

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du
G.I.P.E.S. d'Avignon et du
Pays de Vaucluse

*L'attachement au cœur du développement
de l'enfant...*



U.E. 5.06 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques
et professionnelles

Rendu le : 21 mai 2024

Directrice de mémoire : Mme GEVAUDAN Annie

Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Annie Gévaudan, qui s'est montrée très présente et patiente durant mes deux dernières années d'études. Aussi bien vis-à-vis de mes périodes de doutes et de découragements que vis-à-vis de mes nombreux questionnements sur mon travail. Elle a été d'un soutien sans faille et primordial pour mener cet écrit à bien. Elle est, pour moi, un modèle de professionnalisme que je n'ose imaginer atteindre : encadrante et joyeuse, auprès de qui on ne craint pas aller, elle pétille et c'est contagieux.

Je voudrais remercier ma famille, et quelle famille ! Mon mari, Fabien et mes enfants Nolan et Lilou, cette aventure nous l'avons vécue ensemble, ça n'a pas été tous les jours facile. Entre mes moments de stress intenses et récurrents (tous les 6 mois, ça n'est pas très bon pour le cœur), mes angoisses et mes nombreuses heures à leur expliquer mes cours, ils ont su être là pour me supporter et me remotiver. Mes enfants chéris vous avez tellement grandi en si peu de temps pour me permettre cette reconversion ! Merci mon prince d'avoir été leur tuteur pendant mes longues absences de révisions et de travail. Ils ont été là aussi pour partager avec moi mes moments de joie intense, car oui ces trois ans m'en ont également beaucoup apportée. Merci à Magali ma sœur et ma marraine de reconversion qui a dû faire face à mes audios tantôt euphoriques tantôt revendicatifs et qui a su nous épauler pour les enfants au besoin, Valérie ma sœur qui a cru en moi, et bien sûr mes parents Danielle et Jean-Louis qui ont été d'un grand soutien émotionnel et pas seulement. Je n'oublie pas mon beau-frère Guillaume et mes neveux et nièces d'amour Lola, Jules, Romane, Clélia et Ugo sur qui j'ai pu observer des signes cliniques et émettre des hypothèses de diagnostic.

Merci à mon amie Emmanuelle, nous avons vécu nos formations en même temps, et vivement notre restaurant pour en fêter la fin !!!

Je remercie également les formateurs de l'IFSI qui, pour certains, savent avoir le petit mot qu'il faut pour redonner confiance. Je ferai de sorte d'être une soignante qui prend soin des étudiants en stage soyez-en sûrs, mais aussi qui n'oublie jamais l'importance des soins relationnels (certains se reconnaîtront). Et enfin merci à la promo, que j'ai certes appris à découvrir sur le tard à cause de ma grande timidité, mais qui a été une agréable surprise ; ainsi que ma binôme d'IFSI, nous avons de nombreux fous rires, et plusieurs pleurs à nos actifs.

*« A côté des troubles réactionnels récents, dus à des évènements scolaires ou familiaux,
il y a de véritables névroses infantiles et des psychoses qui ont commencé par des troubles
qui auraient été réversibles
si les parents et les enfants avaient été aidés
à comprendre sans angoisse ni culpabilité de part et d'autre. » (DOLTO, 1977, p. 8)*

Sommaire

1. Introduction	1
2. Situations d'appel.....	2
2.1. Situation d'appel 1 : Sheldon.....	2
2.2. Situation d'appel 2 : Ginny	5
2.3. Situation d'appel 3 : Marc.....	7
3. Questionnement	10
4. Cadre de référence.....	12
4.1. L'enfant et son développement.....	12
4.1.1. Développement psycho-affectif de l'enfant.....	12
4.1.2. Théorie de l'attachement.....	16
4.1.3. Le soignant suffisamment bon	20
4.2. L'enfant et sa famille	23
4.2.1. Devenir une famille.....	23
4.2.2. Défaillance de la famille	26
4.3. La prise en charge de la famille.....	29
4.3.1. L'alliance thérapeutique	30
4.3.2. Accompagnement de la famille	33
4.3.3. Le prendre soin.....	35
5. Enquête exploratoire	38
5.1. Méthodologie	38
5.2. Réalisation des enquêtes.....	40
5.3. Présentation des entretiens	41
6. Analyse	43
6.1. L'enfant et son développement.....	43
6.2. L'enfant et sa famille	51
6.3. Le prendre soin	59

6.4.	Autres notions	66
7.	<i>Problématique</i>	69
8.	<i>Conclusion</i>	71
9.	<i>Bibliographie</i>	73
10.	<i>Sommaire des annexes</i>	76
11.	<i>Annexe I : Questionnaire vierge</i>	I
12.	<i>Annexe II : Réponses établissements</i>	II
12.1.	Service de pédopsychiatrie.....	II
12.2.	Service de pédiatrie	II
12.3.	Pouponnière	II
13.	<i>Annexe III : Entretiens</i>	III
13.1.	En néonatalité : Janice	III
13.2.	Au CMPEA : Carol.....	XX
13.3.	A l'UPB : Rachel	XXX
13.4.	A l'UPB : Monica	XLVI
13.5.	A l'UPB : Phoebe.....	LX
14.	<i>Annexe IV : Autorisation de diffusion</i>	LXXV

1. Introduction

« *Pour bien se détacher, l'enfant doit pouvoir bien s'attacher* » (Golse, 2014). Les propos de Bernard Golse, pédopsychiatre français, introduisent parfaitement le travail qui va être présenté. Les enjeux durant la toute petite enfance peuvent paraître dérisoires et sont pourtant si décisifs pour le développement de ce futur adulte. Tous les mots de cette citation ont une importance et nous le verrons au fur et à mesure.

Le mémoire de fin d'étude est un travail de longue haleine, qui demande du temps de réflexion mais aussi de préparation et de recherche. C'est un travail qui commence à être pensé dès la première année d'étude et qui aboutit à la fin de notre troisième année. Le but de celui-ci est de réfléchir et ainsi effectuer des recherches sur une problématique. Pour ma part, j'ai déjà réalisé un mémoire de fin d'études concernant mon diplôme de diététicienne. Cependant il n'avait pas le même format et balayait, en plus d'une problématique particulière, mes stages effectués durant mes deux années d'études.

C'est alors avec une certaine appréhension que je me suis lancée dans ce nouveau travail, accompagnée de ma Directrice de mémoire. J'ai choisi un thème qui me tient particulièrement à cœur, la pédopsychiatrie. Le soin technique me plait énormément et cela me manquait beaucoup dans mon métier précédent. Cependant, je reste persuadée que les soins relationnels sont la base de tous les métiers de la santé. Je prends plaisir à me servir des nouvelles connaissances apprises durant mes trois années d'études sur ce sujet. Je pense que les enfants peuvent être plus compliqués à prendre en soins. En effet, il y a une complexité au niveau de la communication. Les enfants ne savent pas toujours exprimer leurs douleurs, leurs difficultés ou incompréhensions. Il y a une part d'interprétation en fonction des données scientifiques établies. Ajouter à cela, la composante parentale, qu'elle soit une aide ou un frein au soin mais aussi à la construction de la relation d'aide. De plus l'être humain que nous devenons se construit en fonction des événements que nous vivons dès notre plus jeune âge. Ce sont toutes ces problématiques, toutes ces notions qui m'ont donnée envie de me pencher sur le sujet de la pédopsychiatrie. Plus particulièrement sur le lien d'attachement qui se crée entre un enfant et sa figure d'attachement. En effet un enfant est en soi obligé de s'attacher pour vivre et nous le verrons dans ce travail.

