



Collection  
« Les Dossiers de Spirale »  
dirigée par Patrick Ben Soussan

La revue *Spirale* se plaît à conter, depuis 1996, la grande aventure de Monsieur Bébé. Chaque trimestre, elle visite de nouveaux champs de la périnatalité, à sa manière, riche de science et de pratiques, ouverte et accessible, métissant dossier thématique et rubriques plurielles.

Depuis sa création, un bon nombre de ses numéros sont épuisés. Face à une demande sans cesse renouvelée, il nous a semblé que la forme livre offrirait à certains des dossiers de la revue la diffusion supplémentaire qu'ils méritent.

« Les Dossiers de Spirale » redonnent ainsi vie aux textes précédemment réunis dans la revue et qui, forts de leur succès, en appellent à de nouveaux lecteurs et de nouvelles lectures. Cette collection accueille aussi des propositions originales, offertes pour la première fois aux lecteurs. Ils vous convient à bien d'autres voyages autour des berceaux et auprès des tout-petits.

Voir tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

**Le bébé, ses parents,  
leurs soignants**

Publications de Myriam David :

- avec Geneviève Appell  
*Lóczy ou le maternage insolite*  
éres, 2008
- *L'enfant de 0 à 2 ans,*  
Dunod, 2005
- *L'enfant de 2 à 6 ans,*  
Dunod, 2005
- *Le Placement familial : de la pratique à la théorie,*  
Dunod, 2004
- sous sa direction :  
*Enfants, parents, familles d'accueil*  
*Un dispositif de soins : l'accueil familial permanent*  
éres, 2000

Sous la direction de  
**Myriam David**

# **Le bébé, ses parents, leurs soignants**

Les Dossiers de Spirale

éres

# Table des matières

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2700-9

Première édition © Éditions érès 2008

33, avenue Marcel-Dassault

31500 Toulouse

[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

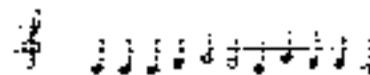
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),

20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,

tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Soigner l'enfant d'autrui : les dix commandements ! Supplique de bébés inquiets <i>Le syndicat des bébés</i> .....	7
Premières réponses de soignants exaspérés <i>Le syndicat des soignants</i> .....	9
La parole est aux soignantes ! <i>Myriam David</i> .....	11
Le bébé, ses parents et leur pédiatre <i>Judit Falk</i> .....	25
Le bébé, ses parents et le psychologue : action préventive en PMI <i>Anne Vasseur-Paumelle</i> .....	41
Bébé confié, mère soulagée : halte à la garderie ! <i>Patricia Leyter</i> .....	61
Le bébé et sa mère en centre maternel : les soucis de la crèche <i>Léa Niez</i> .....	83
Bébé en centre maternel : « Avec moi prends soin de ma mère » <i>Nathalie Colas</i> .....	101
Les soins corporels à la pouponnière Lóczy de l'Institut Emmi Pikler <i>Anna Tardos</i> .....	117
« De l'abandon... à l'adoption, accompagne-moi » <i>Vida Malek-Yonan</i> .....	133
Conclusion .....	161

# Soigner l'enfant d'autrui : les dix commandements ! Supplique de bébés inquiets



*Au clair de la lune,  
Mon amie Myriam  
Prête moi ta plume  
Pour écrire ce mot...*

1. Ma mère tu respecteras, même si elle me bat ;
2. Mon père tu n'oublieras pas, même s'il n'est pas là ;
4. Avec ma mère tu ne rivaliseras pas ;
5. Une mère meilleure ou autre pour moi tu ne seras pas ;
6. Mais prendre soin de moi, tu sauras, mon corps et moi tu pouponneras et je t'aimerai pour cela ;
7. Mon langage corporel, tu l'écouteras et tu le comprendras ;
8. Ma liberté de mouvement tu favoriseras et un bel espace d'activité tu me donneras ;
9. Si nécessaire, de ma mère tu me protégeras et me distancieras. Mais alors il faut m'en parler, m'expliquer et avec moi tu la rencontreras ;
10. Quand on se séparera, tu te souviendras de moi et moi, que tu as si bien soigné, je te garderai en moi, même si nous ne nous revoyons pas et que je ne me souviens pas très bien de toi.

*Le syndicat des bébés*

P.S. : Il en manque 1..., il est bien connu que les bébés ne savent pas compter jusqu'à 10 !



Mais nous vous implorons, nous vous en prions, modérez vos exigences, cessez d'exercer votre toute-puissance, adaptez vos attentes à la modestie de notre condition et aux limites qu'elle nous impose.

Ne pourriez-vous en ce domaine utiliser vos compétences, et, à notre image, exercer un peu de tolérance ?

*Merci d'avance et en dépit de vos exigences, soyez assurés de notre affection...*

*Le syndicat des soignants*

**Myriam David**

## **La parole est aux soignantes !**

### **La parole est aux soignantes**

La parole aux soignantes ? C'est un défi peut-être, car ainsi que chaque auteur de ce livre me l'a souvent répété, elles ne sont pas des écrivains, ni des gens de lettres, elles ne sont ni des théoriciennes ni des scientifiques et rarement des universitaires, mais tout « simplement » des « personnes » qui accueillent et « prennent soin » des enfants d'autrui. Elles travaillent presque toujours avec une pénurie de moyens, ne disposent pas de temps pour écrire, ni au travail ni à la maison où enfants et conjoint réclament leur dû, ni de moyens (pas de secrétaire ni d'ordinateur...<sup>1</sup>). Leur statut professionnel ne les destine pas à écrire, elles dont le salaire s'amenuise d'autant plus que l'enfant est plus jeune et qu'elles ne font qu'en prendre soin ! Elles dépendent dans l'exercice de leur fonction de personnes qui ne connaissent les bébés que de loin et qui sont absorbés, les unes par la gestion, les autres par des recherches et l'élaboration de

---

*Myriam David, pédopsychiatre, Paris.*

1. Nous rendons hommage aux chefs de service qui ont donné des facilités de temps et de secrétariat aux auteurs de ce livre pour qu'ils puissent transmettre leur expérience ; qu'ils en soient vivement remerciés.

théories, indispensables les unes et les autres au bon fonctionnement des institutions ; mais elles sont à distance des soignants et des pratiques de soins.

Or, depuis une trentaine d'années, les cliniciens des sciences humaines (pédopsychiatres, psychologues, psychanalystes) ont déployé de grands efforts pour faire part aux soignants de bébés des connaissances en l'absence desquelles les soins prodigués se révélaient dommageables. Assez rapidement et progressivement, à la faveur de ces rencontres, l'écoute a cessé d'être à sens unique mais est devenue mutuelle. L'expérience vécue des soignantes s'est avérée être une « matière première » de valeur inestimable et irremplaçable ; quand elles peuvent en faire part, l'écoute de leur expérience autorise un rapprochement indispensable entre pratique et théorie, permettant à chacun de prendre en compte ce que l'autre a à dire.

