élaborations distinctes sans les confondre. La plupart des travaux se réclamant du modèle bioécologique n'ont pas cette rigueur conceptuelle.

Dans les années 70, Bronfenbrenner développe son modèle en insistant sur la prise en compte de l'environnement dans la compréhension du développement de la personne, mesurant à quel point cette dimension n'est pas présente dans les travaux de son époque (Jaeger, 2016 ; Tudge, 2017). C'est ce que l'on pourrait qualifier « d'âge écologique » du modèle. Ses travaux d'alors n'insistent peut-être pas suffisamment sur la part qu'un individu peut prendre dans le processus de son propre développement. En deux décennies, Bronfenbrenner réaffirme sa conception du développement comme étant le produit des interactions entre les caractéristiques de la personne et celles du contexte dans lequel elle se situe (Bronfenbrenner & Morris, 2006 ; Tudge & al., 2009). Des auteurs s'accordent pour souligner alors le tournant « bioécologique » de la conception finale. Le modèle souligne alors le rôle d'agent que peut prendre l'individu par la manière dont il s'inscrit dans ce que lui fournit son contexte (objets ou partenaires d'interaction). Dans les années 90, l'auteur précise sa conception et la complète en définissant le processus proximal, dont il finit par faire le moteur du développement (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Les processus proximaux sont les mécanismes par lesquels la personne s'engage dans les activités et interactions. L'individu est autant affecté par le jeu des interactions que, par ces interactions, il altère les caractéristiques de son contexte. Ces processus doivent se répéter sur une base stable de manière régulière. Le développement se réalise à mesure que la personne en activité ou/et en interaction voit ses actions croître en complexité et en constance. Un ultime critère qui fonde une étude sur la théorie bioécologique est de pouvoir utiliser les méthodes appropriées afin de tester la théorie dans le champ disciplinaire envisagé (Tudge, 2017 ; Tudge & al., 2016). Ce critère est préconisé par les auteurs au regard de la manière dont Bronfenbrenner soulignait la nécessité d'une méthodologie opérationnelle pour tester son modèle Processus-Personne-Contexte-Temps (PPCT). Dans une première étude (Tudge & al., 2009), les auteurs ont retenu 4 études sur 25 menées depuis les années 2000 comme répondant aux critères du modèle bioécologique. De même, en 2016, Tudge *et al.* ont reconnu 2 études sur 20 comme étant fondées sur le modèle. Pour les auteurs, la référence au modèle bioécologique doit être d'une méthodologie rigoureuse. Il est peu réaliste de considérer toutes les dimensions du modèle dans la conception d'une étude (Jaeger, 2016). On peut aussi faire le choix de se saisir d'une version antérieure à la version « mature » (Tudge & al., 2016), mais cela doit être clairement explicité comme mode d'inscription au modèle et les raisons doivent en être exposées. Cela dessert le modèle d'affirmer y fonder une étude alors que l'on réfère à une version peu située ou incomplète et loin de pouvoir, en tant que tel, le restituer adéquatement.

#### *Approches écosystémiques de la maltraitance et de la négligence*

Le point de vue que nous défendons est que les questionnements autour de la maltraitance pourraient être appréhendés à partir du modèle de Bronfenbrenner, en nous distinguant sensiblement des travaux de Jaeger (2016) et de Tudge *et al.* (2016). Nous partageons leur souci de mieux situer les critères permettant de définir et identifier une étude comme étant basée sur ce modèle. Le risque de confusion est réel lorsque des études se réclament du modèle de

Bronfenbrenner, certaines se fondant sur ses travaux des années 70, d'autres sur ses travaux des années 80, d'autres encore référant aux élaborations des années 90 avec le modèle PPCT (Tudge & al., 2009). Il ne s'agit pas non plus d'aller contre l'idée selon laquelle la version PPCT du modèle est méthodologiquement plus aboutie. Néanmoins ce qui fait l'intérêt du modèle écosystémique pour l'examen de la problématique de la négligence c'est, qu'au regard de l'évolution présentée par Tudge et ses collègues (2016), nous voyons, dans la problématique de la négligence une possibilité de recourir aux travaux de la première heure pour un contenu aussi mature que ceux de la dernière heure. Les deux conceptions écologiques et bioécologiques peuvent être envisagées comme deux pôles d'un *continuum* d'agentivité. A l'une des extrémités de ce *continuum*, le contexte se révélerait insuffisant pour soutenir l'agentivité de la personne, de manière ponctuelle ou structurelle. A l'autre extrémité, le contexte serait apte à soutenir, dans une société jugée compétente, l'agentivité de la personne. Le modèle, dans cette conception, pourrait s'appliquer de manière circonstanciée aux variétés de situations relatives aux questions de la négligence envers les enfants, de la négligence circonstancielle envers les enfants orphelins, ou encore de la maltraitance envers les OEV (Clerc, 2018 ; Hejoaka, 2014 ; Lacharité & al., 2006 ; Skovdal & Campbell, 2010).

Dans le cadre du questionnement relatif à la maltraitance (incluant la négligence), il importe d'orienter la réflexion sur les déterminants extra-familiaux du mauvais traitement envers les enfants (voir par exemple : Garbarino, 1977). Il s'agissait, dans cette optique, en partant des travaux de Bronfenbrenner, d'avancer une lecture sociale voire politique du phénomène de la maltraitance permettant de rompre avec l'approche psychiatrique du paradigme de la déviance (Garbarino, 1977). Le sens de l'approche écosystémique n'est pas non plus celui d'une agentivité d'individus insensibles à toute épreuve. Bronfenbrenner reste aussi ce théoricien des environnements culturellement voire politiquement propices à l'expression des potentialités «|agentives » des individus (Bronfenbrenner, 1974 ; Bronfenbrenner & Evans, 2000). Selon cette approche, le potentiel agentif des individus dépend en partie des environnements sociaux et de l'histoire de leur évolution. Bronfenbrenner lui-même a évoqué, bien qu'il l'ait peu développée, la question d'une efficience différenciée des processus proximaux selon la réalité des divers contextes (Bronfenbrenner, 1975, 2001 ; Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

#### *La négligence circonstancielle chez les orphelins exclusifs*

La négligence est circonstancielle lorsque les besoins minimaux non-satisfaits de l'enfant, le sont parce que les parents et proches sont en difficulté à les satisfaire, de manière adéquate et relativement aux normes de la communauté à laquelle ils appartiennent (Lacharité & al., 2006). La dimension circonstancielle de la négligence peut être associée à une détermination temporellement limitée. Si elle n'est pas résolue, elle pourrait évoluer en négligence chronique. Dans le cas des enfants orphelins, la dimension circonstancielle de la négligence est liée à la situation de deuil familial qui peut être transitoire (Clerc, 2018). Notre propos concerne ici le risque de négligence qui peut prévaloir chez les enfants orphelins exclusifs en France.

La survenue du décès d'un parent implique que le parent survivant, malgré son deuil, doit continuer seul à élever les enfants. Cette situation comportant des risques notamment au niveau



psychopathologique pour le parent survivant, pourrait déboucher sur une moindre disponibilité affective et psychologique envers les enfants. La négligence qui pourrait en résulter est supposée moins tenir du parent que des circonstances (Clerc, 2018 ; Lacharité & al., 2006). Notons que la négligence peut survenir également du fait que l'enfant lui-même, face à la situation de deuil, peut ne pas exprimer ses besoins et amoindrir ainsi la possibilité qu'aurait le parent / l'entourage d'y répondre. Or, la situation de deuil ajouterait aux besoins préexistants au décès parental, de nouveaux besoins à satisfaire, par exemple le besoin d'être écouté et accompagné dans son deuil. Trois raisons sont avancées pour expliquer cette attitude de l'enfant : une culpabilité plus ou moins consciente (Hanus, 2006), la volonté de protéger le seul parent qui lui reste, et l'ignorance dans laquelle il peut se trouver à comprendre ses propres besoins en situation de deuil (Clerc, 2018). A partir de l'élaboration du modèle écologique de Bronfenbrenner, plusieurs niveaux seront envisagés comme susceptibles d'influencer cette négligence circonstancielle. Il s'agit bien ici d'envisager comment l'individu agit dans un environnement et un contexte donné.

Tout d'abord, au niveau *microsystémique* (milieu immédiat de l'individu), plusieurs éléments peuvent contribuer à un risque de négligence. Il peut s'agir de la méconnaissance conjointe, de la part de l'entourage et des enfants, du besoin de communication des uns et des autres. Un enfant orphelin peut autant être confronté au silence du parent survivant que participer à ce silence. Des manifestations symptomatologiques (comportementales, émotionnelles) du côté des enfants ou du parent peuvent induire une situation de négligence en réduisant la disponibilité psychologique du parent. L'école est aussi un *microsystème* concerné par le risque de négligence circonstancielle de l'orphelin. En France, les enseignants se disent concernés par la situation des enfants orphelins mais affirment se sentir démunis en école élémentaire et secondaire face à la question (Fondation Ocirp, 2017). Ils pointent un manque de formation et oscillent entre la volonté d'aider et la crainte de « sur-victimiser » ces enfants. Des chercheurs insistent sur la nécessité de rendre aptes les personnels scolaires aux situations où la mort s'invite à l'école (Heath, Leavy, Hansen, Ryan, Lawrence & Sonntag, 2008 ; Romano, 2007). Le silence prévaut encore dans nombre d'établissements. Les préconisations des chercheurs visant à former les personnels éducatifs à l'accueil des enfants orphelins à l'école pourraient rendre le microsystème scolaire plus compétent à gérer cette question.

Au niveau du *mésosystème*, la question est de savoir si la coordination de microsystèmes pourrait fournir des solutions dans le cas où l'enfant ne trouverait pas de réponse à ses besoins de disponibilité psychologique d'adultes dans le milieu scolaire ou familial. Cela est difficile à envisager si le niveau de la communication entre différents microsystèmes n'est pas développé. L'information du décès parental ne doit pas seulement se transmettre, mais donner suite à des préoccupations communes sur les conséquences pour l'enfant et sa famille. De telles formations d'échanges entre parents d'enfant, qui puissent constituer d'autres collectifs autour de l'intérêt des familles, ne sont pas toujours disponibles. La mise en place de collectifs de parents d'enfants orphelins, à laquelle l'école pourrait être associée, pourrait aider à la structuration d'un tel *mésosystème*.

En France, des structures de services publics (la Caisse d'Allocations Familiales, Pôle Emploi), faisant partie de l'environnement *exosystémique*, font de ce sous-système une réalité plus



palpable que dans d'autres pays ne disposant pas de telles institutions. A ce niveau, des politiques en matière d'éducation et de sensibilisation peuvent paraître autant de canaux facilitateurs des prises de consciences (besoins à satisfaire chez les orphelins, aptitudes d'adultes autres que les parents biologiques à les satisfaire, etc.). Soulignons néanmoins qu'au vu de l'histoire du pays, les enfants orphelins sont aujourd'hui l'objet d'une invisibilité qui reste un sujet de préoccupation. Le *macrosystème* étant celui des valeurs et normes, une suggestion pourrait être de prendre la mesure des opinions partagées sur la négligence (opinions, états des savoirs sur la question). Enfin viendrait la question des risques de négligence circonstancielle dans sa dimension historique. Ce serait la dimension *chronosystémique* du problème, celle de son évolution dans le temps de l'histoire française ou occidentale.

### *La négligence envers les enfants orphelins et vulnérables en Afrique*

En Afrique, la négligence envers les enfants serait difficile à isoler comme expression de la maltraitance survenue par omission dans des contextes de manque de structures de protection et de recherche locales, en bref, de faiblesse structurelle des institutions économiques et sociales (Lachman & al., 2002). La difficulté d'identification des cas de négligence serait du même ordre que la difficulté, en Afrique, d'identification d'enfants orphelins spécifiquement du VIH/Sida parmi les enfants orphelins pour plusieurs autres raisons (pauvreté, guerres, paludisme, famines, cf. Abebe, 2010). Aborder la question de la négligence des enfants orphelins en Afrique c'est alors l'envisager d'abord par une définition de travail (Grant & al., 2003), en se préoccupant de manière indifférenciée des cas de maltraitances dans des contextes où les châtiments corporels sont répandus et souvent considérés comme normaux (Chinawa, Aronu, Chukwu, & Obu, 2014 ; Ismayilova, Gaveras, Blum, Tö-Camier, & Nanema, 2016). Aussi, le statut d'orphelin pourrait être envisagé de manière à entrer en résonance avec les expériences locales qui pourraient différer des conceptions usuelles dans la recherche. Plus particulièrement, des auteurs notent que dans les contextes à normes patriarcales avec des mères à faible statut socio-économique, la perte du conjoint réduit leurs enfants à une situation équivalente à celle d'orphelins absolus. De même, en Ethiopie, l'absence effective de tuteur (non son décès) compte beaucoup dans la définition locale de l'orphelin (Abebe, 2005, 2010 ; Foster, 2002 ; Skovdal & Campbell, 2010).

Les enfants orphelins, dans la définition large qu'on pourrait ici adopter, souffrent de mauvais traitements difficiles à situer sur un *continuum* allant de la négligence aux abus émotionnels et physiques (Mennen, Kim, Sang, & Trickett, 2010). La condition d'« orphelin » les expose davantage à la négligence que les enfants sous surveillance parentale. Du fait de la tradition de familles élargies, les enfants orphelins (exclusifs ou absolus) connaissent rapidement un placement et changement de tuteur. Ils sont perçus comme une charge supplémentaire dans leurs familles d'accueil. L'expérience de changement de tuteurs ne reflète plus toujours la réalité des dispositifs informels dont on a vanté les mérites solidaires contre les problèmes d'enfants de rue ou orphelins. Vu du regard des concernés affectés<sup>59</sup> du VIH/Sida, ces

<sup>59</sup> Selon l'Unicef (2007), la terminologie « enfants affectés par le Sida » est utilisée en référence aux enfants et adolescents de moins de 18 ans qui vivent avec le VIH, dont un parent au moins est mort à cause du Sida, qui sont vulnérables et dont la survie, le bien-être ou le développement sont menacés ou altérés par le VIH.

changements marquent souvent le début d'une vie de corvées, de déscolarisation, de brimades et de discriminations (Ansell & Young, 2004 ; Cluver & Orkin, 2009).

Le tableau des risques que courent ces enfants est assez fourni pour pouvoir en donner ici un aperçu exhaustif. Pour néanmoins en donner un aperçu écosystémique, nous allons présenter une des situations d'enfants dont le cas a été décrit et nous interroger sur les ressorts de son agentivité. Skovdal et Ogutu (2009) se sont penchés sur le cas d'enfants affectés du VIH/Sida (enfants dont les parents sont malades) au Kenya où un nombre croissant de malades bénéficient d'accès aux traitements antirétroviraux (ART). Ces enfants prennent la responsabilité de s'occuper de leurs parents malades et mourants. Cette charge implique, en sus des actes de soins prodigués dans la vie quotidienne et intime un support psychologique, des actes précis et contraignants liés aux traitements ART. Nous choisissons le cas de Carolyne qui donne un sens positif et négatif à son expérience de soignante. Son cas correspond, selon les auteurs, à la majorité des cas étudiés.

**Carolyne**, perd son père à l'âge de 7 ans. Elle vit dans une famille où sa mère tombe malade peu après le décès du père. Elle va donc se retrouver à devoir assumer des fonctions d'adulte dans un environnement pauvre avec une mère qu'elle commence à soigner et qu'elle soignera à ses dix ans. Au moment où sa mère tombe malade, Carolyne doit partager son temps entre les tâches de soins prodigués à cette dernière et les tâches ménagères ; elle doit également s'occuper de sa petite sœur et suivre sa propre scolarité. Elle est, à ce moment, la personne sur laquelle repose son microsystème familial. Les coûts affectif, cognitif, et physique de ses efforts ne lui permettent que peu l'accès à l'autre microsystème structurant pour son éducation : l'école. Ses expériences proximales sont des impératifs qui, s'ils lui permettent de développer une identité valorisante dans son environnement de jeune soignante, l'exposent régulièrement à la maladie, l'affaiblissement, les rechutes de la figure maternelle. Un support que lui offre son contexte (exosystème) est l'accès aux traitements (ART). Un de ses espaces microsystémiques correspond à l'hôpital. En effet, du fait d'une faible qualité des soins assurés par le personnel hospitalier, elle est régulièrement amenée à se rendre à l'hôpital pour dispenser elle-même certains soins à sa mère. Elle peut compter sur l'aide ponctuelle de sa sœur dans ses tâches, mais a aussi des responsabilités à son égard. Une tante, plus tard seulement, lui servira de substitut maternel. Dans un premier temps elle se débrouillera seule à accompagner sa mère jusqu'à la mort.

Ces éléments de la maison d'une mère malade et mourante (et qui finira par mourir), de l'école rendue inaccessible par le fonctionnement des microsystèmes (maison et hôpital), constituent autour de Carolyne un mésosystème plutôt incompetent pour une fille aînée qui ne manque pas de ressources. Elle déploiera beaucoup d'énergie à tenir la maison et à soigner sa mère. Elle montrera de la détermination à reprendre ses études malgré les conseils de l'enseignant d'arrêter sa scolarisation. Après la mort de sa mère, elle se remettra au service d'une grand-mère affaiblie et dont les enfants sont morts. L'octroi d'une subvention scolaire à sa sœur restructure son microsystème. Sa sœur va changer de ville pour poursuivre ses études. Autant cet événement la déleste d'une de ses responsabilités, autant cela l'isole davantage et la prive, même temporairement, d'une figure d'étayage familial. Elle pourra compter, en négociant cela, sur les

aides occasionnelles des membres de la communauté pour manger et obtenir des avantages matériels.

L'écosystème de Carolynne va manquer de stabilités microsystemiques propices à l'exercice de processus proximaux scolaires de long terme. Son expérience de soignante lui confère une utilité dans son environnement, mais la prive d'opportunités de s'investir dans un parcours de formation professionnelle qualifiante. Elle est donc durablement condamnée à dépendre des services qu'elle peut fournir dans sa communauté, moyennant d'autres services qui lui sont rendus en nature (repas, hébergement, soins etc.). Son contexte pédagogique ne peut lui venir en aide. Peut-être en référence aux normes implicites de son milieu en matière d'éducation des filles, son enseignant réfrène son ardeur à vouloir poursuivre ses études. Ainsi, même déterminée à assister aux cours quand elle en aura la possibilité, ses expériences proximales scolaires seront de nature plutôt décourageante. Elle continuera de s'investir dans les soins apportés aux personnes de sa communauté, soutenue par le lien qu'elle garde avec une tante lui servant de substitut maternel. Son cas laisse à penser que, ne manquant pas de ressources, un environnement plus soutenant lui a pourtant fait défaut.