Je commencerai par une présentation de mes trois situations d'appel qui m'ont interpellée durant mes stages. Celles-ci m'ont permis d'élaborer des questionnements, ce qui en fait ressortir la question de départ de mon travail de fin d'études. Dans le cadre de référence, mes recherches ont porté sur l'enfant et son développement avec les théories d'attachements et la place du soignant, puis l'enfant et sa famille et pour finir le prendre soin dans cette triangulation. Par la suite, nous aborderons l'enquête exploratoire comprenant la méthodologie choisie, les entretiens réalisés dans le cadre de mes recherches, puis nous les analyserons afin d'en ressortir une problématique.

2. Situations d'appel

Le choix de la situation d'appel peut se trouver délicat, en effet durant nos études de nombreuses situations peuvent nous interpeller. Pour ma part le thème global de mon mémoire s'est trouvé être une évidence dès le début des cours de psychopathologies. Pour autant je me suis retrouvée face à trois situations qui peuvent paraître, de prime abord, très différentes mais qui m'interrogent toutes vers un domaine que je vous laisse découvrir.

Afin de respecter l'anonymat et le secret médical, les noms des personnes ont été changés et les lieux passés sous silence.

2.1. Situation d'appel 1 : Sheldon

En troisième année, je suis en stage dans un Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA). Nous sommes en réunion clinique et l'équipe traite de la situation d'un adolescent, Sheldon, âgé de 13 ans qui a certaines difficultés avec les codes sociaux. Ils émettent des axes thérapeutiques pour les prochains entretiens.

De nature curieuse, je demande à l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) référente si je peux lire son dossier et être sur la prise en charge. Je lis les dernières notes papiers et je comprends rapidement que le patient est suivi depuis longtemps. Je prends alors du temps pour lire son dossier informatisé. Effectivement, la maman de Sheldon a été suivie en Unité Parents Bébé (UPB) pendant sa grossesse. Sheldon est fils unique, ses parents sont mariés et ils vivent tous

les trois ensemble. Mis à part le fait que sa maman ait trouvé la grossesse difficile, je n'ai pas beaucoup de données concernant cette période.

A la naissance, Sheldon et ses parents ont immédiatement été pris en soins par l'UPB, et ce jusqu'à ses 18 mois. La maman fait de nombreuses périodes d'hospitalisation pour dépression du post partum. Ce n'est que plus tard que la maman dira être suivie pour psychose. Je peux lire dans les transmissions que Sheldon ne cherche pas sa mère, voire même la repousse quand elle est là. Il a pour figure d'attachement son père. Pour autant au fur et à mesure de la prise en charge à l'UPB, je lis que Sheldon est à la recherche de son soignant référent dès qu'il rentre dans le service.

Je suis tellement intriguée par ce que je lis et par les évolutions de Sheldon, que je n'arrive plus à lever mes yeux de l'écran. Je ne vais pas retranscrire les treize années de vie de Sheldon, car oui il est suivi depuis sa naissance avec seulement quatre ans d'interruption qui vont être cruciales. Mais dans le but de mon mémoire, je vais faire un résumé de ce que j'ai pu lire, en restant la plus factuelle possible afin de ne pas transformer les dires des soignants.

Sheldon est décrit comme un bébé en état d'hypervigilance, ce qui pose problème pour son sommeil. Malgré le trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance, il cherche le regard des soignants et émet des sons. Très vite il est à la recherche de son soignant référent. Il est en évitement concernant sa mère mais reste en relation avec son père. Pendant ses sept premiers mois de vie, il a un développement psychomoteur dans la norme attendue. Petit à petit Sheldon est en capacité de se renfermer jusqu'à ne plus réagir à son prénom, il gazouille moins et prend des risques face à la nouveauté. Au niveau interaction il repousse franchement sa mère. Durant toute cette période, la maman de Sheldon se montre peu investie dans sa relation. De plus il y a plusieurs ruptures du lien dues aux hospitalisations en psychiatrie de la maman.

Par la suite Sheldon et sa famille sont suivis en consultation de manière plus espacée, jusqu'à l'entrée en maternelle. Sheldon est décrit par la maitresse comme un petit garçon montrant peu d'intérêt pour les apprentissages et faisant des bruitages en restant dans son monde. A ce moment-là ils sont accueillis au CMPEA. Lors de cette prise en charge, le papa se montre très présent, c'est lui qui l'accompagne toutes les semaines aux soins. Les soignants relèvent une agitation psychomotrice ainsi qu'une intolérance à la frustration. En discutant avec les IDE du CMPEA, elles m'expliquent que ça peut être la conséquence du trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance. Cependant, malgré l'angoisse de la séparation avec son papa, Sheldon reste en relation avec les soignants. Il est toujours à la recherche de son père tout en

s'intéressant peu à sa mère. Cette période de soins a pour objectifs d'aider Sheldon dans l'expression de ses émotions et de lui apporter une aide dans le processus de séparation. A la demande des parents, il y a un arrêt de la prise en soins fin 2016.

Nous retrouvons Sheldon, à l'âge de onze ans, en avril 2021, orienté par le neurologue qui a posé le diagnostic de Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) avec Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP). Pendant le premier entretien Sheldon est calme et attentif, il fait part du harcèlement qu'il vit à l'école. Les parents, de leur côté, disent réagir par des cris aux bêtises de Sheldon. Les soignants peuvent soulever l'implication de la maman durant cette période de prise en soins, le papa semble plus éteint. Sheldon est, désormais, beaucoup plus proche de sa maman que de son papa. Ce dernier exprime souffrir de ne plus trouver sa place au sein de leur famille, à tel point, que Sheldon dort avec sa maman toutes les nuits.

Depuis 2022, des aides sociales et éducatives ont été mises en place au domicile. En effet le papa est moins porteur de la famille, et malgré les traitements que prend la maman, celle-ci n'est pas constante. La pédopsychiatre du CMPEA révèle un trouble de l'attachement concernant Sheldon.

Actuellement Sheldon est suivi tous les quinze jours. Je rencontre Sheldon en entretien IDE individuel, durant ma troisième semaine de stage. Il est calme, souriant et parle de manière monocorde. Je remarque rapidement qu'il ne peut s'empêcher de regarder toute la pièce. Pour autant, quand on lui parle Sheldon regarde bien son interlocuteur, ce qui ne m'empêche pas d'avoir le sentiment d'une relation superficielle, son regard est vague et il fait le choix de conversations qui ne le mettent pas en porte à faux. De plus, je constate lors de l'entretien qu'il a des difficultés dans la syntaxe des phrases, son vocabulaire est pauvre. Il exprime des événements familiaux avec froideur et nous demande quel sentiment serait le plus adapté à ce moment-là. Je suis assez surprise de cette question, et en même temps elle corrèle parfaitement l'incompréhension des codes sociaux et ma sensation de relation superficielle.

