

Les équipes SOS ENFANTS

CARNET DE NOTES

SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

La périnatalité

N°1 - AVR 2012



ONE.be

Les équipes
SOS
ENFANTS
subventionnées par l'ONE

CARNET DE NOTES

SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

La périnatalité

Une nouvelle revue? Sur la maltraitance infantile de surcroît. Bonne idée ? Ou pas ? Si d'aucuns prétendent qu'il existe un risque à isoler la prise en charge de la maltraitance comme une discipline à part entière, Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles naît de deux constats fondamentaux. Premièrement, intervenir, prendre en charge ou simplement être confrontés à de telles situations, en tant que professionnels, nécessite des connaissances spécifiques préalables à une intervention de qualité, dans laquelle la simple bonne volonté ne suffit pas, voire peut amener à faire pire que bien. Deuxièmement, si la maltraitance infantile est l'affaire de chacun, il semble parfois qu'elle soit en peine à devenir celle de tous. Ça et là œuvrent des spécialistes de cette non-discipline, ça et là œuvrent des chercheurs qui tentent de franchir les portes d'une clinique qu'on leur dit spécialisée, là encore se questionnent des intervenants de première ligne quant aux inquiétudes qu'ils nourrissent à propos de Ema, Thibault, Jason, Kylian, ou tant d'autres qui font leur quotidien.

Dans cette optique et fort de ces deux constats, Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles n'a qu'un seul objectif : non pas celui de piller à chaque vraie discipline ses connaissances spécifiques et ses spécialistes, non pas celui de s'instituer comme le pôle incontournable de la connaissance en la matière, non pas celui de cloisonner un savoir complexe en le complexifiant davantage mais, avec une humilité que nous espérons reflétée dans son appellation, CNMI propose de s'inscrire en trait d'union entre tout professionnel, plus ou moins concerné par les maltraitements à enfants.

Il est un temps pas si éloigné où les maltraitements physiques n'existaient pas, il est un temps encore plus proche où l'abus sexuel aussi était impensable. Si les travaux de Spitz, de Kempe et d'autres font aujourd'hui partie du patrimoine de connaissances à propos des maltraitements et négligences infantiles, il nous faut ne pas perdre de vue que nous commettons aujourd'hui les erreurs que d'autres comprendront demain, mais aussi que de nouvelles formes de maltraitements apparaissent ou apparaîtront. C'est dans cette perspective de consolidation, d'amélioration et de remise en question que CNMI espère faire la courte échelle aux idées de demain, à partir des constats d'aujourd'hui.

Ce projet, nouveau-né comme le thème choisi pour ce premier numéro, en est donc à l'aube de sa vie. Sa qualité, sa longévité et son épanouissement seront le résultat des collaborations et autres contributions desquelles il aura pu s'enrichir. CNMI, au travers de l'ouverture de ses colonnes aux professionnels du champ de la recherche comme de la clinique, souhaite que puisse se faire entendre l'enfance maltraitée. Prendre la parole est une chose, l'histoire de la création de cette revue nous a montré que la donner en est une autre, parfois bien plus complexe. Maintenant, c'est chose faite ! CNMI est là, la revue est née, cette part du travail est accomplie, son développement reste à écrire, reste à penser. Parmi les pistes en cours, nous travaillons actuellement à sa (toute) prochaine diffusion électronique, en libre accès bien sûr, tout un programme. D'autre part, le comité souhaite élargir ses collaborations d'expertise, et nous profitons de cet édito pour remercier tout ceux qui ont contribué de près ou de loin à cet éveil, et tout particulièrement le centre Violence et Traumatisme de l'Université de Liège, ainsi que Mireille Cyr et Isabelle Daigneault du Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles de Montréal. Bien évidemment, nous saluons ici aussi les auteurs de ce premier numéro, Sophie Lachaussée d'avoir d'emblée sauté dans le projet et notamment à travers la rediffusion du travail effectué avec ses collaborateurs Stéphanie Bednarek, Gaëtan Absil et Marc Vanmeerbeek, Hélène Romano bien sûr, pour sa contribution, pour sa disponibilité, Nathalie Wats et Véronique Dhotel, pour avoir osé cette première vignette clinique avec brio, Axelle Pirotte enfin et l'ensemble du comité pour avoir mis sur pied ce premier numéro dont le format même a évolué en cours de route et pour lequel nous invitons donc les potentiels contributeurs à se référer aux recommandations aux auteurs en fin de numéro.

Nous sommes convaincus que penser, écrire, confronter les idées et les pratiques constituent un devoir, non seulement intellectuel mais aussi éthique, envers les enfants victimes. Puisse cet appel être entendu par d'autres, par vous, cliniciens, chercheurs. Oser prendre la plume, rendre compte de sa pratique, oser une nouvelle revue, préférer l'échange à l'impact factor, font certes courir un risque, mais un risque qui semble dérisoire aux côtés de ceux connus par les enfants victimes de violence, abus, négligence et autre cruauté mentale...

À Ema, Thibault, Jason, Kylian et tant d'autres.
Quentin Bullens,
Psychologue à l'équipe du SAILFE

SOMMAIRE

ÉDITO

ARTICLES

- Les enfants négligés : ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent.** 04
Par Sophie Lachaussée, Stéphanie Bednarek, Gaëtan Absil et Marc Vanmeerbeek
- Maltraitements autour du berceau.** 10
Par Hélène Romano

VIGNETTE CLINIQUE

- Parcours d'intervention à l'équipe SOS Enfants-Parents de Verviers** 15
Par Nathalie Wats et Véronique Dhotel

ACTES DE COLLOQUE

- CAPEDP résultats préliminaires d'Antoine Guedeney** 18
Avignon, les 16-17-18-19 mars 2011
Par Axelle Pirotte

INCITATIONS À LA LECTURE 20

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 23

NOTES 25

LES ENFANTS NÉGLIGÉS : ils naissent, ils vivent mais ils s'éteignent

Sophie LACHAUSSÉE, Psychologue, équipe SOS Familles, Centre Hospitalier Chrétien, Montegnée

Stéphanie BEDNAREK, Psychologue, Département de Médecine générale, Université de Liège

Gaëtan ABSIL, Historien et anthropologue, Appui en promotion et en Éducation pour la santé (APES), École de Santé Publique, Université de Liège

Marc VANMEERBEEK, Médecin généraliste, Chargé de cours au Département de Médecine générale, Université de Liège

Source: L'article a déjà fait l'objet d'une première parution dans un dossier de la revue l'Observatoire, «Les (premiers) liens parents-enfant», n°67, février 2011. Plus d'infos sur ce dossier: www.revueobservatoire.be.

Les conséquences de la négligence, malgré ce qui a été longtemps pensé, peuvent être nombreuses et graves. Le développement physique et neurophysiologique peuvent être altérés par le manque de stimulations ou via un vécu de stress chronique qui augmente la production de cortisol.

Retard psychomoteur et cognitif

Progressivement, un retard psychomoteur et un déficit cognitif (retard de langage, trouble de la concentration, etc.) peuvent apparaître. Le fonctionnement émotionnel peut-être profondément touché et peut entraîner des relations sociales dysfonctionnelles, oscillant entre retrait et agressivité.

Les intervenants de première ligne ont un rôle à jouer dans le repérage des situations à risque et l'accompagnement au long cours des familles de leurs patients. Les interventions doivent idéalement être précoces, participatives et travailler à la qualité de la relation parent-enfant.

La qualité des liens affectifs avec les parents ou leur substitut développés pendant les premières années de vie influence profondément le développement affectif et social de l'enfant. Si la vie reste une aventure où chacun garde une certaine part de liberté et de chance d'évoluer, les fondements de la personnalité se construisent dans la petite enfance (Cyrulnik, 2006).

On assiste depuis quelques années à l'explosion des recherches sur les questions de l'attachement et des interactions précoces parents-enfants. Ces recherches conjuguent les approches biologiques, neurologiques, psychologiques et éthologiques. Elles se rejoignent dans le constat du potentiel relationnel du nourrisson dès les premiers jours de vie. Depuis les travaux de Winnicott, Brazelton, Stern, Golse et d'autres, on sait que l'accordage affectif avec les parents et les soins affectifs et éducatifs prodigués par son entourage vont avoir un impact fondamental sur le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant.

Elles se rejoignent dans le constat du potentiel relationnel du nourrisson dès les premiers jours de vie. Depuis les travaux de Winnicott, Brazelton, Stern, Golse et d'autres, on sait que l'accordage affectif avec les parents et les soins affectifs et éducatifs prodigués par son entourage vont avoir un impact fondamental sur le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant.

Les enfants victimes d'attitudes parentales répétitivement très inadéquates ou de négligence grave ont un pronostic d'évolution particulièrement médiocre (Berger et al., 2007). Il est donc indispensable que les professionnels en contact avec les tout-petits aient conscience de l'impact des négligences sur le développement de l'enfant afin de pouvoir intervenir de façon éclairée.

QU'EST-CE QUE LA NÉGLIGENCE ?

Négligence... Le terme semble vague, et pour cause, le phénomène a lui-même été longtemps négligé.

La littérature est ambiguë face à ce type de maltraitance: il existe un manque de précision quant à sa définition clinique ou aux degrés de gravité en lien avec les conséquences sur le développement de l'enfant, ce qui complique l'identification des situations problématiques.

Face à la négligence envers les enfants, les professionnels tentent de se situer entre éthique, jugement et légitimité de l'intervention.

Tension et enjeux

Elle génère chez eux des sentiments ambigus et donne lieu à des représentations qui témoignent des tensions et des enjeux qui existent autour de celle-ci, comme (Sullivan, 2000) : « la négligence n'entraîne pas de conséquences graves » ; « il est inapproprié de juger les parents qui font preuve de négligence en raison de leur pauvreté » ; « le problème est insurmontable » ; « il est plus urgent de s'occuper d'autres formes de mauvais traitements ».

A ceci, s'ajoute que la négligence implique d'accepter des liens entre la qualité d'un environnement psychosocial et le développement neurologique de l'enfant ou dit autrement qu'elle mêle le social et le biologique.