En résumé, le cas de Carolynne issu de l'étude de Skovdal et Ogutu (2009), nous permet d'avoir une vision des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les enfants orphelins dans certains contextes dépourvus de structures fortes de soutien social. Cela est très souvent le cas dans les pays en développement, dont les services sociaux ne peuvent seuls juguler la crise sociale engendrée par l'épidémie du Sida/VIH (Hejoaka, 2014 ; Skovdal & Campbell, 2010). C'est dans de telles configurations sociales que le modèle initial de Bronfenbrenner (1974, 1975), insistant conjointement sur l'importance des politiques sociales, des pratiques communautaires et des contextes sociaux pour soutenir le développement des individus et des enfants, nous semble révéler toute sa pertinence. C'est aussi cela que permettent de saisir les travaux initiaux sur la maltraitance des enfants (Dubowitz, 2007 ; Garbarino, 1977).

## Conclusion

La « figure de l'orphelin » avec ses facettes de vulnérabilité diverses et plurielles reste un statut qui dynamise encore nos perceptions de la vulnérabilité infantile (Abebe, 2005, 2010). Les enfants orphelins sont à cet égard des figures sentinelles. Leurs conditions de vie, dans une société, à un stade donné de l'histoire de son développement, sont les indicateurs d'une compétence collective à œuvrer au bien-être général des enfants (Skovdal & Ogutu, 2009). Le modèle bioécologique comme outil conceptuel visant à expliciter les mécanismes qui influent sur le développement humain peut être utilement appliqué à la problématique de la négligence envers les enfants orphelins et/ou vulnérables pour peu que l'on puisse y recourir avec rigueur et cohérence (Jaeger, 2016 ; Tudge & al., 2009, 2016). En ayant en vue la condition des OEV dans certains milieux, une préoccupation davantage orientée à rendre plus compétent le contexte peut être un moyen privilégié de restaurer l'agentivité des personnes en développement.

## Références bibliographiques

- Abebe, T. (2005). Geographical dimensions of AIDS orphanhood in sub-Saharan Africa. *Norsk Geografisk Tidsskrift - Norwegian Journal of Geography*, 59(1), 37–47. <https://doi.org/10.1080/00291950510020547>
- Abebe, T. (2010). Beyond the 'Orphan Burden': Understanding Care for and by AIDS-affected Children in Africa. *Geography Compass*, 4(5), 460–474. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2009.00301.x>
- Ainsworth, M. & Filmer, D. (2006). Inequalities in children's schooling: AIDS, orphanhood, poverty, and gender. *World Development*, 34(6), 1099–1128. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.11.007>
- Ansell, N. & Young, L. (2004). Enabling households to support successful migration of AIDS orphans in southern Africa. *AIDS Care*, 16(1), 3–10. <https://doi.org/10.1080/09540120310001633921>
- Appel, C., Weiling, J. C., Deltour, I., Frederiksen, K., Hjalgrim, H., Dalton, S., Oksbjerg, ... & Bidstrup, P. E. (2013). Early parental death and risk of hospitalization for affective disorder in adulthood. *Epidemiology*, 24(4), 608–615. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3182915df8>
- Barnes G. E. & Prosen, H. (1985). Parental death and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 64–69. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.94.1.64>
- Berument, S. K., Sönmez, D., & Eyüpoglu, H., (2012). Supporting language and cognitive development of infants and young children living in children's homes in Turkey. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 743–752. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01314.x>
- Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental research, public policy, and the ecology of childhood », *Child Development*, 45(1), 1–5. <https://doi.org/10.2307/1127743>
- Bronfenbrenner, U. (1975). The ecology of human development in retrospect and prospect. *Engineering for Power*, Papier présenté à la "Conference on Ecological Factors in Human Development", International Society for the Study of Behavioral Development, Guilford, England, July 13–17.
- Bronfenbrenner, U. (2001). Bioecological theory of human development. In N. J. Smelser and P. B. Baltes (eds), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 6963–6970). Dordrecht : Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/00359-4>
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568–586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Bronfenbrenner, U. & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9(1), 115–125. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00114>
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998/2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (eds), *Handbook of Child Psychology* (pp. 793–828), Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Cheney, K. (2010). Deconstructing childhood vulnerability: An introduction. *Childhood in Africa*, 2(1), 4–7.
- Chinawa, J. M., Aronu, A. E., Chukwu, B. F., & Obu, H. A. (2014). Prevalence and pattern of child abuse and associated factors in four secondary institutions in Enugu, Southeast Nigeria. *European Journal of Pediatrics*, 173(4), 451–456. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2191-4>
- Clerc, J. (2018). Négligence circonstancielle chez des enfants orphelins d'un parent. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 43(1), 143–164.

- <https://doi.org/10.3917/rief.043.0143>
- Clerc, J. & Berteloot, J. (2015). Une mémoire saturée. *L'école des parents*, 616(5), 26-27.
- Cluver, L. D. & Gardner, F. (2007). Risk and protective factors for psychological well-being of children orphaned by AIDS in Cape Town: a qualitative study of children and caregivers' perspectives. *AIDS Care*, 19(3), 318-325. <https://doi.org/10.1080/09540120600986578>
- Cluver, L. D., Gardner F., & Operario, D. (2007). Psychological distress amongst AIDS-orphaned children in urban South Africa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n°84(8), 755-763. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01757.x>
- Cluver, L. D. & Orkin, M. (2009). Cumulative risk and AIDS-orphanhood: Interactions of stigma, bullying and poverty on child mental health in South Africa. *Social Science and Medicine*, 69(8), 1186-1193. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.033>
- Cohn, A. H. & Daro, D. (1987). Is treatment too late: What ten years of evaluative research tell us. *Child Abuse and Neglect*, 11(3), 433-442. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90016-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90016-0)
- Cordier, G. (2007). L'enfant endeuillé. *Le Journal Des Psychologues*, 247(4), 46-50. <https://doi.org/10.3917/jdp.247.0046>
- Cordier, G. (2015). L'adolescent orphelin : l'impossible désidéalisation. *L'école Des Parents*, 616(5), 24-25. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-l-ecole-des-parents-2015-5-page-24.htm>
- Drew, R. S., Makufa C., & Foster G. (1998). Strategies for providing care and support to children orphaned by AIDS. *AIDS Care*, 10(2), 9-15. <https://doi.org/10.1080/09540129850124325>
- Dubowitz, H. (2007). Understanding and addressing the "neglect of neglect." Digging into the molehill. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 603-606. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.002>
- Fondation Ocirp (2017). *Actes du colloque "Ecoles et orphelins: mieux comprendre pour mieux accompagner"*, Paris, le 12 janvier. En ligne [Page consultée le 17 janvier 2020] [https://www.ocirp.fr/sites/default/files/fondation\\_ocirp\\_actes\\_colloque\\_2017.pdf](https://www.ocirp.fr/sites/default/files/fondation_ocirp_actes_colloque_2017.pdf)
- Escueta, M., Whetten, K., Ostermann, J., & O'Donnell, K. (2014). Adverse childhood experiences, psychosocial well-being and cognitive development among orphans and abandoned children in five low income countries. *BMC International Health and Human Rights*, 14(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-14-6>
- Fawer Caputo, C. F. (2018). Accompagner un enfant endeuillé : quel rôle pour les enseignants ?, *Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie*, 132(1), 63-73.
- Foster, G. (2002). Supporting Community Efforts to Assist Orphans in Africa. *New England Journal of Medicine*, 346(24), 1907-1910. <https://doi.org/10.1056/NEJMs020718>
- Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and the Family*, 39(4), 721-735. <https://doi.org/10.2307/350477>
- Goldfarb, W. (1945). Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation. *American Journal of Psychiatry*, 102(1), 18-33. <https://doi.org/10.1176/ajp.102.1.18>
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447>
- Gravillon, I. (2015). Comment l'accompagner ? *L'école Des Parents*, 616(5), 19-23.
- Hanus, M. (2006). Deuils normaux , deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques, 164, 349-356. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(06\)00039-4](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(06)00039-4)
- Heath, M. A., Leavy, D., Hansen, K., Ryan, K., Lawrence, L., & Sonntag, A. G. (2008). Coping



- with grief: Guidelines and resources for assisting children. *Intervention in School and Clinic*, 43(5), 259-269. <https://doi.org/10.1177/1053451208314493>
- Hejoaka, F. (2014). La concurrence des souffrances. Genèse et usages électifs de la catégorie des orphelins et enfants vulnérables au temps du sida. *Autrepart*, 72(4), 59-75. <https://doi.org/10.3917/autr.072.0059>
- Hilgard, J. R., Newman, M. F., & Fisk F. (1960). Strength of adult ego following childhood bereavement », *American Journal of Orthopsychiatry*, 30(4), 788-798. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1960.tb02094.x>
- Ismayilova, L., Gaveras, E., Blum, A., Tò-Camier, A., & Nanema R. (2016). Maltreatment and mental health outcomes among ultra-poor children in Burkina Faso: A latent class analysis. *PLoS ONE*, 9(10), 1-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164790>
- Jaeger, E. L. (2016). Negotiating complexity: A bioecological systems perspective on literacy development. *Human Development*, 59(4), 163-187. <https://doi.org/10.1159/000448743>
- Korbin, J. E. (2002). Culture and Child Maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 26, 637-644. <https://doi.org/10.1160/TH13-07-0566>
- Lacharité, C., Éthier, L. & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de Psychologie*, 484(4), 381-394. <https://doi.org/10.3917/bupsy.484.0381>
- Lacharité, C. & Fafard, G. (2011). Négligence envers les enfants et actions collectives auprès des parents : l'expérience parentale des besoins des enfants dans l'animation de groupes de parole. Dans C. Zaouche Gaudron (dir.), *Précarités et éducation familiale (pp.391-398)*. Toulouse : ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.zaouc.2011.01.0391>
- Lachman, P. I., Poblete, X., Ebigbo, P. O., Nyandiy-Bundy, S., Bundy, R. P., Killian, B., & Doek, J. (2002). Challenges facing child protection. *Child Abuse & Neglect*, 24(6-7), 587-617. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00336-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00336-8)
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 34(9), 647-658. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.007>
- Monnier, A. & Pennec, S. (2003). Trois pour cent des moins de 21 ans sont orphelins en France. *Revue Population et Société*, 396, 1-4.
- Nyamukapa, C. & Gregson, S. (2005). Extended family's and women's roles in safeguarding orphans' education in AIDS-afflicted rural Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 60(10), 2155-2167. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.005>
- Romano, H. (2007). L'enfant face à la mort. *Etudes Sur La Mort*, 131(1), 95-114. <https://doi.org/10.3917/eslm.131.0095>
- Skovdal, M., & Campbell, C. (2010). Orphan competent communities: A framework for community analysis and action. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 5(1), 19-30. <https://doi.org/10.1080/17450120903281173>
- Skovdal, M. & Ogutu, V. O. (2009). "I washed and fed my mother before going to school": Understanding the psychosocial well-being of children providing chronic care for adults affected by HIV/AIDS in Western Kenya. *Globalization and Health*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-5-8>
- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: Some principles and guidelines. *Child Abuse and Neglect*, 24(1), 19-29. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.005>
- Tang, C. M. (2008). Working toward a conceptual definition of child neglect. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(3), 356-384. <https://doi.org/10.2307/41288094>
- Tizard, B. & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19(2), 99-118. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1978.tb00453.x>



- Tudge, J. R. H. (2017). Implicit versus explicit ways of using bronfenbrenner's bioecological theory. *Human Development*, 59(4), 195-199. <https://doi.org/10.1159/000449453>
- Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E., & Karnik, R. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory & Review*, 1(4), 198-210. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2009.00026.x>
- Tudge, J. R. H., Payir, A., Merçon-Vargas, E., Cao, H., Liang, Y., Li, J. & O'Brien, L. (2016). Still misused after all these years? A reevaluation of the uses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory and Review*, 4(8), 427-445. <https://doi.org/10.1111/jftr.12165>
- UNICEF (2007). *Une meilleure protection des enfants affectés par le SIDA*. En ligne [Page consultée le 30 Avril 2019] [https://www.unicef.org/french/publications/index\\_39192.html](https://www.unicef.org/french/publications/index_39192.html)
- Valet, F. (2010). *Renâitre orphelin... : D'une réalité méconnue à une reconnaissance sociale*. Lyon : Chronique sociale.
- Wolock, I. & Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem: The neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(4), 530-543. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1984.tb01524.x>

### 13. L'attente en adoption internationale : contextes de vulnérabilité pour l'enfant et le parent

*Expectations and international adoption: contexts of vulnerability for the child and the adoptive parent.*

**ESQUIVEL Angela & GERMAIN, Patricia**

Doctorante en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, CANADA

Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, CANADA

[angela.esquivel@uqtr.ca](mailto:angela.esquivel@uqtr.ca)

#### **RÉSUMÉ/ABSTRACT**

Devenir une famille par la filière de l'adoption internationale s'avère un processus long et ardu pour différentes raisons : administratives, politiques, éthiques. L'attente est incertaine. Cette période peut être représentée sur deux axes : l'attente pour l'enfant et l'attente pour le parent. Il apporte une vulnérabilité tant pour le parent que pour l'enfant qui va arriver dans la famille. À partir d'une recension des écrits scientifiques sur l'état des lieux des travaux à ce sujet l'attente aura un impact sur les enfants : la durée de leur placement dans un orphelinat se prolonge, leurs besoins sont souvent amplifiés et des difficultés de santé sont présentes (Maclean, 2003). Il y a davantage d'enfants à besoins spéciaux, d'adoption d'enfants plus âgés, d'enfants présentant des conditions de santé plus particulières, ou encore de fratrie. Pour les parents, cette attente est perçue comme longue et difficile. Elle peut être stressante parfois suivie de beaucoup de questionnements dans leur rôle parental (Pérouse de Montclos, 2018).

Mots-clés : Parentalité adoptive ; Contexte de vulnérabilité ; Enfant et parent ; Adoption internationale

*Becoming a family through the international adoption process is a long and arduous process for various reasons: administrative, political, ethical. The wait is uncertain. This period can be represented on two axes: waiting for the child and waiting for the parent. It brings a vulnerability for both, the parent and the child who will arrive in the family. Based on a review of the scientific literature on the state of work in this regard, the wait will have an impact on the child: the duration of their placement in an orphanage is prolonged, their needs are often amplified and health difficulties are present (Maclean, 2003). There are more children with special needs, adoption of older children, children with more specific health conditions, or siblings. For parents, this expectation is perceived as long and difficult. It can be stressful sometimes followed by many questions in their parental role (Perouse de Montclos, 2018).*

*Keywords: Adoptive parenthood; Vulnerability context; Child and parent; International adoption*

#### **ARTICLE**

Plusieurs parents choisissent l'adoption internationale pour fonder ou agrandir leur famille. Le désir de devenir parent et fonder une famille à la suite de multiples essais en clinique de fertilité, de fausses couches ou à la suite d'un diagnostic d'infertilité incite de multiples couples à vouloir adopter un enfant à l'étranger. Les adoptions internationales ont pris de l'ampleur dans les années 90 en Amérique du Nord. Dans ces années, il se réalisait près de 20.000 adoptions internationales aux États-Unis et environ 2.000 au Canada (Choulot, Carbonnier, Guérin & de Béchillon, 2005 ; Johnson, 2005 ; Johnson & Dole, 1999 ; Secrétariat à l'adoption internationale, 2017 ; Zamostny, O'Brien, Baden & Wiley, 2003). Toutefois, depuis 2005, on observe un ralentissement des adoptions internationales, et ce, à l'échelle mondiale pour différentes raisons d'ordre administratives, politiques, juridiques et sociales.

L'adhésion des pays à la Convention de La Haye a amené des changements dans ce qu'on pourrait appeler la démographie de l'adoption. Cette Convention vise l'intérêt supérieur de l'enfant. On cherche à trouver une famille à un enfant et non un enfant pour une famille. Dans ce contexte, les pays favorisent davantage la prise en charge de l'enfant dans son pays d'origine ainsi que l'adoption nationale. L'adoption à l'étranger est la dernière alternative. L'adhésion à la convention de La Haye dans plusieurs pays ainsi que l'amélioration des conditions socio-économiques de certains pays d'origine ont donc grandement modifié le profil des enfants proposés en adoption. Depuis la Convention, les procédures d'adoption sont plus longues, augmentant le temps d'attente avant de placer l'enfant dans la famille adoptive. Les enfants et les parents attendent donc plus longtemps avant d'être réunis et de former une famille. Ceci a un effet sur les parents, mais également sur l'état de santé de l'enfant et la relation parent-enfant puisque l'enfant attend dans des conditions qui ne sont pas toujours idéales.

### *Les enfants adoptés au Québec*

Au Québec, depuis 1970, plus de 20.000 enfants ont été adoptés par l'intermédiaire de l'adoption internationale (SAI, 2017). Ces enfants représentent une richesse incroyable pour les familles et la société québécoise. Les enfants ayant été adoptés au Québec proviennent de différents milieux. La vaste majorité d'entre eux ont connu des situations difficiles. Par exemple, ce sont :

- des enfants abandonnés dont la famille est inconnue ;
- des orphelins dont le conseil de famille a consenti à l'adoption ;
- des enfants dont les parents se sont vu retirer l'autorité parentale ;
- des enfants dont les parents ont consenti à l'adoption.

Ainsi, les enfants concernés par l'adoption ne font pas partie d'un groupe homogène, ils ne sont pas tous égaux, avec le même bagage génétique. Il existe une bonne proportion d'enfants ayant plus de trois ans, ils peuvent avoir des frères ou des sœurs, développer également un lien d'attachement avec d'autres adultes de leur entourage (Ouellette, 2000). On estime un temps d'attente entre 5 à 7 ans pour les adoptions à l'étranger au Québec et ceci pour plusieurs raisons : plusieurs pays ont fermé leurs portes à l'adoption à l'extérieur du pays, à cause des traites d'enfants, des guerres civiles, des catastrophes naturelles, des enfants ayant des besoins spéciaux, etc.