Cette rencontre a fait émerger de nombreuses questions en moi. Certaines précisions m'ont été apportées en discutant avec les IDE. Elles ont effectivement relevé la superficialité des propos de Sheldon, ce qu'il ne faisait pas en 2016. Elles ne savent pas s'il s'agit d'une protection ou si cela est lié à un trouble. Elles ont noté le changement de comportement de Sheldon avant et après 2021. Cependant ce qui m'intrigue le plus est la différence entre l'attachement qu'il a pu investir, durant la prise en soin à l'UPB, et le détachement qu'il montre actuellement.

2.2. Situation d'appel 2 : Ginny

Toujours en stage au CMPEA, nous recevons un appel de l'Equipe de Liaison et de Soins pour Enfants et Adolescents (ELISEA). Une jeune fille, Ginny âgée de 14 ans, est hospitalisée en pédiatrie pour intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) avec 10g de paracétamol. Ginny est connue du CMPEA depuis janvier 2023, le suivi est irrégulier puis interrompu à la demande de Georgia sa maman.

Ginny est la troisième des quatre enfants du couple parentale. Le fils aîné est décédé à l'âge d'un mois et demi d'une infection nosocomiale, d'après Georgia. Ginny a un an de moins que sa grande sœur, et a un petit frère de 8 ans qui est atteint de cholestéatome. Les parents de Ginny sont séparés depuis mai 2023. La garde était alternée jusqu'au mois de juillet, mais depuis Ginny ne veut plus aller chez son papa, elle dit « il ne me comprend pas ».

En août Ginny avait été hospitalisée pour IMV avec 16g de paracétamol. Georgia n'avait pas voulu revenir au CMPEA, en disant qu'elles allaient faire un suivi avec une psychologue libérale. Elles y sont allées deux fois, avant d'interrompre le suivi.

Nous accueillons Georgia et Ginny qui ont refusé l'hospitalisation en psychiatrie, nous les recevons individuellement puis ensemble. Ginny répond aux questions sans trop approfondir, elle a l'air triste et très vite je remarque qu'elle parle d'elle au masculin, puis que Georgia aussi. Ginny ne sort jamais de chez elle, sauf avec sa mère par obligation pour des rendez-vous médicaux. Elle est déscolarisée et n'a plus d'ami ni de loisir extérieur. Georgia dit que Ginny a une phobie scolaire, voire même sociale, cependant aucun diagnostic n'a été posé. Durant l'entretien Ginny a l'air de vouloir justifier son absentéisme par des problèmes somatiques qui n'ont pas été diagnostiqués.

Cet entretien me déstabilise car les propos de Ginny ne sont pas congruents avec son attitude. En effet elle sort de pédiatrie pour IMV, elle ne sourit pas et est renfermée sur elle, mais elle note sa thymie à 3/5 et dit qu'elle va plutôt bien. De plus elle n'arrive pas à expliquer les problématiques qu'elle vit, ni les raisons pour lesquelles elle n'arrive pas à aller au collège. Elle a changé deux fois d'établissements sans qu'il n'y ait d'amélioration durable.

Georgia, quant à elle, semble vouloir tout porter et tout contrôler. Elle répète plusieurs fois qu'elle est la seule à savoir ce qui est bon pour sa fille. Mère et fille sont fusionnelles et n'arrivent pas à se séparer. Pour preuve, Georgia a été inquiète quand nous avons parlé seules à Ginny.

Je parle de tout ça en équipe. Les IDE me confirment la complexité de cette prise en charge ainsi que la justesse de mes ressentis. Puis elles m'expliquent les échecs précédents. Elles n'ont pas pu mener à terme les prises en soins, Georgia et Ginny n'arrivent pas à se séparer, Georgia décide de quels soins le CMPEA doit mettre en place, cela sans faire confiance aux professionnels. Elle annule les rendez-vous de sa fille, tout en demandant des ordonnances pour des traitements instaurés par un autre médecin, et des justificatifs de suivi alors que Ginny ne l'est plus.

Nous avons par la suite un entretien avec le papa qui a une attitude complètement différente. Il nous parle de la transidentité de Ginny qui est la principale raison pour laquelle Ginny ne veut plus aller chez lui, car il s'oppose à cela tant qu'elle n'ira pas mieux psychologiquement. Il exprime qu'il n'arrive pas à s'imposer entre elles et que ça rend difficile de maintenir son rôle parental. Et que leur fille aînée ne souhaite plus la garde alternée car elle ne supporte plus la relation entre Ginny et Georgia, elle souhaite vivre chez son père.

Autant durant l'entretien avec Ginny et Georgia je n'ai pas senti l'alliance thérapeutique, ni la relation de confiance ; alors qu'avec le papa ces deux éléments primordiaux dans la prise en soin sont bien présents.

L'arrivée pour le premier rendez-vous IDE est assez compliquée pour Ginny qui recule plusieurs fois sur le chemin du CMPEA. Georgia a le visage figé par l'angoisse et la peur. Avec l'IDE, nous demandons à Ginny de nous suivre hors des locaux du CMPEA pour aller au parc. Il se passe plutôt bien, elle arrive à nous parler et à répondre à nos questions. De retour au CMPEA nous retrouvons Georgia inquiète nous attendant sur le parking, au lieu d'être dans la salle d'attente du CMPEA.

Je suis une nouvelle fois déconcertée par ce rendez-vous, me demandant si nous devons engager une thérapie pour Ginny ou pour Georgia.

Lors du rendez-vous suivant, elles viennent en larmes, Georgia nous dit qu'elle ne laissera pas Ginny avec nous car elle ne se sent pas bien ici et qu'elles souhaitent l'hospitalisation en psychiatrie. Alors que cette proposition avait été rejetée une semaine auparavant. Nous discutons une heure, tandis que l'IDE explique les soins à Georgia, de mon côté, je reste auprès de Ginny. Je constate alors que Ginny se détend, j'arrive à la faire sourire puis lorsqu'elle entend Georgia arriver elle quitte mon contact visuel en se renfermant sur elle et sa mère. Nous ne pouvons plus travailler auprès de Ginny. Cette prise en charge me laisse un goût amer de

frustration et de non accomplissement. Nous n'avons pas eu la possibilité d'essayer de réaliser le projet prévu.

2.3. Situation d'appel 3 : Marc

Je suis en stage en début de deuxième année dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Cet établissement accueille des patients ayant pour la grande majorité une sclérose en plaque, mais plus généralement une maladie neurologique. Cet établissement possède quarante-quatre chambres seules, soit quarante-quatre résidents et quatre patients qui viennent en accueil de jour. Les résidents du FAM se voient donc tous les jours et des affinités se créent. Il y a quatre infirmières et douze aides-soignantes pour les soins de tous les résidents. L'équipe paramédicale est stable depuis plusieurs années, certaines confidences patients-soignants sont réalisées. La plupart des patients sont appelés par leur prénom, avec leur consentement, tout comme l'équipe soignante, afin de créer plus de proximité.