Pour notre part, nous avons opté pour la définition de la négligence de Zuravin et DePanfilis selon laquelle la négligence est une défaillance (intentionnelle ou par omission) de la première figure d'attachement à apporter à l'enfant les soins de base nécessaires (Zuravin et al., 1997).

i Carter et Myers, citant le *National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information* (2004), identifient quatre types de négligence: physique (nourriture, abri, vêtements), médicale (omission de soins, refus de traitement, y compris en santé mentale), déficit d'éducation et de supervision de ses activités et enfin négligence émotionnelle (Carter, 2007).

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE LA NÉGLIGENCE ?

Conséquences émotionnelles et affectives

Selon la théorie de l'attachement, pour se développer de manière optimale, un enfant a besoin dès la naissance d'établir un lien sélectif avec un adulte au minimum qui soit une figure d'attachement stable, fiable, prévisible, accessible, capable de comprendre ses besoins et d'apaiser ses tensions. Cette personne de référence lui apporte un sentiment de sécurité quand il est en situation de détresse ou d'inquiétude. Lorsque l'enfant a intériorisé une image parentale sécurisante, vers l'âge de 9 mois, il développe un sentiment de confiance en lui et dans les autres qui lui permet de s'éloigner pour explorer le monde. Si le parent ne perçoit pas ou perçoit mal les signaux émis par l'enfant, l'enfant peut développer un attachement de type insécure ou angoissé¹.

Angoisse Anxiété

Les attachements de type insécure ou angoissé peuvent se manifester par un refus de dépendre de l'adulte, même lorsque l'enfant est anxieux, une relative incapacité de conserver les bons moments sans les détruire, une réaction persécutée et agressive à toute exigence, un état de rage constant, des troubles de l'apprentissage, des angoisses massives lors d'un changement de cadre de vie (Berger et al., 2007).

A l'âge adulte, ces sujets ont souvent d'importantes difficultés à nouer des liens stables et à prendre part à des dynamiques sociales de réciprocité (Barudy, 2005).

Conséquences sociales

Retrait social Agressivité

Les problèmes lors des processus de socialisation peuvent en partie s'expliquer par les difficultés émotionnelles que l'enfant aurait préalablement vécues.

En effet, ses difficultés à reconnaître les émotions en lui et chez les autres risquent de l'empêcher en grandissant de s'intégrer dans le tissu social dans une dynamique d'échange (Schore, 2002 ; Hildyard, 2002). Le développement oscille entre deux pôles : d'une part un retrait social, caractérisé par peu de moments d'interactions positives avec les pairs, et d'autre part un comportement plus agressif lors d'interactions, moins marqué toutefois que celui des enfants maltraités physiquement (Hildyard, 2002).

Conséquences neurophysiologiques

La négligence chez les enfants, comme la maltraitance, engendre une situation de stress chronique.

L'impact sur le développement cérébral peut être direct. Le manque de stimulation peut conduire à un moindre développement de régions comme les lobes temporaux, impliqués dans la régulation des émotions

et le traitement d'informations sensorielles (Balbernie, 2001).

Ces situations de stress chronique peuvent également augmenter la production de cortisol et, par cet intermédiaire, entraîner la mort de neurones ainsi que la diminution du volume hippocampique.

Les troubles de la production de cortisol, néfastes à long terme, peuvent susciter des comportements agressifs, des troubles de la mémoire, etc. (Balbernie, 2001 ; Glaser, 2000).

Conséquences physiques

Ne pas répondre aux besoins alimentaires ou d'hygiène de l'enfant a clairement des répercussions physiques. Plus précisément, certains enfants ayant vécu une situation de négligence ont un retard staturopondéral (poids du nourrisson de 20 % inférieur au poids idéal pour la taille) sans autre cause organique (Sullivan, 2000).

Conséquences cognitives

Déclin dramatique du quotient de développement

Un retard de développement cognitif dû au manque de stimulations peut apparaître très tôt dans la vie de l'enfant. Certains auteurs l'ont démontré chez de jeunes enfants âgés entre 3 à 30 mois à partir d'un seuil bas de négligence. Les effets délétères semblent plus alarmants lorsqu'un enfant victime de négligence «casse» sa courbe staturo-pondérale (Mackner, 1997). Hildyard et Wolfe parlent du déclin dramatique du quotient de développement, qui a été mis en évidence dans l'intéressant *Minnesota Mother-Child Project*, chez les jeunes enfants ayant été émotionnellement négligés par des mères identifiées à risque concernant le parenting (Hildyard, 2002).

Outre le manque de stimulations, les rythmes de vie incohérents vont empêcher l'enfant de pouvoir prévoir ce qui va se produire dans son environnement ou quel va être l'effet des signaux qu'il émet.

Or, la possibilité d'anticiper est un des fondements indispensables de la construction de la pensée. De même, l'acquisition des notions de permanence autorise l'accès au principe des «règles» : règles de calcul ou règles de vie. Par ailleurs, vivre dans une atmosphère stressante (violence conjugale...) peut paralyser la pensée. Les enfants concernés peuvent cesser de réfléchir car penser ce qui se passe est trop angoissant (Berger et al., 2007).

COMMENT REPÉRER LES SITUATIONS DE NÉGLIGENCE ?

Cette conscience de la gravité des séquelles de la négligence infantile donne à chaque professionnel en contact avec des familles à risque de négligence une responsabilité à son niveau d'intervention.

¹ Voir article dans la revue de l'Observatoire « sensorialité, attachement et neurosciences » n°67/2010

Identifier les situations de négligence infantile le plus tôt possible et orienter les familles vers des structures pouvant fournir une évaluation et une intervention de qualité réduit le risque de séquelles chez l'enfant et augmente les chances d'une meilleure évolution.

Etre attentif aux facteurs de risque

La littérature nous montre que les situations de négligence sont liées à certains facteurs de risque. Au départ du guide canadien de médecine préventive et du guide d'évaluation des compétences parentales de Steinhauer, nous avons construit avec les intervenants d'une recherche-action sur la négligence (ETAPE, 2008)² un tableau d'aide à l'identification des situations présumées de négligence à l'usage des soignants de première ligne (Guide canadien de médecine préventive, 2006; Steinhauer, 1995). Dans cet outil non encore validé, nous proposons six catégories pour aider à la mémorisation facile des grands facteurs de risque (Voir tableau page suivante). Les difficultés répertoriées ne sont ni exhaustives ni pathognomoniques³.

Le but n'est pas de quantifier un risque, mais bien de mettre rapidement la puce à l'oreille du soignant pour lui permettre une prise en charge éventuelle.

« Pucés à l'oreille »

Le faible statut socio-économique est le premier facteur de risque cité par le guide canadien de médecine préventive. Dans notre tableau, afin d'éviter de faire de la pauvreté un cliché stigmatisant, nous avons préféré remplacer ce concept par différents facteurs de stress physiques et sociaux liés aux faibles revenus, comme par exemple: un logement inadapté, des difficultés relationnelles liées à la promiscuité, etc. car vivre dans un endroit peuplé et bruyant peut en effet rendre les parents moins sensibles aux demandes et signaux envoyés par leur(s) enfant(s) (Evans, 2002).

Sensibiliser au plus tôt et orienter les familles

Lorsqu'une situation de négligence avérée ou la présence de plusieurs facteurs de risque sont constatées, il est important de pouvoir en discuter avec le(s) parent(s). L'intervenant de première ligne, s'il a leur confiance, est bien positionné pour les sensibiliser à l'importance d'une intervention précoce. Il est important de bien connaître le programme d'intervention vers lequel envoyer cette famille, car les mots choisis auront un impact sur les représentations parentales du programme et leur adhésion à celui-ci.

Accompagner dans la durée

Maintien de la collaboration

L'intervenant de première ligne qui réfère une famille à un programme d'intervention précoce n'a pas terminé sa prise en charge. En effet, le maintien de la collaboration entre tous les intervenants, et surtout avec celui qui a référé, est primordial (Gilbert, 2009). Ces familles manquent fréquemment de repères précis, d'indications claires et transparentes (Dumaret, 2005). En outre, il y a souvent une multitude d'intervenants autour d'elles. Plus que jamais, l'intervenant de référence disposant de la confiance des parents a un rôle de soutien de ceux-ci et de coordination des intervenants. Il est important qu'il tienne son rôle dans la durée pour stabiliser et valoriser les acquis parentaux.

FAUT-IL INTERVENIR ET COMMENT ?

Une équipe spécialisée (type équipe SOS enfants) peut dans un premier temps évaluer le niveau de développement de l'enfant, les capacités parentales fondamentales - notamment la capacité de s'attacher, l'intelligence émotionnelle, les capacités d'empathie, la capacité à utiliser les ressources communautaires et les possibilités d'évolution des parents dans l'attention portée à leur enfant (Barudy, 2005).

Ce temps d'évaluation permet d'éviter de perdre un temps précieux dans la vie de l'enfant. Chaque mois dans la vie du bébé correspond à un moment de développement important. Pour les situations où une évolution est possible, il existe des programmes d'intervention précoce à domicile qui ont pour but de venir en aide aux familles négligentes ou à risque de le devenir⁴. En quoi consistent-ils ?

2. Nous voudrions remercier ici les administrateurs du Fonds David-Constant, géré par la Fondation Roi Baudouin, qui soutiennent depuis 2005 la recherche-action ETAPE en faveur des enfants négligés en région liégeoise.

3. Ndlr. Pathognomonique: adjectif qualifiant les signes caractéristiques, spécifiques d'une maladie et qui permettent à eux seuls de poser un diagnostic sans hésitation, sans ambiguïté. (...) Exemple de signe pathognomonique: les taches de Koplik sont le signe caractéristique de la rougeole. Source: <http://www.vulgarismedical.com>

4. Pour s'aider dans la recherche d'un service d'aide, le praticien peut utilement se référer aux sites Internet suivants. Certains de ces outils sont très récents et leur développement rapide. Les associations référencées seront sans doute capables dans un certain nombre de cas d'orienter mieux la recherche. Les caractéristiques des interventions décrites dans le texte de cet article pourront aider le lecteur à évaluer l'intérêt des divers types d'aide trouvés dans sa région.

En Belgique : www.parentalite.cfwb.be, le site propose un outil de recherche sous le lien « Actions parentalité » qui permet le choix de la thématique, de l'âge de l'enfant et de la province ou commune. www.yapaka.be/tous/page/ou-trouver-de-laide: répertoire d'adresses plus générales de services d'aide à la jeunesse.