### *L'abandon des enfants dans le monde*

On ne peut pas aborder l'adoption internationale sans parler de l'abandon des enfants dans le monde. La grande majorité des enfants abandonnés ne sont pas des orphelins de père et mère. Selon la région, plus de 50 à 90 % des enfants vivant dans des orphelinats ont au moins un parent vivant. La pauvreté, et non pas l'absence de personnes à charge de l'enfant, est souvent invoquée comme étant la raison d'abandon chez les enfants. Les parents ou les autres personnes qui ont la charge de l'enfant et qui ont du mal à assurer les besoins fondamentaux de leurs enfants peuvent se sentir obligés d'utiliser des orphelinats pour répondre à un problème immédiat. C'est entre autres pour cette raison et malgré le fait qu'il y ait beaucoup d'enfants abandonnés dans le monde, qu'ils ne seront pas adoptables, tous ne seront pas adoptés, mais seulement ceux qui n'ont plus aucun lien de filiation avec la famille biologique pourront l'être.

La maltraitance et la négligence chronique de la part des parents ou des tuteurs ayant la charge de l'enfant sont aussi des raisons pour le placement de celui-ci en orphelinat, en particulier dans le contexte de la prise d'alcool et de drogues ou en cas de maladie mentale non traitée. Dans ce cas, les enfants peuvent être placés après avoir été retirés de leur famille par le biais d'une intervention externe, après avoir été abandonnés, ou après qu'ils ont fui et qu'ils vivent dans les rues.

Le stress associé à la monoparentalité, à l'éclatement de la famille, ou à la maladie des parents, lorsqu'il est combiné au manque d'accès à un système d'aide sociale fiable, aux soins médicaux, ou à des services tels que les soins de jour, peut également augmenter le risque de perte de la protection parentale.

Enfin, parmi les premiers enfants qui sont abandonnés : les enfants porteurs de handicaps intellectuels, physiques ou psychiques : paralysie cérébrale, fente labiopalatine, troubles dans la sphère de l'autisme, syndrome d'alcoolisation fœtale, trisomie 21, notamment. Parce qu'ils sont victimes de préjugés, que leurs parents biologiques n'ont ni le temps ni la force pour survivre avec eux, que l'argent fait défaut pour les opérer ou les soigner, qu'ils nuisent à l'image d'un clan, toutes ces raisons, et d'autres font qu'ils sont confiés ou oubliés dans des établissements à l'écart de la société.

## **1. Facteurs de vulnérabilité chez l'enfant adopté à l'étranger**

L'UNICEF (2016) estime que dans le monde, au moins 2,2 millions d'enfants vivent dans des orphelinats. Dans cette perspective, le terme orphelinat englobe tous les types d'établissements de prise en charge, depuis les petites structures (15 enfants ou moins) jusqu'aux établissements de grande envergure. Beaucoup considèrent ce chiffre comme largement sous-évalué, car de nombreux orphelinats à travers le monde ne sont pas enregistrés et les enfants qui y vivent ne sont pas comptés officiellement. Les recherches indiquent que le milieu de vie de l'enfant aura un impact sur son développement physique et cognitif, mais également dans sa relation familiale.

### ***1.1 Le milieu de vie de l'enfant : l'institutionnalisation***

Bien que certains milieux de pré-adoption procurent aux enfants des soins physiques et des stimulations adéquates, il n'y a pas une relation d'attachement exclusive. Comme souligné par Chicoine, Germain et Lemieux (2003), la vie en orphelinat dépend de l'orphelinat. Certaines institutions offriront aux enfants des jeux, des activités, mais, dans d'autres, les orphelins sont si nombreux qu'il faut les coucher à trois ou quatre par berceau. Il y a un manque de nourriture, de personnel, etc. Donc, il n'y a aucune ou très peu d'interaction sociale et cognitive pour ces enfants. Les figures d'attachement sont changeantes à cause d'un roulement de personnel constant (Sloutsky, 1997). Il est donc difficile pour ces enfants de développer un lien d'attachement sécurisé envers leurs nouveaux parents puisqu'ils sont constamment en train de vivre une perte émotionnelle avec chaque adulte à qui ils s'attachent et de par leurs expériences relationnelles.

Différentes études démontrent que plus l'enfant est adopté hâtivement, moins il a subi ces divers types de privation. C'est entre autres pour cette raison que le retour à la maison ne se passe pas toujours comme prévu, autant pour l'enfant adopté que pour le parent adoptant. En effet, les orphelins nouvellement adoptés vivent des expériences de souffrance qui compliquent leur adaptation et ils peuvent rencontrer certaines difficultés dans l'acquisition de la manière de dormir, de la propreté et au niveau de l'alimentation (Chicoine & al., 2003). Ce sont toutes de nouvelles choses auxquelles l'enfant doit s'habituer, ce qui peut prendre du temps. On retrouve chez certains enfants adoptés des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil, de comportement, etc. Il pourrait être difficile pour l'enfant de créer un nouveau lien d'attachement avec la famille adoptive dès les premiers instants et pendant les premières années à la suite des conditions de vie auxquels il a été exposé dès sa naissance.

Dans les institutions, avec plus ou moins de possibilités d'accompagnement et de soins, souvent très peu dans les faits, ils meurent, survivent, grandissent jusqu'à leur majorité. Aussi, un grand nombre se retrouve confié à des instituts caritatifs, sinon, à l'adoption locale, et de plus en plus en adoption internationale, parfois sous l'appellation d'enfants dits à besoins spéciaux, avec plus ou moins d'attentes ou de préparation du côté des parents adoptants appelés à les prendre en charge.

### **1.2 Les besoins spéciaux et l'état de santé de l'enfant**

La définition des besoins spéciaux est abordée de différentes manières dans la littérature scientifique. Les besoins spéciaux « désignent toute condition rendant plus difficile la recherche d'une famille adoptive pour un enfant. Cela pourrait inclure des facteurs tels que l'âge, l'appartenance à un groupe de frères et sœurs, des problèmes médicaux connus, présumés, physiques, émotionnels, les risques génétiques, l'ethnicité ou les expositions prénatales (Miller., Pérouse de Montclos., & Sorge, 2016).

La prévalence des problèmes de santé chez les enfants ayant été adoptés à l'étranger a augmenté, mais le nombre d'enfants confiés a diminué et leurs besoins sont plus importants (Dartiguenave, 2012). Plusieurs conditions affectent leur état de santé également : les antécédents anténataux et périnataux, la pauvreté, le *ratio* soignant/soigné à l'orphelinat, l'âge de l'abandon, les conditions sanitaires dans lesquelles vivent les enfants en orphelinat, le manque de stimulation, le manque d'aliments, l'exposition aux maladies infectieuses et les événements traumatiques. Ainsi, à leur arrivée les enfants souffrent souvent de malnutrition ou de carences alimentaires. Les infections sont également fréquentes : 1) les infections congénitales telles la rubéole et la syphilis congénitale ; 2) les infections et infestations de la peau telle impétigo, gale, poux, *tinea capitis* ; 3) les infections respiratoires ; 4) les infections digestives et les parasitoses.

Chez certains enfants adoptés, les défis de santé apparaissent au fil du temps (Miller & al., 2016). Ces défis sont généralement liés au comportement, à la santé mentale ou au rendement scolaire, problèmes qui ne deviennent apparents que lorsque les enfants vieillissent (Miller & al., 2016). Les retards de croissance, de même que les retards cognitifs et psychomoteurs, se récupèrent relativement bien en quelques mois ou quelques années, mais les retards affectifs sont plus persistants. Les antécédents prénataux de la mère biologique ne sont pas toujours

connus, mais on peut parfois voir chez certains enfants qu'ils ont subi de la négligence. Différents types d'abus, des placements répétitifs et des conflits émotionnels causés par l'abandon sont également des facteurs qui peuvent affecter la santé de l'enfant.

L'aspect socio-affectif ainsi que la santé mentale peuvent faire partie des défis supplémentaires rencontrés par les enfants adoptés. Le temps passé en institution a un réel impact dans le développement de l'enfant adopté. Le stress vécu durant cette période peut occasionner des difficultés chez les enfants adoptés : des troubles somatiques, de l'anxiété, des difficultés sociales, des problèmes d'attention et d'agressivité, de deuils (Groza, Scoti & Cash, 2003). Les enfants qui ont vécu leurs premières années en institution sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés d'apprentissage et de comportement (Tan & Yi Yang, 2005). Au moment de leur adoption, les enfants présentent presque tous des retards globaux de développement (Gagnon-Oosterwall, Cossette, Smolla, Pomerleau & *al.*, 2012 ; Pomerleau, Malcuit, Chicoine, Séguin, Belhumeur, Germain, Amyot & Jélius 2005). On peut attribuer cette immaturité affective au manque de stimulation sensorielle, affective et sociale reçue en institution. Nous constatons que ces carences laissent des traces durables, visibles même après que l'enfant a rattrapé plusieurs autres retards dans diverses dimensions de son développement.

La majorité des enfants adoptables auront souffert à différents stades de développement, physiologique (absence de nourriture et de soins médicaux), sensoriel (l'absence de caresse, de geste d'apaisement, de gestes tendres), affectif (l'absence d'une figure d'attachement stable, disponible, bienveillante, protectrice, aimante), cognitif (l'omission de stimulation, d'exposition à la nature, aux couleurs, à la musique) et social (le manque d'exposition aux interactions sociales). Ce manque de stimulation généralisé cause une situation de négligence qui risque de ralentir le développement de l'enfant dans plusieurs sphères de son environnement. Les enjeux en lien avec les difficultés d'attachement, les deuils, touchent de nombreuses familles à différents moments de la vie familiale.

### ***1.3 L'âge à l'adoption***

Un enjeu qui a fait partie d'un débat scientifique entre différents chercheurs est l'influence de l'âge à l'adoption dans la relation de l'enfant adopté et le parent adoptant (Ongari, 2010). Pour certains chercheurs (Gunnar & Van Dulmen, 2007 ; Verissimo & Salvaterra, 2006), l'âge de l'adoption représente un grand défi pour les familles adoptives. Être adopté à un âge de plus de 24 mois est indiqué comme facteur de prédiction de troubles comportementaux, internalisés et externalisés le plus significatif.

L'âge joue un rôle primordial dans la relation de l'attachement dans construction de la filiation des adoptions étrangères. Des études réalisées entre autres au Canada, intéressées au rôle de l'âge de l'adoption en fonction de la sécurité de l'attachement des enfants adoptés à l'étranger démontrent que les enfants demeurés plus longtemps en orphelinat sont significativement plus insécurisés que ceux des deux autres groupes qui ne sont pas restés longtemps à l'orphelinat et montrent significativement plus de comportements d'attachement atypique (Chisholm, Carter, Ames & Morrisson, 1995). Il semble, chez les enfants adoptés, que plus l'enfant a été adopté en bas âge, plus il peut établir facilement une relation d'attachement sécurisée.

### ***L'absence de figure parentale***



Les parents adoptants ne bénéficient pas d'un lien précoce, établi à partir des premières étapes de vie de l'enfant (Piché, 2012). Selon plusieurs études portant sur la relation d'attachement des enfants adoptés à l'étranger, il semble que le développement d'une relation d'attachement tardive soit plus difficile que son développement dès la naissance (Le May, 2004). Par exemple, l'étude réalisée par O'Connor, Bredenkamp, Rutter et Era (1999) sur les enfants adoptés en Roumanie a permis de mettre en évidence les divers problèmes rencontrés par les enfants ayant vécu en institution à cette époque. En effet, suite à différents temps de recherche, O'Connor et ses collègues (1999) ont conclu que les enfants adoptés à un âge plus avancé et davantage soumis à la privation présentent plus de manifestations d'attachement insécurisé atypiques et différentes des types d'insécurité généralement observés. Ce qui veut dire que ces enfants auront plus de difficultés à développer une relation d'attachement sécurisant envers leurs parents adoptants.

La méta-analyse de Van den Dries, Juffer, Van Ijzendoorn et Bakermans-Kranenbug (2009) démontre que les enfants adoptés montrent significativement moins d'attachement sécurisé que les enfants biologiques, alors que d'autres études mettent en évidence que les enfants adoptés présentent un attachement sécurisé dans des proportions similaires aux enfants biologiques (Juffer & Rosenboom, 1997 ; Ponciano, 2010). Ces différences dans les résultats peuvent s'expliquer par « la prise en compte, de certains facteurs, tels que l'âge de l'enfant lors de la séparation et les changements d'environnement, pouvant influencer l'attachement de l'enfant adopté envers le parent adoptant » (De Theux-Heymans, 2013, p.89).

## **2. Facteurs de vulnérabilité du parent adoptant à l'étranger**

Les multiples recherches faites sur l'adoption internationale soulignent le fait que les parents adoptants vivent des enjeux particuliers lorsqu'ils décident d'entamer un processus d'adoption internationale. Comme souligné par Brodzinsky (1990), les parents adoptants vivent pour la plupart une série de deuils et de renoncements dans le processus d'adoption. En effet, ces familles doivent réévaluer leurs attentes ainsi que les valeurs personnelles. Ils perdent donc beaucoup de leurs repères dans cette expérience, longtemps attendue et hautement valorisée, notamment l'attente de pouvoir y participer pleinement comme d'autres parents aujourd'hui (cité dans Piché, 2012). Il ne faut pas oublier qu'une grossesse biologique prend neuf mois à se concrétiser tandis que le processus d'adoption avant d'avoir l'enfant peut prendre plusieurs années.

### **2.1 L'infertilité**

L'infertilité est due à un des deux partenaires pour différentes raisons et cela a un poids sur le couple. Pour certains partenaires, l'infertilité est une grande source d'inquiétude, de tristesse, d'incompréhension, voire de détresse individuelle que le couple devra traverser ensemble. Certains conjoints seront jugés stériles, d'autres entreprendront des démarches en procréation assistée, mais devront ultimement faire le deuil d'une grossesse biologique à laquelle se rajoutera le deuil de l'enfant rêvé. Il y a les couples qui ont le désir de le savoir, d'autres qui préfèrent ne pas savoir. C'est donc très souvent par une succession de deuils que devra se bâtir le projet de fonder une famille en adoptant un enfant. On retrouve également en adoption, des

couples qui se butent aux limites biologiques : écart d'âge important à la suite d'une première union ; une maladie ou encore handicap ; les couples de même sexe, etc.

Il faut préciser que certains couples peuvent concevoir biologiquement un enfant, ou ont déjà des enfants, mais choisissent de compléter leur famille par une adoption. De plus en plus de familles adoptives sont composées à la fois d'enfants biologiques et d'enfants adoptés. Le choix d'adopter après ou avant de donner naissance à un enfant biologique est alors basé sur toute autre chose que l'infertilité.

## **2.2 *Le contexte relationnel***

Les trajectoires d'adoption diffèrent d'un couple à l'autre et chaque expérience est unique. Toutefois, la plupart des couples a été exposée à de multiples facteurs de stress qui peuvent affecter la relation conjugale à certains moments. Par exemple, l'infertilité, la renonciation d'une identité biologique parentale, les difficultés avec leurs propres attentes face à l'adoption, à leur parentalité, aux rôles qu'ils devront assumer, etc. On constate que les couples qui entament un processus d'adoption ont des expériences de vie commune et une sensibilité émotionnelle qui s'est développée à travers les différentes épreuves qu'ils ont partagées ensemble.

L'adoption d'un ou plusieurs enfants est une période d'adaptation et de transition qui sera importante et stressante pour le couple. Le bain, la nourriture, le sommeil, la toilette et le jeu peuvent tous être difficiles pour l'enfant qui a vécu en établissement. Si les deux partenaires ne sont pas conscients et préparés à faire face à ces nouveaux défis, la relation conjugale pourra se voir affectée. En effet, la recherche (Goldberg & Smith, 2013) démontre que parmi un échantillon de nouveaux parents adoptifs, la satisfaction relationnelle a diminué et le sentiment d'ambivalence a augmenté environ 4 semaines avant le placement jusqu'au 6e mois après le placement de l'enfant adopté à la maison. Le processus d'adaptation entre les couples est facteur de prédiction de la qualité de la relation de couple. Le soutien entre les deux partenaires sera donc crucial pour traverser les différents enjeux que l'arrivée d'un enfant peut engendrer. Quand le rôle parental est prédéterminé par de plus grands défis, il est raisonnable de croire que la relation de couple est encore plus importante pour le bien-être des parents et de l'enfant.

Différents pays offrent l'opportunité aux célibataires de devenir parents seuls. Beaucoup de femmes n'ayant pas une relation amoureuse stable depuis des années et qui désirent être mères voient en l'adoption internationale l'opportunité d'une vie. Bien qu'elles essayent de se préparer du mieux qu'elles le peuvent, certaines rapportent vivre des difficultés et trouver leurs parcours par moments plus contraignants puisqu'elles sont seules. La responsabilité de la charge d'un enfant est vécue d'une manière différente contrairement à celles qui adoptent avec un partenaire.

## **2.3 *La parentalité adoptive***

Il ne faut pas oublier qu'une grossesse biologique prend neuf mois à se concrétiser tandis que le processus d'adoption avant d'avoir l'enfant peut prendre plusieurs années.

Comme mentionné par Piché (2012), plusieurs parents rencontrés dans l'étude ont été obsédés par un objectif de réparation des carences de leur enfant dans les premiers temps, et ont eu de

la difficulté à se séparer de lui dans le quotidien par sentiment de culpabilité. Ces parents se sentent hésitants à établir un cadre aux demandes de leur enfant, par peur de le laisser tomber, de « recréer » un autre abandon ou de provoquer une autre rupture traumatisante, comme des discours de l'adoption leur ont laissé entendre. Il faut mentionner que les parents adoptants baignent quotidiennement dans un monde de représentations, de messages médiatisés, d'attentes idéalisées- fortement nourries dans le contexte social ambiant- qui peuvent leur mettre une pression de plus dans leur rôle de parents. Ceci amène une pression de plus sur eux, des questionnements et des découragements dans certains cas.