Néanmoins, si les idées sont maintenant admises et soulèvent un intérêt grandissant, les difficultés pour mettre en pratique les principes qui résultent de ces connaissances restent considérables. Les soignantes découvrent le sens que peuvent revêtir les plus petits détails de l'organisation des soins et comment ils peuvent, selon ce qu'ils sont, véhiculer un meilleur bien-être et constituer un précieux outil de prévention, ou à l'inverse être nocifs. Elles prennent conscience aussi de l'importance de leurs propres attitudes face aux émotions vives soulevées par les bébés et leurs parents. Mais elles se sentent seules pour résoudre ces problèmes, hésitent à en faire état, connaissant le risque qu'ils soient imputés à leur incompétence. Malgré tout, nombre d'entre elles, en étroite collaboration avec quelques psychologues qui, pour la plupart ont une formation ou une orientation psychanalytique et une connaissance des travaux de l'Institut Emmi Pikler, se sont attaqués aux obstacles rencontrés et, ensemble, ont mis en œuvre un véritable travail « d'horlogerie » pour aménager les soins de façon à ce que leur service réponde aux besoins réels des bébés et de leurs parents et aux nécessités d'une prévention précoce.

Ce volume est l'œuvre de telles soignantes et de psychologues, pédiatre, psychopédagogue collaborant étroitement avec elles ; nous les avons connues au hasard de rencontres professionnelles<sup>2</sup>. Chacune a bien voulu répondre à la demande que je leur ai faite d'exposer leurs expériences, leurs tentatives, les obstacles qu'elles ont rencontrés ou/et surmontés pour faire bénéficier le bébé et sa mère de soins qui garantissent leur bien-être, leur santé, le développement du bébé, qui sécurisent la mère et qui favorisent l'instauration, l'enracinement puis la maturation de leurs relations premières.

Leur expérience se déroule dans les divers lieux et services que bébés et mères fréquentent par goût ou par nécessité :

- à domicile avec leur pédiatre, Judit Falk de Budapest ;
- dans la salle d'attente d'un centre de protection maternelle et infantile avec une psychologue, Anne Vasseur ;
- dans une halte-garderie avec l'éducatrice de jeunes enfants Patricia Leyter ;
- en centre maternel avec leur auxiliaire de puériculture Nathalie Colas ;
- à la crèche d'un autre centre maternel avec une puéricultrice Léa Niez ;
- à Budapest, en pouponnière, avec une psychopédagogue, Anna Tardos ;
- dans un placement familial en vue d'une adoption, avec la psychologue, Vida Malek Yonan.

Chacune travaille dans son institution au sein d'une équipe, mais ici elle fait part de son expérience personnelle et non de l'ensemble du travail institutionnel au sein duquel se situe son travail propre. Dans chacun de ces lieux, chacune d'entre elles se trouve naturellement dans la situation de rencontrer de très jeunes enfants avec leur mère (et père) et elle cherche alors comment

---

2. Nous savons qu'il existe bien d'autres expériences de valeur et nous espérons que cette première publication sur ce sujet donnera lieu à des échanges avec d'autres expériences qui souhaiteraient se faire connaître et être publiées.

utiliser les connaissances actuelles sur le développement des bébés, sur l'exercice de la maternalité, de la parentalité pour :

- organiser et prodiguer des soins qui peuvent contribuer au meilleur épanouissement des potentiels souvent inexploités ou parfois contrariés des bébés ;
- pour assurer un soutien permettant d'éviter l'éclosion d'une pathologie, ou encore la nécessité d'un placement ;
- pour permettre parfois aussi d'orienter vers des possibilités de traitement précoce ;
- parfois pour préparer un « placement », une adoption.

Ainsi dans tous ces lieux, les soignantes sont aux avant-postes en position d'exercer une action préventive dont elles sont les principaux, sinon seuls, artisans. Laissons-leur donc la parole.

Mais au préalable j'aimerais rappeler brièvement quels sont les fondements de leur entreprise.

### **Le soin, ce n'est pas rien**

Un bébé ne peut pas se soigner tout seul ; il est à cet égard totalement *dépendant, impuissant, et soumis* à notre désir plus ou moins ambivalent de le bien soigner, à notre bienveillance affectueuse comme à notre impatience, à notre douceur comme à notre rudesse, à notre plus ou moins grande adresse. Notre pouvoir est absolu, celui des mères comme celui des soignants... Pas tout à fait néanmoins, car, en dépit de sa petitesse et de son immaturité, le bébé est d'emblée une personne à part entière, capable de faire aussitôt usage des compétences dont il dispose, à mesure qu'elles se font jour, au rythme de son développement. Et, par ses propres réactions corporelles aux sensations et perceptions qui le touchent et qu'il métabolise, il répond de façon très personnelle et diversifiée à nos soins. Tantôt il nous gratifie : en se détendant, en nous regardant d'une façon qui nous enchante, s'orientant vers nous, nous touchant de sa petite main, en nous adressant un sourire assorti d'une mélodie de sons et de gesticulations heureuses qui nous ravissent ; tantôt aussi, et à l'inverse, il peut nous inquiéter, nous mettre aux champs,

ou nous exaspérer et nous donner envie de le planter là, ou même de le jeter par la fenêtre... quand inquiet, mécontent ou souffrant, il ne nous accorde rien de tout cela, se détourne de nous, se raidit, et hurle. À toutes ses réactions, nous sommes très sensibles et même vulnérables, autant et peut-être plus que lui ! C'est ainsi qu'entre lui et nous, à partir et au travers de notre façon de le soigner, se met en route un système interactif à l'intérieur duquel il a le pouvoir de nous mettre dans un état « heureux » qui nous pousse à rechercher à le contenter et à admirer ses exploits, ou à l'inverse, il peut nous mettre dans un état de désespérance, ou de rage, qui nous entraîne à le délaisser sinon l'abandonner, à le rudoyer sinon à le battre, entretenant ainsi à notre insu un désarroi mutuel grandissant.

L'évocation de ce large éventail interactif, qui va du plus grand bonheur au pire malheur, peut paraître excessive, d'autant plus que dans la moyenne des cas, tout se passe à mi-chemin « suffisamment bien ». Mais elle me paraît de nature à mettre en relief la valeur du soin en tant que *véhicule* de la relation, susceptible aussi de *l'engendrer, l'infléchir, la transformer*. À cet âge du fonctionnement mental préverbal, au cours duquel l'appareil sensori-moteur est l'outil à « tout faire » du bébé, utilisé pour percevoir, appréhender, comprendre, réagir, répondre, s'exprimer..., le « soin » est un mode de communication préverbal privilégié (étant entendu bien sûr que le langage verbal, auquel le soignant expose naturellement et simultanément l'enfant, entraîne celui-ci vers l'acquisition de ce mode de communication à mesure que son développement lui permet de l'utiliser).

Or, au cours de ces vingt à trente dernières années, le soin a été dévalorisé au bénéfice de la relation et c'est là une erreur regrettable. *Soins et relation forment un binôme indissociable* dont chacune des parties nourrit et se nourrit de l'autre, l'une et l'autre pouvant être à l'égard de l'autre mutuellement bien ou/et malfaisante.

## Les sources d'un antagonisme préjudiciable

Des premières et graves difficultés sont apparues lorsqu'à la faveur des progrès de la pédiatrie, des conditions socio-économiques, des industries alimentaires, etc., la médicalisation des soins a entraîné de façon inattendue des pratiques déshumanisantes : séparations mère/bébé abusives faites de façon traumatisante, stérilité des soins entraînant la perte de contacts humains...