Je fais la connaissance de Marc âgé de 51 ans atteint d'une sclérose en plaque avec ataxie cérébelleuse, il s'agit d'une perte de coordination des mouvements. Il réside au FAM depuis deux ans, mais il y venait en accueil de jour depuis 2018. Ce monsieur ne marche plus et se déplace en fauteuil roulant, il a besoin d'aide à la toilette et à la prise des repas par moment. Marc semble, de prime abord assez froid, mais lorsque nous nous adressons uniquement à lui en petit comité, il parle avec plaisir notamment si nous nous intéressons à ses passions. Il est souvent assez solitaire, et fait les activités impliquant peu de résidents. En tant qu'infirmière, nous voyons ce patient uniquement le midi pour lui remettre un traitement et s'assurer qu'il n'y ait pas de problématique. C'est pourquoi, afin de mieux le connaître, je demande un peu plus de renseignements à l'infirmière le concernant, elle me dit qu'il est assez réservé et qu'elle ne sait pas grand-chose sur sa vie passée. Comme je le dis précédemment, nous voyons peu Marc car il n'a pas de soin particulier, ni de problématique ou de douleur.

Je lis sur son dossier que Marc est marié, son épouse est professeure de Français en lycée. Lui, était également professeur de Français en lycée avec option cinéma mais aussi Maître de Conférence en Arts en Faculté à Boulogne. Plus tard il me dira qu'il est passionné par son métier et regrette de ne plus pouvoir l'exercer. En effet, c'est en 1998 que la sclérose en plaque de Marc lui a été diagnostiquée, soit à l'âge de 27 ans. C'est une des raisons pour laquelle ils n'ont

pas eu d'enfants. En 2014, lorsqu'il a été contraint d'arrêter son travail, lui et son épouse sont descendus vivre à Avignon.

Lors de ma troisième semaine de stage, je vais en sortie au zoo de la Barben avec quatre résidents dont Marc, que je suis très étonnée de voir dans la liste des participants. Il est le seul des quatre résidents à avoir un fauteuil roulant sans moteur, je me propose alors de le pousser. Effectivement, mon étonnement est justifié, je constate qu'il n'est pas content d'être là. Marc me dit : « c'est mon épouse qui m'a obligé à sortir du FAM ». Nous discutons alors de ce qu'il aime faire, il me pose des questions sur mes goûts. Je sens qu'il commence à se sentir en confiance car il arrive à me parler. En effet je sens qu'une confiance s'installe lorsque je lui dis qu'une de ses passions, le cinéma, est aussi que celle de mon mari et que nous en avons fait le thème de notre mariage. Je constate que les activités qu'il voudrait faire sont toutes en petit groupe et avec peu de public. Je lui montre mon interrogation sur le choix des activités en petit comité, tout en me disant qu'il est peut-être gêné par sa dysphonie liée à sa pathologie. Marc me confirme qu'il ne veut pas se mêler aux autres personnes. Je le questionne alors sur cet isolement. Il me parle de son père qui est, je cite, « un affreux personnage, un monstre que je ne veux plus voir ». Je ressens en lui une profonde tristesse mêlée à de la colère. Il souligne également le fait que cet homme a été « le pire des infidèles » et qu'il ne veut pas être associé à lui. Je remarque qu'il a du mal à employer les termes de père et de papa. Quand je lui demande si toute la colère qu'il éprouve pour son père concerne les infidélités qu'il a fait à sa mère, il me dit que non et rajoute qu'il n'est pas très proche de sa mère, elle n'a pas beaucoup été présente non plus. Il ne m'en parle pas plus. Je ne veux pas le forcer à s'ouvrir à moi. Nous continuons, alors la balade dans le zoo. Après le déjeuner je me retrouve à nouveau seule avec Marc. Immédiatement sa langue se dénoue, il me dit « mon plus grand malheur est que je ressemble trait pour trait à cet homme », puis il se tait. Je respecte donc son silence. Il reprend et me dit que jamais il ne pourra pardonner à cet homme et me dit « je serai réellement soulager quand je pourrai danser sur sa tombe lorsqu'il sera mort ». Des larmes remplissent ses yeux et il détourne alors le regard. Je décide de ne pas aller plus loin dans cette discussion, qui lui a demandé un gros effort du fait de sa pathologie, mais également au niveau émotionnel, cependant je lui montre ma compassion avec une main posée sur son épaule. Puis je lui montre la beauté du lieu dans lequel nous sommes en lui faisant des rapprochements cinématographiques, ce qui lui remet le sourire aux lèvres.

À la suite de cette sortie, j'instaure un rituel afin de venir voir Marc sans avoir de soin à réaliser : que ça soit au repas de midi, ou durant les temps calmes des après-midis. Nous apprenons ainsi à nous connaître, et moi à le prendre en soins en anticipant ses besoins.

Lors de ma quatrième semaine de stage, comme à mon habitude, je vais voir Marc, au calme dans sa chambre, afin de lui tenir un peu compagnie dans l'après-midi. Nous discutons des nombreuses affiches qu'il a sur ses murs, films et musiques, que je remets facilement dans leur contexte grâce à mon mari, je lui montre alors que je connais et que nous pouvons en parler. Il est ravi de la situation et se montre amusé du fait que je connaisse au travers de mon mari. Il me parle de son épouse. Alors que je vois ces yeux se mettre à briller, il m'explique à quel point elle est merveilleuse d'être restée mariée à lui toutes ces années. Puis il me reparle de lui-même de son père, en me disant que « cet homme » se moquerait de lui s'il le voyait dans cet état, Marc me montre son fauteuil roulant. Je lui demande si quand il était petit, son père avait pour habitude de le dévaloriser, il me répond qu'il passait son temps à pointer du doigt tous ses moindres défauts. Il fait une pause et reprend en me disant que ça n'est pas la seule chose atroce qu'il était capable de faire. Je vois son regard se fermer et une vague d'émotion l'envahir. Il se reprend et me confie ne pas vouloir sortir afin de ne pas imposer « ce visage aux autres résidents ». Je comprends à nouveau que cet échange a été très intense pour lui et qu'il ne peut pas aller plus loin. Je lui exprime, avant de le laisser, que s'il a besoin de ma présence pour l'accompagner en extérieur il peut m'appeler. Par la suite, lors des repas, il me demande régulièrement si je peux rester avec lui.

Nous voilà à mon dernier jour de stage, je vais voir Marc, il est euphorique car le Prix Nobel de Littérature vient d'être remis à Mme Annie Ernaux, il s'esclaffe en disant que c'est un jour merveilleux. Je partage alors un peu de sa joie, puis lui annonce que c'est mon dernier jour et que je pars du FAM. Marc me remercie alors de mon écoute et me dit qu'il n'a jamais autant parlé avec les autres soignants que ça lui a fait du bien. Je reviens vite sur le prix Nobel, car je sens les émotions monter en moi ainsi que dans les yeux de Marc. Nous échangeons quelques instants. Puis je m'en vais laissant Marc rêveur sur ce Prix Nobel.