En Europe : www.childoneurope.org/

Tableau
Aide à l'identification des situations présumées de négligence ou «Puces à l'oreille»

Problèmes de logement	Instabilité domiciliaire (+ de 2 déménagements au cours de la dernière année)
	Facteurs de stress liés au(x) déménagement(s)
	Promiscuité
	Foyer bruyant
	Logement peu propice et à risque d'accidents (escaliers dangereux, fils électriques apparents...)
Problèmes financiers	Surendettement
	Stress lié au surendettement
	Report d'achat de choses essentielles/signes extérieurement d'une mauvaise gestion financière
	Report de soins médicaux ou d'hygiène dentaire
Problèmes de santé mentale/physique du parent	Handicap physique
	Trouble psychique (dépression, ou autre)
	Alcoolisme
	Abus de substances
Caractéristiques psychosociales à risque du parent/de la famille	Parent(s) adolescent(s)
	Famille monoparentale
	Grossesse non désirée
	Laps de temps court entre les différentes grossesses
	Famille nombreuse
	Principes d'éducation inadaptés
	Ignorance des soins à fournir à un enfant
	Indices de déficience intellectuelle
	Manque de maturité
	Faible scolarisation
	Rupture(s) et placement(s) dans l'enfance
	Vécu de négligence et/ou de maltraitance durant l'enfance du (des) parent(s)
Problèmes dans les relations entre adultes	Vécu traumatique
	Conflits de couple et/ou violence conjugale
	Nouvelle relation intime qui prend toute la place
	Divorce
Problèmes au niveau du réseau social	Conflits relationnels (famille, voisin ou autre)
	Pas de médecin fixe
	Peu d'amis
	Pas de loisir/activité en dehors du domicile
	Soutien familial inadapté
	Difficulté d'intégration due à une situation d'immigration

Deux voies d'entrée pour ces interventions

Ces interventions précoces peuvent trouver deux voies d'entrée :

- **l'enfant**, par le biais de massages pour les nourrissons, puis de jeux psychomoteurs adaptés à son niveau de développement, en y associant le(s) parent(s). Jouer est un moment de plaisir partagé qui va développer les sens, l'intelligence cognitive et émotionnelle du bébé et construire la relation avec l'autre.
- **le(s) parent(s)**, par un travail sur la relation avec leur enfant, et, si besoin, par un suivi psychothérapeutique.

Ces interventions réalisées à domicile ont pour objectif de :

- sensibiliser le(s) parent(s) aux capacités d'interaction et d'éveil de leur bébé et à l'importance des échanges avec lui ;
- apporter des stimulations psychomotrices, cognitives et émotionnelles à l'enfant ;
- optimiser les compétences parentales et viser à leur autonomisation progressive ;
- renforcer le lien affectif parent(s)-enfant.

LES AXES MAJEURS DES INTERVENTIONS

- **Renforcer les compétences de l'enfant.**
L'enfant négligé a besoin de stimulations sensorielles et psychomotrices adaptées à son âge. Elles peuvent lui être apportées par du massage, des jeux développant ses aptitudes motrices et relationnelles. Des intervenants extérieurs à la famille peuvent initier ces comportements chez les parents et y participer durant de nombreux mois.
Les interventions se déroulent à domicile et durent idéalement jusqu'à ce que le relais soit assuré par d'autres structures éducatives comme l'école maternelle.
- **Le plus tôt semble être le mieux.**
Un début précoce serait un prédicateur de la rémanence des acquis de l'intervention chez la mère, même en cas d'abandon prématuré du programme (Honing, 2001).
Les premiers contacts avec la famille identifiée à risque de négligence devraient intervenir idéalement durant la grossesse. Les problèmes sociaux, relationnels, d'addictions peuvent déjà être identifiés et pris en charge. L'acceptation de la grossesse, la préparation de la venue de l'enfant peuvent déjà être travaillées. Si le lien entre les parents et les intervenants peut se former à ce moment, la confiance tissée garantira la pérennité du programme.
- **Travailler le lien parent(s)- enfant.**
Si l'objectif à long terme de l'intervention précoce est le bien-être de l'enfant, son développement adéquat aux niveaux physique, intellectuel, émotionnel et social ne peut être atteint qu'en

prenant en compte également son (ses) parent(s), médiateur(s) de son évolution (Sweet, 2004). Au-delà des stimulations motrices, cognitives, émotionnelles de l'enfant, un travail sur le lien parent(s)-enfant est nécessaire pour permettre l'apparition des bénéfiques et leur rémanence. Les parents seront renforcés dans leurs compétences éducationnelles.

Accompagnement psychologique

Cela suppose, d'une part, un transfert de savoir(s) entre l'intervenant et le parent et, d'autre part, une valorisation des apprentissages et des compétences latentes. Si les parents sont dans une relation de confiance avec l'intervenant et qu'ils comprennent l'utilité du programme d'aide, leur adhésion sera forte et les résultats indubitablement meilleurs.

Certaines familles nécessiteront un accompagnement psychologique. Le fonctionnement psychologique des parents, par exemple de la mère, semble également jouer un rôle de modérateur au niveau de l'impact d'une intervention précoce (Hutcheson, 1997). Il sera important de recueillir les attentes et les perceptions que développent les parents négligents à propos de l'enfant car celles-ci sont parfois biaisées négativement (Hildyard, 2002).

« La bienveillance d'un enfant n'est jamais un cadeau ou l'effet de la chance. Au contraire, elle est une production humaine, jamais purement individuelle ou familiale, mais le résultat de l'effort de l'ensemble d'une société. »

J.BARUDY

CONCLUSION

Nombre de recherches et d'observations cliniques nous disent que les enfants victimes d'attitudes parentales répétitivement très inadéquates ou de négligence grave ont un mauvais pronostic d'évolution. De nombreux intervenants, médicaux ou psycho-sociaux, sont confrontés régulièrement à la négligence. Identifier les situations le plus tôt possible et référer les familles à des structures pouvant fournir une intervention de qualité réduit le risque de séquelles chez l'enfant et lui offre la chance d'une meilleure évolution. Chacun d'entre nous, professionnels en contact avec des familles à risque de négligence, porte une part de responsabilité à son niveau d'intervention.

RÉFÉRENCES

- BALBERNIE, R. (2001). Circuits and circumstances: The neurobiological consequences of early relationship experience and how they shape later behaviour. *Journal of Child Psychotherapy*, 27, 237-255.
- BARUDY, J., & MARQUEBREUCQ, A.-P. (2005). *Les enfants des mères résilientes*. Marseille: Solal.
- BERGER, M., & BONNEVILLE, E. (2007). Protection de l'enfance: l'enfant oublié. Retrieved 2011/01/20, from http://old.yapaka.be/files/professionnels/ta/ta_berger_mai07.pdf
- CARTER, V., & MYERS, M. (2007). Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Child Youth Serv Rev*, 29, 110-121.
- CYRULNIK, B. (2006). In V. LUMBROSO & E. CONTINI (Eds.), *Premières années, premiers liens*. Paris: Fernand Nathan.
- DUMARET, A., & CONSTANTIN-KUNTZ, M. (2005). Support médicosocial et éducatif: Devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. *Pratiques psychologiques*, 11, 85-100.
- ETAPE. (2008) Retrieved 01/14/2010, from http://www.parentalite.cfwb.be/index.php?id=parentalite_actions_details§ion=action_details&details=197&cHash=ab237062fc
- EVANS, G. W., & ENGLISH, K. (2002). The environment of poverty: multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238-1248.
- GILBERT, R., KEMP, A., THOBURN, J., SIDEBOTHAM, P., RADFORD, L., GLASER, D., et al. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*, 373(9658), 167-180.
- GLASER, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain- a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(1), 97-116.
- Guide Canadien de médecine clinique préventive. (2006). Retrieved 2011/01/20, de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic_clinique/index-fra.php
- HILDYARD, K. L., & WOLFE, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 26(6-7), 679-695.
- HONING, A., & MORIN, C. (2001). When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *J Prim Prev*, 21, 447-454.
- HUTCHESON, J. J., BLACK, M. M., TALLEY, M., DUBOWITZ, H., HOWARD, J. B., STARR, R. H., Jr., et al. (1997). Risk status and home intervention among children with failure to thrive: follow-up at age 4. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(5), 65-668.
- MACKNER, L. M., STARR, R. H., Jr., & BLACK, M. M. (1997). The cumulative effect of neglect and failure to thrive on cognitive functioning. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 691-700.
- SCHORE, A. N. (2002). The neurobiology of attachment and early personality organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 16, 249-263.
- STEINHAEUER, P. D. (1995). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: IPEM.
- SULLIVAN, S. (2000). *La négligence à l'égard des enfants: Définitions et modèles actuels - Examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993-1998*. Retrieved 2011/01/20, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/nfntsnegldefmodfra.php>
- SWEET, M. A., & APPELBAUM, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.
- ZURAVIN, S., & DEPANFILIS, D. (1997). Factors affecting foster care placement of children receiving child protective services. *Social Work Research and Abstracts*, 21, 34-42.

MALTRAITANCE AUTOUR DU BERCEAU

Hélène Romano, psychologue clinicienne à l'hôpital Armand-Trousseau, à Paris au CHU Henri Mondor, CUMP 94/SAMU-SMUR 94 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94000 Créteil, France

« L'enfant est une menace qui pousse vers la tombe la génération précédente, d'où les fantasmes de mort dressés contre lui, générateurs de culpabilité inconsciente »

Rosolato, 1987

La maltraitance d'un enfant et plus encore d'un tout jeune bébé par ses propres parents, reste une énigme, source de multiples débats où des situations bien différentes se trouvent assimilées à un même acte. Les violences peuvent être physiques, sexuelles, psychologiques ou liées à des négligences lourdes. Elles sont retrouvées dans tous les milieux professionnels et placent ceux-ci face à quelque chose d'impen-sable et de très difficile à gérer.

Nous proposons une réflexion sur les processus psychiques à l'œuvre dans ces actes commis sur de jeunes enfants de moins de un an, à partir de notre expérience en tant qu'urgentiste et responsable d'une consultation de psychotraumatisme. Cette pratique clinique s'enrichit d'une pratique expertale et de travaux de recherche sur ce sujet (Romano, 2009).