Les découvertes concernant la nature et la valeur des relations maternelles et parentales précoces, celles relatives aux problèmes de séparations et aux carences institutionnelles qui s'en suivent ont contribué à mettre en évidence ces problèmes jusque-là ignorés, faisant pencher de l'autre côté le fléau de la balance. À la faveur des découvertes du champ de la psychanalyse, la prise en considération des problèmes relationnels précoces est devenue un souci prédominant : éviter les séparations, maintenir les liens, établir une relation soignante privilégiée. Mais ceci, assez rapidement aux dépens d'autres aspects des soins, d'autant plus que la mortalité infantile, les carences alimentaires, les infections les plus redoutables, la tuberculose, etc. n'étaient plus à craindre.

C'est ainsi que toutes ces notions, qui paraissent presque aller de soi pour ceux qui sont à distance de la pratique des soins, ont révolutionné les pratiques et créé en leur sein un profond malaise et des conflits. Il s'en est suivi un long travail de réflexion entre soignants, psychologues, pédopsychiatres, psychanalystes, chercheurs d'obédiences diverses et de nombreux échanges avec l'équipe hongroise de l'Institut Emmi Pikler. À leur faveur, s'est révélée la complexité de toutes les situations de délégation de soins. Progressivement, un certain nombre de points se sont clarifiés concernant, d'une part la nature et la fonction des relations materno-paterno-familiales et celles de la relation soignante et d'autre part la diversité des domaines de soins à mettre en œuvre simultanément dans toutes les situations de délégation de soins du bébé à un tiers.

## Soins maternels et soins professionnels

Soins maternels et soins professionnels « soignants » diffèrent profondément, par leur nature et par leurs objectifs. Mais cette différence ne va pas de soi. Les discussions des documents vidéo montrent qu'on est constamment entraîné à juger l'un par rapport à l'autre : tantôt à considérer le soin professionnel comme « parfait », et à le donner en modèle ; ou à l'inverse, le trouver pauvre, peu affectif, manquant de spontanéité et de chaleur, privé de la richesse des motivations qui inspirent la mère. Or, un soin donné par un tiers extra-familial n'est pas un soin maternel, ni un soin substitutif ; il n'est ni meilleur ni moins bon, mais il est « autre » et, comme on le verra tout au long de cet ouvrage, il est même essentiel qu'il en soit ainsi, que ceci soit reconnu et compris de tous : parents, soignants, entourage familial et socioprofessionnel. Ceci afin qu'il soit bien toléré par les mères et pères, pour éviter chez le bébé les effets de confusion et chez parents et bébé les angoisses de perte.

### Soins maternels et relation maternelle

La relation maternelle est une relation « continue » qui se poursuit *toute la vie*, depuis la conception jusqu'à la mort et au-delà.

C'est une relation passionnelle, amoureuse, toujours complexe, à l'intérieur de laquelle le bébé comme la mère vit des élans de tendresse, des colères et frustrations, inquiétudes, joies, etc. *Les interactions auxquelles elle donne lieu n'ont d'autres objectifs que se prêter à cette relation.* Celle-ci étant inspirée et alimentée par tout ce que ce bébé évoque pour cette mère, évocations qui sont liées à sa vie de couple, à son passé familial, aux pressions de sa culture et qui véhiculent des messages inconscients transgénérationnels.

De la rencontre entre le bébé fantasmatique et le bébé réel résulte, en proportion variable, un jeu complexe « continu »

entre les *forces d'empathie* qui la guident et la poussent pour s'accommoder aux demandes de son bébé et les *mouvements projectifs* que les réponses du bébé suscitent en elle et qui infléchissent ou renforcent ses attentes, ses craintes, ses demandes, ses exigences.

Il n'y a là rien de prémédité de part et d'autre, mais cette rencontre entre bébé et mère engendre un *circuit interactif* que chacun d'eux aménage à sa façon, de son mieux, en se procurant plus ou moins de satisfactions et frustrations mutuelles. C'est ainsi, comme nous l'avons trouvé avec Geneviève Appell<sup>3</sup>, que se noue entre chaque mère et son bébé un système interactif, d'une grande richesse, *spécifique* à chaque couple mère-enfant et *non reproductible*, ni par autrui ni par elle-même avec un autre de ses enfants.

Dans ce tissu interactif, les soins maternels sont *la résultante* de tout cela. Ils sont en quelque sorte au bout de la chaîne, un véhicule porteur de cette relation intime. Il en résulte, dans la très grande majorité des cas, des soins « suffisamment » bons, selon l'expression de Winnicott, c'est-à-dire *imparfaits*<sup>4</sup>, mais qui se prêtent à ce riche langage corporel interactif à l'intérieur duquel chacun s'impose à l'autre et au cours duquel se construit le sentiment « d'appartenance mutuelle ».

Il y a là quelque chose *d'unique*, très nécessaire qui, du fait de la force de l'investissement mutuel de bébé et mère, est à peu près *irremplaçable* et ceci plus particulièrement dans la capacité de la mère à assurer une continuité relationnelle tout au long de la vie et du développement de l'enfant. mais, il faut le dire, en dépit de cela, la relation maternelle est fragile. Elle est ce qu'elle est, « pour le meilleur et pour le pire », et, lorsqu'elle est chargée de trop de souffrance mutuelle, celle-ci se traduit entre autres par des soins insuffisants, pouvant être gravement dommageables,

3. G. Appell, M. David, « Recherche à partir d'un travail clinique sur les séparations précoces mère-enfant », dans : O. Bourguignon, M. Bydlowski, *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF, 1995, pp. 211-238.

4. Comme le fit remarquer judicieusement S. Lebovici lors de la Journée scientifique de mars 1994 organisée par l'Association Pikler Lóczy de France.

suscitant à leur tour des réactions entravant l'exercice de la maternalité.

Ajoutons que, à l'intérieur de la vie familiale, le père tout d'abord, les grands-parents aussi, à travers les relations complexes qui les unissent entre eux, à la mère et au bébé, sont « directement » et « indirectement », mais toujours intimement, parties prenantes dans le système interactif et ceci, qu'ils dispensent ou non une partie des soins. Le bébé apprend vite à les connaître, à les différencier et à interagir avec eux, provoquant chez eux de vives émotions qui interfèrent avec celles de la mère. Si bien qu'on peut dire que, à travers les soins reçus et l'attention qu'on lui porte, le bébé se forme au sein de ce système relationnel familial global qui médiatise et oriente la relation mère-bébé. Relation maternelle et relations familiales proches sont les « ressources naturelles » qui alimentent et façonnent le réseau d'interactions, réseau qui, on le sait, a une fonction de contenant, d'impulseur et qui oriente le développement global du bébé.

Cette notion doit être toujours présente à l'esprit de ceux qui sont amenés à prodiguer des soins à un bébé, alors qu'ils ne font pas partie du système familial. C'est elle qui commande de prendre soin de ce lien autant que de l'enfant lui-même dans toutes ces situations et plus particulièrement encore lorsqu'existent des troubles de la parentalité.