3. Questionnement

Toutes ces situations m'interpellent sur de nombreux domaines, que ce soit la construction de la personnalité de l'enfant dans ce genre de situation mais aussi l'action que nous pouvons avoir en tant que soignant auprès de ces enfants. Je m'interroge alors sur l'attitude du parent et l'impact qu'elle peut avoir sur l'enfant.

La situation de Sheldon m'a immédiatement questionnée. En effet je me demande dans quelle mesure le soignant référent de l'UPB a joué le rôle de figure d'attachement secondaire. Dans les écrits, je constate que Sheldon cherche le soignant et s'active en sa présence. Je me questionne également sur les systèmes motivationnels mis en place. C'est-à-dire dans quelle mesure ils ont été établis avec la figure d'attachement secondaire. Durant les écrits je me rends compte que Sheldon crée des mécanismes lui permettant de se protéger du monde extérieur. Cependant je constate une nette différence de son comportement dans les écrits à partir de 2021. Durant cette période sans soin, Sheldon a changé de point d'attache, il est devenu très proche de sa maman. Quelle influence le caregiving, représenté par la mère de Sheldon, a-t-il exercé sur son fils ? Au niveau des troubles qui lui ont été diagnostiqués, je vois une corrélation entre sa clinique et les troubles réactionnels de l'attachement de l'enfance. Cependant le TDAH a été diagnostiqué par un médecin, vu avant la reprise du CMPEA, et nous savons qu'il a son propre tableau clinique. Ainsi comment pouvons-nous établir le lien entre les troubles révélés durant l'adolescence et l'attachement insecure de Sheldon ? Des stratégies d'hyperactivation ont pu être mises en place. Je ne peux m'empêcher de me questionner également sur le rôle de la structure psychotique de la maman dans la relation maman / Sheldon adolescent.

A l'inverse de la situation de Sheldon, j'ai pu avoir celle de Ginny. Elle est en relation avec sa mère, elles sont fusionnelles et ne savent pas se séparer. Cette prise en charge m'a fait me poser la question... Et quand la mère veut être trop bonne ? En effet Georgia ne laisse personne s'occuper de sa fille, elle gère tout jusqu'au point où, très probablement, Ginny révèle des troubles, nécessitant la présence constante de sa mère. Comment prendre en soins un enfant quand le parent n'est pas conscient qu'il l'empêche de se soigner ? Comment le soignant peut lier une relation de confiance dans ce contexte pendant que le parent réfute celle-ci ?

Je voudrais signifier une particularité de la pédopsychiatrie. J'ai ressenti une réelle difficulté à poser un diagnostic. Venant du somatique, c'était ma première recherche dans les dossiers des enfants. Mais en effet, poser un diagnostic peut être lourd de sens, ça met une étiquette sur

l'enfant et ne lui permet pas une évolution. Or, nous le verrons ensuite, l'enfant évolue constamment, un trouble peut évoluer et régresser.

La situation de Marc me fait réfléchir sur la maltraitance psychologique. En quoi cette maltraitance parentale peut avoir un impact au niveau de l'estime de soi et de la construction de l'enfant ? La prise en soins d'enfants en perte d'estime de soi peut-elle être plus complexe, voire freiner cette prise en soins ? Quel en est l'impact sur l'attachement ?

Il peut être complexe de réussir à se rendre compte que l'enfant que nous prenons en soins est dans cette situation. Effectivement, les enfants ne communiquent pas comme les adultes et n'ont pas les mêmes barrières. Je me demande si le soignant ne peut pas avoir une place particulière lors de ce soin. Mais aussi faut-il que le soignant prenne cette place ? Ce rôle, est-il bienfaisant pour l'enfant ? Les enfants ont une sensibilité plus importante et plus développée, c'est en cela que je me pose ce genre de questions. Un lien qui dépasserait le lien du soin pourrait alors naître et nous dépasser. Ainsi quelle attitude devrait adopter le soignant ?

Pour autant, tout comme pour les adultes, une relation de soin est primordiale dans toute prise en charge. Cette relation peut passer par la confiance que l'enfant ressent pour le soignant. Mais alors, qu'est-ce qui peut rassurer l'enfant patient et faire qu'une relation de confiance s'établisse ? Et si cette situation semble favorable, quelle est la marge de manœuvre du soignant pour panser ce soin ? J'emploie cette orthographe car il peut y avoir une sensation de douleur chez l'enfant. Peut-être ressent-il du rejet de la part de sa figure d'attachement ? Ou plutôt une incompréhension de ce qu'il se passe ? En cela le soignant devra panser la relation en plus de la penser.

J'ai parlé du cas de dysfonctionnement de la figure d'attachement, mais qu'en est-il si l'enfant l'a perdue à la suite d'un décès ? En effet, durant mon dernier stage de deuxième année, un IDE m'a raconté le décès récent d'une maman, pour qui ils avaient autorisé que sa très jeune fille dorme dans sa chambre durant ses dernières nuits. Je me demande alors si elle peut créer un affect particulier pour « les blouses blanches ».

C'est pourquoi, ma question de départ est :

Lorsque la figure parentale est défaillante, en quoi le soignant peut faire office de figure d'attachement secondaire pour l'enfant suivi au long court, tout en redonnant la place de caretaker aux parents ?

4. Cadre de référence

4.1. L'enfant et son développement

4.1.1. Développement psycho-affectif de l'enfant

Bien que la plupart des avancées, concernant la psychologie de l'enfant, se déroule après la seconde Guerre Mondiale, les premières observations se sont faites en 1876 avec des publications de Taine, Philosophe Français, et Darwin, Philosophe et explorateur Britannique. Le but de leurs articles était de détailler le développement des enfants. Alors que Taine se concentre plus sur le développement moteur de l'enfant avec l'acquisition du langage, Darwin quant à lui commence à traiter les émotions, notamment la jalousie et l'observation de l'enfant devant le miroir. Ces notions sont reprises dans « *Le développement de l'enfant* » par Liliane Maury (Maury, 1993). Taine observe que la multitude des répétitions d'actes permet l'acquisition et donc l'action volontaire de l'enfant. Cette acquisition se fait de manière innée et par imitation. Nous verrons par la suite que la répétition des actes de différentes natures permet bien d'autres apprentissages et développements.