Également, des études ont été réalisées auprès des mères adoptives ainsi que des parents adoptants sur le syndrome de dépression post-adoption (Foli, South, Lim & Jarnecke, 2016 ; Senecky & al., 2009). Ces recherches ont fait ressortir le fait que certains parents démontrent des symptômes cliniquement significatifs de dépression soit de 25,6 % chez des mères avant l'adoption et de 15,4 % six semaines après l'adoption. Ainsi, des taux moins élevés de dépression post-adoptive peuvent être remarqués après seulement un an d'adoption. Senecky et ses collègues (2009) démontrent dans leur recherche réalisée auprès des mères adoptives que le temps d'attente de l'adoption et les particularités de l'enfant (santé) peuvent être des facteurs importants dans les symptômes de dépression mentionnés par les participantes. L'interprétation de ces résultats de recherche démontre que les parents adoptifs rencontrent des difficultés dans leur processus d'adoption, mais surtout lorsque l'enfant arrive dans la famille. C'est une période qui demande une très grande adaptation pour les parents également et certaines familles ne sont pas suffisamment préparées à certaines conditions de l'enfant. Leur expérience d'adoption aura un impact majeur sur la manière de vivre au quotidien avec l'enfant adopté. Il faut souligner que l'état de santé de l'enfant et le temps d'attente du processus peuvent s'avérer une grande charge pour les familles adoptives.

## Conclusion

L'attente en adoption internationale aura un effet sur l'enfant, mais également sur le parent, il faut souligner que sur l'enfant l'impact sera beaucoup plus perceptible à long terme que sur le parent (santé, troubles de l'attachement, difficultés d'apprentissage, etc.). Il ne faut toutefois pas négliger les parents qui peuvent vivre des répercussions sur le plan psychologique qui peuvent être mal perçues, voire incomprises, dans leur entourage. Il est donc important de tenir compte de la sensibilité qu'amène l'attente sur les deux parties pour mieux comprendre la fragilité dans ce type de contexte qui est de plus en plus fréquent dans les adoptions étrangères.

## Références bibliographiques

- Brodzinsky, D. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. In D. M. Brodzinsky and M. D. Schechter, *The Psychology of Adoption* (pp.1-94), Oxford: Oxford University Press.
- Chicoine, J.-F., Germain, P. & Lemieux, J. (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitre et demi)*. Montréal : Éditions de l'Hôpital St-Justine.

- Chishol, K., Carter, M. C, Ames, E. W, & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283-294.
- Choulot J.-J., Carbonnier H., Guérin B., & de Béchillon, M. (2005). L'adoption internationale en France », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 18(8), 409-413.
- Dartiguenave, C. (2012). Adoption internationale : évolution des risques de santé chez les enfants. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 105(2), 109-114.
- De Theux-Heymans, M.-N., Stievenart, M., & Roskam I. (2013). Une intervention brève auprès de parents adoptants centrée sur la sensibilité parentale : effets sur le sentiment de compétence parentale et l'attachement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques*, 19(2), 87-101.
- Foli, K. J, South Susan C., Lim, E., & Jarnecke A. M. (2016). Post-adoption depression: Parental classes of depressive symptoms across time. *Journal of Affective Disorders*, 200, 293-302.
- Gagnon-Oosterwaal N., Cossette, L., Smolla, N., Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J.-F., Jéliu, G., Belhumeur, C., & Berthiaume, C. (2012). Pre-Adoption Adversity and Self-Reported Behavior Problems in 7-Year-Old International Adoptees. *Child Psychiatry and Human Development*, 43 (4), 648-660.
- Goldberg, A. E. & Smith, J. Z. (2013). Predictors of psychological adjustment in early placed adopted children with lesbian, gay, and heterosexual parents. *Journal of Family Psychology*, 27, 431-442.
- Groza, V., Scott, R., Cash, S. (2003). Institutionalization, Behavior and International Adoption: Predictors of Behavior Problems. *Journal of Immigrant Health*, 5(1), 5-17.
- Gunnar, M. R. & Van Dulmen, M. H. M. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19, 129-148.
- Johnson, E. D. (2005). International Adoption: What Is Fact, What Is Fiction, and What Is the Future? *Pediatric Clinics*, 52 (5), 1221-1246.
- Johnson, E. D. & Dole, E. K. (1999). International Adoptions: Implications for Early Intervention. *Infants and Young Children*. 11(4), 34-45.
- Juffer, F. & Van Ijzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2501-2514.
- Le May, C. (2004). *La qualité de l'attachement chez des enfants adoptés à l'étranger* (Mémoire de maîtrise inédit). Université Laval, Québec, Qc.
- Maclean, K. & Gunion, M. (2003). Learning with Care: The Education of Children Looked after Away from Home by Local Authorities in Scotland. *Adoption & Fostering*, 27(2), 20-31.
- Miller L., Pérouse De Montclos O., & Sorge, F. (2016). Special needs adoption in France and USA 2016: How can we best prepare and support families? Adoption d'enfants à besoins spécifiques en France et aux États-Unis en 2016 : comment pouvons-nous mieux préparer et soutenir les familles ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(5), 308-316.
- O'connor, T. G, Bredenkamp, D. & Rutter, M. (1999). (The English and Romanian Adoptées (ERA) study team), « Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation », *Infant Mental Health Journal*, 20, 10-29.
- Ongari, B. & Tomasi, F. (2010). Représentations d'attachement chez des enfants adoptés et chez leurs parents. *Devenir*, 22(2), 109-131.
- Ouellette, F.-R. (2000). L'adoption, entre la protection de l'enfant et le projet parental. *Lien social et Politiques*, 44, 51-61.
- Perouse de Montclos, M. O. (2018). L'attente et ses effets psychologiques. *Accueil*, 189, 32-36.

- Piché, A.-M. (2012). La prescription de l'attachement en contexte d'adoption internationale. *Nouvelles pratiques sociales*, 1, 79-101.
- Pomerleau A., Malcuit G., Chicoine J.-F., Séguin R., Belhumeur C., Germain P., Amyot I., & Jéliu G. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia, and Russia across the 6 months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, 29(5), 445-457.
- Ponciano, L. (2010). Attachment in Foster Care: The Role of Maternal Sensitivity, Adoption, and Foster Mother Experience. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 27(2), 97-114.
- Secrétariat à l'Adoption Internationale. (2017). Adopter à l'étranger. Repéré à <http://adoption.gouv.qc.ca/fr/adopter-a-letranger>
- Senecky, Y., Hanoch A., Dov, I., Horesh, N., Diamond, G., Bergam, Y. S., & Apter, A. (2009). Post-adoption depression among adoptive mothers », *Journal of Affective Disorders*, 115, 62-68.
- Sloutsky, V. (1997). Institutional care and developmental outcomes of 6- and 7-year-old children: A contextualist perspective », *International journal of behaviour development*, 20, (1), 131-151.
- South S., Eunjung L., Jarnecke A. M., & Foli K. J. (2019). Relationship Quality From Pre- to Postplacement in Adoptive Couples. *Journal of Family Psychology*, 33(1), 64-76.
- Tan T. X. & Yang Y. (2005). Language Development of Chinese Adoptees 18-35 months old. *Early Childhood Research Quarterly*, 20, 57-68.
- Theux- Heymans, M.-N., Stievenart, M., & Roskam, I. (2013). Une intervention brève auprès de parents adoptants centrée sur la sensibilité parentale : effets sur le sentiment de compétence parentale et l'attachement de l'enfant. *Pratiques Psychologiques*, 19(2), 7-10.
- Van Den Dries, L., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenbug, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410-421.
- Verissimo, M., & Salvaterra, F. (2006). Maternal secure-base scripts and children's attachment security in an adopted sample. *Attachment & Human Development*, 8 (3), 261-273.
- Zamostny, K. P., O'brien, K. M., Baden, A. L., & Wiley O'Leary, M. (2003). The Practice of Adoption: History, Trends, and Social Context », *The Counseling Psychologist*, 31(6), 651-678.



## 14. Accouchement sous X : la douloureuse blessure de l'abandon

### *Anonymous childbirth: the painful wound of abandonment*

**LATH Yvette & METZ Claire**

Doctorante psychologie clinique, Laboratoire Sulisom EA 3071, Université de Strasbourg, Strasbourg, FRANCE

Maître de conférences-HDR psychologie clinique, Université de Strasbourg, ESPE, Strasbourg, FRANCE

[lathyvette@yahoo.fr](mailto:lathyvette@yahoo.fr)

### **RÉSUMÉ/ABSTRACT**

Une naissance est généralement un événement heureux dans la vie de tout être humain. Cependant, lorsque cette naissance est suivie d'une séparation de la mère et de l'enfant, la situation devient plus complexe. L'accouchement dit sous x, est dans bien des cas le théâtre de séparations douloureuses - même si elles paraissent en surface, souvent dénuées d'affect. La multiplicité des démarches de recherche d'origine et des avis lancés sur les réseaux sociaux laissent voir l'importance et la complexité du vécu de la séparation mère-enfant après l'accouchement anonyme. Nous présentons une recherche en cours sur les femmes qui ont remis un nouveau-né en vue d'adoption pendant leur adolescence. La méthodologie est basée sur la méthode de l'étude de cas unique, se situant dans un référentiel théorique clinique d'orientation psychanalytique post freudien. Dans la lignée d'auteurs tels que Sophie Marinopoulos (1997), Catherine Bonnet (2001), Marie Vander Borghet *et al.* (2005) et Pierre Desauay *et al.* (2016), elle est centrée sur la problématique de la séparation mère-enfant dans l'accouchement anonyme et ses répercussions à long terme sur les mères de naissance. À partir de trois cas issus de la phase exploratoire de la recherche, nous pouvons observer d'une part comment le discours des femmes rencontrées met en évidence la culpabilité et la blessure narcissique ressenties, et d'autre part, quels réaménagements psychiques sont mis en place pour une éventuelle reconstruction.

Mots clés : Accouchement sous x ; Abandon ; Attachement ; Adolescence ; Culpabilité

*A birth is generally a happy event in the life of every human being. However, when this birth is followed by a separation of mother and child, the situation becomes more complex. In many cases, childbirth under x is the scene of painful separations even if they appear on the surface devoid of affect. The multiplicity of original research approaches and opinions launched on social networks showed the importance and complexity of the experience of mother-child separation after anonymous childbirth. We present an ongoing research on women who have given up a newborn child for adoption during their teenage years. The methodology is based on the unique case study method, located in a clinical theoretical framework of post-Freudian psychoanalytic orientation. In the tradition of authors such as Sophie Marinopoulos (1997), Catherine Bonnet (2001), Marie Vander Borghet & al (2005) and Pierre Desauay & al (2016), it focuses on the issue of mother-child separation in anonymous childbirth and its long-term impact on mothers. Based on three cases from the exploratory phase of the research, we observe, on the one hand, how the discourse of the women we met highlights the guilt and narcissistic wound felt, and on the other hand, what psychological reorganizations are put in place for possible reconstruction.*

*Keywords: Anonymous birth; Abandonment; Attachment; Adolescence; Guilt*

### **ARTICLE**



« Avant l'adoption, l'abandon est une parentalité à entendre » (Marinopoulos, 2004, p.292). Ces mots de Sophie Marinopoulos interpellent à plus d'un titre les travailleurs sociaux, les chercheurs et la population civile sur le tabou qui marque l'étape précédant l'adoption d'un enfant. Toute l'attention reste focalisée sur cette dernière, alors qu'il existe en amont une histoire comportant des secrets souvent lourds à porter. Derrière ces secrets, se cache l'identité d'une mère, d'un père, d'une famille, bref de sujets parlants.

C'est aux femmes qui font le choix de confier leur enfant à l'adoption dès la naissance que s'intéresse notre étude. Certains chercheurs et professionnels dont Catherine Bonnet (1990), Nicole Peltier (1995), Laure Razon (2006) et bien d'autres se sont penchés sur les cas de ces femmes appelées encore mères de naissance, mères de l'ombre ou nommées x quand elles accouchent sous le secret de leur identité.

En effet, en France, la majorité d'entre elles préfère rester dans l'anonymat. En 2010 et selon l'INED<sup>60</sup>, on a recensé 700 accouchements sous x contre 588 en 2005. Cette population est très diversifiée tant au niveau de l'âge que de la situation familiale et sociale. Dans une étude démographique effectuée entre 2007 et 2009 sur une population de 739 femmes, Villeneuve-Gokalp (2011) en a dénombré 11% qui étaient âgées de moins de 18 ans en 2008 et 18 % entre 18 et 20 ans. À ces chiffres, se joignent des résultats plus récents, publiés par l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) lors d'une enquête datée de 2017. Ce dernier rapporte un total de « 1 260 enfants admis au statut de pupille de l'État, dont 626 nés sans filiation (accouchement sous le secret) »<sup>61</sup> en France.

L'accouchement dit sous x a été légalisé en France pendant la révolution, précisément le 28 juin 1793. Après plus de deux siècles, des organismes et associations militent à présent en faveur du droit des enfants mis en adoption à connaître leurs origines. On peut ainsi constater une évolution depuis lors, avec la facilitation de la levée du secret à partir de 2002. C'est ainsi que le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) a vu le jour, avec la loi du 22 janvier 2002 (Art. L147-1 code de l'action sociale et des familles). Cette structure a pour visée principale d'aider les pupilles de l'État et les adoptés à la recherche de leurs origines. En outre, elle se préoccupe de l'accompagnement psychologique et social des femmes qui voudraient faire adopter un enfant, pour une meilleure prise de décision (Prononce-Poyol, 2013). Il s'agit effectivement de femmes en détresse nécessitant une attention et un soutien particuliers. Lorsque cela concerne des adolescentes, la situation se révèle assez complexe, dans la mesure où la capacité de jugement de la jeune femme mineure peut être menacée par l'autorité parentale (Desaunay, Guénolé, Andro & Baleyte, 2016).

C'est sur ces jeunes femmes que nous centrerons notre réflexion, car les problèmes de libre-arbitre viennent se heurter à des processus psychiques inhérents à une période non moins sensible de la vie humaine.

L'adolescence est un concept défini généralement comme une période transitoire entre le statut d'enfant et d'adulte. Ce processus revêt un caractère assez complexe, car il comporte des enjeux à la fois physiques et psychiques pour l'individu. En effet, c'est un temps de passage au cours

<sup>60</sup><https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/accouchements-sous-x-france/>

<sup>61</sup>[https://oned.gouv.fr/system/files/publication/cp2019-05\\_-\\_rapport\\_pupilles\\_31dec17\\_5sept19-4.pdf](https://oned.gouv.fr/system/files/publication/cp2019-05_-_rapport_pupilles_31dec17_5sept19-4.pdf)

duquel l'enfant, passant par des transformations pubertaires psychiques et physiques, est appelé à traverser un processus de subjectivation. Ce concept qui varie d'un auteur à un autre intéresse bien des chercheurs psychanalystes et psychologues dont Gutton (2013), Rassial (2010), Jeammet (2006), Mouras (2004), Morhain (2014), ainsi qu'une diversité de disciplines comme la sociologie, l'anthropologie et la médecine.

À cette étape, diverses transformations physiques s'opèrent. Le sujet pubère, prenant conscience de sa génitalité, peut avoir ses premières relations sexuelles et procréer. Cependant, avoir un enfant au cours de l'adolescence est plus ou moins toléré, voire prohibé, selon la culture et les normes sociales dans lesquelles évolue le sujet. En effet, la grossesse précoce apparaît généralement comme un frein à la scolarité de la jeune fille, à ses projets et aux espoirs des parents. Alvin (2006, p. 330), pédiatre français spécialiste de la santé des adolescents, affirme : « *Quand survient une grossesse chez une jeune adolescente, l'entourage familial, scolaire ou institutionnel reçoit simultanément trois mauvaises nouvelles : la première : "elle a une vie sexuelle" ; la seconde : "elle est enceinte" ; enfin la troisième et non des moindres : "et si jamais elle l'avait cherché ?"* ». Dans un tel contexte, le recours à l'interruption volontaire de grossesse, de plus en plus fréquent, vient tenter un repositionnement de la jeune femme dans la norme. Dans d'autres cas, confier l'enfant en vue d'adoption pourrait représenter l'ultime solution face à un délai révolu pour recourir à l'avortement, ou pour d'autres motifs de divers ordres.

L'étude que nous menons vise à interroger les implications possiblement induites par le passage adolescent sur le choix de « l'abandon ». La recherche dans le champ de l'accouchement sous x est très foisonnante, mais très souvent axée sur les enfants nés sous x et les familles d'adoption. Les mères dites de naissance n'ont que très peu de travaux les concernant. Nous pouvons d'ailleurs nous interroger sur cette rareté. Serait-elle due à la disparition de ces femmes après l'accouchement sous x ? Ou s'agit-il d'un signe révélateur de l'effet du tabou ?

Au regard des données statistiques qui émergent de tous ces travaux, nombres de préjugés pesant sur l'accouchement sous x ne semblent plus pertinents. En réalité, le cliché de la mère remettant son nouveau-né à l'adoption, faute de moyens financiers n'est plus tenable. Les problèmes d'ordre matériels et financiers, bien que souvent évoqués, sont rarement la cause de ce choix. Les données statistiques démontrent bien que l'accouchement sous x n'est ni lié à l'âge, ni à la situation matrimoniale et encore moins à la classe sociale de la femme. Vander Borgh et De Neuter (2005) insistent d'ailleurs sur les interprétations erronées de l'abandon. Ils défendent plutôt la thèse d'un raté dans l'élaboration du désir d'enfant. D'autres chercheurs comme Razon (2006) ou Duverger et Nardin Godet (2011) évoquent une volonté de coupure relative au transgénérationnel.

Par ailleurs, une autre particularité importante de notre recherche est son intérêt pour l'après-coup de la séparation de l'enfant. Une diversité de questionnements jalonne notre réflexion : Comment la séparation mère-enfant est-elle vécue du côté de la mère dite de naissance ? Se considère-t-elle comme mère de l'enfant ? En quoi cet épisode de vie pourrait-il avoir une incidence particulière sur la vie psychique de la femme ? Par quels moyens tentent-elles de se reconstruire ? Pour répondre à ces interrogations, nous avons choisi une méthodologie empirique basée sur l'étude de cas unique. Selon Bertrand (2004, cité par Moget et Heenen-

Wolff, 2013, p. 16), cette méthode permet d'accéder à la connaissance détaillée du sujet dans toute sa singularité, par le biais de la théorie et de la technique psychanalytique. En effet, « *plus on arrive à cerner une singularité dans sa complexité, plus cette singularité a d'exemplarité et de valeur universelle* ».