### Soins de « soignants et accueillants »

Dans tous les milieux, que la mère exerce ou non un travail professionnel, un bébé a toujours besoin d'être confié, que ce soit de façon occasionnelle ou régulière, temporaire pour des durées plus ou moins longues, ou de façon permanente, voire définitive. Non seulement cela s'avère nécessaire et même indispensable pour les parents, mais, comme on le verra dans les divers chapitres de cet ouvrage, cela peut être bénéfique pour le processus de séparation/individuation. Ceci toutefois, il faut y insister, seulement sous certaines conditions. Lorsque celles-ci ne sont pas respectées, à l'inverse, l'enfant confié et ses parents

peuvent en souffrir profondément, et cela même lorsque la « garde » ou l'accueil est de courte durée.

Pourtant, il est tentant de céder à l'opinion courante que le bébé peut aisément être gardé par n'importe qui, pourvu qu'il s'agisse d'une personne de cœur et de bon sens qui aime les bébés. La ténacité de cette croyance tient d'une part à la nature du bébé, à son extrême maniabilité qui permet si facilement de le transporter, à ses réactions qui ne sont pas aisément perçues, qui peuvent être diversement interprétées et qui sont fréquemment considérées comme passagères, de peu d'importance, et d'autre part à la conviction que la maternalité latente dont bénéficie une femme suffit à soigner l'enfant d'une autre. Or, si ces qualités sont indispensables, elles se révèlent à l'usage insuffisantes. Tout un ensemble de travaux cliniques appuyés sur l'observation attentive des bébés et de leurs parents ont révélé l'importance des émotions et réactions non seulement du bébé, de sa mère et de ses proches parents, mais aussi celles des soignantes, combien il est nécessaire d'en tenir compte et à quel point cela complique la pratique des soins du bébé confié<sup>5</sup>.

En effet, si jeune soit-il, un bébé réagit vivement au changement, il le vit d'abord comme une perte d'une partie de lui-même, il peut se « déprimer », mettre en œuvre des processus défensifs qui le conduisent à se fermer plutôt qu'à s'intéresser et à s'ouvrir au nouveau milieu, il supporte mal les soins d'une inconnue « étrange », paraît perdu lorsqu'il retrouve sa mère dont il peut alors se détourner.

Or, ces réactions sont troublantes pour la mère, et même traumatiques pour les plus fragiles ; elles viennent confirmer les inquiétudes et appréhensions souvent vives mais inavouées que toute

mère éprouve lorsqu'elle a besoin de confier son bébé, même lorsqu'elle le désire et le demande, craintes d'être dépossédée de son bébé, crainte aussi que le bébé soit endommagé. L'intensité et irrationalité de ces craintes sont sans doute le reflet de son empathie avec son bébé et de la résurgence de ses propres émois infantiles. Qu'elle les exprime bruyamment ou discrètement, que ces craintes soient envahissantes, contenues, voire refoulées, cette sensibilité maternelle doit être prise en compte pour que la mère soit sécurisée et apte à préparer et à rassurer son bébé puis à se sentir gratifiée par les bons soins qu'il reçoit.

Enfin, pour la soignante elle-même, il est troublant et décevant d'être exposée à ces réactions négatives des bébés et de leurs parents alors qu'elle est si motivée à l'égard du bébé qu'elle souhaite accueillir et contenter. Il est difficile pour elle de ne pas en vouloir aux parents, de ne pas les rendre responsables des difficultés d'adaptation de leur bébé et de ne pas désirer s'approprier ce bébé qu'elle soigne mieux que sa mère.

Après avoir constaté combien ces difficultés de bébés, parents et soignants sont interactives et conduisent à la rupture des modes d'accueil et à leur dégradation, les réflexions en commun poursuivies par psychologues et soignants ont permis de dégager des principes de pratiques qui sont de mieux en mieux connus et admis, et c'est l'objet de cet ouvrage de les faire connaître plus largement et surtout de montrer tous les efforts à engager pour parvenir à les respecter et à les mettre réellement en pratique.

Pour supporter la séparation de son bébé et la délégation de soins, la mère a besoin d'être assurée du maintien de l'intégrité de sa relation à son bébé, de le retrouver en bon état et avec la certitude qu'il n'a pas souffert.

Quant au bébé, il a besoin d'un soin éclairé et attentif pour se sentir en sécurité, satisfait heureux, et cela demande d'innombrables précautions :

– une attention continue à ses réactions, et, à cet égard, l'importance de l'observation directe du bébé sera soulignée dans tous les chapitres ;

---

5. Une série de sept films sur les modes de garde par G. Appell, M. David, J. Noël, M. Soulé : Phymontin, 20 rue de Dantzig, 75015 Paris, *Le Moment du choix* ; *Nadège gardée par sa grand-mère* ; *Ludovic, gardé par une assistante maternelle* ; *Jérôme en crèche* ; *Catherine gardée à domicile par une assistante maternelle* ; *Nadège, Ludovic, Jérôme, Catherine trois ans après* ; *Crise familiale et dénouement*.

- que les soins corporels soient sécurisants, agréables, l'aident à se sentir bien dans son corps, qu'il puisse y avoir le rôle d'un partenaire actif ;
- que le déroulement de la situation se fasse dans un ordre régulier et selon un rituel qui lui permette d'anticiper ce qui lui arrive ;
- enfin que le temps de la séparation soit un temps plein d'intérêt, à l'occasion duquel il puisse explorer, s'activer librement de toutes sortes de façons et en toute sécurité ;
- enfin également que lui soit donné le temps de faire connaissance, en présence de sa mère, de la personne qui va le soigner, de les différencier l'une de l'autre.

Car pour supporter l'absence de sa mère, le bébé a besoin de s'appuyer sur une relation qui soit fiable. On sait aussi qu'il ne supporte pas de passer en de multiples mains ; il a besoin de connaître la personne qui l'approche, le touche, le soigne, de la différencier de sa mère. Et il ne peut le faire que si cette personne s'occupe fréquemment, régulièrement de lui et que si la passation de cette soignante à sa mère se fait dans des conditions satisfaisantes, lui permettant de les voir l'une et l'autre, de découvrir leur coexistence et leur permanence. Alors il peut se tourner vers sa soignante, la regarder, la découvrir, la toucher, l'apprécier, s'adresser à elle, bénéficier avec plaisir de ses soins, supporter l'absence de sa mère en s'occupant et la retrouver sans difficultés.

De tout ceci résulte à l'évidence que le bébé a besoin de bénéficier d'une relation avec une soignante dite « privilégiée ».

Mais, à l'inverse de la relation maternelle, cette relation a un objectif unique et précis : *permettre à la soignante de prendre bien soin* de l'enfant pendant tout le temps où il lui est confié, c'est-à-dire procurer au bébé toute l'attention et tous les soins dont il a besoin en l'absence de sa mère, de sorte qu'il soit et se sente en sécurité, qu'il ne soit pas effrayé, en éprouve de la satisfaction et en tire pleinement bénéfice, c'est-à-dire qu'il soit en bon état et poursuive son développement au mieux de ses possibilités. C'est de la qualité de cette attention et des soins

qu'il reçoit, du plaisir qu'il en éprouve, que va naître et se développer une relation mutuellement gratifiante pour le bébé et sa soignante, qui va permettre au bébé et à la mère d'accepter ces soins et en tirer bénéfice. Ici c'est *le soin qui est fondateur de la relation et non l'inverse*.