Freud, neurologue Autrichien et fondateur de la psychanalyse, a été pionnier sur le développement de l'enfant et les significations que l'on peut en déduire, en déployant les différents stades en fonction de zones érogènes. Il théorise le fait que les développements psychomoteur et psychoaffectif se font en fonction de pulsions sexuelles, d'instinct sexuel. En me basant sur les connaissances qui m'ont été fournies durant mes études, je peux expliquer la théorie freudienne. Les cinq stades du développement de l'enfant, que sont le stade oral jusqu'à un an, le stade anal jusqu'à deux ans, le stade phallique jusqu'à trois ans, le stade de latence entre sept et douze ans et le stade génital à l'adolescence, ont un impact sur le développement de l'enfant. Chacun de ces stades correspond à un apprentissage conduisant à un développement qui influencera la vie future de l'enfant. Durant le stade oral, Freud exprime le plaisir auto-érotique, dans le sens où porter quelque chose à la bouche se veut rassurant, le nourrisson ne se différencie pas encore de sa mère et cherche à l'utiliser à des fins de réconfort. Le stade anal est qualifié comme étant celui de la maîtrise, le jeune enfant cherche à posséder puisqu'il est en capacité de se distinguer de l'autre. Le stade phallique représente l'affirmation de l'enfant et annonce le début du complexe d'Œdipe. La période de latence est, comme son nom l'indique, une période calme d'entre deux, où les ancrages éducatifs se font. Si nous revenons à la situation

de Sheldon, c'est à ce moment-là que les soins se sont interrompus. Lorsqu'il a été à nouveau suivi, son comportement ainsi que sa figure parentale principale ont changé. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le fait que ce soit à cette période-là de son développement que les soins se sont interrompus, ait eu un effet sur l'ancrage et les attitudes qu'il a pu développer. Sheldon était plus à même d'intégrer les comportements de sa mère. Le stade suivant est celui de l'adolescence qui se veut enclin au narcissisme ainsi qu'à la crise identitaire. C'est pourquoi il peut y avoir des tensions avec les parents, comme nous le retrouvons avec Ginny et son père. De ce fait, un trouble adulte renvoie à une fixation qui ne s'est pas faite correctement durant un de ces cinq stades. Je souhaite également porter notre attention sur la première topique de Freud avec l'inconscient, le conscient et le préconscient dans laquelle nous retrouvons les notions évoquées précédemment. Plus particulièrement concernant l'inconscient qui représente les événements refoulés de la vie du sujet, ce qui a été vécu durant l'enfance et qui est inacceptable « *l'inconscient, résultat des refoulements successifs des désirs infantiles, est le dépositaire chez l'adulte de son vécu d'enfant, y compris très précoce.* » (Jeanclaude, 2010, p. 121). Ainsi l'inconscient contient les représentations des pulsions et les désirs inavouables ; de manière générale l'inconscient est géré par le plaisir « *cette dynamique fondamentale du plaisir est à l'origine, chez le tout petit enfant, des expériences de satisfaction qui vont structurer les désirs infantiles.* » (Jeanclaude, 2010, p. 122). Nous pouvons constater que durant sa première topique Freud montre l'importance de ce qui se passe durant l'enfance et les répercussions que cela peut avoir. Il définit également le conscient qui est la partie qui réceptionne les informations et le préconscient qui est une dynamique intermédiaire, c'est-à-dire une mémorisation d'éléments qui peuvent revenir à la conscience. Suite à la théorie des pulsions, Freud élabore une seconde topique. Les termes choisis ainsi que les interactions entre les entités font la différence entre les deux topiques. Définissons alors les concepts de cette deuxième topique, pour cela je laisserai les auteurs s'exprimer. « *Le ça est le dépositaire des caractères psychiques héréditaires mais va également devenir le réservoir du refoulé* » (Jeanclaude, 2010, p. 126) le ça comprend l'inconscient collectif et personnel, les instincts héréditaires et personnels. Concernant le moi Freud explique « *le moi est la partie du ça qui a été modifié sous l'influence directe du monde extérieur par l'intermédiaire du préconscient* » (Freud, 2010, 1923 (original), p. 64). Dans un autre ouvrage, il est également précisé « *Le moi se forme à partir du ça lorsque ce dernier se frotte à la réalité extérieure (...) pendant la période de la toute petite enfance.* » (Jeanclaude, 2010, p. 127), au préalable l'auteur précise « *son rôle est de préserver l'intégrité de la personne*

en négociant des compromis avec les autres instances ». Enfin la dernière instance est le surmoi, celle-ci se créant au moment du complexe d'Œdipe d'après Freud, alors que Mélanie Klein théorise sur le fait qu'il apparaît dès la petite enfance mais évolue avec le développement de l'individu. Pour autant ils se retrouvent sur le fait que la rigidité de cette instance entrainera un plus grand risque de degré névrotique une fois adulte. Pour Freud « *cette instance résulte de la longue dépendance du petit humain vis-à-vis de ses parents et elle est le produit des identifications progressives aux exigences et aux interdits des parents* » (Jeanclaude, 2010, pp. 127-128). Freud explique le lien avec le complexe d'Œdipe, en mettant en avant le fait que ce soit grâce à l'intériorisation de ce stade que le ça, pour rappel le lieu des désirs, peut prendre une importance moindre et ainsi conduire l'enfant dans l'exploration d'un environnement plus étendu.

Par la suite, nous retrouvons le développement cognitif avec Piaget qui met en avant deux types d'intelligences chez l'enfant celle par la pensée et celle par l'apprentissage. Cela grâce à des études d'observation des enfants. Avant 2 ans, le stade sensori-moteur, Piaget développe l'impulsivité, le mimétisme de l'enfant et surtout la permanence de l'objet ; entre 2 et 6 ans avec la sociabilisation et la perception de moi et l'autre nous retrouvons le stade des opérations concrètes ; enfin entre 6 et 12 ans, le développement de la personnalité et le développement de l'intelligence avec la conscience de la pensée font parties des opérations formelles. C'est à partir de ces travaux que la pédopsychologie est née. En effet, Piaget décrit la naissance de l'intelligence de l'enfant grâce à son développement psychomoteur, qu'il enrichira après la seconde Guerre Mondiale et ce durant 60 ans. Au départ, Piaget s'intéresse à l'évolution de la connaissance chez l'être humain et pour cela il s'est intéressé à l'enfant et à son développement ; deux points qui sont la base de ses recherches. Piaget met en avant le lien entre l'environnement et l'intelligence, en effet à force d'expérimentation l'enfant va être capable de s'adapter aux perturbations. Afin de pouvoir comprendre ce qui se joue lors du développement de l'enfant, je me suis attardée sur « *La théorie de Jean Piaget* » (Laval Virginie, 2019). Il faut en comprendre deux notions : les schèmes et l'adaptation. Le premier est un concept abstrait pouvant être compliqué, c'est pourquoi je vais laisser l'auteure l'expliquer : « *Le schème correspond à la structure ou à l'organisation d'une action, susceptible de se répéter dans des situations semblables* » (Laval Virginie, 2019, p. 32). Ou encore comme l'explique Olivier Houdé « *Dès la naissance et à partir de ses réflexes initiaux (comme la succion du sein de sa mère), il apprend certaines règles, de plus en plus compliquées au fils des mois, sur le*

fonctionnement du monde physique et sur sa capacité à agir dessus. Piaget appelle ces règles des « schèmes d'action » » (Houdé, 8ème édition, 3ème tirage: 2019, p. 11). Pour Piaget les mouvements et les réactions des jeunes enfants ne sont pas dus au hasard mais bien à l'évolution par intégration des schèmes. Ces derniers peuvent se définir comme étant des unités de l'intelligence. Ils s'intègrent les uns aux autres comme des rouages afin qu'il y ait une meilleure coordination. Le second, l'adaptation, est plus simple à comprendre. Piaget précise qu'il s'agit d'interaction entre l'accommodation et l'assimilation qui sont sous contrôle d'autorégulation qu'il nomme l'équilibration. Tout ceci permettant un échange entre l'enfant et son environnement et mettant en évidence son intelligence. Piaget va bien plus loin dans ses explications, cependant dans le but de mon mémoire et du sujet traité nous n'aborderons pas ces différentes particularités. Toujours est-il que grâce aux schèmes et à l'adaptation, l'enfant est en capacité de réagir avec intelligence avec son entourage. Intelligence qui se développe aux différents stades énoncés plus haut : sensori-moteur, les opérations concrètes et les opérations formelles. Les stades sont impactés par l'environnement de l'enfant mais aussi par le développement physiologique et cognitif qui permettent ou pas l'accès aux structures du stade. En ayant ces informations, nous pouvons aisément comprendre l'impact de la structure familiale de Sheldon sur son développement. En effet il y a eu un déséquilibre dès son plus jeune âge, l'intelligence par intégration et par mimétisme n'a pas due être faite entièrement.

