

*Séparation précoce :
rapt, échec ou soin ?*

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violentés, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carentés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?

Sous la direction
d'Alain Debourg

Mille et un bébés

DRAMES ET ALÉAS DE LA VIE DES BÉBÉS

éditions
érites

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2942-3
Première édition © Éditions érès 2003
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

Introduction <i>Micheline Blazy</i>	7
Indispensables séparations <i>Alain Debourg</i>	15
Le lien : approches théoriques <i>Pierre Lévy-Soussan</i>	27
Éloigner ? Séparer ? Placer ? <i>Caroline Mignot</i>	39
Une proximité dangereuse pour le bébé <i>Régine Prat</i>	47
Séparation et pathologie maternelle <i>Nine Glangeaud-Freudenthal</i>	67
Parents en quête d'une place <i>Isabelle Delens-Ravier</i>	75
La souffrance des professionnels confrontés aux séparations précoces parents-nourrisson <i>Martine Lamour</i>	101

Séparation précoce : le rôle de l'ASE <i>Martine Miret</i>	127
« Enfant présent » : une aide à la parentalité <i>Christine Auguin</i>	137
Place du judiciaire : le juge et le nouveau-né <i>Laurence Bellon</i>	149
Maintien des liens parents-enfants à distance <i>Janine Oxley</i>	169
Bibliographie	179

Micheline Blazy

Introduction

Si on se réfère à la définition du hasard proposée par Antoine-Augustin Cournot au XIX^e siècle – le hasard s’explique par la rencontre d’au moins deux séries causales indépendantes l’une de l’autre –, on peut dire que mon arrivée il y a douze ans, avec ma formation de gynécologue obstétricienne, à la direction de ce service si particulier de soins en périnatalité, relève du hasard. En revanche, le fait que j’y travaille depuis tout ce temps n’est certainement pas le fruit du hasard, mais il s’agit là d’une autre histoire.

De même, ces bébés – une centaine par an – de 0 à 3 mois que nous accueillons avec leurs mères naissent des rencontres on ne peut plus hasardeuses entre un ovule et un spermatozoïde. Je me suis souvent posé la question de savoir quelle aurait été l’histoire si telle rencontre avait concerné un ovule voisin ou un autre spermatozoïde, ou bien si ce bébé-là était tombé dans un autre berceau. Mais l’arrivée de ces dyades mère-bébé dans notre service n’est pas fortuite ; elles nous sont

Micheline Blazy, chef du Service de soins en périnatalité, hôpital du Vésinet.

adressées spécifiquement du fait de la pathologie de l'enfant, de la mère le plus souvent, beaucoup plus rarement du père. Cette pathologie, variée, est toujours grave, et sa prise en charge spécialisée en pré- puis en post-partum conditionne le pronostic de la relation mère-enfant :

- hypotrophie et/ou prématurité sévère ou malformation du bébé ;
- pathologie somatique chronique (insuffisance cardiaque, maladie de système, sclérose en plaques...), toxicomanie, psychose, sida, handicap mental ou physique chez la mère ;
- carences affectives, éducatives, passé ponctué de ruptures, de rejets, de deuils non élaborés, de sévices sexuels, de maltraitements physique et psychologique ayant fait de ces parents des adultes fragiles et immatures, ne supportant pas la frustration.

Notre travail consiste à soigner la mère, à la soutenir dans son accès à la parentalité, à étayer les soins au bébé pour qu'ils soient donnés avec la continuité nécessaire à son développement psychique, à soigner le lien mère-enfant, à lui donner le temps de se tricoter jour après jour. Mais nous devons aussi évaluer cette relation, les interactions de la dyade. Si le risque de négligence grave, voire de maltraitance est trop grand – et on verra que beaucoup de questions sont contenues dans ce « trop grand » –, il faudra « travailler le placement », ce qui survient dans une dizaine de cas par an, disons une fois par mois. Ce chiffre peut paraître faible au regard des situations très lourdes que nous accueillons, il est en même temps important, car il ne s'agit là que de séparations très précoces : décidées avant les 3 mois du bébé, effectives avant ses 4-5 mois. Important aussi par le travail que ce placement implique et la répercussion qu'il a sur chaque intervenant, et donc sur l'équipe

dans son entier, du fait de la souffrance réelle ou supposée (projetée) de la mère, des parents, du bébé ; cette souffrance résonnant dans l'histoire particulière de chacun induit surtout un sentiment d'échec.

L'histoire de notre institution, bien que riche d'une grande expérience de placements précoces, survenus dans des situations cliniques très différentes, est régulièrement bousculée par les remises en question profondes qu'implique la séparation d'une mère et de son très jeune bébé.