C'est dans cette perspective que nous avons entrepris de faire un appel à témoignage *via* les réseaux sociaux. Les premiers entretiens non-directifs effectués auprès de trois (3) femmes ont rapporté des données considérables.

### **ARLETTE**

Arlette est le prénom que nous avons attribué à la première participante. Il s'agit d'une femme de 48 ans qui a accouché sous x 32 ans avant la date de l'entretien. En couple depuis environ une vingtaine d'années, elle a eu trois autres enfants qui sont maintenant adultes. Son histoire est assez particulière. Après le divorce de ses parents, elle avait 6 ans quand sa mère a été déchue de ses droits parentaux pour négligence. Elle fut donc confiée à la garde exclusive de son père, avec ses frères et sœurs. Après le remariage de son père, Arlette s'attache à sa belle-mère qu'elle considère d'ailleurs comme sa seule mère. Mais les relations avec son père sont plus complexes, car il a commencé à abuser sexuellement d'elle quand elle a atteint l'âge de 10 ans. Après une longue période d'inceste, – précisément à l'âge de 15 ans – elle tombera enceinte de son père. Son état découvert par ses parents vers 4 mois et demi de grossesse, elle est envoyée à l'abri des regards dans un foyer maternel jusqu'à son accouchement. Cette étape (l'accouchement) a été très difficile pour elle, car elle n'a pas eu le droit de connaître le sexe de l'enfant. Elle a essayé après son retour en famille de faire une rétractation qui a été empêchée par les violences du père.

### **FLORA**

La seconde personne à donner son témoignage est dénommée Flora. Elle est âgée de 37 ans. Elle a accouché à l'âge de 15 ans, c'est-à-dire 22 ans avant l'entretien. Issue d'une famille de cinq (5) enfants, elle a eu une enfance assez difficile avec un père violent qui a été finalement incarcéré. La mère de Flora a donc élevé ses enfants seule, après la séparation de son mari. Livrée à elle-même, Flora tombe enceinte à l'âge de 14 ans d'un jeune adulte, de qui elle était très amoureuse. Ayant découvert sa grossesse au cinquième mois, elle a décidé de laisser son enfant à l'adoption après son accouchement. C'est donc loin de ses proches qu'elle a vécu la suite de sa grossesse, afin d'éviter le regard de l'entourage. Après son accouchement anonyme, elle a été confrontée au rejet de son conjoint et à l'échec scolaire.

### **MIREILLE**

Mireille est le nom que nous avons attribué à la troisième participante. Contrairement aux deux autres femmes que nous avons rencontrées, elle a accouché à l'âge de 21 ans, soit 7 années avant l'entretien. Elle était étudiante quand elle est tombée enceinte. Elle dit s'être rendu compte de son état seulement au septième mois de la grossesse. Son discours assez confus à ce sujet ne nous permet pas d'affirmer, mais plutôt de supposer qu'après la levée du déni, la grossesse a pu être dissimulée pendant les trois (3) derniers mois. C'est ensuite pour des douleurs au niveau

du dos qu'elle s'est présentée aux urgences. Dans les temps qui ont suivi, les médecins lui ont expliqué qu'elle était sur le point d'accoucher. Elle a donc mis au monde une fille qu'elle a décidé de laisser à l'adoption. C'est pratiquement un mois après l'accouchement, pendant la période de rétractation, qu'elle aurait informé son conjoint de son accouchement anonyme. N'ayant pas obtenu ce qu'elle attendait de lui en termes d'engagement, Mireille n'est finalement pas revenue sur sa décision de remise en adoption.

Toutes ces données que nous avons recueillies en entretien ont été minutieusement exploitées à partir d'une analyse de contenu selon deux modalités : analyse de l'énonciation et thématique. Nous rapportons succinctement le fruit de ce travail d'analyse.

*« Mettre un enfant né sous x c'est pas être sale à l'intérieur. Mais... voilà c'est une partie de nous qu'on n'a plus. Il manque, il va nous manquer un petit bout de notre cœur qu'on a laissé partir avec lui. Et ça euh... ça se répare pas hein... C'est cassé, c'est cassé et euh... On pourrait le ressouder si on le retrouvait, mais il y aura toujours cette cassure qui sera faite. Parce qu'on n'aura pas profité de cet enfant, on l'aura pas vu grandir, on n'aura pas vu l'évolution, on n'aura pas vu ses souffrances tout ça, on n'a pas fait partie de sa vie. On peut essayer de rattraper le temps, il se rattrapera pas, mais profiter de l'avenir, de l'instant présent oui. Mais après euh... voilà. Le mal il a été fait. Et mais voilà c'est euh... c'est... on peut pas, on peut pas changer ce qui s'est passé... C'est euh, c'est pas possible. »*

Ces mots d'Arlette viennent montrer à quel point l'après-coup de l'accouchement sous x peut se montrer préoccupant. Rappelons cependant que s'imbriquent, dans son cas particulier, le traumatisme lié aux violences sexuelles du père et celui de la remise de l'enfant en vue d'adoption. Elle évoque notamment des états dépressifs, une boulimie morbide, des tentatives de suicides, et des possibles fantasmes d'impulsion patricide et infanticide.

Du côté de Flora, il y a comme un arrêt psychique au niveau de l'abandon de l'enfant. Il semble qu'elle ne s'est plus retrouvée après cet événement, notamment dans sa vie professionnelle. Elle conçoit sa vie comme un enchaînement de ratés.

Mireille, quant à elle, fait état de troubles du sommeil, d'états possiblement dépressifs, des crises d'angoisse à chaque anniversaire de l'enfant et de projections dans des situations diverses. Elle dira : *« avec le temps, je me dis que j'ai pas tourné la page, j'suis pas passée à autre chose parce que... quand j'y pense ça me fait mal... mais euh on va peut-être dire, ça me fait moins mal qu'au début. Après euh... je pense qu'il y a une partie de moi où comme je disais, j'ai... j'ai des regrets, où je me sens pas bien par rapport à ce que j'ai pu faire. »*

Comme éléments communs aux trois participantes, nous pouvons relever l'expression verbale de regrets et des affects douloureux variables de l'une à l'autre, des réactions, pauses et silences qui pourraient éventuellement indiquer une actualisation d'angoisse au moment de l'entretien. Toutes regrettent le fait d'avoir remis un enfant à l'adoption et redoutent la réaction de ce dernier au jour des retrouvailles. De plus, l'acte est considéré comme irréparable, au point où certaines donnent l'image de personnes méritant une punition. L'insistance sur les douleurs physiques lors de l'accouchement pourrait justifier cette idée de punition.

L'émotion avec laquelle les scènes d'accouchement et de séparation sont relatées sept (7) à trente-deux (32) années après montre bien la persistance de la blessure de la séparation malgré le temps écoulé. Les expressions comme « *les liens de sang* », « *partie de moi* », « *chair* » renvoient à l'arrachement que suggère cette double séparation. Une des mères de naissance rencontrées dira même : « *y a rien de plus charnel de chair que d'accoucher et euh surtout euh d'accoucher comme ça sans péridurale* ». La plus grande douleur exprimée n'est sans doute pas celle occasionnée par l'absence de péridurale, mais plutôt celle qu'engendrait le ressenti physique du corps-à-corps avec l'être qui partait. C'est justement pour amoindrir ou même éviter la douleur de cette séparation que certaines ont refusé de voir et de toucher le nouveau-né. Cependant, il semble que cette démarche n'ait pas atteint les résultats escomptés. Nous avons l'impression qu'elle aurait même pu amplifier la douleur. L'insistance sur le voir et le toucher dans le discours des mères de naissance nous conforte dans cette position.

Pour les femmes qui ont vécu d'autres accouchements par la suite, une angoisse de séparation manifestée par le refus de donner l'enfant à la sage-femme peut s'observer. Tel fut le cas d'Arlette lors de l'accouchement de ses deux enfants. Flora, quant à elle, qualifiait sa relation de fusionnelle avec son deuxième fils. Son angoisse la conduirait même à poser des restrictions concernant les sorties de ce dernier. Nous pouvons dès lors émettre l'hypothèse que le vécu difficile de la séparation mère-enfant lors d'un accouchement anonyme pourrait avoir une incidence sur les liens de la mère avec les autres enfants à naître. Dans ces conditions, le danger de l'enfant « de remplacement » s'impose. Le cas du fils de Flora semble illustrer cette hypothèse. Cet enfant, de même sexe que le précédent aurait été conçu, selon elle, assez rapidement à cause du manque qu'elle ressentait. Ainsi, se répète, non pas l'abandon, mais une maternité, la seconde venant jouer un rôle de réparation de la première. Tout ceci nous permet de considérer les risques psychiques d'un accouchement sous x.

Concernant le personnel de santé et les services sociaux, certaines pratiques peuvent avoir une incidence sur le vécu du sujet. L'utilisation de nom d'emprunt attribué particulièrement à Flora pour son accouchement et le manque de considération du libre-arbitre d'Arlette ont pu induire ou renforcer des troubles identitaires chez les sujets. Gardant à l'esprit la possibilité de faux souvenirs – vu le nombre d'années entre l'entretien et les faits relatés – nous sommes convaincus que la simple évocation de ces faits met en exergue la sensibilité et la portée des moindres gestes et paroles des professionnels dans ces situations de détresse.

En termes d'identité, remarquons que les femmes dites mères de naissance paraissent en difficulté quant à la place qu'elles occupent par rapport à l'enfant. Sont-elles mères, mères biologiques, mères naturelles ou encore mère de naissance ? Ce sont autant d'appellations qui mettent en difficulté aussi bien les professionnels que les femmes dans cette situation. D'ailleurs, nous avons nous-même été confronté à cela en cours d'entretien. Le cas particulier de Mireille en est une illustration. Cette dernière nous a signalé avoir un souci avec l'appellation « mère biologique » que nous avons utilisé en entretien.

Un autre élément issu de nos entretiens est la blessure narcissique. Rappelons-nous l'idée de cassure irréparable évoquée par Arlette. Ce même terme a aussi été utilisé par Flora pour exprimer son état après son accouchement anonyme. Ce qui ferait, selon nous, référence à une blessure narcissique des sujets. Du côté de Mireille, nous avons plutôt entendu une insistance



sur un certain équilibre à trouver. Ce qui viendrait questionner la solidité des assises narcissiques des sujets bien avant l'accouchement sous x. À notre avis, l'inaptitude à accueillir un enfant, évoquée par ces femmes, dépasse les limites de la réalité concrète. Un désir d'équilibre narcissique semble apparaître au-delà des soucis matériels. C'est pourquoi Mireille précisera son refus de recevoir des aides sociales, comme s'il fallait qu'elle prouve quelque chose, qu'elle acquiert une assurance d'un point de vue narcissique.

Par ailleurs, nous avons pu constater que toutes les femmes rencontrées évoquent l'idée de retrouvailles avec l'enfant autrefois remis en vue d'adoption. Même si une ambivalence remarquable ressort de l'idée de la recherche de cet enfant (« *Je cherche sans chercher.* »), divers indices tendent à démontrer que les éventuelles retrouvailles représentent un espoir, ou même une béquille qui semble les maintenir.

En ce qui concerne les aménagements ouvrant sur une reconstruction, fonder une famille fait partie des priorités. Tel fut le cas d'Arlette et le projet, semble-t-il, le plus cher de Mireille. C'est d'ailleurs la famille qui a servi d'étayage à Arlette pour renoncer à ses idées suicidaires et se faire suivre par des professionnels. Entre autres, notons qu'Arlette et Flora disent avoir informé leurs enfants de l'acte qu'elles ont posé des années avant. En informant sa famille de l'existence d'un éventuel membre absent, la mère de naissance effectue une démarche non-négligeable. L'idéal serait que la famille l'écoute, afin de parvenir à entendre la demande sous-jacente. La réaction de cette famille acquiert un caractère décisif. En d'autres termes, un soutien familial indéfectible, surtout dépourvu de tout jugement, pourrait représenter une aide considérable pour une progression de la mère de naissance vers sa reconstruction. Il conviendrait dès lors qu'un espace soit laissé pour la parole. En cours d'entretien, nous avons pu nous apercevoir de l'effet du tabou sur le vécu avant et après l'accouchement sous x. L'espace de parole se retrouve aussi bien entendu auprès de professionnels, capables d'offrir un dispositif permettant à la mère de naissance de verbaliser cette épreuve pour parvenir à une éventuelle guérison. Mais encore faut-il qu'elles se présentent pour recevoir cette aide.

### Références bibliographiques

- Alvin, P. (2006). Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe. *Archives de Pédiatrie*, 13 (4), 329-332.
- Bertrand, M. (2004). *Trois défis pour la psychanalyse : clinique, théorie, psychothérapie*. Paris : Dunod.
- Bonnet, C. (2001). *Geste d'amour : l'accouchement sous X*. Paris : Odile Jacob.
- Desaunay, P., Guénolé, F., Andro, G. & Baleyte, J.-M. (2016). Déni de grossesse et accouchement sous X à l'adolescence : quels liens ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 455-463.
- Duverger, P. & Nardin-Godet, K. (2011). Accouchement sous X et filiations. *Enfances & Psy*, 50(1), 44-56.
- Gutton, P. (2013). *Le pubertaire*, Paris : Presses universitaires de France.
- Jeammet, P. (2006). *L'adolescence*. Paris : J'ai lu.
- Marinopoulos, S. (2004). Abandon-adoption. Des histoires filiatives singulières. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 17(5), 292-296.



- Moget, E. & Heenen-Wolff, S. (2013). L'étude du cas unique, un exemple de recherche qualitative. Communication au colloque « Articulation clinique-recherche. Autour de la psychopathologie et de la psychiatrie », UCL, Louvain-la-Neuve. In E. Zech, P. de Timary, J. Billieux et H. Jacques (dir.) « *Articulation clinique-recherche. Autour de la psychopathologie et de la psychiatrie* » (pp. 13-22). Louvain-la-Neuve : Presses universitaires de Louvain.
- Morhain, Y. (2014). Les destins de la relation mères et filles à l'adolescence. In Y. Morhain (dir.), *Mères et filles à l'adolescence* (pp. 138-153). Paris, Éditions In Press.
- Mouras, J.-P. (2004). Être mère à l'adolescence. *Figures de la psychanalyse*, 9(1), 97-101.
- Peltier, N. (1995). *Les mères de l'ombre : faire adopter son enfant ?* Paris : Éditions du Cerf.
- Prononce-Poyol, C. (2013). De l'accompagnement psychologique des femmes aux missions du correspondant CNAOP : une expérience clinique singulière. *Enfances & Psy*, 59(2), 20-30.
- Rassial, J.-J. (2010). *Le passage adolescent*. Toulouse : Erès.
- Razon, L. (2006). Accouchement sous X : transmission d'un secret de famille. In B. Schneider (dir.), *Enfant en développement, famille et handicaps* (pp. 47-51). Toulouse : Eres.
- Vander Borgh, M. & De Neuter, P. (2005). L'abandon à la naissance : entre désir et non désir d'enfant. *Cahiers de psychologie clinique*, 24(1), 149-165.
- Villeneuve-Gokalp, C. (2011). Les femmes qui accouchent sous le secret en France, 2007-2009, *Population*, 66(1), 135-169.
- Code de l'action sociale et des familles - Article L147-1*, vol. L147-1. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E91AA476B1E317FA73EF053A024A78B3.tpdila07v\\_1?idArticle=LEGIARTI000006796688&cidTexte=LEGITEXT000006074069&categorieLien=id&dateTexte=20150321](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E91AA476B1E317FA73EF053A024A78B3.tpdila07v_1?idArticle=LEGIARTI000006796688&cidTexte=LEGITEXT000006074069&categorieLien=id&dateTexte=20150321), [Page consultée le 15 novembre 2019].
- Étude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement" : bilan d'étape - Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP)*, <https://www.cnaop.gouv.fr/etude-sur-les-meres-de-naissance.html>, [Page consultée le 15 novembre 2019].

**CHAPITRE 5 | CHAPTER 5**

**QUELQUES PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES AUTOUR  
DE L'ENFANT | PROFESSIONAL  
PRACTICES WHEN WORKING  
WITH CHILDREN**

176

**15. De l'instruction scolaire à la rééducation orthophonique. Ethnographie des enjeux institutionnels et des stratégies parentales auprès d'enfants scolarisés à la maternelle en quartier populaire**

*From school education to speech therapy rehabilitation. An ethnography of institutional issues and parenting strategies with children attending kindergarten, in a working-class neighborhood*

**GOUDET Jean-Marc**

Doctorant en sociologie, Docteur de médecine spécialisé en santé publique, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Laboratoire Centre Maurice Halbwachs, Réseau doctoral de santé publique, Paris, FRANCE

[jeanmarcgoudet@gmail.com](mailto:jeanmarcgoudet@gmail.com)

177

**RÉSUMÉ/ABSTRACT**

Objectifs - L'objectif est d'analyser l'effectivité des réformes récentes de prévention contre l'échec scolaire en France.

Nos objectifs spécifiques sont :

(i) D'analyser les stratégies parentales éducatives, sociales et médicales face à l'« épreuve scolaire »

(ii) D'identifier les variables caractérisant les modalités de prises en charge institutionnelles et de l'orthophonie libérale

Méthodes - Nos matériaux sont issus d'une enquête ethnographique. Elle a été réalisée dans un quartier populaire de la métropole lilloise sur trois sites : un centre médico-scolaire lors du bilan de 6 ans auprès d'une centaine d'enfants (un an comme médecin scolaire et auto-observateur), un cabinet d'orthophonie auprès d'une dizaine d'enfants âgés de 3 à 6 ans par observation participante (un an), à partir d'archives de la Protection maternelle et infantile (six enfants). Notre démarche s'appuie sur les outils d'analyse de la santé publique (Lombrail et al., 2004), l'ethnographie réflexive (Weber, 2006) et la sociologie des institutions médicales (Gelly et al., 2016).