Avec le développement de l'enfant, Piaget explique la notion de permanence de l'objet, qui est cruciale dans le développement affectif puis dans l'attachement. Cette notion est l'apprentissage du réel pour l'enfant, c'est ce qui amène l'enfant à comprendre que l'objet ou le sujet continue à exister bien qu'il ne puisse plus le voir. Le petit enfant interagit très tôt avec son entourage, à travers les regards, les sourires ou encore les pleurs et autres gémissements, dans un premier temps ceux-ci ne sont pas adressés vers une seule personne. L'adulte présent pour l'enfant peut être en capacité de déterminer la signification de ses interactions. Petit à petit l'enfant reconnaît cette personne comme étant une personne réconfortante pour lui. Ainsi cette communication deviendra adressée vers cet adulte. Il s'agit le plus souvent des parents qui sont les figures d'attachement de l'enfant. Figures que nous définirons un peu plus loin. Vers 7 mois, une fois que l'enfant est rassuré par sa figure d'attachement, il peut partir explorer. C'est une nouvelle étape qui fonde les bases de son comportement plus tard. En effet c'est durant cette période, qu'il peut s'éloigner en étant sécurisé, faire de nouvelles expériences.

Anna Freud, fille de Sigmund Freud, continue les pensées de son père en y intégrant ses découvertes, notamment en commençant à parler de la figure d'attachement comme permettant une autonomie et une dépendance pour l'enfant.

4.1.2. Théorie de l'attachement

Tout d'abord, je pense important de poser certaines bases. L'enfant se développe par différents mécanismes, le plus connu étant celui des parents, nous allons utiliser le terme de caregiver ou celui de figure d'attachement afin d'être plus généraliste. Suivant la théorie de Bowlby, médecin psychiatre et psychanalyste Britannique, il définit ce terme ainsi « *« caregiving » comme le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à prodiguer des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi, aussi bien de pourvoir à ses besoins physiologiques que ses besoins affectifs.* » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015, p. 21). Mais l'enfant se développe également au travers de son environnement, comme nous avons pu commencer à le voir.

Le fondateur de la théorie de l'attachement est John Bowlby, qui explique que grâce aux soins qui sont prodigués à un enfant, ce dernier s'attache à l'adulte. En effet avec la Seconde Guerre Mondiale, les psychanalystes étudient les effets de la séparation précoce et prolongée avec les parents chez les enfants. Bowlby explique le lien maternel avec le terme de figure d'attachement et ainsi se distingue des anciennes théories fondées sur le lien à l'objet. Grâce à cela Bowlby met en avant le système motivationnel, il s'agit d'un système inné mis en place par l'enfant. Il a pour but d'obtenir un sentiment de réconfort grâce à la proximité établie par la figure d'attachement, en l'absence de cette dernière. Les comportements de l'enfant pour pouvoir développer les modèles internes opérants sont, dans un premier temps, adressés à toutes personnes, comme nous l'avons vu plus haut, puis vers 5 mois ils s'adressent à la personne ayant la fonction de caregiver. Ces systèmes motivationnels évoluent avec l'enfant et ses relations ; lorsque l'enfant se trouve rassuré, il peut rentrer dans un système exploratoire environ à 7 mois. Durant cette phase, l'enfant est alors en capacité de s'éloigner et de se déplacer sans son caregiver « *Il devient dès lors particulièrement actif dans la régulation de la distance avec l'adulte* » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015, p. 16). Nous voyons que Sheldon s'adresse plus à son papa en début de vie, allant jusqu'à ignorer sa maman. En effet dans les écrits des soignants nous retrouvons qu'ils stipulent que la maman n'est pas investie, or pour aborder la

fonction de caregiver, Bowlby précise « *il s'agit d'une personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, ayant une présence importante et régulière dans sa vie et l'investissant émotionnellement.* » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015, p. 17). De plus Bowlby énonce le fait que cette place de figure d'attachement peut être occupée par toute personne répondant à ces critères. Ainsi on peut se demander dans quelle mesure un soignant ne pourrait-il pas avoir cette place ? Peut-être n'est-ce pas admis socialement ? Peut-être est-ce le tabou de la fonction parentale ? Nous constatons que Sheldon cherche son soignant référent dès qu'il entre à l'UPB, mais aussi qu'il rentre en relation avec lui.

La théorie de Bowlby est que l'enfant adopte des comportements en fonction du type d'attachement qu'il a pu élaborer avec son caregiver « *une relation sécurisée avec la figure d'attachement fonctionne comme un ancrage qui permet au bébé d'activer son système d'exploration.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 157). Ils sont au nombre de trois : l'attachement de type sécurisée, de type insécure évitant et de type insécure ambivalent. Plus tard, un quatrième type d'attachement est théorisé par Main et Salomon mais celui-ci entre dans le domaine psychopathologique ; il s'agit de l'attachement désorganisé. Dans ce dernier cas, la peur régit le tout, la figure d'attachement est terrifiante et la réponse de l'enfant est inadaptée. A l'inverse, nous retrouvons l'attachement sécurisée qui permet à l'enfant de pouvoir explorer sans crainte son univers, de pouvoir se détacher de son caregiver et de réussir à gérer les émotions négatives. Un enfant avec un attachement insécure évitant montre un désintérêt pour son caregiver et pour les émotions « *ces bébés n'initient pas activement l'interaction ou la recherche de contact avec la figure d'attachement après la séparation, et que les émotions négatives (la colère par exemple) sont exprimées indirectement au travers de l'évitement et de l'absence de réponse.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 159). Nous pouvons ici voir le comportement qu'avait adopté Sheldon lorsqu'il était bébé avec sa maman du fait de son indisponibilité émotionnelle. Concernant l'attachement insécure ambivalent, les enfants se montrent angoissés concernant toutes les situations pouvant s'offrir à eux « *inefficacité à obtenir la sécurité de la part de la figure d'attachement.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 159) ; cela se traduit par des pleurs et des tensions. En ayant ces notions, Bowlby précise « *Son aptitude à explorer repose sur la qualité de ses liens d'attachement.* » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015, p. 17). Nous voyons ici que la toute petite enfance et ce qu'il s'y joue représente les fondations de l'adulte en devenir.