Le sujet est donc régulièrement traité en réunion institutionnelle. Voici quelques questionnements recueillis dernièrement auprès de l'équipe :

– *Si le placement doit être très précoce, l'effectuer dès la naissance n'est-il pas moins douloureux pour le bébé, pour la mère ? Y a-t-il des indicateurs de placement à la naissance ?*

La première fois que nous avons posé une indication de placement à la naissance, nous nous sommes référés à l'avis de Caroline Eliacheff et de l'équipe de René Berouti (La Pomme). Il s'agissait d'une patiente enceinte de son troisième enfant. Pour le premier, elle avait été hospitalisée dans notre service qui avait effectué un placement au bout de trois mois. Ce premier enfant avait rapidement développé un autisme pendant son séjour en pouponnière. Pour le deuxième enfant, la jeune femme a été suivie en anténatal puis avec le bébé par une thérapeute renommée qui a vu, désarmée, ce deuxième bébé devenir autiste au fil de séances. Le travail de la relation dans la distance, cette fois dès la naissance, semblait ainsi une indication pour le troisième enfant.

Nous pensons également au placement à la naissance, avec l'accord des équipes de maternité et de secteur, dans les cas où les malades sont délirantes, déniennent leur pathologie, refusent leur traitement, n'ont pas conscience de l'enfant qui se développe dans leur corps ou bien ont, vis-à-vis de lui, des affects hostiles pouvant le mettre en danger à la naissance.

Mais cette question me met mal à l'aise car elle implique de nombreux contre-exemples : je veux parler de nos surprises en postnatal devant des aptitudes maternelles ou la création d'un lien mère-enfant inimaginables en prénatal. L'histoire de Mathilde en est une bonne illustration. Le même lien aurait-il pu être tissé avec un placement dès la maternité ?

Mathilde, 24 ans, nous est adressée, enceinte de son premier enfant, pour fragilité psychologique et évaluation de la relation mère-bébé. En fait, elle est psychotique depuis des années mais n'a jamais été suivie. Élevée par une mère seule, elle a deux frères, un handicapé moteur et un trisomique.

La relation avec le père de l'enfant, beaucoup plus âgé qu'elle, a commencé, alors qu'elle était adolescente, par un viol. Une IVG dont elle était très culpabilisée a en outre marqué le début de leur histoire. Cette grossesse n'est pas désirée, issue également d'une relation forcée, mais Mathilde se refuse à faire adopter le futur enfant. Elle reste comme prostrée, ne parlant pas, sortant peu de son lit. Elle ne ressent pas les mouvements actifs de son bébé et voit son ventre grossir d'un œil indifférent, parlant à son sujet d'un « sac à patates ».

Elle accouche à terme d'une petite Karine ; en postnatal, celle-ci reste en nurserie vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Mathilde ne manifeste aucun affect, reste prostrée dans sa chambre, puis « passe » en nurserie voir sa fille, de loin. Le

corps à corps lors des biberons qu'on lui propose de donner est difficile pour Mathilde comme pour le bébé, les plongeant toutes les deux dans une grande détresse.

Karine manifeste un grand besoin de contact physique avec sa référente. Elle ne joue pas spontanément avec son corps, ne se réveille que pour manger, tête sa langue, manque en quelque sorte de vie personnelle, alterne hyper et hypotonie corporelle.

Le placement est décidé au bout d'un mois. Au fil de la prise en charge intensive de Karine et de Mathilde, individuellement et ensemble, les signes s'amendent, Karine s'éveille, sourit, Mathilde passe tous les jours de longs moments avec elle et la référente. Elle parle avec sa fille, se préoccupe de son bien être, même si le corps à corps, le portage sont toujours difficiles.

Karine part en placement familial spécialisé vers l'âge de 3 mois. Mathilde pourra lui rendre visite régulièrement et durablement.

– *Comment diminuer la culpabilité du personnel, sa peur de faire des observations pouvant conduire à une séparation ?*

Je pense à une mère toxicomane qui avait séduit l'équipe à tel point que celle-ci souhaitait ardemment que la jeune femme « y arrive avec son bébé », plus encore que l'intéressée elle-même. Il a fallu plusieurs reprises de toxiques, à chaque fois plus importantes, jusqu'à une tentative de suicide avec coma par overdose, pour que nous comprenions enfin que ses difficultés avec le bébé étaient trop grandes, qu'une séparation était nécessaire.