De plus la relation, que nous appelons « soignante », est de tout autre nature que la relation maternelle. Certes, les contacts proches avec un bébé suscitent chez les soignants des émois liés à une maternalité latente. Mais ces émois naturels nécessaires comportent des risques, car la relation soignante est « provisoire » ; limitée dans le temps, elle ne s'appuie ni sur un passé ni sur un avenir lointain commun, mais uniquement sur l'expérience commune présente, et plus particulièrement sur un *intérêt soutenu, étayé par des capacités d'attention et d'empathie du soignant*, à l'égard de tout ce qui émane du bébé : ses intérêts, les émotions qu'il exprime, l'apparition et l'utilisation de ses nouvelles compétences, tandis que doivent être *maintenues en sourdine les projections* incitées par les émois liés à cette maternalité latente que le contact proche avec un bébé ne manque pas de susciter. L'engagement du soignant dans cette relation, bien que chargé d'affects profondément vécus, est donc totalement différent de l'engagement maternel ; et cela fait partie de la formation professionnelle d'apprendre à en tenir compte dans la façon d'être avec le bébé et avec sa mère.

Pour conclure, disons que les services et les personnes, chargés de dispenser des soins à un bébé en l'absence de sa mère, se doivent d'en assurer toutes les dimensions, c'est-à-dire :

- le soin direct du bébé : soins corporels, soin de son activité spontanée, de son rythme en veillant à la régularité du déroulement du temps de garde ;
- que le soin soit assuré par une personne constante, assistée si nécessaire par une ou deux autres personnes, mais toujours les mêmes, avec qui il puisse développer une relation confiante ;
- que la relation du bébé à la mère soit objet de soin, plus particulièrement lors des temps de séparation et retrouvailles ;
- enfin veiller à ce que maternalité et parentalité ne soient pas perturbées par la situation.

Mais, comme je l'ai déjà dit, si ces principes sont assez clairement établis, leur application est difficile, elle exige des aménagements si minutieux, précis, rigoureux qui touchent tous les détails de la vie quotidienne, de l'organisation des lieux, des horaires, etc., que l'on peut résister à engager de tels efforts, y voir un excès sinon un luxe de précautions. J'espère que la lecture des six chapitres convaincra les lecteurs du contraire et qu'ils auront plaisir comme moi à en prendre connaissance.

**Judit Falk**

## **Le bébé, ses parents et leur pédiatre**

Quand, en fin de carrière, je fais le bilan de mes activités professionnelles, je me souviens avec plaisir du travail accompli auprès des familles en tant que pédiatre de famille.

La notion du « pédiatre de famille » peut paraître un peu démodée. La pédiatrie, la nouvelle médecine des enfants, née au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, a connu des progrès extraordinairement rapides, surtout dans les pays industrialisés. De nos jours, grâce au progrès de l'hygiène et à l'élévation du niveau de vie, le péril lié aux infections et le péril alimentaire, pour la plus grande part, sont évités. Cette évolution permet à la pédiatrie de se consacrer à l'étude du développement de l'enfant, à la prévention des désordres qui peuvent survenir au cours du développement. Mais parallèlement, avec le développement et les progrès de la surspécialisation de la pédiatrie, ces gains ont été partiellement contrebalancés par un appauvrissement conceptuel de la notion de santé de l'enfant. Souvent on risque de tomber dans le piège de médicaliser par trop l'enfant, son développement, sa vie quotidienne.

---

*Judit Falk, pédiatre, ex-directeur de l'Institut Emmi Pikler, Budapest, Hongrie.*

Le médecin de famille d'autrefois – médecin généraliste et plus tard pédiatre généraliste – dont la démarche était basée surtout sur des visites à domicile, intégrait assez naturellement les multiples aspects du milieu et des conditions de vie de l'enfant qu'il considérait en relation avec son entourage humain et aussi avec son environnement matériel.

De nos jours, les familles nucléaires avec des jeunes enfants – malgré l'abondance des livres rédigés pour les parents, des articles parus dans les différentes revues et les émissions de la télévision et de la radio, quelquefois en contradiction les uns avec les autres – se sentent souvent de plus en plus démunies et seules avec leurs problèmes. Bien que la mère ordinaire, selon le terme de Winnicott, « la mère suffisamment bonne », s'adapte activement aux besoins de son bébé, et essaie, dans le cours normal des choses, de ne pas introduire de complications plus grandes que celles que l'enfant est capable d'admettre, bien que les différents systèmes de la PMI existent, l'accompagnement dans les détails des soins et de l'éducation de leurs jeunes enfants dont les parents auraient besoin existe à peine.

Personnellement, j'ai été pédiatre de famille dans l'ancien sens du terme. À côté de mon travail à l'hôpital universitaire et plus tard à l'Institut Łóczy, j'ai suivi à domicile pendant des années cinquante et une familles avec quatre-vingt-six enfants. Les familles avec lesquelles j'ai travaillé m'ont choisie comme pédiatre. Ma clientèle appartenait à la classe moyenne, trois quarts des parents étaient de profession libérale. Avant la naissance de l'enfant, presque toutes les mères ont travaillé, puis toutes ont profité de la possibilité du congé maternel prolongé pendant au moins un an (la majorité pendant trois ans). Je n'ai jamais eu de cabinet médical. J'ai accompagné ces familles par des visites à domicile, par des observations dans des situations variées et par des entretiens avec les parents.

Dans la grande majorité des cas, cet accompagnement a commencé à la naissance, même quelquefois avant la naissance du premier enfant du couple. À la première rencontre nous nous sommes mis d'accord sur ce que nous attendions l'un de l'autre.

Je leur proposais au cours de visites régulières de surveiller la santé globale et le développement de l'enfant en tenant compte des conditions de sa vie quotidienne et en ne réduisant pas mon champ d'intérêt au diagnostic et au traitement des maladies et anomalies éventuelles.

Je leur demandais de me poser ouvertement toutes leurs questions par rapport à la vie de leur enfant et, si possible, de ne pas introduire de changements dans la routine quotidienne sans en avoir discuté au préalable avec moi. Je leur ai proposé de tenir un carnet du bébé qui nous servirait d'outil de travail commun et que je regarderais lors de mes visites, dans lequel ils écriraient leurs observations, remarques, leurs problèmes et questions, même celles qui leur semblaient trop simples ou trop stupides pour en parler ou pour pouvoir les poser à un pédiatre. Ce carnet servirait de base à nos entretiens.

Je ne leur ai pas caché que les conseils que je leur donnerais à propos des soins et du mode de vie du bébé différaient souvent de ceux qui étaient habituels et je les ai encouragés à réfléchir s'ils voulaient les suivre ou non. J'ai promis d'expliquer en détail tous mes conseils mais l'acceptation de mes principes était la condition indispensable pour entreprendre une collaboration. Je leur ai demandé de me dire toujours franchement leurs doutes, en cas de désaccord, et surtout de ne pas cacher leurs éventuelles infractions, afin de pouvoir en discuter : il arrivait que, dans la connaissance de leur enfant et des circonstances, ils aient raison.