ÉTAT DES LIEUX

En France, il n'existe pas d'étude épidémiologique spécifique à la maltraitance sur les très jeunes enfants. La seule étude porte sur les bébés décédés dans un contexte suspect. L'enquête nationale rétrospective (sur une période de cinq ans, de 1996 à 2000) menée sous la direction du Dr Anne Tursz a été effectuée auprès du CépiDc, des services hospitaliers accueillant des enfants décédés, des services transportant des enfants décédés (SAMU et brigades de sapeurs-pompiers) et des parquets. Cette recherche confirme que le nombre d'homicides sur les très jeunes enfants est en France grandement sous-évalué et que la tendance à la suspicion de maltraitance est beaucoup moins développée qu'elle ne l'est dans d'autres pays (Resnick P., 1970 ; Overpeck et al. 2002).

LE RÉEL DE LA PARENTALITÉ

La naissance d'un enfant est un changement radical, mais, en même temps, les parents doivent assurer une certaine permanence de leur fonctionnement psychique pour ne pas basculer dans une étrangeté radicale vis-à-vis d'eux-mêmes.

Amour / Haine

Le petit de l'homme est dépendant et fragile, mais, en tant que figure exemplaire de l'autre, il mobilise toutes les ambiguïtés, l'horreur et la fascination, l'étranger et le familier, les ressemblances et les dissemblances. Il peut, à ce moment-là, être l'objet de toutes les négations violentes, par action ou par omission, ces négations étant avant tout l'expression d'une souffrance chez la mère ou le père violent à penser l'intersubjectivité. L'instinct parental est souvent présumé protecteur et bien traitant, mais la réalité est plus complexe (Sirolo, 1998). Loin des représentations idéalisées des magazines, les premiers échanges affectifs entre un bébé et ses proches s'inscrivent en effet sur une scène parentale où la violence fondamentale est « naturelle et instinctuelle » (Bergeret, 1984, 2008). Dans son article « la haine dans le contre-transfert », écrit en référence au texte de Freud « Pulsions et destin des pulsions » (1915), D.W. Winnicott énumère ainsi les dix-sept raisons pour lesquelles « une mère hait son enfant dès le début ». Suite à cette description de ce qu'il qualifie « d'amour impitoyable », il précise qu'il faut « qu'une mère puisse tolérer de haïr son enfant sans rien y faire [...] Ce qu'il y a de plus remarquable chez une mère ; c'est qu'elle est capable d'être si maltraitée par son enfant, et de le haïr autant sans s'en prendre à l'enfant et d'attendre la récompense qui s'offrira ou ne s'offrira pas à une date ultérieure ». Ce texte nous rappelle combien l'ambivalence haine et amour coexistent au sein du fonctionnement psychique de chaque parent (Missonnier, 2004 ; Bydlowski, 1997). Une mère ou un père « suffisamment bon (ne) » sera en capacité de ne pas être débordé(e) par cette haine inconsciente et pourra la contenir, puis l'intégrer dans une symbolisation créatrice permettant d'assurer la continuité d'un étayage parental adapté et l'accès à une attention parentale ajustée. Tout sujet qui devient parent est ainsi sollicité profondément dans sa capacité de se laisser affecter et confronter à cette position limite où il s'agit de se laisser dessaisir de ses propres représentations, de ses repères, de laisser son sentiment d'existence menacé par l'altérité et de se laisser imprégner de la singularité de ce bébé, cet « autre eux-mêmes ».

PERSPECTIVES CLINIQUES SUR LES PROCESSUS PSYCHIQUES À L'ŒUVRE

Dans les situations de meurtre d'un enfant par ses propres parents, le travail d'élaboration psychique de ce que représente le bébé fait défaut. Le recours au passage à l'acte devient pour le parent la solution extrême pour se préserver d'une catastrophe psychique plus grande. L'expérience clinique nous permet de repérer différents types de contexte de passage à l'acte.

L'accident

Agressivité projective

La maltraitance intervient dans un contexte d'épuisement parental (ou de la nourrice), dans un accès de colère et d'impuissance qui ne parvient pas à apaiser les pleurs du bébé. Le bébé peut être malmené, posé violemment et cogné involontairement, ou secoué. Dans ces circonstances, le parent ou la nourrice mis en cause, décrit généralement son geste et le contexte sans tenter d'atténuer sa part de responsabilité dans le décès, même si la prise de conscience d'avoir directement par cet acte blessé le bébé, voire entraîné sa mort, n'est pas facilement admise. Dans les contextes d'infanticide, une grande attention est habituellement portée au corps du bébé. Chez ces auteurs, ce qui est en cause ce ne sont pas exclusivement l'absence de capacité, le vide et l'impuissance à s'occuper de leur bébé, mais la menace du surgissement de l'objet, la réactivation de l'incertitude des limites : le bébé et sa représentation devenant une sorte de prolongation de ce qui est interne au-dehors, une pénétration de ce qui est au-dehors au-dedans. La relation au bébé, devenu objet-phobique, est au-delà de la relation d'emprise, elle est de l'ordre de l'identification projective. Les pleurs de l'enfant réactivent la fragilité des défenses du Moi et entraînent des poussées d'angoisse non mentalisées à l'origine de l'émergence d'une violence archaïque débordante. Dans ces situations, les « sentiments réciproques de lutte pour la vie qui opposent primitivement enfants et parents » (Bergeret, 1984) ne sont plus contenus, et les mis en cause sont débordés par cette agressivité projective, incapables de la maîtriser et de l'intégrer dans une symbolisation qui permettrait de la contenir. Le bébé est secoué, abandonné sur une plaque électrique, laissé en pâture aux chiens, ébouillanté, laissé tomber : il n'y a pas de violences gratuites qui, pour être archaïques, ne soient « insignifiantes ».

« Le syndrome de Sylverman »

Multitude de lésions

Décrit par le pédiatre américain Sylverman en 1953, ce syndrome correspond au constat d'une multitude de lésions (ecchymoses, hématomes, fractures, brûlures) de formes et d'âges divers. Les maltraitances peuvent conduire au décès de l'enfant.

Le discours du mis en cause évolue entre le temps de l'accueil par les services hospitaliers et celui des auditions, par les services de police ou de gendarmerie. Les contradictions dans le discours sont importantes et les tentatives de justification nombreuses : fractures liées à une « maladie génétique » qui n'existe que dans le discours des parents, hématomes expliqués par les « mouvements brusques des frères et sœurs » ou dus à « des coups de hochets », bébé de deux mois « qui s'ébouillante tout seul parce qu'il a bougé les robinets » etc.

Angoisse archaïque du ou des parents

Les antécédents de maltraitance, voire de décès dans la fratrie, sont fréquents, mais l'enfant décédé peut être le seul à avoir subi ces violences et à avoir été précédemment hospitalisé pour « problèmes médicaux » non repérés à ce moment-là comme consécutifs à des maltraitances. Les violences psychologiques (propos portés, menaces, injures, exigences démesurées) sont fréquemment associées aux violences physiques. Contrairement au contexte précédent, les parents n'expriment ici pas d'anxiété face aux soins à apporter à l'enfant et ne se ressentent pas incompetents dans leurs fonctions parentales. Ils se sentent persécutés par ce bébé qu'ils ont en face d'eux, mais ce tout petit est avant tout un miroir d'eux-mêmes qui réactive le bébé qu'ils ont été et celui qu'ils n'ont pas été, qui ravive les blessures invisibles que ce bébé archaïque a subies. Le refus de téter, les difficultés pour s'alimenter, les pleurs, les nuits difficiles, le détour du regard, entraînent alors le rejet du bébé et son élimination par des sévices, des absences de soin, des négligences, des violences, pouvant conduire à sa mort. La biographie de ces adultes est souvent entachée de ruptures assez brusques qui témoignent que des processus liés à une angoisse archaïque sont actifs depuis longtemps, mais qu'ils ont été jusque-là contenus. Au quotidien, ils parviennent à maintenir un certain contrôle qui évite la manifestation d'une violence autodestructrice. Mais, face à leur bébé, ce contrôle devient incertain, illusoire, car leur enfant cristallise leur impuissance et entraîne un débordement pulsionnel de leurs mécanismes de défense. Le passage à l'acte sur leur enfant sert d'exutoire à une trop importante pression interne et représente un soulagement à la tension.

La maltraitance périnatale dans un contexte de vengeance

Couple en crise

La personne mise en cause est aussi bien le père que la mère et aucune pathologie mentale avérée n'est relevée par les experts. L'enfant est souvent un enjeu dans un couple en crise et au bord de la rupture dans un contexte de violences conjugales majeures. Les parents peuvent être déjà séparés. L'enfant est utilisé pour atteindre le conjoint et l'anéantir. Il n'y a aucune manifestation d'empathie à l'égard du bébé, aucune expression de regret après l'acte même lorsqu'il conduit à sa mort, aucune autocritique. L'enfant n'est qu'un outil permettant d'assouvir un sentiment de

haine à l'égard du conjoint comme cette femme qui a défenestré son petit garçon de 12 mois, en présence du père dont elle venait de se séparer et qui avait obtenu la garde, et malgré tous les efforts désespérés de sa fille de 10 ans pour empêcher un tel drame.

La maltraitance périnatale dans un contexte de psychose puerpérale ou à un épisode délirant aigu

Selon les critères utilisés, les psychoses délirantes aiguës sont réparties sous des vocables différents : bouffées délirantes aiguës, épisodes confuso-déli-rants, troubles schizo-affectifs. Leur incidence serait d'environ un pour mille naissances (Dugnat, 2001) et surviendrait dans la majorité des cas chez des primipares.

Confusion d'identité : Projection d'éléments délirants sur le bébé

Le passage à l'acte sur le bébé s'inscrit alors dans un contexte de confusion d'identité entre la mère et son bébé sur lequel

celle-ci projette des éléments délirants, par exemple « il avait les yeux du diable, il fallait le supprimer sinon il m'aurait tué ».

La mort du bébé est fréquente. Les thèmes délirants sont souvent mal structurés avec une tonalité persécutrice centrée sur la naissance et le bébé.