Résultats - Une « scolarisation du traitement médical » est retrouvée dans la manière dont les professionnels médicaux se saisissent des dispositifs visant à repérer et orienter les enfants porteurs d'éventuels troubles médicaux. Le recours à l'orthophonie libérale comme supplément institutionnel transforme la rééducation en un lieu secondaire de socialisation enfantine. Celle-ci se révèle être une stratégie préventive dans les apprentissages de la lecture et des codes scolaires en matière de langage oral à la petite enfance. Investie massivement par les professionnels, et les familles, la rééducation met en tension les normes scolaires, biomédicales et sociales dans une régulation des pratiques langagières et un contrôle du corps.

Mots-clés : Inégalités scolaires ; troubles du langage ; socialisation

**Abstract**

*Objectives - The aim is to analyse the effectiveness of recent reforms to prevent school failure in France.*

*Our specific objectives are:*

*(i) To analyse educational, social and medical parenting strategies in response to the "school challenge"*

(ii) *To identify variables characterising the modalities of institutional care and private speech and language therapy*

*Methods - We carried out an ethnographic research in a working-class district of the Lille metropolitan area from 2017 to 2019. Our study sites included a medical-school center during the 6-year assessment (about 100 children during one year as a school doctor and self-observer), a speech therapy practice with ten children from 3 to 6 years by participating observation (one year), and the archives of the Maternal and Child Protection (six children). Our approach is based on public health analysis tools (Lombrail et al., 2004), reflective ethnography (Weber, 2006) and sociology of medical institutions (Gelly et al., 2016).*

*Results - A process of “medical treatment’s schooling” is found in the way medical professionals use institutional arrangements to identify and guide children with possible medical disorders. The use of private speech therapist as an institutional supplement transforms rehabilitation into a secondary place of child socialization. This is proving to be a preventive strategy in the learning process of both reading and school codes for oral language during early childhood. Invested massively by professionals and families, re-education puts a strain on school, biomedical and social norms in the regulation of language practices and control of the body.*

*Keywords: School inequalities; speech disorders; socialization*

## ARTICLE

### Introduction

Les politiques scolaires et sanitaires connaissent des transformations récentes depuis le tournant des années 2000. Du point de vue scolaire, les classements internationaux (Pisa<sup>62</sup>) et le développement en France des politiques éducatives dites de lutte contre l’« échec scolaire » recentrent les efforts sur le premier degré et les apprentissages scolaires dans un contexte d’investissement scolaire massif. Du point de vue sanitaire, on assiste à un délitement du suivi médical universel<sup>63</sup> vers des formes libérales de marché paramédical (psychothérapie, rééducation orthophonique, ergothérapie, etc.). Certaines politiques visent à combiner les deux registres du médical et du scolaire, comme la loi de 2005 qui introduit les dispositifs d’inclusion des élèves et l’instauration de dispositifs médico-scolaires depuis les années 2000 visant notamment la prise en charge des difficultés de langage écrit et oral dénommées « troubles spécifiques des apprentissages ». Ceci a produit l’expansion d’un marché de l’offre médicalisée à partir de 2005 (Garcia, 2013) pour lequel le processus de médicalisation de l’échec scolaire (Morel, 2014) a été décrit.

En prenant pour objet de recherche les difficultés scolaires à l’école maternelle repérées, catégorisées, et prises en charge par les institutions médicales et paramédicales chez des enfants âgés de 3 à 6 ans, notre objectif est d’analyser les différentes manières dont les professionnels et les familles se saisissent de ces transformations (dispositifs école inclusive, offres paramédicales, etc.). On se demandera comment se construisent les carrières médico-scolaires des enfants à l’âge précoce dans un quartier populaire de métropole française. Quelles stratégies

<sup>62</sup> Programme International pour le Suivi des Acquis des élèves (ou *Programme for International Student Assessment* [Pisa]).

<sup>63</sup> Notamment par la médecine scolaire et le bilan obligatoire de six ans, ainsi que le bilan de quatre ans recommandé par la Protection maternelle infantile.

parentales et quelles modalités des prises en charge institutionnelles notamment via l'orthophonie libérale se construisent dans ce quartier ?

## 1. Méthodologie

Je mène une enquête ethnographique dans un quartier « populaire » de métropole, visé par les politiques éducatives et politiques de la Ville (quartier « prioritaire », Rep<sup>64</sup> +). Deux entrées de l'enquête seront utilisées, à savoir la médecine scolaire et l'orthophonie libérale.

En médecine scolaire, je suis participant (médecin scolaire) et auto-observateur durant un an et demi auprès des enfants scolarisés dans le quartier d'enquête. Je réalise principalement les bilans de grande section maternelle pour les enfants scolarisés en école publique et privée (soit environ 200 enfants pour la cohorte de 2011 et une centaine pour la cohorte de 2012). Je rencontre ainsi plus de 90 % des enfants scolarisés en grande section maternelle dans le quartier d'enquête. Ceci constitue la dimension transversale de l'enquête. Pour la seconde entrée, je pratique une observation participante de plus de douze mois, en tant que stagiaire dans un cabinet d'orthophonie libérale situé sur le terrain d'enquête. J'utilise ici les matériaux qui contribuent à la dimension longitudinale et prospective de l'enquête à partir des données récoltées auprès d'enfants (onze cas) scolarisés à la maternelle et suivis en orthophonie libérale.

## 2. Résultats

### 2.1 Les modes institutionnels de régulation des difficultés scolaires et médicales

Quatre institutions principales sont en charge d'un repérage, d'une orientation, du suivi des troubles dits « troubles spécifiques des apprentissages » ou ayant des troubles du comportement ou de socialisation. La Protection maternelle et infantile (PMI) intervient au moment de l'enquête par la consultation à 2 ans et le bilan de quatre ans (non obligatoire, mais réalisé auprès d'un très grand nombre d'enfants du quartier). La médecine scolaire prend le relais par le bilan de six ans qui est obligatoire pour l'entrée en cours préparatoire et est réalisé en grande section maternelle. Ce bilan est utilisé de nos jours comme un moyen de repérage de potentiels « troubles des apprentissages » et est réalisé en lien avec les écoles. Il permet notamment l'orientation et la préconisation de bilans médicaux et paramédicaux, en cas de difficultés médicales rencontrées lors du test effectué auprès de l'enfant. Le centre médicopsychologique (CMP), l'orthophonie libérale, sont responsables du suivi au long terme et de la rééducation, tandis que les services de neuropédiatrie hospitalo-universitaires peuvent confirmer les diagnostics dits compliqués, traiter le cas échéant les enfants et orienter vers les professionnels médicaux et médico-sociaux.

---

<sup>64</sup> Réseau d'éducation prioritaire « plus ».

## 2.2 La rééducation orthophonique en libéral

Si la prescription médicale pour un bilan orthophonique et des séances de rééducation est obligatoire, la demande initiale peut survenir directement des familles ou de leur entourage, ou des professionnels des institutions scolaires et médicales du quartier. D'éventuels « troubles » sont ainsi observables par différentes personnes de l'entourage ou des professionnels de l'école, de la PMI, de la médecine scolaire, de la pédiatrie par des bilans institutionnels. Dans un second temps, le bilan orthophonique cherche à qualifier les troubles éventuels en mesurant le résultat de l'enfant en prenant la moyenne des résultats des enfants de sa classe d'âge. Il s'agit d'un repérage institutionnel des difficultés d'apprentissages du langage, d'attention, de socialisation, qui est mis en place. La rééducation orthophonique libérale est investie par les familles du fait de l'orientation faite par les professionnels scolaires et médicaux ainsi que du remboursement de soins par l'assurance maladie et les mutuelles qui en font un soin médical remboursé et identifié comme étant lié aux attentes scolaires. Ce suivi de rééducation peut aller de plusieurs mois à plusieurs années selon les troubles rééduqués.

## 2.3 Expansion du marché de l'offre libérale orthophonique

Sur le quartier d'enquête, pour le bilan des six ans que j'ai réalisé en tant que médecin scolaire (cohortes d'enfants nés en 2011 et 2012), j'ai orienté près de 25 % des enfants vers de l'orthophonie libérale. Ceci correspond à l'évolution du bilan de six ans, qui s'est transformé au cours des années 2000, initialement bilan de médecine préventive et d'hygiène scolaire, en un bilan dont l'objectif est la prévention des « troubles spécifiques des apprentissages ». Nationalement, on retrouve l'expansion du marché paramédical avec un nombre d'orthophonistes qui a plus que doublé en 20 ans avec près de 80 % d'actes réalisés pour une population de moins de 15 ans et plus de 60 % de l'activité concentrée pour les troubles « dys »<sup>65</sup> (DEPP, 2014). Ce constat s'inscrit dans un processus de médicalisation des difficultés scolaires des enfants (Morel, 2014).

## 2.4 Processus de scolarisation du traitement médical et paramédical

Un processus de « scolarisation du traitement médical et paramédical » est retrouvé sur le quartier d'enquête. Il apparaît comme corolaire à la médicalisation et consiste en l'incorporation de la norme scolaire par les professionnels médicaux et paramédicaux. La norme scolaire est reprise dans les critères de jugement des professionnels qui orientent le choix des catégories médicales de diagnostics ou de conduites thérapeutiques. C'est notamment à partir des pratiques langagières que l'imbrication des normes scolaires et médicales est perceptible. Les pratiques langagières sont ainsi évaluées et repérées par les institutions médico-sociale et médico-scolaire lors des bilans réalisés à quatre ans (PMI) et à six ans (médecine scolaire). Le critère d'évaluation neurobiologique se construit à partir d'une norme médicale qui aligne la norme

---

<sup>65</sup> Cela comprend la dyslexie, dysgraphie, dyscalculie, dysorthographe, dyspraxie, dysoralité. Dans certaines nomenclatures il est rajouté les troubles de l'hyperactivité et de l'attention.



langagière à la norme scolaire en l'articulant à des critères de développements biomédicaux<sup>66</sup>. Dans certains cas, c'est la conduite thérapeutique qui est retrouvée appliquée à la situation scolaire. Je retrouve cela pour un garçon âgé de six ans étiqueté « hyperactif » et qui fait plusieurs crises violentes et des fugues au sein de l'école. Le médecin psychiatre décidera de le mettre sous traitement l'année suivante, tandis que le directeur de l'école poussera à une déscolarisation partielle du fait des difficultés en la présence de l'enfant à pouvoir « gérer » la classe. Dans d'autres situations, c'est l'intégration du « devenir scolaire » par les professionnels médicaux et paramédicaux qui est retrouvée parfois de manière plus marquée que chez les professionnels scolaires. C'est le cas de Sybellia, une enfant issue de la classe populaire scolarisée en grande section maternelle qui est suivie pour un retard de parole et un mutisme sélectif en orthophonie libérale. La mère m'expliquera que c'est sa sœur qui lui a conseillé de voir une orthophoniste et non l'école en raison du peu de mots prononcés par Sybellia. L'orthophoniste remplaçante décrit comme typique l'absence de réactions par les enseignants pour des enfants comme Sybellia.

*« Tu vois, une enfant comme Sybellia passe à la trappe par les instits, car elle n'est pas gênante en classe, ils disent "ah, elle est petite, elle a le temps". En fait, eux ils voient vraiment le problème si l'enfant est turbulent, hyper agité, ou bien au CP avec le langage écrit. »*

Orthophoniste remplaçante, *Extrait du journal de terrain*, 16 mai 2018.

C'est également l'orthophoniste qui alertera la médecin scolaire, et fera en sorte qu'elle ait un suivi psychologique en CMP. La médecin scolaire se déclarera, elle aussi « très inquiète » pour cet enfant, et de manière générale du fait que son école semble peu sensible à l'aide de la médecine scolaire. Dans ce cas, c'est le système paramédical et médical qui joue un rôle de suppléance au système scolaire.

En parallèle du système de scolarisation « ordinaire » apparaît ainsi un système médical et paramédical de prise en charge d'une partie de ces enfants repérés soit pour des difficultés de langage oral et écrit ou de socialisation. Ceci tend à produire une nouvelle division du travail « scolaire » et éducatif sur le quartier. On retrouve ainsi des configurations institutionnelles locales qui s'organisent à partir de « l'épreuve scolaire » des enfants scolarisés dans le quartier.

### **Cas de Théo : un suivi institutionnel scolaire, médical et paramédical dans le quartier**

Théo, âgé de six ans, est le dernier enfant d'une fratrie de trois, sa mère séparée du père, alterne des phases de chômage et de travail à temps partiel en tant que chargée de clientèle. Son bilan de PMI, réalisé à quatre ans, conclut à la nécessité d'une :

*« orientation psychomotricien (CMP) et orthophonie. Consultations et/ou rééducations complémentaires demandées : "Psycho-éducative (ortho), Médicale (CMP)" »*

<sup>66</sup> Les exercices de phonation, de compréhension orale, de graphisme, etc. sont évalués en fonction d'une norme attendue selon l'âge de l'enfant. C'est l'écart à la norme développementale qui établit un critère de troubles dits sévères ou pathologiques. C'est la question de la construction du « normal » et du « pathologique » comme l'exposait déjà Canguilhem (1966).

Je vois l'enfant lors de son bilan de six ans de la médecine scolaire, alors qu'il est scolarisé en grande section maternelle. L'enfant est adressé par l'école comme étant un élève qui pose des difficultés de compréhension (cf. fiche de suivi ci-après) et qui nécessite d'être vu par le médecin scolaire. Il est absent au premier rendez-vous, mais est reconvoqué, et sera présent au deuxième rendez-vous accompagné de sa mère, de son frère et de sa sœur. Il a débuté une rééducation orthophonique à 3 ans, interrompue pendant une année lorsque sa mère, séparée du père, travaillait à temps complet comme chargée de clientèle dans une petite entreprise. Le suivi orthophonique est réalisé deux fois par semaine. Sa mère trouve que, grâce à cela, il est « *plus concentré à l'école et parle plus* ». Il a également un suivi psychologique au CMP auprès d'une psychologue et un suivi en psychomotricité. La mère expliquera avoir pris ses rendez-vous à la suite de la demande de la PMI, puis avoir arrêté le suivi psychologique au bout de quelques séances « *on voit pas l'intérêt de continuer* ». Sa mère renvoie l'inquiétude des institutions sur le langage de son enfant à un trait de personnalité : « *il est comme son père qui parle peu et ne voulait pas parler petit* ». L'ensemble de la fratrie est prise en charge pour un suivi orthophonique pour initialement un « retard de parole ». Le rapport de la mère aux institutions est ainsi subtil entre une docilité avec un suivi depuis plusieurs années pour l'ensemble des enfants, et des résistances puisqu'elle décide d'arrêter une prise en charge psychologique qu'elle juge inutile, et émet un autre avis sur les causes des difficultés langagières de son enfant. Néanmoins, elle poursuit le suivi en rééducation orthophonique pour ses trois enfants. Je la rencontrerai ainsi dans le quartier d'enquête. L'orthophoniste s'avérant aussi une ressource dans les stratégies à adopter sur le marché scolaire local et devant l'effet qu'elle juge bénéfique sur le travail scolaire des enfants et le comportement en classe. C'est aussi en complément à une socialisation familiale distante des attentes et ses codes scolaires que se retrouve utilisée la rééducation orthophonique. Le bilan de médecine scolaire (cf. ci-après) se montre discordant vis-à-vis des « plaintes » de l'école. L'enfant apparaît sans déficience pathologique au niveau du langage, et apparaît comme un habitué aux exercices de phonologie par son travail de rééducation orthophonique et obtient de bons résultats. C'est au niveau de la graphie que des difficultés sont retrouvées mais qui n'étaient pas mentionnées par l'école. L'enseignante relève dans sa note adressée à la médecine scolaire l'attitude de l'enfant en classe (« *problème d'attention, parle peu, ne dit pas quand il ne comprend pas* ») et le comportement de la mère (« *très débordée* »). Néanmoins, il n'y a pas de concordance retrouvée en termes de diagnostics avec les difficultés repérées par l'enseignante. On retrouve dans ce cas un effet de « prescription » du scolaire sur le médical et paramédical du fait d'un écart visible pour l'école entre la culture scolaire et la socialisation familiale.

Cela se reproduit dans de nombreux autres cas où la discordance des discours des professionnels sur un même enfant témoigne des différences de normes de référence selon l'appartenance idéologique des professionnels scolaires, médicaux et paramédicaux.