Malgré mon conseil de prolonger le congé maternel au-delà du premier anniversaire de sa fille Anita, Mme D. a annoncé à son patron qu'elle retournerait à son travail en confiant sa fille à la crèche. Dans la discussion qui a suivi cette décision, j'ai compris que pour sa fille, ce serait mieux si elle continuait à travailler hors du foyer, sans sentiment de culpabilité, car en ayant une satisfaction professionnelle qui lui manquait, elle serait davantage capable de lui offrir une relation satisfaisante et riche en échanges affectueux quand elles seraient ensemble.

Lors de la première rencontre nous parlions des changements à envisager dans la vie du couple et des questions pratiques concernant l'alimentation, l'environnement matériel souhaitable (l'aménagement de la pièce où le bébé allait vivre, l'équipement nécessaire pour les soins, le trousseau du bébé avec les vêtements confortables qui lui laisseraient la plus grande liberté motrice, etc.) et des objets « à la mode » que je déconseillais. Ces thèmes étaient souvent repris lors d'entretiens ultérieurs.

Dans la plupart des cas, j'ai vu le bébé pour la première fois le jour de la sortie de la maternité (dans quelques cas, je l'ai visité déjà à la maternité, mais c'était exceptionnel). À quelques-uns, à la demande de la mère, j'ai donné le ou les premiers bains – en montrant aux parents les gestes les mieux adaptés à l'état du confort du bébé. Cette première visite, en général, durait beaucoup plus d'une heure. J'examinais le bébé, ce qui m'offrait souvent une première opportunité de montrer aux parents – sans en parler – comment le toucher, le bouger, comment le « prévenir » de ce qui se passe pour lui, etc. Dès le début et tout au long de mon accompagnement, je m'adressais souvent au bébé pour lui témoigner mon intérêt de le voir et pour obtenir sa participation. À cette première rencontre je me présentais à lui en tant que sa doctresse, en lui disant que dès maintenant nous nous verrions souvent, que quelquefois je l'examinerais et je parlerais toujours longuement de lui avec sa mère.

J'observais l'allaitement et, si besoin était, je donnais des conseils très concrets (tous étaient allaités au sein au moins pendant cinq mois, mais la majorité pendant neuf à douze mois) et nous avons longuement parlé du mode de vie des semaines qui suivaient, des soins à donner (des gestes les plus appropriés qui donnaient le sentiment de sécurité au bébé et à la mère à la fois), du respect du rythme de l'enfant, de son besoin de calme. À cette époque, dans notre pays, l'esprit de discipline « prussienne » était encore fortement présent : on insistait sur le régime strict auquel il fallait accoutumer l'enfant dès le premier jour. Le conseil habituel, comme premier commandement, était d'allaiter à heures fixes dans la journée, et jamais dans la nuit ! C'étaient surtout

les grand-mères qu'il fallait persuader que le respect du rythme propre de l'enfant ne conduisait pas à une gâterie exagérée.

En fixant le jour de mes visites hebdomadaires, j'ai encouragé les parents à ne pas hésiter à me téléphoner, si à l'occasion d'un problème, ils pensaient que je pourrais leur être utile (tous mes clients savaient qu'on pouvait me joindre très tôt le matin chez moi et sur mon lieu de travail seulement en cas d'urgence). Ce n'était pas exceptionnel que dans les premières semaines mes visites fussent plus fréquentes – quelquefois à la demande des parents, quelquefois quand je sentais leur inquiétude et quelquefois quand c'était moi qui étais inquiète.

Dans la première année de la vie du bébé, nous avons conservé un rythme hebdomadaire de visites régulières, dans la deuxième, les rencontres étaient habituellement plus espacées. Bien sûr, en cas de maladie ou d'autres problèmes, je les visitais plus fréquemment. Dans ces cas, c'était moi qui demandais que l'on me téléphonât le lendemain de ma visite et/ou les jours suivants.

Tout au long de mon accompagnement, j'ai essayé de soutenir la mère dans ses anxiétés et de la sécuriser dans son rôle maternel, de la rendre assez solide pour qu'elle puisse faire face aux critiques et aux conseils de sa mère ou de sa belle-mère ou de quelques amies faisant référence à leurs propres expériences maternelles ou pour résister aux courants de la mode. Je n'ai pas imposé mes conseils aux parents mais à travers mes questions sur le bébé, j'ai essayé de les sensibiliser aux vrais besoins de leur bébé, de les aider à comprendre ses manifestations liées à la satisfaction de ses besoins, en attirant leur attention sur les conditions de soins et d'éducation qui favorisaient son bien-être et son développement harmonieux.

L'examen somatique du bébé ne faisait pas partie de chaque visite. Meilleure était ma relation avec les parents, surtout avec la mère, plus rares étaient les examens : la partie essentielle de la visite était de discuter de tous les plaisirs et problèmes intercurrents. Bien entendu, quand l'examen ou une intervention (par exemple une vaccination) paraissait nécessaire j'en prévenais le bébé, je lui montrais mes instruments, il pouvait les toucher

(et quand j'avais terminé je lui montrais que je les remettais dans mon sac), j'expliquais ce que je faisais, je lui communiquais toujours sérieusement si je faisais quelque chose de désagréable ou de douloureux. Par tout cela je lui exprimais, à lui et à ses parents que je le considérais vraiment comme une personne qui était le sujet et non l'objet de cette visite médicale, qui n'était pas un jeu, mais où, ensemble avec sa mère, je m'occupais de sa santé, de son bien-être, de son évolution.

Un sujet assez important d'entretien était toujours l'alimentation de l'enfant : le sevrage très lent et progressif, l'établissement d'un régime alimentaire équilibré mais simple, déterminé avant tout par l'appétit et le goût de l'enfant, le mode d'introduction progressive des aliments et des modes d'alimentation nouveaux, etc. Le rythme de la progression était déterminé toujours par l'objectif primordial : qu'il fût pris de n'importe quelle manière, le repas devait représenter pour l'enfant une source de plaisir d'autant plus qu'il se répétait quatre ou cinq fois par jour et qu'il était l'une des scènes les plus importantes de l'interaction adulte-enfant.

Bien sûr, j'ai connu des mères, et surtout des grand-mères qui n'étaient pas toujours contentes des quantités consommées par le bébé ou de sa prise de poids (le pesage régulier faisait partie de mes propositions). Parfois il n'était pas facile de faire accepter de ne pas essayer de donner même une cuillerée de plus que la quantité acceptée volontiers par le bébé ou de ne pas lui faire goûter un aliment dont il n'avait pas envie. Les sucreries, les friandises ne figuraient pas dans les deux premières années sur le menu des enfants. Je n'avais aucun cas d'anorexie dans ma clientèle (ni de régurgitation), je ne me suis jamais servi de méthodes ou de médicaments pour stimuler l'appétit. Si un enfant refusait de façon répétée un aliment, pendant longtemps on le supprimait.

La mère de Martin (douze mois) a bien toléré qu'après le refus répété de toutes sortes de lait, son fils ne boive pour le petit déjeuner que des jus de fruit, mais pour équilibrer son régime en protéines on lui a proposé à chaque repas un peu de fromage.