La maltraitance périnatale dans un contexte de syndrome de Münchhausen par procuration

(décrit par Meadow en 1977) où l'enfant est la victime d'une maladie inventée ou induite par un parent.

Simuler une pathologie

La mère est le plus souvent directement en cause et le père adopte un comportement de complicité passive.

Les parents ont souvent une bonne connaissance médicale du fait de leur profession ou des lectures très spécialisées qu'ils font. Les prises en charge médicales se multiplient pour une pathologie qui n'existe pas. Le bébé ou l'enfant plus grand n'est qu'un support aux failles existentielles de son parent, qui cherche avant tout à attirer l'attention sur lui.

Le parent maltraitant peut introduire un produit pour simuler une pathologie (hypernatrémie par ingestion massive de sel ; injection sous-cutanée d'insuline pour déclencher des malaises hypoglycémiques, addition d'eau dans les selles pour simuler une diarrhée ...).

La seule façon de poser le diagnostic est souvent d'hospitaliser l'enfant pour réaliser les examens para-cliniques sous contrôle strict, hors de la présence des parents. La séparation de la personne maltraitante conduit alors à la disparition des symptômes. Lors des expertises, les auteurs présentent souvent des troubles de la personnalité et certains discours sont délirants.

PERSPECTIVES CLINIQUES SUR LES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES DES BÉBÉS

Souffrance - Difficultés

Les conséquences des maltraitances sur le devenir des enfants peuvent être considérables, à la fois au niveau physique mais aussi au niveau psychologique (souffrance psychique, difficultés dans les apprentissages et l'établissement de relations, difficultés scolaires, difficultés sociales, retard staturo-pondéral, problèmes somatiques, etc.). Il est donc essentiel d'essayer de les repérer mais c'est particulièrement difficile chez les tout-petits qui ne parlent pas encore et qui ne peuvent pas se plaindre directement. Un certain nombre d'enfants vont présenter des troubles qualifiés de « non spécifiques » qui peuvent être retrouvés dans toute situation où l'enfant est en souffrance psychique (ex. parent malade, parents qui se séparent, naissance d'un frère ou d'une sœur, etc.) C'est le plus souvent un décalage entre les troubles constatés et le discours parental qui alerte les professionnels (par exemple, un coup qui aurait été donné par un frère sur sa sœur alors que l'impact atteste d'une violence qui n'a pu être commise que par un adulte).

Les troubles spécifiques

Il s'agit essentiellement des traces suspectes constatées sur le corps (ex. ecchymose sur le corps du nourrisson qui ne marche pas encore ; ecchymoses sur des zones cutanées habituellement protégés (cou, face interne des bras et des cuisses) ; traces de suçons dans l'entre-jambe ; sang dans la couche avec plaies, griffures, sur la zone sexuelle ou anale ; morsures de dimensions supérieures à 3 cm ; brûlure sur les fesses alors que cette zone est protégée par les couches ; fractures multiples et de différents âges ; hémorragie rétinienne), etc. D'autres inquiétudes viennent des analyses effectuées avec par exemple la découverte de maladie sexuellement transmissible.

Les troubles non spécifiques

Ces troubles ne sont pas spécifiques car ils se retrouvent dans de multiples situations où le bébé est en souffrance (séparation brutale avec sa mère, maladie, deuil d'un proche, bouleversement dans son quotidien etc.).

Troubles du sommeil brutal et majeur : ne dort plus ou dort en permanence (hypersomnie réactionnelle). Expression de douleurs chez l'enfant : position algique (liée à la douleur ressentie avec par exemple l'absence de mouvement pour ne plus souffrir dans le cas d'une fracture)

Difficultés relationnelles : souffrance dans les interactions ; retrait et refus de rentrer en contact, tristesse et abattement, enfant qui ne joue plus, agitation ou agressivité sur lui-même ou sur les autres) ; régression dans les apprentissages et la découverte du monde extérieur.

CONCLUSION

Winnicott rappelait combien un bébé tout seul n'existe pas : pour vivre et pour grandir, les enfants et, en particulier, les plus jeunes d'entre eux, ont besoin de l'aide de leurs parents ou de substituts, de tuteurs de développement ou des membres de leur groupe d'appartenance. Mais devenir parents (ou être un substitut parental) est une réalité complexe qui confronte dès les premiers temps mère et père à de multiples énigmes, frustrations, déceptions, désillusion, peurs et incertitudes. C'est à l'archaïque en soi et en l'autre que la maltraitance d'un enfant s'attaque, entre pulsions d'auto-engendrement et d'anéantissement.

Pour supporter le décalage entre ce bébé imaginaire et le bébé bien réel dont ils ont à s'occuper, ces parents doivent intégrer tous les ressentis à l'œuvre sous peine d'être débordés par l'intrusion des pensées violentes et risquer un passage à l'acte sur celui par qui cette blessure narcissique arrive. Devenir parent est un long processus mais pour les pères et mères en souffrance face à leur tout-petit, les difficultés sont d'autant plus grandes que notre société actuelle idéalise l'accès à la parentalité et laisse l'illusion d'une vie avec bébé, sereine, idyllique, colorée rose bonbon ou bleu pastel (Missonnier, 2004). Les mouvements agressifs à l'égard du bébé participent au devenir parent mais restent méconnus des parents et souvent déniés des professionnels.

RÉFÉRENCES

- ABRAHAM N., TOROK M., 1975, « L'objet perdu-moi. Notations sur l'identification endocryptique », in L'Écorce et le noyau, Paris, Aubier Flammarion, 1978.
- BALIER C., 2002, Psychanalyse des comportements violents, Paris, PUF.
- BERGERET J., 1984, La Violence fondamentale, Paris, Dunod.
- BERGERET J. 2008, Relation bébé-soignants, violence et culpabilité in GOLSE B. DELION P. Bébés agressifs, bébés agressés, Paris, Eres : 27-42
- BYDLOWSKI M., 1997, La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris, PUF fil rouge.
- BAUBET T., MORO M. R. et al., 2006, Bébés et trauma, Grenoble, La Pensée sauvage Éditions.
- DUGNAT M. et al. 2001, Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ? Paris, Erès.
- GUEDENEY A., ALLILAIRE J.-F., 2001, Interventions psychologiques en périnatalité », Paris, Masson.
- Haut comité de la santé publique, 2002, Recueil des principaux problèmes de santé en France, Contribution du HCSP à l'élaboration de la loi de programmation en santé publique, Paris.
- Haute autorité de santé, 2007, Recommandations professionnelles – Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson, février 2007.
- Inserm, 2007 Causes médicales de décès. Résultats définitifs France. Liste simplifiée S9, Paris, Inserm/ CépiDc: (publication annuelle).
- LACHAL C. 2006. Le partage du traumatisme. Grenoble, La Pensée sauvage.
- KAËS R. et al. 2002. Souffrance et psychopathologie des liens institués, Paris, Dunod 2002.
- MISSONNIER S., 2004, La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité, Paris, PUF.
- MORO M.R., Préface de Dis, c'est comment quand on est mort ? Accompagner les enfants sur le chemin du chagrin, Grenoble, Editions la Pensée Sauvage, 2010. : 18
- OMS, 2002, Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, OMS.
- OVERPECK M. D., BRENNER RA, COSGROVE C., TRUMBLE A. C., KOCHANNEK K., MACDORMAN M., 2002, « National Underascertainment of Sudden Unexpected Infant Deaths Associated with Deaths of Unknown Cause », Pediatrics, 109 : 274-283.
- RESNICK P. 1970, « Murder of the Newborn : a Psychiatric Review of Neo-Naticide », The American Journal of Psychiatry , 126b : 1414-1420.
- ROSOLATO G. 1987. Le sacrifice, Paris, PUF.
- ROMANO H., Meurtres de nouveaux nés et processus psychiques des femmes néonaticide. Devenir 2010 ; vol.22 (4) : 309-320.
- ROMANO H, 2010, Enfants maltraités, descriptions cliniques, évaluation et prise en charge, Paris, Fabert, 2010.
- SIROL F.1998, « La haine de la femme enceinte pour son fœtus », Devenir, 1 : 35-65.
- STERN D.N. (1985), The interpersonal world of the infant / trad. de l'américain : Le monde interpersonnel du nourrisson, Paris, PUF, 1989 .
- TURSZ A., CROST M., GERBOUIN-REROLLE P., ROMANO H., BEAUTÉ J., 2005, Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ?, Rapport à la Mission de recherche droit et justice, ministère de la Justice.



- TURSZ A., CROST M., GERBOUIN-REROLLE P., 2003, « La maltraitance dans l'enfance en France : quels chiffres, quelle fiabilité ? », Rev. Epidémiologie Santé Publique, 51 : 439-451.
- TURSZ A., CROST M., GERBOUIN-REROLLE P., BAER P., 2002, Étude des conséquences graves de la maltraitance méconnue dans l'enfance, Rapport final à la Direction générale de l'Action sociale, Paris, Inserm U502/Cernes.
- VENON L., 1992, « Étude du passage à l'acte meurtrier », in VIAUX J.-L., Enfance en justice, Rouen, Université de Rouen.
- WELNIARZ B., BARRAL M., 1997, D'un possible ou impossible lien mère-enfant après une tentative d'infanticide, Devenir Vol. : 9 , n°2 : 33-48
- WINNICOTT D.W. 1969, L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif, in de la Pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot : 81.
- ZAGURY D., 1992, « Le double parricide, un crime d'autoengendrement », Perspectives psychiatriques, 34 c(4) : 235-250.



PARCOURS D'INTERVENTION

à l'équipe SOS Enfants-Parents de Verviers

Nathalie Wats, psychologue au sein de l'équipe SOS Enfants-Parents Verviers

Véronique Dhotel, assistante sociale au sein de l'équipe SOS Enfants-Parents Verviers

« ON VEUT MOURIR »



Margaux a trois mois et demi quand elle nous est adressée en janvier avec sa maman par une TMS de l'ONE. Lors de la première rencontre, l'intervenante peut dire son inquiétude devant la détresse de la maman qui s'est sentie abandonnée à la naissance par le père du bébé et qui, durant les fêtes de fin d'année, a menacé de se jeter dans les escaliers avec l'enfant. Madame A. lui dira par téléphone le jour du réveillon : « Pourquoi vous ne répondez pas ? Je vais sauter avec Margaux. Je ne vais pas la laisser dans un monde si méchant. »

L'intervenante peut aussi aborder son inquiétude devant le décrochage de la courbe de poids de Margaux sans que des raisons médicales ne puissent l'expliquer.