#### Extrait Fiche de suivi de l'enseignant à la médecine scolaire, janvier 2018

- « Maman très débordée »
- « soutient son **attention** et sa concentration: Non »
- « Joue avec les autres à la récréation: "**avec toujours le même enfant**" »
- « **Discours spontané: oui et non**
- Grammaire correcte: **non** / Subordonnées acquises (qui, parce que, comme): **non**
- Acquis en phonologie: Comptage syllabique: oui / Suppression syllabique : oui / Rimes: **non**
- PSYCHOMOTRICITE: tape dans ses mains en rythme : **non**
- **CONCLUSION : Des progrès mais encore de grosses difficultés de compréhension.**
- **Inquiétude relative au passage en CP: oui car Théo parle peu ne dit pas quand il ne comprend pas**
- **OBSERVATIONS EVENTUELLES: Va chez l'orthophoniste »**

#### Extrait Bilan médecine scolaire, mai 2018

- **Evaluation phonologique**: Rimes 8/8 Comptage: 5/5 / Suppression: 10/10
- **Barrage des cloches**: 9 en 1 minute
- **Espaces interlettres**: 18 en 1''55 [omissions]
- **Empan** endroit : 4 / Empan envers: 3
- **difficultés graphiques**

## 2.5 La rééducation orthophonique : un lieu de socialisation secondaire

Les modalités d'investissement dans cette rééducation apparaissent socialement différenciées selon l'appartenance sociale des enfants. Ainsi, dans le cas d'enfants issus des classes populaires et moyennes à faible capital culturel, la plus faible culture scolaire dans le milieu familial semble un déterminant à l'investissement et au suivi de la rééducation. À l'image de la mère de Théo, qui notait les progrès de son fils dans l'attitude, le travail de rééducation langagière s'avère aussi un travail d'éducation, non langagier, où les normes des professionnelles proches de la classe moyenne (Serre, 1998) et des représentations du « bon élève » sont convoquées par la rééducatrice. On retrouve dans les premières séances, une valorisation du respect de la discipline, des « règles » de jeux, du tour de parole, du maintien postural, du regard associé à la parole, des manières de solliciter l'adulte, etc. qui participent à la construction du « métier d'élève ». Pour les enfants, les plus à distance de cette socialisation, les premières séances peuvent être les plus difficiles en matière de travail éducatif. Ce travail est également réalisé devant les parents, où la rééducatrice n'hésite pas à expliciter les rituels et à les imposer : règles de politesse dès le seuil de la porte d'entrée, respect de la ponctualité et de l'assiduité aux séances qui font écho avec un certain nombre de règles implicites de la culture scolaire. Ses règles se poursuivent lors de l'installation de l'enfant dans le bureau : poser le manteau, être bien assis, se tenir droit, etc. L'orthophoniste explique que cela est indispensable pour « *poser le cadre, et avant de travailler sur le langage* ». Cela est ainsi ritualisé et répété (une à trois fois par semaine), jusqu'à ce que cela devienne progressivement incorporé par l'enfant. C'est aussi cette période, qui lorsqu'elle s'avère longue, et lorsque l'enfant résiste et fait preuve de désobéissance, qui est décrite comme « *pénible et difficile* » par la professionnelle. Par la suite, la rééducation devient un lieu de contrôle et de rééducation de la pratique langagière. Dans la période de passage de la culture orale à écrite, la rééducation s'appuie sur les normes du « bien parler » (performativité du langage, relations de causalité, « code élaboré » (Bernstein, 1975, etc.). Un certain nombre de normes biomédicales, mais aussi sociales, esthétiques, scolaires en matière de prononciation, de comportements et de socialisation sont ainsi employées pour modifier la pratique langagière de l'enfant. Des effets différents sont alors retrouvés selon la distance sociale qui sépare la professionnelle des enfants et de leurs familles.

## Conclusion

Le recours en maternelle à l'orthophonie libérale traduit un investissement scolaire massif des professionnels et des familles face à l'« épreuve scolaire » dans le quartier d'enquête. Cette rééducation qui apparaît parfois comme un supplément institutionnel est utilisée comme une instance de socialisation secondaire en particulier pour les enfants issus des classes populaires.

La norme scolaire est retrouvée prise en compte par les professionnels des institutions médicales et paramédicales, en tant que norme référente pour détecter et prévenir d'éventuels « troubles spécifiques des apprentissages », et prendre en charge des suivis médicaux et paramédicaux. C'est un processus de scolarisation du traitement médical qui est ainsi retrouvé sur le quartier d'enquête en complément au processus de médicalisation. Ce processus de scolarisation s'avère en partie subi et critiqué par les professionnels, mais est lié à la fragilité des normes médicales sur les questions des « troubles des apprentissages ». Dans ce contexte, l'orthophonie libérale est investie par les professionnels scolaires et médicaux et par les familles dans une visée multiple : pour pallier un faible capital scolaire familial et élaborer des stratégies en matière d'orientation sur le marché scolaire local, comme stratégie préventive dans les apprentissages de la lecture et des codes scolaires, et en vue du passage de la culture orale à la culture écrite.

Dans ce quartier dit « prioritaire », une régulation institutionnelle de la pratique langagière est retrouvée afin de mettre en relation travail scolaire et travail éducatif à partir des normes biomédicales et sociales. Ceci entraîne une biologisation des apprentissages scolaires avec une délégation du travail du scolaire vers le médical et le paramédical, ainsi qu'avec des usages sociaux différenciés de l'offre paramédicale et médicale selon les dispositions sociales des familles et leurs capitaux culturels.

## Références bibliographiques

- Bernstein, B. (1975). *Langages et classes sociales. Codes socio-linguistiques et contrôle social*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Canguilhem, G. (1966/2013). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France, collection « Quadrige ».
- Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. « Etudes et résultats », *Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux*, no. 895, 2014.
- Garcia, S. (2013). *À l'école des dyslexiques : naturaliser ou combattre l'échec scolaire*. Paris : La Découverte.
- Gelly, M., Giraud, B. & Pitti, L. (2016). *Quand la santé déçoit les inégalités* Marseille : Agone, 58.
- Lombrail, P., Lang, T. & Pascal, J. (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé, Société et Solidarité*, 2, 61-71.
- Morel, S. (2014) *La médicalisation de l'échec scolaire*. Paris : La Dispute, collection « L'enjeu scolaire ».

Serre, D. (1998). Le bébé “superbe” : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance, *Sociétés contemporaines*, 31(3), 107-127.

Weber, F. & Lambelet, A. (2006). Introduction : ethnographie réflexive, nouveaux enjeux. *ethnographiques.org*, 11 [en ligne]. (<http://www.ethnographiques.org/2006/Weber-Lambelet> - consulté le 10.02.2020)

## 16. La circulation du petit enfant entre milieux de socialisation : un cahier pour parler de ses expériences

*From the school table to the kitchen table: study of the circulation of life books between preschool and families*

185

**DABESTANI Marie-Noëlle** (CIRCEFT-ESCOL Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis, FRANCE)

[dabestanimarienoelle@gmail.com](mailto:dabestanimarienoelle@gmail.com)

*Suite à une erreur de notre part, ce chapitre n'a pas été publié dans l'ouvrage **Espaces de socialisation extrafamiliale dans la petite enfance**, Sous la direction de Chantal Zaouche Gaudron, avec Anne Dupuy, Christine Mennesson, Michelle Kelly-Irving, paru aux Editions Eres en avril 2021.*

*Nous présentons à l'auteure toutes nos excuses.*

### RÉSUMÉ/ABSTRACT

Nous étudions ce qui pourrait harmoniser ou brouiller le rapport entre socialisations scolaire et familiale dans la circulation de cahiers (de vie, etc.) entre école maternelle et familles. En dotant le petit enfant de cahiers marqués par une littératie étendue (Bautier & Rayou, 2013), l'école signifie aux parents le caractère scriptural de la forme scolaire. Elle peut cependant scander moins nettement les changements de regard attendus sur les situations du quotidien appréhendées dans l'espace scolaire (Lahire, 1993), et ce particulièrement, au dépend de la réussite scolaire des enfants de milieux les plus populaires (Bautier, 2006). Les résultats présentés s'appuient sur les analyses croisées des traces littératiées d'activités culinaires contenues dans des cahiers recueillis de la petite à la grande section en région parisienne (N=15), des entretiens semi-directifs menés auprès des professeurs enquêtés et de parents de milieux sociaux contrastés destinataires des supports (N=17). Nous montrerons qu'il s'agit de pratiques scolaires qui n'ont pas perdu leur raison d'être mais qui ont cependant cessé de la manifester clairement (IsambertJamati, 1995) et nous décrirons les définitions sociales du petit enfant (Chamboredon & Prévot, 1973) inscrites dans ces cahiers. Enfin, nous montrerons que les traces de ces activités, photographies et fiches de recettes transformées en écrits scolaires, sont sujettes à des interprétations socialement différenciées 65 selon les parents enquêtés : un exercice d'intelligence discursive et représentative (Wallon, 1959) à partir d'une situation de la vie quotidienne, une dissolution du scolaire ou une imposition de normes de bonnes pratiques familiales (Boltanski, 1969) et alimentaires (Montmasson, 2016).

Mots-clés : Milieux de socialisation ; Cahiers de maternelle ; Forme et inégalités scolaires

### **Abstract**

*In a context of collaboration between teachers and parents promoted by the institution as a way of promoting children's academic success since the 1990s, a device of circulating "life books" between preschools and families has gradually widespread. In a preschool hesitating between two models, family and school (Thouroude, 2010), we interrogate the way in which it gives parents a view of its practices and its content of knowledge. In this chapter, the analysis focuses more specifically on the photographs and files retracing a practice of everyday school life. Indeed, the apprehension of objects of the world as objects of study which can constitute an early obstacle to the school learning of children, particularly in working-class circles (Bautier, 2006). We study the ways in which the education of a situation of ordinary life is presented to families and received by them as an object of study thanks to documents collected and interviews conducted with teachers and parents from different social backgrounds. In a relational approach of school socialization, we show that plural definitions of childhood (Chamboredon & Prévot, 1973) are written into notebooks and that the educational message and its interpretation can be socially differentiated.*

*Keywords: preschool, families, school socialization, life book*

### **ARTICLE**

#### **Un objet nomade pour une analyse relationnelle de la socialisation scolaire**

##### *Un petit enfant doté de cahiers*

Dès la petite section de maternelle, tous les enfants sont dotés de cahiers (IGEN, 2011) qu'ils ramènent à leur domicile à un rythme régulier, comme le confirme l'enquête quantitative récente que nous avons conduite. Ces cahiers de vie contiennent des traces des activités scolaires matérialisées par des photographies, des fiches, des productions d'enfants de type dessin, coloriage. Des blogs et des portefeuilles numériques, que nous traitons ici au même titre que les cahiers, en constituent une forme dématérialisée. Dans une approche sociologique des inégalités scolaires, cette recherche vise à éclairer comment l'école introduit précocement dans les familles un mode de socialisation intégré à la forme scolaire (Joigneaux, 2017) en mettant en circulation régulière des objets marqués par une culture écrite spécifique. L'usage de ces objets nomades (Rayou, 2015) pose en effet la question des interprétations réciproques de ce qui se fait, doit se faire en classe et à la maison. Cependant les manières dont les maîtres définissent les contenus des cahiers, les mettent en ordre et dont les parents s'en saisissent restent peu étudiées (Francis, 2000 ; Montmasson-Michel, 2015). De même, les primes socialisations sont peu examinées par une analyse relationnelle entre école et familles. Ainsi, nous nous référons à celle que Chamboredon poursuit après l'étude initiée avec Prévot en 1973 :

« Il faut concevoir les relations entre l'école et la famille sur le mode de la complémentarité et non pas sur celui de la concurrence et de la substitution de l'une à l'autre. L'enrichissement du programme et du message pédagogique de l'école maternelle sont le principe d'un approfondissement et d'un enrichissement du travail familial d'éducation » (Chamboredon, 1985, p.88).



La complémentarité entre école et familles est ainsi étudiée dans ses variations, sous l'angle de la socialisation intellectuelle, par les analyses du programme (Dabestani, 2019), du message pédagogique inscrits dans les cahiers et reçus par les familles.

### *Etudier la relation entre école maternelle et familles*

Les statuts des documents insérés, leurs mises en ordre atténuent-ils les effets d'une pédagogie invisible décrite comme un système qui instaure une rupture tant dans la relation de l'école maternelle aux autres segments scolaires que dans la relation de l'école aux familles populaires (Bernstein, 2007) ?

Tout d'abord, Chamboredon développe en 1991 la notion de scansion temporelle pour rendre compte des changements plus ou moins signifiés lors du passage longitudinal d'un segment scolaire à un autre (du lycée à l'université). Bien en amont, le passage de l'école maternelle au cours préparatoire est déjà marqué par un ensemble de « transformations » partagées avec les familles (dotation d'un cartable, rituel des devoirs du soir) mais il l'est aussi par des changements moins visibles de délimitations des savoirs (Dabestani, 2019) qui peuvent constituer un obstacle aux apprentissages des élèves dès leur passage à la grande école (Lahire, 1993a).

En outre, des ruptures et des continuités s'opèrent dans le quotidien du petit enfant scolarisé. En effet, l'entrée en classe de l'enfant est marquée chaque jour par des rituels scolaires reconnus par les parents (la séparation du doudou, le placement de l'étiquette-prénom) qui ponctuent visiblement le franchissement de l'enfant d'un espace à un autre. Aussi, nous associons à la notion de scansion temporelle celle de scansion spatiale pour étudier plus spécifiquement les manières dont les dispositions intellectuelles requises en classe sont elles aussi partagées avec les familles et inscrites dans les cahiers, alors qu'elles ne relèvent pas de l'évidence. Bien que programme et message pédagogique soient indissociables (Bernstein, 1975 ; 2007), nous centrons dans ce chapitre notre propos sur le second afin d'analyser plus concrètement les degrés de scansion en jeu dans la relation entre école maternelle et familles. La focale est portée sur la spécificité du rapport d'objectivation des objets du monde en objets d'étude requis en classe. En effet, ce rapport de distanciation, qui permet à l'enfant de constituer des situations de la vie courante en objet scolaire est un facteur d'inégalités précoces de réussite scolaire, tout particulièrement au dépens des élèves de milieux les plus populaires (Bautier, 2006). A ce titre, les activités culinaires menées en classe, représentées dans tous les cahiers recueillis à des degrés divers<sup>67</sup>, s'inscrivent pleinement dans la pédagogie invisible de l'école maternelle et sont significatives de la définition d'un petit enfant apprenant à l'école à partir de situations de la vie courante. Chamboredon & Prévot rendent compte en 1973 d'une cristallisation de la définition d'un petit enfant autonome, créatif, « concrétisée » dans les instruments pédagogiques (les jeux), le mobilier, l'organisation de la classe. De même, Plaisance décrit sur la même période la valorisation faite par l'école aux qualités expressives de l'enfant à partir cette fois d'un corpus de rapports d'inspection, leurs travaux marquant ensemble le recul de la définition d'un petit enfant scolarisé « mis au travail » dans un modèle éducatif productif (Plaisance, 1986). Cette redéfinition de l'enfance requiert alors un travail pédagogique parental spécifique, l'école « approfondissant » celui des familles de classes moyennes et favorisées tandis que, pour les familles populaires, « leurs modes traditionnels d'éducation se trouvent disqualifiés, la dépossession de la famille par l'institution scolaire plus précoce, la discontinuité entre l'école et le milieu familial encore plus marquée » (Chamboredon, 1985, p.89).

<sup>67</sup> Allant d'une seule trace jusqu'à ¼ (13/54) des fiches contenues dans le cahier.

L'hypothèse formulée par Plaisance, selon laquelle l'émergence d'un modèle éducatif à la fois personnalisé et coopératif dans les années 1980 pourrait favoriser « *l'amorce d'un langage partagé, les prémices d'un dialogue clair sur la socialisation du jeune enfant* » (Plaisance, 1986, p.203) semble pouvoir être discutée dans une approche sociologique par l'étude synchronique des cahiers de vie que nous menons. D'autres arguments pourraient soutenir cette hypothèse d'un « dialogue [plus] clair », le petit enfant scolarisé étant appréhendé dès la petite section comme un élève au travail (Leroy, 2017) et doté de cahiers.

### ***Enquêter à l'école et au domicile de l'enfant***

L'usage de cahiers étant peu normé institutionnellement, une enquête par questionnaire a été conduite auprès de 472 enseignants en 2017 et 2018 majoritairement dans deux départements de France métropolitaine dans le but de recenser par déclaration les pratiques des enseignants, les interrogeant sur les contenus des cahiers et des blogs, leurs mises en ordre et leurs fréquences de circulation<sup>68</sup>.

Nous avons privilégié une enquête ethnologique en variant les lieux, les contextes socioéconomiques des publics enquêtés et les niveaux de classes scolaires. Des séries de cahiers ont été recueillies dans 43 classes, de la toute petite à la grande section de maternelle, dans des écoles des deux départements principalement enquêtés par questionnaire. Notre présence en classe a permis d'avoir accès à l'ensemble des cahiers, des blogs, leurs consultations permettant de repérer les régularités et les variations entre eux.

Des entretiens semi-directifs ont été menés avec 25 enseignants des classes dans lesquelles ces cahiers ont été recueillis et avec 27 parents de différents milieux sociaux destinataires régulièrement de ces supports. Les entretiens ont été menés avec les enseignants, dans leurs classes, et avec les parents de préférence à leurs domiciles, le feuilletage des cahiers permettant de recueillir des discours très contextualisés. Avec les parents, les pratiques familiales, ici les activités culinaires, ont été discutées au même titre que celles réalisées par l'école. Enfin, une étude diachronique de la revue pédagogique *Éducation Infantile* (de 1903 à 2002) a permis d'identifier l'évolution de ce dispositif, du moins tels qu'il est décrit dans la revue.

Les définitions sociales de l'enfance et les fonctions socialement différenciées de scissions entre espaces de socialisation sont ainsi analysées dans les parties suivantes.

### **Des dispositions sociales et comportementales partagées**

Sur l'ensemble des documents relatifs à l'activité culinaire, les photographies d'enfants (figure 1) sont les plus nombreuses dans notre corpus (688/767). Ce sont d'une part des documents iconographiques de coopération donnant à voir un groupe d'élèves en activité et représentant un enfant s'associant aux autres pour agir dans un projet collectif ; d'autre part des documents iconographiques personnalisés représentant un enfant agissant seul et pour lui-même.

<sup>68</sup> Majoritairement à chaque fin de période scolaire (soit entre 5 à 7 semaines).



Figure 1 : page 44 du cahier de vie d'Hamina, classe de Mme Alizé, petite section de maternelle (PSM)

Les activités culinaires sont associées très significativement à la célébration des anniversaires du jour, « du mois » (figures 1, 2 & 4), des fêtes calendaires (figure 1) et ponctuellement à l'enseignement d'une « éducation à » une alimentation saine, au goût. Les préparations des gâteaux représentent ainsi au fil de l'année scolaire « une horloge sociale » (Sirota, 2004) et suspendent temporairement les activités ordinaires de la classe. Pour en montrer les étapes, l'usage scolaire de la photographie converge avec son usage commun, hors l'école : garder une trace et donner à voir une reproduction fidèle et véridique d'un moment qui sort de l'ordinaire, solenniser un temps fort de la vie collective (Bourdieu, 1965). Cet usage ordinaire de la photographie est renforcé par des écrits professoraux ne dévoilant pas la spécificité du langage scolaire mais soulignant les dimensions sociale « un bon moment ensemble »<sup>69</sup>, coopérative « tous au travail »<sup>70</sup> et personnalisée « bon anniversaire T. »<sup>71</sup>. Ces « petits discours », décrits par Lahire (1993b) dans son enquête auprès de mères de milieux populaires réalisant leurs albums photographiques familiaux, marquent la dimension familiale de l'activité culinaire menée à l'école dont la finalité, la commensalité, constitue déjà en elle-même un opérateur puissant de socialisation (Gojard, 2000). Ces usages soulignent la primauté de l'enjeu de dispositions sociales à acquérir à l'école maternelle, indiqué par tous les enseignants enquêtés : « On fait le gâteau dans la classe c'est un travail d'équipe »<sup>72</sup>. Cette définition d'un petit enfant

<sup>69</sup> Extrait du cahier d'Hamina, p.44, REP (réseau d'éducation prioritaire)

<sup>70</sup> Extrait du portefeuille numérique, classe de PSM (petite section de maternelle), REP

<sup>71</sup> *Ibid.*

<sup>72</sup> Mme Achart, enseignante PSM/MSM (petite et moyenne section de maternelle), hors REP, extrait d'entretien (avril 2018).

coopératif est d'ailleurs décrite comme telle par les familles enquêtées, quelles que soient leurs classes sociales :

« Et je trouve ça c'est un travail de groupe c'est très bien de les préparer à la société »,  
mère d'Hamina<sup>73</sup>

« C'est vraiment une expérience pour apprendre à être ensemble », mère de Julie<sup>74</sup>

La dimension affective est aussi très largement partagée par tous les acteurs. Particulièrement lorsqu'il s'agit de préparer des gâteaux d'anniversaire, faire plaisir à l'enfant qui change d'âge (Sirota, 2004) module exceptionnellement le caractère plus impersonnel de la forme scolaire de l'école maternelle (Leroy, 2017).