N'importe quel aliment pouvait être supprimé et remplacé par un autre (la viande par le fromage blanc, le lait par le yaourt, les légumes par les fruits, etc.) mais quelquefois, pour arriver à un régime alimentaire équilibré et varié, nous réfléchissions ensemble : sous quelle forme on pourrait servir les plats afin que l'enfant les acceptât volontiers.

Julie (cinq mois) n'aimait que les aliments aigres : pendant des années elle recevait tous ses plats assaisonnés avec un peu de jus de citron.

Madame G. a ingénieusement inventé pour son fils Paul (dix-huit mois) de préparer en forme de croquettes n'importe quelle sorte de légumes. Il est vrai qu'il a gardé cette préférence presque jusqu'à l'adolescence.

Dans la plupart des cas, même les enfants connaissaient cette « règle principale ». La mère de Kata (quatre ans) était interrogée par la maîtresse de l'école maternelle : qui est cette Judit à qui la petite fille faisait référence en disant qu'on ne pouvait pas l'obliger à manger une quantité dont elle n'avait pas envie...

Les enfants ont pris leurs repas sur les genoux de l'adulte jusqu'à ce qu'ils soient capables de s'asseoir seuls et confortablement sur un petit tabouret en face d'une table basse (ils n'étaient jamais mis dans un baby-relax ou dans un autre type de siège de bébé).

Nous avons toujours discuté en détail de l'organisation du déroulement calme et équilibré de la journée du bébé et des changements à introduire en fonction de son développement : respectant à la fois son rythme de sommeil et son besoin d'activité, afin d'assurer les moments paisibles pour les repas et les autres soins, conciliant tout cela avec l'emploi du temps des autres enfants éventuels de la famille et avec celui du père afin que ce dernier, lui aussi, puisse participer à la vie de l'enfant ou des enfants.

Je suis arrivée facilement à convaincre les parents que la rapidité au cours des soins n'était pas une vertu du point de vue du bébé. Les moments passés ensemble au cours des repas, du bain, de

l'habillage, du change étaient les moments privilégiés de l'interaction entre lui et ses parents. Tout ce qui se passait au cours des soins entre l'enfant et la personne qui les lui prodiguait était, dès le début, d'une importance primordiale.

Si, au cours des soins, la mère (ou le père) abordait l'enfant, avec une attention et une délicatesse qui s'exprimait à travers la douceur de ses gestes, si elle lui communiquait d'avance ce qu'elle faisait avec lui et tout ce qui lui arrivait, si elle lui offrait la possibilité de participation active – quel que fût son âge –, si elle essayait de comprendre les signaux par lesquels il exprimait ses désirs et ses souhaits et y réagissait de manière adéquate, si elle arrivait à obtenir que l'enfant participât volontiers à ce qu'elle lui proposait, elle créait en lui un sentiment de sécurité et d'efficacité et la possibilité pour le bébé « d'intervenir » à son tour dans le processus des soins et dans la manière de satisfaire ses besoins. Tout ceci s'appliquait notamment au rythme du repas, à la quantité et à la température de la nourriture, à l'achèvement du repas, ou encore au rythme des gestes pendant le change, l'habillage, le déshabillage, et aussi à la quantité et à la température de l'eau du bain, etc. En lui donnant la possibilité de participer à ce qu'on était en train de lui faire, en respectant ses initiatives on l'induisait à ne pas se laisser faire, gentiment peut-être, mais passivement.

Si le bébé pouvait avoir confiance en sa possibilité d'influer sur les événements qui lui arrivaient, s'il pouvait se sentir sujet participant et non pas objet dirigé et manipulé, cela contribuait à ancrer et renforcer son sentiment d'efficacité.

*Ainsi les soins n'étaient plus des opérations d'hygiène purement techniques, quelque chose de mécanique qu'il fallait faire bien et le plus rapidement possible, mais un moment d'intense relation au cours duquel l'enfant effectuait un apprentissage très profond et très intime, quelque chose de précieux pour lui, pour le présent et pour son avenir.*

Dans la mesure où le bébé, comme partenaire actif, a eu ce moment d'intense sécurisation au cours des soins, il était en

état ensuite de profiter des possibilités d'activité dans lesquelles l'adulte n'intervenait pas directement.

En général le premier changement dans le déroulement de la journée était introduit vers l'âge de quatre-cinq semaines quand le bébé commençait à faire la sieste à l'extérieur, sur le balcon, dans le jardin ou en l'absence d'autre possibilité, dans un jardin public. Quelques minutes au début, mais progressivement tous ces enfants ont passé au moins trois-quatre heures par jour au grand air, même en hiver, bien habillés dans des sacs en duvet ou en fourrure.

Le deuxième grand changement dans la vie du bébé survenait vers l'âge de trois-quatre mois : il commençait à passer la plupart de son temps éveillé dans son aire de jeu : un parc spacieux ou une partie cloisonnée de la pièce. Suivant la philosophie d'Emmi Pikler, dont j'étais une disciple, j'ai encouragé les parents à offrir à l'enfant la plus grande liberté possible de mouvements et d'activité : laisser libre cours à tous ses mouvements spontanés, dans toutes les situations de la vie quotidienne, tout en le protégeant contre les situations dangereuses, sans être interrompu et stimulé directement par l'adulte ; que ne lui fussent ni proposés ni imposés quelque mouvements que ce fût qu'il n'avait pas encore découvert par lui-même, ne pas le mettre dans une posture qu'il ne pouvait pas encore prendre ou abandonner tout seul, bref s'abstenir d'exercer une influence directe sur son développement moteur et sur son activité de jeu.

En même temps nous avons réfléchi ensemble sur la question de savoir comment transformer l'entourage matériel pour autoriser des activités de plus en plus variées et initiées par l'enfant lui-même (créer un espace protégé suffisant, toujours un peu plus vaste que celui dont il pouvait déjà se servir, offrir une quantité de jouets adéquats avec lesquels il pouvait jouer sans l'aide et l'intervention directe des adultes, utiliser les vêtements appropriés, etc.). Puisque la plupart du temps les parcs qu'on trouvait dans les magasins n'étaient pas suffisamment larges pour permettre à l'enfant de rouler, ramper à plat ventre, j'ai discuté en détail avec les pères qui avaient l'habitude de bricoler sur la

façon d'en construire un. Nous avons discuté aussi de la richesse souhaitable et de la progression de l'environnement de l'enfant, de la diversité du matériel à mettre à sa portée en fonction de ses goûts et des possibilités variées d'expérimentation en fonction du stade de son évolution.

Le grand parc construit par le père de Peter (six mois) a servi de modèle pour d'autres pères bricoleurs aussi. Les quantités de bobines vides de la mère d'Edina (couturière) devenaient des objets à ramasser, ranger, comparer, mettre dans une cuvette, etc. vers la fin de la première année.

Les vêtements qui convenaient à tel ou tel stade du développement ou à tel ou tel moment du jour et qui n'entravaient pas les mouvements spontanés de l'enfant étaient aussi sujets de conversation. Nous avons discuté des meilleurs tissus et laines à acheter, à coudre ou à tricoter. Pour la nuit et pour la sieste par exemple, à la place des couvertures qu'il fallait mettre d'une manière contraignante pour l'enfant et réajuster maintes fois, les enfants étaient habillés dans les sacs de couchage amples et confortables faits d'étoffes différentes en fonction de la température.