Cette maman a quitté son travail et sa région d'origine pour venir vivre près du père de son futur bébé. Monsieur B. n'ayant pas souhaité cette grossesse et ne souhaitant pas poursuivre la relation amoureuse, restera néanmoins en soutien à distance de la mère et de l'enfant dans une relation ambiguë et source de souffrance pour Madame A. « S'il veut la petite, il doit m'accepter ». « Il m'a fait venir à Verviers, acheter une maison et maintenant il nous abandonne. »

Le départ volontaire de son travail et l'achat d'une maison dans une tentative de retenir le père l'ont mise dans une situation financière déplorable. Dès ce premier entretien, Madame A. explique que son départ pour suivre le père de son futur bébé l'a amenée à démissionner de son travail mais qu'au départ, sa chef lui avait dit qu'elle lui donnerait un C4.

A ce moment, Madame A. n'a plus de rentrée financière et a acheté une maison modeste. Notre assistante sociale, dans un premier temps recueille ces informations sans proposer d'aide concrète, mettant la priorité sur une recherche de lieu d'accueil pour Margaux (avec l'accord de la maman).

Dans la relation à son enfant, Madame A. surprend par un collage indifférencié et, à d'autres moments, par un « oubli du bébé » (dans le divan par exemple). Elle n'utilise pas de support pour transporter Margaux et la porte dans les bras. Elle l'installe dos à elle durant les entretiens au cours desquels l'enfant laisse errer son regard ou dort, répondant peu à nos sollicitations.

Dans un premier temps, Madame A. semble vivre notre intérêt pour son bébé comme un détournement de notre attention à son détriment. Nous ressentons une forme de compétition pour la place de victime. « J'ai fait tout ce qu'il fallait et elle continue à pleurer. Elle exagère. Elle, elle est débrouillarde. Elle râle. Elle s'en sortira ». Le papa nous décrira pour lui même une jalousie de la maman quand il s'intéresse à Margaux. Jusqu'à entendre dire par la mère : « s'il veut voir sa fille, il doit me prendre avec ». Quand il prend Margaux qui s'endort sur lui : « Et moi, je ne peux pas venir près de toi alors ? » (sentiment d'abandon et de rejet).

Références théoriques :

Dans les « clignotants », on peut relever ici des antécédents de maltraitance chez la maman (voir plus loin), une vulnérabilité psychique, des conditions socioéconomiques défavorisées¹.

Sur les éléments auxquels il faut simultanément être attentif ici, nous relevons :

- Troubles de l'alimentation.
- Dynamique du développement.
- Modalités comportementales et relationnelles (retrait dépressif et parfois agitation anxieuse).

- Caractéristiques des interactions parents-bébé (discontinues, ne laissant pas de place au père).
- Situation familiale (monoparentalité, inoccupation professionnelle, isolement social et familial...)².

1. S. Missonnier (1999), « Parents nouveaux nés, soignants entre créativité et vulnérabilité dans S. Mimoun (sous la direction de), Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique, Paris, Flammarion, p.257-271.

2. M. Manciaux et al. (1998), « Enfances en danger », op. cit., chapitre 5, et M. Lamour ; M. Barraco, « Souffrances autour du berceau, Paris, Gaëtan Morin, 1998.



« PERSONNE NE M'AIDE (M'AIME) »

Lors des premières rencontres avec la maman, celle-ci nous exprime un vécu massif d'abandon et de persécution venant de l'ensemble de l'humanité (familiers et professionnels). Ce besoin d'être reconnue comme victime prend des allures agressives à l'égard de la TMS (qui s'est pourtant montrée disponible jusqu'à l'essoufflement) et de nous-mêmes.

« Je n'ai personne sur qui m'appuyer. Vous ne faites rien pour m'aider » (alors qu'elle a annulé le rendez-vous fixé avec l'AS du service de gardiennes encadrées.) Ses revendications insuffisamment en lien avec la réalité provoquent chez nous un contre-transfert d'irritation et un vécu d'injustice.

Cette colère est généralisée : au père de Margaux, à la société qui lui refuse des allocations de chômage, à sa fille qui fait exprès de ne pas manger pour l'ennuyer. Nos tentatives prudentes de reformulation se heurtent à un mur. Nous avons le sentiment que, si nous continuons dans cette direction, nous allons perdre le contact... Des rencontres avec le père du bébé nous mettent en présence d'un homme qui a du mal à s'engager mais qui a été séduit au départ par la solitude et la détresse de la maman avant d'être effrayé par sa possessivité et son harcèlement. Cette dynamique de sauveur trouve son origine dans l'histoire de vie de Monsieur B.. Nous la travaillerons peu tant il se tient à distance de la maman et de notre intervention.

PATIENCE ET DÉVOUEMENT

Nous faisons alors le pari qu'en commençant par s'engager à ses côtés, en reconnaissant la légitimité de sa souffrance, elle pourrait peut-être progressivement nous donner accès aux fantômes de son passé qui continuent à la hanter et, ce faisant, nous permettre de leur rendre une plus juste place. Cette prise de position fut facilitée par la pluridisciplinarité de l'équipe SOS Enfants où une psychologue et une assistante sociale purent ainsi mieux amortir ses exigences et critiques, tout en agissant concrètement dans le réel (mise en ordre de sa situation administrative, recherche d'une solution de halte-garderie, recherche de pistes d'insertion sociale...). Dans ces démarches, notre assistante sociale se rendra compte que si Madame A. semble connaître toutes les démarches et possibilités qui s'offrent à elle, elle ne s'active concrètement que si elle est soutenue. Les rendez-vous ou appels téléphoniques ne sont effectivement réalisés qu'à la condition que notre assistante sociale la soutienne et prenne des nouvelles. Ainsi, elle devra l'accompagner à un service proposant des activités à des femmes seules et participer avec elle à la première séance pour qu'elle continue seule par la suite. Elle devra venir réunir tous les documents remplis pourtant efficacement par la maman, pour soutenir « moralement » la mise sous enveloppe et l'envoi effectif. Parallèlement, les rencontres maman-bébé se pour-

suivent avec de prudentes mises en mots du type de relation qu'elle noue avec nous, ses familiers, la société et son bébé.

Margaux commence à être beaucoup plus attentive durant les entretiens et ses sourires nous semblent ne plus être des sourires mécaniques destinés à capter l'attention mais de vrais sourires socialisés.

Références théoriques :

Nous avons pu ressentir la « féconde conflictualité de la pluridisciplinarité », ainsi que la pertinence à inscrire l'intervention « psy » en continuité avec une réflexion pluridisciplinaire en amont pour éviter ce qui pourrait n'être sans cela qu'un brutal « envoi au psy »³.

LES FANTÔMES SE DÉVOIENT

Cette maman a pu progressivement donner accès à un vécu d'enfant maltraité physiquement par son père : ni reconnue, ni protégée par sa mère qui se présentait elle-même comme une victime impuissante de son mari. Elle a eu une place d'enfant parentifiée vis-à-vis de sa mère sans avoir jamais été reconnue ou valorisée par celle-ci.

Elle décrit sa maman comme jamais contente malgré toutes les tâches ménagères réalisées depuis l'âge de 6 ans pour la soulager. Madame A. a développé une identité féminine fragile suite aux humiliations et aux insultes de son père et de ses frères concernant son physique.

Elle présente un corps très maigre qu'elle camoufle dans des vêtements trop larges.

On peut encore aborder avec elle un investissement affectif de son père et de sa mère pour une sœur plus jeune, sans qu'elle puisse y donner sens avec des profonds sentiments de jalousie et d'injustice. « J'ai toujours servi d'amusement à des hommes. Mon père couchait avec moi, il buvait, frappait. Ma mère était traitée comme un chien par mon père. Elle se coupait en 4 pour lui et ne recevait rien en retour. J'aurai un mari comme ça je dégage ! » « Moi je nettoyait, je faisais à manger et mon père ne voyait rien. Ma mère râlait tout le temps sur moi. Mes frères ne devaient rien faire. Ma sœur non plus. C'était la préférée. Je ne sais pas pourquoi. Elle râlait tout le temps, elle ne rentrait pas après l'école, elle gueulait sur les parents et ils ne disaient rien.

C'est pas juste. Maintenant j'aurais envie de leur montrer que j'existe et que je fais les choses bien mais ils s'en foutent... »

RENDONS À CÉSAR CE QUI EST À CÉSAR

Progressivement, Madame A. a pu associer son ancien vécu d'enfant aux émotions puissantes qui la débordaient dans sa maternité naissante et, ce faisant, mieux les différencier. Ainsi, ses sentiments d'impuissance à apaiser les pleurs de Margaux qui déclenchaient chez elle de la rage ont pu être associés (puis différenciés) aux sentiments

3. Missonnier et Christian, « la prévention de la maltraitance en périnatalité », in Alain Braconnier et Bernard Golse, bébés agressifs, bébés agressés, Erès, 1001 bébés, 2008, p. 43-62.



similaires déclenchés par les revendications et les plaintes de sa propre mère impossible à satisfaire.

« Je m'énerve moins quand elle pleure, ça viendra avec le temps. Elle sait que je suis là pour elle. Elle me suit partout du regard. Elle, c'est normal que je m'occupe d'elle. Je suis sa mère. Elle n'a que moi. »

Elle a pu identifier et mettre progressivement en mots son ambivalence à nourrir correctement Margaux, à la voir grossir (devenir ronde), grandir, s'autonomiser, et donc peut-être un jour l'abandonner à sa solitude si familière. « Il faudra qu'elle sache choisir les bonnes personnes dans sa vie. J'ai envie qu'elle ait une bonne vie. »

Elle a pu également opérer une différenciation entre la jalousie qui la dévastait étant enfant vis-à-vis de sa sœur préférée et qui lui donnait le sentiment d'être « une moins que rien » avec son sentiment d'injustice quand le père de Margaux ou nous-mêmes faisons mine de nous intéresser au vécu et aux besoins du bébé. Les conflits psychiques de cette maman et sa relation à son bébé nous sont apparus comme un sac de nœuds dont elle a accepté l'ouverture à condition que nous lui montrions dans le support concret de sa vie quotidienne que nous nous engagions à ses côtés. « Votre collègue (AS), elle a fait ce que le père aurait dû faire normalement. Je sais bien que je suis débrouillarde mais j'étais révoltée d'être toujours toute seule. C'était pas juste. »

Références théoriques :

Le parent développe ici ce que Gérard Derchef et Elisabeth Darchis ont nommé en 1999 une « parentalité confuse » sans reconnaissance de la nouvelle situation comme pouvant être différenciée d'avec les détresses anciennes. Il fonctionne sans distance et sans séparation d'individu à individu car il y a une confusion entre le bébé interne du parent (celui qu'il était dans son enfance et qui fait emprise) et le bébé réel⁴.