- Pourquoi faut-il faire intervenir un juge même lorsque les parents sont consentants au placement ?
- Comment éviter le sentiment de trahison que nous éprouvons parfois vis-à-vis des parents que nous amenons petit à petit à confier leur bébé à l'ASE (Aide sociale à l'enfance), dans un lien de confiance, quand l'ASE fait un signalement judiciaire qui affole les parents, ou lorsque nous avons l'impression que ce bébé est « rapté » par les services sociaux ?

Je pense à un couple de parents très carencés qui vivaient une relation fusionnelle, exclusive et perverse où un bébé n'avait aucune place, encore moins les jumeaux qui leur étaient nés.

Ils ont très vite été d'accord pour confier leurs enfants afin de pouvoir continuer leur vie de couple, à condition de les voir très souvent. Or, le règlement de la pouponnière leur a imposé dès le départ, malgré l'avis du juge, d'ailleurs, une visite d'une heure tous les quinze jours (une éternité pour ces bébés et ces parents après la vie quotidienne commune dans le service). La sortie de cette famille dans de telles conditions avait été traumatisante pour l'équipe, amenant ces questions :

- À qui et comment transmettre le relais de ce lien tissé entre parents et enfants, mais aussi entre parents et institution, pour que le travail d'évaluation et de soins préventifs reste du « sur mesure » et non du « prêt à porter » ?
- Comment travailler le placement pour que séparation n'égale pas rupture du lien, donc échec, mais au contraire soin de cette relation dans la distance ?

Pour que les parents et l'enfant puissent se rencontrer sans se désorganiser les uns les autres sur le plan psychique, le placement doit en effet être thérapeutique.

– *Comment éviter que la décision de séparation soit un abus de pouvoir ?*

C'est un risque que nous devons avoir constamment à l'esprit. Il me semble que nous faisons un travail d'équilibriste entre l'excès de tolérance, la tentation de banaliser des difficultés que nous rencontrons quotidiennement et une exigence normative parentale dont l'étalon-mesure serait notre propre expérience de parents, ou pire, l'idéal que nous avons de la parentalité.

Cet équilibre précaire est à redéfinir constamment au cours de l'évolution de chaque situation. Nous tentons de le trouver grâce à :

- la pluridisciplinarité de l'équipe ;
- la triangulation par un tiers : ASE ou juge pour enfant le plus souvent ;
- l'observation directe du nouveau-né selon la méthode Lóczy et en s'aidant de la vidéo. C'est en effet parfois le bébé qui, à sa manière, nous dit sa souffrance.

Le petit Guillaume en est un exemple caricatural ; il avait, certes, une mère inadéquate et en grande difficulté. À quelques semaines de vie, il était recouvert d'un eczéma géant, petit être hurlant fait de croûtes et de sang que nous n'arrivions pas à soulager. La peau de ce bébé est redevenue spectaculairement normale quarante-huit heures après son arrivée en pouponnière.

– *Comment faire la part de la réalité des interactions mère-bébé et des jeux d'identification des soignants qui bousculent la mère et son enfant ?*

Quand l'intérêt de la mère et celui de l'enfant divergent, il y a conflit entre les soignants qui « prennent le parti » de la mère, et ceux qui défendent le bébé. Ce conflit doit prendre place en réunion de synthèse au rez-de-chaussée pour qu'il ne gêne pas le travail auprès de la dyade, à l'étage. Je ressens alors, de ma position, un flottement interne de l'équipe, où s'entre-croisent, parfois violemment, les projections des uns et des autres. On est partagé entre l'envie, humaine, de se débarrasser de la situation en passant à l'acte et celle de vérifier sans cesse que l'on n'a pas oublié un fil, si tenu soit-il, qui, si l'on tirait doucement dessus, nous permettrait de dégager une solution.

Parfois, l'évaluation n'est pas mûre, il faut surseoir. Continuer à observer le bébé, les interactions, accompagner la mère, étayer la relation, soutenir le bébé quand il est « lâché » par sa mère. Attendre quinze jours la prochaine réunion. Alors, si chacun fait l'effort d'écouter l'autre en faisant taire ses propres projections, si nous pouvons, péniblement, surmonter notre conflit – c'est aussi douloureux qu'un accouchement –, une voie de travail, de soins, semble s'ouvrir, une décision se dégage, le groupe de soignants, se solidifiant autour de la dyade, devient contenant, rassurant, thérapeutique. C'est à ce prix que tous ensemble nous pouvons ménager l'intérêt de la mère et celui du bébé et permettre que le lien qu'ils ont tissé perdure malgré la séparation, sans rapt ni échec.

Ce sont là les quelques questions souvent sans réponse que notre équipe se pose dans son travail quotidien et que nous avons voulu partager dans ce livre avec d'autres professionnels d'horizons différents.