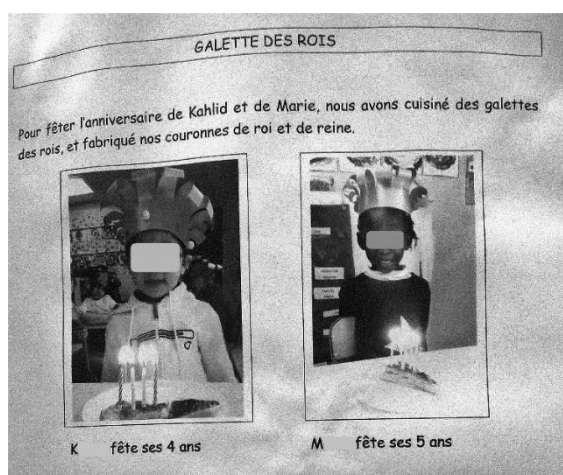


Figure 2 : page 10 du cahier de Mariam, classe de Mme Achart, PSM/MSM

Tous les parents enquêtés plébiscitent ainsi l'usage de photographies personnalisées mises par les enseignants (figure 2) qui constituent un capital des souvenirs de leurs enfants à l'école au même titre que les albums-photos de familles. Par exemple, les anciens cahiers de son fils étant rangés dans le meuble bas de la télévision à côté des albums de naissance de ses enfants, la mère de Léo<sup>75</sup> en feuillette avec l'enquêtrice et ponctue cette lecture de commentaires affectueux : « là il a le même sourire que son frère c'est dingue ». Ainsi, par la combinaison de documents iconographiques personnalisés, de coopération et de (petits) discours horizontaux (Bernstein, 2007), la scolarisation de l'activité culinaire est occultée dans ces documents.

### Des dispositions intellectuelles requises pour des documents déjà scolarisés

L'usage de documents iconographiques semble cependant modulé selon la composition sociale du public (Hors REP : 205/257 soit 79,7% ; en REP : 483/510 : 94,7%), comme le confirme les cahiers dépouillés et les déclarations des enquêtés par questionnaire. Ainsi, pour le même rite

<sup>73</sup> La mère d'Hamina est titulaire d'un baccalauréat professionnel dans son pays d'origine. Elle est sans emploi et élève seule ses trois enfants, extrait d'entretien (avril 2018). Hamina est scolarisée en PSM dans la classe de Mme Alizé dans un secteur socialement défavorisé.

<sup>74</sup> La mère de Julie est médecin généraliste, elle vit en couple et a deux enfants, extrait d'entretien (juin 2018). Julie est scolarisée dans la classe de Mme Camet, PSM dans un secteur socialement favorisé.

<sup>75</sup> La mère de Léo (grande section de maternelle) est agent de service dans une école de la ville. Elle élève seule ses deux garçons, extrait d'entretien (avril 2018). Léo est scolarisé dans la même école qu'Hamina.



scolaire de l'anniversaire (Sirota, 2004) et de l'activité culinaire associée, d'autres documents mettent davantage l'accent sur la dimension cognitive de l'activité (figure 3). Moins présentes dans notre corpus, ces fiches (86/767) sont déjà scolarisées, seulement trois d'entre elles étant proches de la forme canonique des livres de recettes. L'exemple ci-après est représentatif des fiches scolaires de recettes.

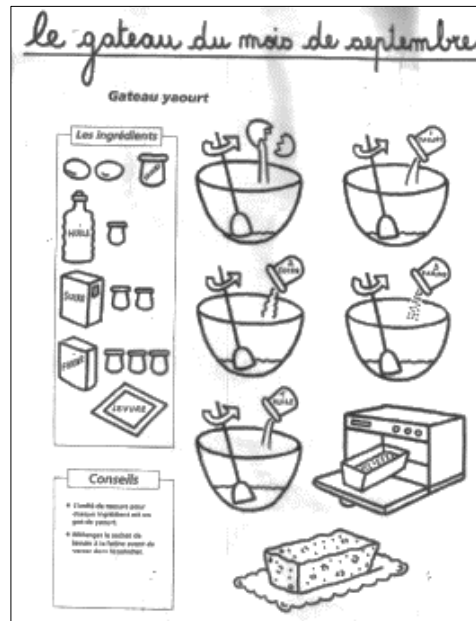


Figure 3 : page 12 du cahier de Julie, classe de Mme Camet, PSM

Ce document rend compte d'une grande complexité sémiotique (Joigneaux, 2015) : de nombreuses symbolisations, des mises en relation entre chacun des éléments, des écrits aux fonctions différentes avec plusieurs types de caractères typographiques. Adressées à de jeunes enfants, ces fiches nécessitent un ensemble de prérequis en relation avec la culture écrite et un rôle pédagogique parental spécifique pour qu'un usage proche de celui de l'école soit réalisé à son domicile. Un autre document lui est fréquemment associé afin de marquer les anniversaires scolaires (figure 4).

Dans ce cas (figure 4), les apprentissages numériques figurent en haut de page et symbolisent sous des formes différentes une quantité : la mise en exergue du nombre sous forme de constellation et d'écriture chiffrée conduit à une délimitation des savoirs reconnue par toutes les familles, notamment les plus populaires. Cet ancrage disciplinaire scande visiblement la particularité scolaire de l'activité menée en classe, comme le confirme les propos de tous parents enquêtés. La dimension affective de la célébration des changements d'âge est par contre peu signifiée, les photographies des enfants n'étant pas contextualisées et les anniversaires étant regroupés « par mois ». La préparation du gâteau n'est évoquée que brièvement en bas de page, renvoyant à la fiche (figure 3) consacrée à la recette.

A la question de la présence de fiches techniques de recettes dans les cahiers, les enseignants répondent qu'ils sont destinés aux parents qui peuvent les refaire à la maison avec leurs enfants. Ce rôle familial est d'ailleurs signifié par des photographies insérées dans les cahiers donnant à voir des parents aidant dans les ateliers cuisine, leur rôle pédagogique étant alors mino



Figure 4 : page 13 du cahier de Julie, classe de Mme Camet, PSM

A la question de la présence de fiches techniques de recettes dans les cahiers, les enseignants répondent qu'ils sont destinés aux parents qui peuvent les refaire à la maison avec leurs enfants. Ce rôle familial est d'ailleurs signifié par des photographies insérées dans les cahiers donnant à voir des parents aidant dans les ateliers cuisine, leur rôle pédagogique étant alors minoé. L'usage de ces documents dans les familles a donc guidé nos entretiens auprès des mères enquêtées.

La mère de Julie déclare ne pas faire les recettes du cahier et interroge sur un ton critique, à la lecture de la recette de la tarte aux carambars, le message porté par l'école dans le cadre d'une alimentation saine tandis que huit mères déclarent quant à elles préparer à leurs domiciles les « gâteaux de l'école ». Elles répondent aux attendus de coopération et semblent « tirer profit des contextes de socialisation » (Chamboredon, 1988, p.92) en utilisant les fiches de recettes scolarisées, probablement aussi en étant présentes dans les classes lors des ateliers. Toutefois, le fait de refaire le gâteau à la maison peut être sous-tendu par des logiques différentes : l'accent peut être porté soit sur les apprentissages intellectuels et sur la lecture de recettes, soit davantage sur une acculturation à des normes d'alimentation et de goûts conformes à la classe d'âge de leurs enfants (Chamboredon, 1991; Montmasson, 2018), comme le décrit la mère d'Hamina concernant les crêpes qui ne font pas partie de ses habitudes culinaires : « c'est Hamina quand elle me dit on va faire un gâteau on va faire une crêpe on va faire par rapport à la recette du cahier ». Cette normalisation des pratiques familiales peut cependant ne pas conduire à leur « pédagogisation ». La mère d'Hamina semble en effet vigilante à maintenir une rupture entre ses manières de faire et celles menées en classe :

« Mais ça c'est tout à fait normal ça c'est la vie quotidienne on est obligé euh enfin c'est machinal normal quand je suis dans la cuisine je demande une cuillère elle va me chercher la cuillère [...] je n'ai pas touché tout ce qui est école je voulais qu'elle apprenne avec la maîtresse », mère d'Hamina.



L'interprétation des fiches de recettes est ainsi ambiguë et la transmission par imitation des pratiques peut être privilégiée, à distance des dispositions intellectuelles requises en classe :

« Après c'est que des déductions, que moi j'ai fait et que j'en ai parlé à mon conjoint lui et moi on voit pas forcément les choses de la même façon bon pour lui ils apprennent juste une recette de gâteau je fais non à mon avis y a quelque chose derrière qui fait que voilà comment casser un œuf par exemple je pense que c'est de la minutie donc y a une façon de casser un œuf », mère de Lennick<sup>76</sup>.

Cette mère, très observatrice des indices qu'elle prélève dans le cahier de vie et dans la classe, est particulièrement vigilante à ce que les activités menées avec son fils soient scolairement rentables :

« J'ai cuisiné beaucoup de fois avec ma maman et puis et puis je me suis dit pourquoi pas transmettre aussi à mes enfants qu'ils puissent eux le retransmettre à l'école en faisant avec un camarade peut être intentionnellement en disant 'ma maman elle m'a montrée comment on fait je vais faire pareil' », mère de Lennick.

### **Définitions sociales du petit enfant scolarisé et degrés différenciés de scansion**

Les documents utilisés rendent compte de préparations culinaires qui sont inégalement envisagées comme des occasions d'apprendre des contenus scolaires : alors que les fiches techniques marquent davantage les apprentissages intellectuels, les photographies et les petits discours rendent plutôt compte d'une familiarisation des pratiques scolaires. Atténuant la fonction de scansion entre espaces de socialisation, l'usage scolaire de documents iconographiques associés à de petits discours contribue à mettre en partage avec les familles la définition sociale « patente » d'un petit enfant scolarisé coopératif, centrée sur l'acquisition de dispositions sociales. Cet usage occulte une autre définition sociale du petit enfant-apprenant qui semble rester « latente » (Bonnéry, 2011, p.69) : celle d'un enfant grandissant dans une famille identifiant les indices discrets permettant de conforter la construction du point de vue d'étude dans ces situations, d'un enfant habitué à composer entre registres cognitif et affectif selon les expériences vécues, d'un enfant déjà familier des écrits scolaires (Joigneaux, 2015). Saisie comme telles par les mères proches des pratiques scolaires, la scansion entre espaces de socialisation est alors neutralisée, parents et enseignants se complétant dans leurs manières de se saisir des documents contenus dans les cahiers.

Ainsi, le message pédagogique contenu dans les cahiers est pluriel, variant selon le statut des documents en usage et leurs écrits associés, leur nombre et l'accent mis, à des degrés divers, sur la finalité de l'activité scolaire, sur des indices disciplinaires, sur le rôle des parents figurant sur les photographies. Ces supports offrent par leurs agencements et leurs contenus un nombre limité ou plus large de choix pour les interpréter, donnant à voir des messages différents : entre familiarisation des pratiques scolaires, primauté des dispositions sociales ou des dispositions intellectuelles. La relation entre école et familles repose alors « sur l'absence de hiérarchie

<sup>76</sup> La mère de Lennick a deux enfants en PSM et GSM. Elle est assistante maternelle tout comme sa mère et a obtenu un BEP (non précisé). Lennick est scolarisé dans la classe de Mme Camet.

explicite et en même temps sur la présence d'une forme plus intense d'interaction sociale qui crée un filtrage invisible mais permanent » (Bernstein, 1975).

## Bibliographie

Bautier, E. (2006). *Apprendre à l'école, Apprendre l'école, des risques de construction d'inégalités dès la maternelle*. Paris : Chronique sociale.

Bernstein, B. (2007). *Classes et pédagogies : visibles et invisibles*. Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement. In J. Deauvieux & J-P. Terrail (sous la direction de), *Les sociologues, l'école et la transmission des savoirs (pp.85-112)*, Paris : La Dispute.

Bernstein, B. (2007). *Pédagogie, contrôle symbolique et identité théorie, recherche, critique*. Laval : Presses de l'université de Laval.

Bonnéry, S. (2011). Les définitions sociales de l'apprenant : Approche sociologique, interrogations didactiques. *Recherches en didactiques*, 12, 65-84.

Bourdieu, P. (1965). *Un art moyen : Essai sur les usages sociaux de la photographie*. Paris : Editions de minuit.

Chamboredon, J.-C. (1985). Une sociologie de la petite enfance ? *Espaces Temps*, 31 & 32, 85-90.

Chamboredon, J.-C. (1988). La sociologie de la socialisation : Famille, école, agents d'encadrements et situations d'apprentissage. Le cas de la petite enfance. *Revue française de pédagogie*, 83, 83-96.

Chamboredon, J.-C. (1991). Classes scolaires, classes d'âge, classes sociales. Les fonctions de scansion temporelle du système de formation. *Enquête*, 6, 121-143.

Chamboredon, J.-C., et Prévot J. (1973). Le "métier d'enfant". Définition sociale de la prime enfance et fonctions différentielles de l'école maternelle. *Revue française de pédagogie*, 14, 295-335.

Dabestani, M.-N. (2019). La délimitation des traces d'activités scolaires dans les cahiers en circulation entre école maternelle et familles : une codification qui ne va pas de soi. *Recherches en didactiques*, 28, 35-54.

Francis, V. (2000). Les mères des milieux populaires face à l'école maternelle. Accès à l'information et rapport à l'institution. *Les sciences de l'éducation*, 33, 83-106.

Gojard, S. (2000). L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture. *Revue française de sociologie*, 41, 475-512.

Inspection générale de l'éducation nationale (2011). V. Bouysse, P. CLaus & C. Szymankiewicz. *Rapport IGEN 2011-108. L'école maternelle*. Ministère de l'éducation nationale.

Joigneaux, C. (2015). La diffusion des fiches à l'école maternelle. *Revue de recherches en éducation, Spirale*, 55, 57-66.

- Joigneaux, C. (2017). Forme scolaire. In A. Van Zanten & P. Rayou (sous la direction de), *Dictionnaire de l'éducation* (pp. 444-447). Paris : Presses Universitaires de France.
- Lahire, B. (1993a). *Culture écrite et inégalités scolaires*. Sociologie de « l'échec scolaire » à l'école primaire. Lyon : PUL.
- Lahire, B. (1993b). *La raison des plus faibles*. Rapport au travail, écritures domestiques et lectures en milieux populaires. Lille : PUL.
- Leroy, G. (2017). Forme scolaire et travail de l'enfant-élève dans l'école maternelle contemporaine. *Penser l'éducation*, 41, 129-153.
- Montmasson, D. (2018). La réception des messages de prévention nutritionnelle par les 5-8 ans. Quels enjeux pour l'éducation alimentaire des enfants ? *Education, Santé, Sociétés*, 5(1), 161-179.
- Montmasson-Michel, F. (2015). Les cahiers à l'école maternelle : Un lieu d'inscription des inégalités langagières familiales. In M.-H. Jacques (sous la direction de), *Les transitions scolaires, paliers, orientations, parcours* (pp. 53-63). Rennes : PUR.
- Plaisance, E. (1986). *L'enfant, la maternelle, la société*. Paris : PUF.
- Rayou, P. (2015). *Aux frontières de l'école*. Vincennes : PUV.
- Sirota, R. 2004. Le gâteau d'anniversaire. De la célébration de l'enfant à son inscription sociale. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 53-66.
- Thouroude, L. (2010). L'école maternelle : une école de l'entre-deux. *Carrefours de l'éducation*, 30(2), 43-55.

## INDEX DES AUTEURS | AUTHOR INDEX

**AÏGBA Raymond**, 143  
**ALLA François**, 49  
**BERGONNIER-DUPUY, Geneviève**, 39  
**BOCCARA Michel**, 92  
**BOURDET-LOUBERE Sylvie**, 29  
**BRASSELET Céliéne**, 143  
**BREHAT Cécile**, 131  
**BRIGAUDEAU Manon**, 121  
**CAZENAIVE-TAPIE Pascal**, 80  
**CLERC Jérôme**, 143  
**DABESTANI**, 185  
**DEMOGEOT Nadine**, 121, 168  
**ESPARBES PISTRE Sylvie**, 80  
**ESQUIVEL Angela**, 158  
**FOND-HARMANT Laurence**, 49  
**GERMAIN, Patricia**, 158

**GOUDET Jean-Marc**, 177  
**HARIR Samia**, 109  
**KOLIOULI Flora**, 70  
**LATH Yvette**, 168  
**LAURENT Anne**, 49  
**LIGHEZZOLO-ALNOT Joëlle**, 121  
**LOTTE HOAREAU Lynda**, 12  
**METZ Claire**, 168  
**PICART Anne-Gaëlle**, 39  
**PIERRON Annabelle**, 49  
**PINEL-JACQUEMIN Stéphanie**, 70, 109  
**RENARD Julie**, 109  
**SAUVE Karine**, 59  
**STRICOT Marlène**, 109  
**ZAUCHE GAUDRON Chantal**, 70