En juillet, soit 7 mois après notre premier contact, Madame A. rate une rencontre dans notre service.

Contactée par téléphone, elle nous dit ne plus avoir besoin de nous. Elle va tous les jours au service de réinsertion sociale et s'y est faite des amies. Elle accepte que nous prévenions le service de TMS de l'ONE qui nous confirme que Margaux semble aller bien tant au niveau physique qu'au niveau de son éveil. Madame A. semble fière d'elle, raconte ses progrès et les visites peuvent se centrer sur le bébé. La TMS reste vigilante... Nous parlons en équipe de ce souhait de la maman d'arrêter l'accompagnement. Nous relevons alors que l'évolution de Margaux et sa maman est certes fragile mais qu'elle pourrait être compromise si nous insistions car cela pourrait être perçu comme une disqualification. Nous restons donc disponibles.

4. Incitation à la lecture : Darchis Elisabeth, « violence périnatale dans la parentalité confuse », revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 1010/2, n°55, p. 69-78.



CAPEDP

Quelle prévention autour de la naissance ?

Dr. Antoine Guedeney, pédopsychiatrie et président de la WAIMH.

Source: conférence de l'ARIP (Association pour la Recherche et l'(In)formation en Périnatalité), Avignon, 16-17-18-19 mars 2011

Axelle Pirotte, psychologue, CRAF (Centre régional de recherche et d'actions sociales sur les problématiques familiales)

« L'objectif du projet CAPEDP (prononcer Cape et d'épée) est de favoriser l'équilibre psychique de la mère et de l'enfant, lors de visites à domicile régulières, par le biais d'un soutien personnalisé, d'une meilleure inscription dans les réseaux médico-sociaux et d'un accès facilité aux connaissances sur les compétences précoces du bébé. »

Favoriser le développement de l'enfant

Cette présentation a suscité mon attention car d'une part, cette façon de travailler n'est pas très éloignée de celle des équipes SOS (visites à domicile, soutien parental, activation d'un réseau d'aide, évaluations par le biais d'entretiens et de testing,...) tout en étant dissemblable et d'autre part, elle renvoie chez moi à un désir de travailler encore plus en amont, là où les tout premiers liens se créent et où de nombreuses expériences négatives pour l'enfant, la famille et les intervenants peuvent être évitées et/ou atténuées...

Le projet CAPEDP est parti du triple constat que de nombreux enfants, de 3 à 5 ans, consultent en pédopsychiatrie pour des symptômes comportementaux modérés qu'on ne peut, cependant, qualifier de troubles ; que des similarités sont présentes dans les profils familiaux (conditions de vies précaires, isolement social, parents débordés durant la grossesse et le post-partum,...) dont le trait commun est une disponibilité insuffisante pour l'enfant, et que la Protection maternelle infantile (PMI)¹ prend en charge des situations de plus en plus préoccupantes et a moins de temps à consacrer aux familles vulnérables sans trouble avéré.

Les chercheurs/cliniciens ont, dès lors, eu comme objectif de favoriser le développement harmonieux de l'enfant au sein de sa famille en se basant sur la stratégie de visites à domicile de D. Olds, et sur les postulats théoriques du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), de l'auto-efficacité de Bandura (1975) et de l'attachement de Bowlby (1969). En vue de cette intervention 440 familles sont recrutées en maternité et réparties en deux groupes : le premier bénéficie des services habituellement prodigués par les systèmes sanitaires et sociaux, le second fait, de plus, l'objet de 1 à 3 visites à domicile supplémentaires par mois, débutant avant la 27^e semaine de grossesse et se poursuivant à une fréquence décroissante jusqu'aux deux ans de l'enfant.

Menées par des professionnels spécifiquement formés, ces visites ont pour objet de : promouvoir les compétences et le sentiment de compétence parentales ; prévenir la dépression pré- et postnatale, le stress parental et les troubles psychiques de l'enfant ; favoriser la sécurité de l'attachement et le développement psychomoteur de l'enfant ainsi que la compréhension et l'utilisation adéquate du système sanitaire éducatif et social, ...

L'étude se déroule dans la grande banlieue parisienne, les critères de participation sont les suivants : être enceinte de moins de 27 semaines, âgée de moins de 26 ans, attendre son premier enfant, parler français, ne pas être intensivement suivie pour une autre raison.

Sur un plan social : avoir moins de 12 années de scolarité et/ou toucher la Couverture Maladie Universelle et/ou être socialement isolée. Les volontaires sont ensuite tirées au sort.

Une relation continue professionnelle - parents comme facteur de prévention

Il est à noter qu'au delà de 3 facteurs de risques indépendants, les responsables de l'étude

considèrent que l'accumulation de risques psychosociaux est presque aussi grave qu'une maltraitance, ce qui vraisemblablement nécessiterait d'autres type de prise en charge.

La relation est la base de l'intervention, elle permet de créer une alliance de travail qui sert de modèle pour la relation d'attachement entre l'enfant et la mère. Les interventions sont donc très individualisées, explorent et questionnent les représentations que les parents ont de l'enfant, développent la sensibilité des parents aux signaux du bébé afin de favoriser la sécurité de l'attachement. Une guidance développementale augmente, par ailleurs, la disponibilité émotionnelle et la sensibilité aux besoins de l'enfant et procure une relation d'étagage stable.

Ces interventions sont réalisées par des psychologues de nationalités diverses, supervisés de manière hebdomadaire par un psychanalyste. Ils ont la possibilité de se rencontrer mensuellement pour discuter des situations de danger, et ont à leur disposition une hotline téléphonique. Parmi les outils utilisés, on retrouve, en autres : l'EPDS de Cox pour prévenir la dépression pré- et postnatale, le Parental Stress Index, des questionnaires sur le soutien social, sur les services, le Brunet-Lézine...

¹ PMI : Certaines communes ont créé des centres de PMI afin de faciliter l'accès aux soins gratuits pour les enfants et les futures mères. S'informer auprès de la mairie de résidence.

La première inclusion a été réalisée en décembre 2006 et l'étude est toujours en cours (mars 2011). Les conclusions attendues étaient une diminution de la dépression post-natale (DPN), de la désorganisation de l'attachement, de la symptomatologie externalisée et internalisée à 24 mois et une augmentation du réseau de soin.

Les résultats préliminaires semblent indiquer que le dispositif permette de prévenir la dépression chez les mères, on attend les effets sur la relation parent/enfant.

RÉFÉRENCES

- BRONFENBRENNER U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BANDURA (trad. Jacques LECOMTE), *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle* [« Self-efficacy »], Paris, De Boeck, 2007, 2e éd. (1re éd. 2003)
- BOWLBY J. , *Attachement et perte* : vol. 1 : L'attachement, vol. 2 : Séparation, colère et angoisse, vol. 3 : La perte, PUF, Paris, 1978 ..



MALTRAITANCE À FŒTUS : COMMENT COMPRENDRE POUR PRÉVENIR

Claude Tabet, et al. PH Pédiopsychiatre, chef de service, CH de Lens

Commentaires d'Axelle Pirotte, psychologue au CRAF (Centre régional de recherche et d'actions sociales sur les problématiques familiales)

Après avoir abondamment illustré de vignettes cliniques les différents types de maltraitements sur fœtus et les mécanismes psychologiques qui les sous-tendent, les auteurs décrivent leur projet de recherche né d'un souci de prévention face à des situations chronifiées, comme celle de Lucas. Lucas, 15 ans, hallucine à l'hôpital, dans un repli autistique quasi-permanent. En réunion d'équipe, le médecin dira d'un ton désespéré qu'un soupçon de Münchhausen était déjà d'actualité lorsqu'il était bébé....

Comprendre pour prévenir

Les objectifs de cette étude longitudinale, de l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile de Lens (appuyé par leurs services de maternité et de néonatalogie ainsi que par le

Conseil Général) sont multiples : d'une part, déterminer l'incidence de la maltraitance fœtale signalée auprès de Conseil Général au cours de la première année de vie des enfants et identifier les facteurs pronostiques ; d'autre part, dans un but préventif, établir une élaboration d'une définition de la maltraitance anténatale dans ses modalités cliniques, psycho-sociales et psychopathologiques.

Quant à la méthodologie, elle répond aux critères suivants : une première rencontre, au 4ème mois de gestation, par une sage-femme, afin de proposer une participation aux parturientes qui remplissent les critères d'inclusions (avoir au moins 16 ans, ne pas être dans un déni de grossesse, avoir déclaré sa grossesse et accepter volontairement de participer à cette recherche) ; un second entretien, à la naissance, réalisé par un psychologue ou un pédiopsychiatre de l'équipe de périnatalité et enfin, une troisième entrevue, à 9 mois de vie, par les mêmes professionnels. Ces entretiens se font à l'aide de questionnaires standardisés liés entre eux par un système de codage anonyme.

Les résultats globaux de la recherche ne sont pas encore connus.

REVUE

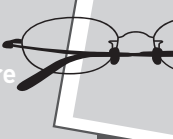
Claude Tabet et al, Médecine et Hygiène/Devenir, 2009/4-Vol.21, pages 205 à 244.

SOURCE

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DEV_094_0205

EDITEUR

Médecine & Hygiène



VIOLENCE PÉRINATALE DANS LA PARENTALITÉ CONFUSE

Elisabeth Darchis, psychologue clinicienne-psychanalyste, thérapeute de couple et thérapeute familiale psychanalytique, travaille comme psychologue clinicienne en maternité.