Alain Debourg

Indispensables séparations

Voyage vers l'origine

« Allez, on s'arrache... »
Un ado.

« La mère vient sortir le fils de l'hôpital, comme convenu, puisqu'ils en ont le droit une fois par quinzaine depuis plusieurs années. Ils se soumettent à cette règle incompréhensible. Une de plus, une de mieux, parmi tant d'autres édictées et imposées pour essayer de les maintenir à distance l'un de l'autre, matériellement tout au moins. [...] »

« Lundi matin, l'heure est parfaitement respectée. Pas une minute de retard, ni d'avance. La mère pousse devant elle le fils [...]. Elle sort ensuite, d'une poche de son sac, une petite boîte en carton dont l'intérieur est partagé en trois casiers de taille égale. [...] S'y trouvent rangés, par catégorie et en ordre de taille décroissant, les mégots d'un côté, les brindilles de l'autre, les cailloux au centre. Ceux que son fils ramasse dans le parc de l'hôpital et qu'il avale dès qu'on lui en laisse le loisir. Ceux que la mère cherche et recueille lors de

Alain Debourg, praticien hospitalier, Service de soins en périnatalité, hôpital du Vésinet.

l'examen minutieux auquel les selles du fils sont soumises dès qu'ils se trouvent seuls. [...]

Liens de parenté les plus étroits puisqu'ils scellent la mère à son enfant âgé maintenant de plus de 50 ans. Mais comment comptaient-ils le temps ? Comment parviendraient-ils à être deux, ou plutôt comment sont-ils une et un, chacun ? » (Cachard, 1995).

Scène courante de l'hôpital psychiatrique saisie par une psychiatre psychanalyste, C. Cachard. Assourdisant de silence, dialogue muet où deux corps, deux êtres restent étrangement inséparés et laissent l'autre, l'observateur, mal à l'aise devant la contradiction de ce qui lui est donné à voir, de « banal », de « normal », et de ce qu'il sent confusément d'incongru, d'obscène dans ce tableau. Sorti de son anonymat, il pourrait faire partie d'un film de Pialat ou de Visconti.

C'est qu'en dehors d'éventuels facteurs constitutifs, des liens tyranniques sont restés actifs, attirant les protagonistes dans une cohabitation psychique où ils se délitent, se détruisent en une lenteur renouvelée, autant à leur su qu'à leur insu.

De la psychose à la phobie...

D'autres psychanalystes (Diamantis, 2003) attirent notre attention sur ces troubles de l'âge adulte ou du grand enfant, moins profonds mais préoccupants. Ainsi nos phobies – des araignées, des serpents, de prendre l'avion, voire... d'écrire un article ! – ne sont pas à décrypter grâce à un « dictionnaire des phobies », introuvable sauf dans les bibliothèques de gare, mais s'enracinent dans les étapes très précoces de notre développement psychique.

Certaines de ces étapes ne seront jamais vraiment franchies, au point de laisser des plages immatures dans notre développement de petit d'homme. I. Diamantis, dans un ouvrage très récent, nous guide dans le monde de la phobie : « On ne se sent pas menacé parce que la nuit noire terrifie, mais c'est parce que l'identité du sujet est menacée que la nuit noire devient terrifiante ; [...] la phobie est la marque de l'inachèvement d'un processus de symbolisation. À la différence de ce qui rend possible la séparation avec la mère, la phobie maintient que l'on peut toujours y retourner. » (*Ibid.*)

La phobie devient alors une maladie de la séparation et la pensée ne parvient pas à se libérer d'une relation fusionnelle, elle ne connaît qu'une affirmation du type : « Chaque fois que je prends l'avion, c'est celui-là qui va tomber. » (*Ibid.*)

Même s'ils ont une valeur similaire chez le grand enfant, I. Diamantis relie ces symptômes très « adultes » aux premiers mois de la vie. Si la phobie ne peut qu'*affirmer* c'est que « le nouveau-né [...], au travers des soins que lui procure sa mère, [reçoit] des objets anonymes non identifiés, encore énigmatiques, tels que lait, soins, caresses, sourires [...], qui sont autant de messages vécus d'abord comme une suite sans sens. Ainsi l'état phobique renvoie à ce système primaire [...]. À l'enfant qui ne parle pas encore, ce que donne la mère est d'abord reçu sans qu'il puisse y mettre du sens [...], il ne peut ni objecter ni séparer. » (*Ibid.*)

Les phobies de l'enfance

Cependant, les phobies de la toute petite enfance ont un autre sens, même si leurs mécanismes présentent des signes de

parenté avec celles de l'adulte. L'observation nous montre bien que, dans l'immense majorité des cas, elles sont transitoires. Étapes du développement du nourrisson parallèles à la constitution de la continuité objectale : bébé luttant contre le sommeil, puis, plus tard, peur du noir avec nécessité contraphobique de la présence d'un des deux parents pour s'endormir ; puis peur que le loup ou le voleur pénètrent dans la chambre. Ce qui, au fond, revient à *remplir le noir*.