Mme Sch. mère d'une petite fille, Sylvie, a trouvé tellement passionnant ce dernier sujet qu'elle a changé de métier : elle est devenue créatrice de modèles pour enfants.

En observant l'activité libre de leur bébé, les parents ont pu découvrir que son attention et son intérêt s'établissaient au rythme exact de sa maturité, au niveau correspondant à son stade de développement. Ils ont perçu son intérêt vif, son attention concentrée, la ténacité et l'intrépidité sereines avec lesquelles il essayait quelque chose et devenait, sous leurs yeux, de plus en plus expérimenté dans ce qu'il entreprenait.

Cette attitude d'observation a quelquefois influencé la fratrie aussi : Nicolas (huit ans), frère de Gabrielle (sept mois) m'a raconté lors de plusieurs visites quelles sortes d'activités il a vu sa petite sœur faire.

Mon but était d'apprendre aux parents à avoir confiance dans la capacité de développement de leur enfant et à respecter son rythme individuel de développement. S'il bénéficiait d'un bon climat de sécurité affective, il portait en lui un dynamisme tel qu'il pouvait faire par lui-même toutes ses premières grandes acquisitions : changer sa posture, s'asseoir, se mettre debout, se déplacer, manipuler ses jouets de façon variée, etc., sans que l'adulte eût besoin d'intervenir pour le lui montrer. Il cherchait par lui-même à développer ses capacités et si on lui en donnait la possibilité, il acquérait de cette façon une grande aisance et une autonomie basées sur sa confiance en lui.

Par le sentiment de sécurité je veux dire la sécurité que procure en général une relation intime et continue, affectueuse et chaleureuse qui attache le bébé aux personnes les plus importantes de son milieu, et parmi celles-ci, principalement sa mère. Néanmoins, le sentiment de sécurité naît aussi de l'expérience d'une aide immédiate lorsqu'il en a besoin. C'est-à-dire que, lorsque l'enfant « fait savoir » qu'il est en difficulté, lorsqu'il le signale d'une façon quelconque, l'adulte, même s'il se trouve hors de son champ visuel, est là, il apparaît ou, du moins, signale qu'il s'en est rendu compte. Si bien que pour l'enfant, jouer seul ne signifie pas être abandonné, mais avoir la possibilité de profiter de longs moments de sérénité et de jeu paisible sans l'intervention de l'adulte.

Il n'était pas toujours facile de faire accepter aux parents que l'indicateur le plus important de la qualité du développement n'était pas la précocité des acquisitions. Ce qui les a convaincus, c'était de constater d'eux-mêmes, par exemple sur le plan moteur, l'état de détente de leur bébé, son aisance, l'harmonie et l'économie de ses mouvements, l'excellente élaboration de sa coordination.

Mme S., l'une des mères les plus compréhensives, m'interroge : que dire de son fils Gabor à ses collègues quand elles se vantent de la précocité des acquisitions motrices de leur bébé, afin que son fils ne soit pas considéré comme un retardé — alors qu'à neuf mois, certes, il rampe habilement à plat ventre mais ne s'assied pas

encore. Ma réponse, en tournant la chose un peu en plaisanterie (« dites leur qu'il s'assied ») ne la satisfait pas et elle répond : « Ne pensez-vous pas qu'il vaudrait mieux leur parler de l'attention concentrée avec laquelle il manipule ses jouets, en les comparant les uns aux autres, en recommençant maintes fois la même expérience, en observant les effets de ses propres gestes ? »

Constatant l'efficacité de l'enfant dans ce qu'il entreprend lors de son activité libre et autonome donne aux yeux des parents sa pleine valeur à cette activité spontanée autonome, transforme radicalement leur regard sur l'enfant, et modifie leur vision de leur propre rôle de parents. Ils ne pensent plus que pour se considérer comme bons parents, ils doivent être toujours dans la proximité immédiate de l'enfant et qu'il leur faut s'occuper sans cesse de lui, le stimuler, l'enseigner. Bien que les moments passés ensemble soient précieux pour l'enfant et à la source de son goût d'activité, les temps d'activité libre et autonome ne le sont pas moins.

Sans cette compréhension et conviction, la mère considérerait l'activité autonome de l'enfant comme étant de moindre importance, un simple substitut à défaut de contact, « faute de mieux ». Elle communiquerait alors involontairement au bébé son sentiment de culpabilité de ne pas rester avec lui à cause de ses autres obligations et, au lieu du plaisir de l'activité, il ne resterait à l'enfant que le malaise, le sentiment d'abandon et de frustration. De même, si la mère intervenait de façon superflue dans l'activité de l'enfant, elle le priverait de la joie de faire par lui-même et, en même temps, elle l'inciterait à goûter une dépendance à laquelle il ne renoncerait pas facilement. Les quelques moments de jeux suscités par l'adulte déclencheraient des attentes qui, ne pouvant pas toujours être satisfaites, deviendraient alors facilement source de découragement et de frustration. Par contre l'enfant, absorbé par l'expérimentation de ses propres capacités corporelles et manuelles et par l'exploration des objets mis à sa portée, n'exige pas la proche présence permanente, la participation, la distraction ou l'aide continuelle

des adultes puisque, même sans eux, il se sent intéressé et non pas impuissant.

La mère, dans ces circonstances, peut consacrer du temps à ses autres obligations, ses affaires et intérêts personnels sans éprouver de culpabilité. Elle ne se sent pas l'esclave assujettie de son enfant et ne considère pas l'enfant comme son jouet mais respecte son espace personnel (en gardant aussi le sien), en trouvant plaisir à contempler son activité, sa concentration d'attention et ses progrès.

De ce fait, les moments de soins deviennent pour elle plus précieux aussi. Au lieu d'être pressée au cours du bain, de l'habillage, ces temps de soins deviennent des moments gais, pleins d'événements, de communication et d'interactions joyeuses qui peuvent combler et satisfaire tous les partenaires, même si la « participation » du bébé ralentit les opérations. Tout cela aide aussi à l'équilibre de leur relation.

Les enfants que j'ai suivis, en général, se sont bien développés. Quand il y avait quand même quelque chose dans leur comportement ou dans leur développement qui m'inquiétait, je ne le partageais pas aussitôt avec les parents. C'était à moi que revenait la responsabilité de trouver le chemin pour traiter le problème et je me suis abstenue de me « décharger » sur les épaules des parents, au risque de leur faire perdre leur confiance en l'enfant ou en eux-mêmes. Bien sûr, si venait le moment où les décisions importantes devaient être prises, elles étaient proposées et discutées avec les parents.

Bien entendu, quelquefois ces enfants ont été malades. Heureusement, je n'ai connu que rarement de graves pathologies. Huit d'entre eux ont été hospitalisés au cours de leurs huit premières années : un (à quatre ans) pour l'opération d'une malformation cardiaque, trois (entre deux et cinq ans) pour de petites interventions chirurgicales, un (à dix-huit mois) en raison d'une grave pneumonie, un (à neuf mois) en raison d'une pleurésie, un (à dix-huit mois) en raison d'une invagination intestinale, un (à dix mois) en raison d'une infection intestinale hyperaiguë et un (à trois ans) en raison d'une éthmoïdite.