Commentaires de Nathalie Wats, psychologue à l'équipe SOS de Verviers

Comment une possible maltraitance de l'enfant, décompensation ou dépression de sa mère, peut-elle être anticipée, prévenue dès la grossesse ?

Cet article d'inspiration analytique fait la part belle aux mécanismes de confusion générationnelle où la grossesse et l'arrivée du bébé sont des moments d'intense fragilité, de régression en vue d'une nouvelle réorganisation psychique.

Projection de la souffrance

Cette fragilisation touche chacun des parents, grands-parents et fratrie (caprices de la femme enceinte, couvade du père,

comportements infantiles des aînés,...) et est liée à une levée des mécanismes de refoulement.

Cet assouplissement des moyens de défense est propice à une remise en mots et en sens des étapes et des conflits du passé qui n'avaient pu être symbolisés et intégrés jusque dans les identités et identifications de chacun.

Dans les familles où le matériel refoulé était chargé d'angoisses non élaborées, de traumatismes non dépassés ou de deuils inachevés, il aboutit à une souffrance psychique où les processus de symbolisation sont bloqués et où la grossesse permet de retrouver accès à ces souffrances pour peut-être enfin les métaboliser. Comment cet héritage négatif peut-il se traduire dans les propos ou les actes autour d'une naissance ?

« Ce bébé dépressif aux yeux de sa mère, qui aurait peur qu'elle l'abandonne, reçoit en fait sur lui la projection de la souffrance de sa mère d'avoir été abandonnée elle-même par sa mère suicidée.

En lui permettant de revisiter son passé d'orpheline, on peut l'aider à se différencier de son bébé et d'éviter ainsi une confusion identificatoire ». Les futurs parents peuvent bloquer cette reprise du matériel psychique durant la gestation par peur des risques d'une réelle autonomisation vis-à-vis du passé qui peut redistribuer les cartes des relations et positions de chacun au sein de la famille.

En même temps, par la levée du refoulement durant la grossesse, ce matériel émerge et peut, s'il n'est pas mis en mots et en sens, participer à l'émergence d'angoisse catastrophique, de réorganisations défensives parfois délirantes dont les différentes configurations sont présentées dans l'article.

REVUE

Erès/Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2010/2 n°55, p. 69-78.

SOURCE

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RPPG_055_0069

EDITEUR

Editions Erès



PARENTS VULNÉRABLES, ENFANTS SÉPARÉS. POUR DES SOINS PRÉVENTIFS

Michel Dugnat : Pédiopsychiatre dans l'Unité Parents-Enfants
et Marina Douzon: Médecin dans l'Unité Parents-Bébés

Commentaires d'Anne-Françoise Janssen, psychologue et coordinatrice de l'équipe SOS-Enfants Aide et prévention Ulg

Entretien prénatal précoce

Michel Dugnat et Marina Douzon amènent un regard historique sur l'évolution de la place de l'enfant dans la société qui, d'adulte miniature, devrait aujourd'hui être sujet

de protection. Ils ne se contentent pas de mettre en évidence les concepts et idées en vigueur dans ce domaine à travers les années, mais s'attardent aussi aux diverses pratiques, et développent surtout un regard évolutif consacré au placement.

La question qui sous-tend leur réflexion actuelle est : comment à la fois veiller à l'intérêt supérieur de l'enfant tout en étant respectueux et attentif aux droits de tous les parents en ce compris les plus vulnérables? Ils plaident réellement pour une prévention périnatale qui veillerait à soutenir les futurs parents les plus fragiles. Leur proposition est l'existence d'un entretien prénatal précoce mené comme une information mutuellement éclairée entre les futurs parents et la sage-femme : exploration des forces, des compétences et des fragilités et présentation des ressources locales plutôt que repérage des vulnérabilités.

Les aspects émotionnels de la grossesse, et ce qu'ils nomment la grossesse psychique, y sont pris en compte. Cet entretien devra se prolonger par un travail en réseau autour de cette famille, autre axe fort de leur intervention. La voie d'avenir en laquelle ils croient est la prévention périnatale expressive ayant comme fondement la confiance entre parents et professionnels plutôt que normative dans laquelle les parents sont réduits à leurs facteurs de risques psychiques et sociaux.

Utopie ou voie d'espoir?... nous avons la possibilité de contribuer à l'évolution des pratiques dans ces domaines.

REVUE

Enfances & Psy, 2007/4 n°37, p.9-21 DOI : 10.3917/ep.037.0009.

SOURCE

<http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-4-page-9.htm>

EDITEUR

Editions Erès

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

POUR LA PUBLICATION DANS CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles publie des textes scientifiques en français relatifs à l'enfance maltraitée et ce dans toutes ses dimensions. Il peut donc s'agir de textes touchant au regard sociologique, psychologique, médical ou juridique. Les textes viseront à faire le lien entre la recherche ou la théorie et la pratique ou, inversement, à susciter ou proposer des questions de recherches issues du terrain.

LA REVUE PROPOSE 3 RUBRIQUES DISTINCTES



ARTICLES

il s'agit d'articles scientifiques originaux, de rapports de recherche, de réflexions cliniques ou encore de résumés des connaissances empiriques et de leurs applications pratiques, en rapport ou non avec la thématique proposée pour chaque numéro. Il peut également s'agir d'articles précédemment publiés dans une revue non spécifique à la maltraitance ou dans une autre langue que le français, en lien avec le thème proposé par la revue et dont la réédition est justifiée par l'intérêt du texte pour les problématiques actuelles ou par une discussion de l'auteur ajoutée a posteriori. Pour les articles en langue étrangère une traduction française est requise. Les articles ne dépassent pas 10 à 15 pages bibliographie comprise (et peuvent donc être plus court notamment dans le cas de résumés) et sont accompagnés d'un résumé et de 3 à 5 mots-clés en français et en anglais.



VIGNETTE CLINIQUE

il s'agit du récit d'une situation clinique et de sa prise en charge visant à rendre compte de la réalité de terrain. Celle-ci doit être en lien avec la thématique du numéro. Le texte doit permettre de rendre compte de la prise en charge plus que d'une élaboration théorique, tout en respectant scrupuleusement l'anonymat. Les vignettes ne dépassent pas 6 pages.



INCITATIONS À LA LECTURE

il s'agit de rendre compte, en une page maximum, de l'intérêt d'un ouvrage récent ou d'une publication récente dans le domaine de la maltraitance infantile. Ce résumé de lecture présentera les grandes lignes de l'ouvrage ou de l'article de référence et ce que l'auteur du résumé y a trouvé comme intérêt. Il s'agit donc d'un résumé personnel et nominatif.

Les textes sont rédigés en Times New Roman 12 de simple interligne et sont envoyés en format .doc(x) à l'adresse sos-enfants@one.be. Ils sont analysés par au moins deux membres du comité qui décide ou non du caractère publiable de la proposition. Le comité peut suggérer à l'auteur des modifications et s'entoure de l'avis d'expert si nécessaire. Quelle que soit la décision, un avis est rendu à l'auteur dans les 3 mois. En soumettant son texte à la revue Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, les auteurs lui cèdent leurs droits et marquent leur accord pour une publication papier et électronique en open source.

Sur la première page du texte figure, pour tous les formats, le nom complet des auteurs et leur(s) affiliation(s), les coordonnées complètes du premier auteur considéré comme l'auteur principal et avec qui communique la rédaction.


Citations dans le texte : dans le texte ne figure que le nom du premier auteur suivi de et al. ou les noms des deux auteurs s'il n'y en a que deux. Les noms sont suivis de l'année de publication, dans l'ordre chronologique s'il y en a plusieurs.

«Cette recherche confirme que le nombre d'homicides sur les très jeunes enfants est en France grandement sous-évalué et que la tendance à la suspicion de maltraitance est beaucoup moins développée qu'elle ne l'est dans d'autres pays (RESNICK, 1970; OVERPECK et al., 2002.)»

Bibliographie : la liste des références est présentée par ordre alphabétique.

Pour les articles, le nom des auteurs est en minuscule et suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre, du nom de la revue en italique, du numéro et des numéros de la première et dernière page de l'article.

OVERPECK M.D.; BRENNER R.A.; COSGROVE C.; TRUMBLE A.C.; KOCHANECK K.; MACDORMAN M. (2002). National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics*, 109: 274-283.



RESNICK P. (1970). Murder of the newborn: a psychiatric review of neo-naticide. *The American Journal of Psychiatry*, 126 b: 1414-1420

Pour les livres, le titre figure en italique et sont indiqués la ville et la maison d'édition.

ROMANO H. (2010). *Enfants maltraités, descriptions cliniques, évaluation et prise en charge*. Paris, Fabert.

LES PROCHAINS THÈMES ENVISAGÉS SONT :

- Le travail et diagnostic social
- La question transgénérationnelle
- Les troubles mentaux et la périnatalité
- La souffrance des professionnels
- Les mécanismes sociaux de paupérisation et les risques de négligences
- Les abus sexuels : l'accompagnement thérapeutique et impact des procédures judiciaires.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

CARNET DE NOTES

SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

La périnatalité

AVEC LA PARTICIPATION DU COMITÉ DE PILOTAGE

Quentin Bullens
Déborah Dewulf
Anne-Françoise Janssen
Sophie Lachaussée
Axelle Pirotte
Françoise Van der Auwera
Nathalie Wats

REMERCIEMENTS

Stéphanie Bednarek
Gaëtan Absil
Marc Vanmeerbeek
Véronique Dhotel
Hélène Romano
CAIRN
Les éditions Erès
L'observatoire
revue d'action sociale et médico-sociale
CRIPCAS
VITRA

SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF

Solange Moreau
Dominique Jungers

CONTACT

Service SOS Enfants

Tél:
02 542 14 10

Courriel:
sos-enfants@one.be

Site:
<http://www.one.be/index.php?id=1055>

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

EDITEUR RESPONSABLE

Benoît PARMENTIER

RÉALISATION

ONE

D/2012/74.80/02



OFFICE
DE LA NAISSANCE
ET DE L'ENFANCE

Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél : 02 542 12 11 / Fax : 02 542 12 51
info@one.be

ONE.be



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Avec le soutien
de la Fédération Wallonie Bruxelles