Individualisation, symbolisation, séparation

Ce chemin qui remonte le temps, le temps du développement du bébé, nous conduit doucement au tout début. Là où nos séparations précoces posent question.

C'est que nous venons tous d'une même situation initiale, celle d'une mère en relation avec son nouveau-né. Une mère très souvent identifiée dans les premiers mois à son enfant (les trois premiers), qui s'adapte si intensément à ses besoins, qu'on a parlé, pour décrire ce moment, de « symbiose ».

Il est plus intéressant de suivre D.W. Winnicott (1969) dans sa vision de cette période particulière qu'il nomme, lui, « *préoccupation maternelle primaire* ». Cet état qui se développe pendant la grossesse et particulièrement à la fin de celle-ci, dure plusieurs semaines après l'accouchement (accessoirement, il échappe plus tard au souvenir de ces mères).

Winnicott va en faire un état organisé comparable à un état de « repli », de « dissociation », à une « fugue »... Si ce n'était la grossesse, il le comparerait à une maladie, ajoutant : « Je ne pense pas qu'il soit possible de comprendre l'attitude de

la mère au tout début de la vie du nourrisson si l'on n'admet pas qu'il faut qu'elle soit capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité, presque une maladie, et de *s'en remettre*¹ ensuite. (C'est à dessein que j'emploie le mot "maladie" parce que cette femme doit être en bonne santé, à la fois pour atteindre cet état et pour s'en guérir quand l'enfant l'en délivre [...].) »

Ainsi le bébé n'est-il pas séparé de sa mère, il ne se sait pas autre que sa mère, il est en pleine illusion.

« Au début, la mère, par une adaptation presque de 100 %, permet au bébé d'avoir l'illusion que son sein est une partie de lui, enfant. Le sein est, pour ainsi dire, sous le contrôle magique du bébé [et] la tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut espérer réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner des possibilités suffisantes d'illusion » (Winnicott, 1975).

Il ne faudrait bien sûr pas prendre le mot « illusion » dans son acception courante et péjorative mais bien considérer celle-ci comme une étape nécessaire au nouveau-né, après le traumatisme de la naissance, pour bâtir ses relations au monde réel.

Le stade du miroir

Progressivement, si tout se passe bien, avec le développement du bébé, la mère devient moins adaptée tandis que le nourrisson élabore des stratégies à la fois pour se différencier et s'octroyer un agencement intérieur, acceptable et compatible avec le monde extérieur.

1. Souligné par nous.

Dès lors se mettent en place des processus de séparation-individuation que de nombreux auteurs ont tenté de décrire dans des théories qui ne s'excluent pas mais qui ne sont pas pour autant faciles à raccorder les unes aux autres. Parmi eux, J. Lacan insiste sur le *stade du miroir*, sorte d'identification primordiale où, entre 6 et 30 mois, le nourrisson évolue devant l'image que lui renvoie le miroir : il cherche à l'attraper dans une confusion entre lui et l'autre, puis prend progressivement la mesure que *l'autre du miroir* n'est pas un être réel et, dans un troisième temps, que son corps n'est pas morcelé. Cette phase symbolise l'ébauche de la formation du « Je ».

Les organisateurs de Spitz

Pour R.A. Spitz, le développement psychique du nourrisson est marqué par trois étapes qu'il nomme « organisateurs ». Trois marches à gravir pour prendre de la hauteur, pour grandir.

Le premier organisateur, au 2^e-3^e mois, est le sourire en réponse à l'apparition du visage de l'adulte. Il est la première indication du passage du nourrisson de la passivité complète à un commencement de comportement actif qui prendra, dès lors, un rôle de plus en plus important. Notre nourrisson montre une préférence pour le visage humain (présenté dans certaines conditions) par rapport aux autres « choses » de son entourage. Cette première période fera bientôt place (6-8 mois) au deuxième organisateur marqué par « *l'angoisse du 8^e mois* ». Cette fois, plus question d'obtenir un sourire lorsqu'on s'approche en hochant la tête. Le nourrisson est maintenant en mesure de faire clairement la différence entre ami et