Durant le début de vie de l'enfant, et même de sa vie in utero, un lien se crée avec les parents. D'abord avec la mère, en effet Boris Cyrulnik, psychiatre et psychanalyste français, explique que pendant la grossesse les basses fréquences représentées par les paroles de la mère sont perçues par le bébé ; ceci constitue le début du lien d'attachement (Cyrulnik, 2023). Par la suite, le père vient rompre cette fusion mère-enfant pour créer la triade que constitue la famille. En effet, les attentions et les attitudes portées à l'enfant vont avoir un impact sur ce dernier, en amenant à un attachement plus ou moins secure. Comme le démontre Bowlby, l'enfant grandit à travers son caretaker, soit la figure d'attachement, si l'attachement est secure l'enfant fera preuve d'autonomie. Les liens qu'il pourra développer avec son entourage s'inspireront de cet attachement. Cyrulnik, dans l'émission des 1000 premiers jours, explique l'impact de l'attachement secure sur le développement (Cyrulnik, 2023). Il s'agit d'abord du besoin principal de l'enfant, par la suite cela a un impact sur la communication verbale de l'enfant et contribue à un meilleur développement psychomoteur et psychoaffectif.

Bowlby également énonce que le développement des relations à l'autre et la construction de l'attachement se font pour la grande majeure partie durant la première année de vie. Cela s'établit en quatre phases : « *Phase I - Orientation des signaux avec une discrimination limités des figures (8 à 12 semaines)(...)* *Phase II - Orientation et signaux dirigés vers une (ou plusieurs) figure(s) d'attachement(s) (12 à 24 semaines)(...)* *Phase III – Maintien de la proximité avec une figure différenciée par locomotion et d'autres signaux (6 à 36 mois)(...)* *Phase IV – Formation d'un partenariat réciproque corrigé quant au but (après 36 mois) »* (Terenio, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 154). En cela il explique la finesse de la création de la relation d'attachement. Avec ces différents stades vont le développement moteur de l'enfant qui lui permet de rejoindre sa figure d'attachement se trouvant dans une autre pièce par exemple. Le passage à la phase supérieure peut se faire avec l'accompagnement du parent, grâce à des réactions qui seront perçues comme prévisibles pour l'enfant.

Winnicott, pédiatre et psychanalyste Britannique, explique le développement de l'enfant avec le rapport à la mère de manière si simple et si frappante à la fois. Pour exemple Winnicott écrit « *Un bébé, ça n'existe pas* » (Winnicott, 2006, p. 20) ici, avec une certaine provocation, Winnicott veut expliquer que le bébé ne peut pas survivre seul, il doit obligatoirement avoir un adulte avec qui il créera un lien. Nous retrouvons dans ses écrits l'évidence de ces propos qui viennent également nous interpeler. En employant « ça » concernant le bébé il le chosifie

volontairement car le bébé sera voué à mourir s'il n'a pas de soin et c'est pour accentuer cela qu'il rajoute la négation. Winnicott continue à semer le doute dans les esprits avec la mère suffisamment bonne. Bien sûr il explique ce que cela signifie et quoi de mieux que le citer directement : « *La mère suffisamment bonne répond à l'omnipotence du nourrisson, et dans une certaine mesure, elle lui donne une signification, et ce maintes et maintes fois.* » (Winnicott, 2006, p. 105). Il commence là à nous montrer comment l'attachement peut se faire. Il parle de la mère, mais bien entendu cela s'étend au père également, plus largement à la figure d'attachement. En effet il l'explique en nommant LA FEMME « *la description de la préoccupation maternelle primaire n'est pas à proprement parler misogyne* » (Winnicott, 2006, p. 19). On peut voir qu'il ne souhaite pas laisser ce lien uniquement à la mère, mais plutôt en la partie féminine présente en chacun de nous et qui peut nous guider dans l'établissement de ce lien. En effet il explique que physiologiquement la mère se centre sur sa famille durant la grossesse ; et c'est bien à partir de là que l'attachement se fait. C'est à ce sujet que Winnicott traite du holding. Ce concept implique une mère ayant une attitude confiante et prévisible pour l'enfant, ce qui crée une confiance dans le lien « *Cette expérience permet au bébé d'être, ce qui lui donnera par la suite la possibilité « d'agir, de faire et de subir* ». » (Winnicott, 2006, p. 59). Il va même jusqu'à dire que cette attitude est naturelle chez la jeune mère, nous verrons cependant que dans certaines circonstances cela peut être perturbé. Il s'agit donc bien de la répétition de toutes les postures (comportement, présence, dévouement) de la mère qui fondera la relation et qui amènera au développement psychique de l'enfant. Effectivement l'enfant doit non seulement apprendre à être une autre personne que celle représentée par sa mère, mais aussi apprendre à se développer sans elle. Cependant comme nous l'avons dit précédemment, un enfant ne peut vivre seul, alors Winnicott explique « *être seul en présence de quelqu'un* » (Winnicott, 2006, p. 81). L'enfant comprend petit à petit qu'il a un moi, tout en comblant ses manquements par l'aide de sa mère. C'est bien tous ces éléments qui caractérisent la mère suffisamment bonne. Il ne s'agit pas d'être parfaite, mais de répondre du mieux possible aux besoins de son enfant.

Finalement en prenant connaissance de ce qui est mis en place par la figure d'attachement, nous pouvons nous demander si le soin est réellement qu'une question de soignant ? En effet, le caretaker, représenté le plus souvent par les parents, est dans le soin par définition première. De plus le soignant ne prendrait-il pas son inspiration dans la relation parents / enfant ?

4.1.3. Le soignant suffisamment bon

John Bowlby s'intéresse à l'environnement de l'enfant, trop peu pris en compte à son sens. L'environnement est un domaine qui peut être vaste. Cela inclut aussi bien l'univers de l'enfant, comme son domicile, et les lieux de garde, que les personnes gravitant autour de l'enfant. Comme nous l'avons vu précédemment le lien à la mère est primordial à étudier, pour autant Bowlby développe les systèmes motivationnels qui sont la clé des relations que l'individu peut mettre en place et explique « *C'est la répétition des expériences de réconfort en situation de détresse qui permet l'émergence progressive d'une meilleure discrimination par l'enfant de ses figures d'attachement.* » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015, p. 16). En ce sens nous pouvons nous questionner sur le soignant et sa place lors d'une prise en soin au long court avec un enfant, d'autant plus si ce dernier n'a pas pu créer une relation suffisamment sécurisée avec son parent. Bowlby dit que c'est la répétition des gestes qui font que l'enfant ressentira l'adulte comme potentiel figure d'attachement. De plus, nous l'avons vu plus haut, Piaget avait également mis en avant l'impact de l'environnement et de la répétition des gestes pour le développement de l'enfant par sa figure d'attachement. Dans le même article que cité précédemment, les auteurs précisent la théorie de Bowlby « *toute personne qui s'engage dans une interaction sociale durable avec l'enfant et qui répond aux besoins de réconfort de l'enfant lorsque celui-ci est stressé est susceptible de devenir une figure d'attachement.* » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015, p. 17). Nous voyons qu'il ne nomme pas les parents, mais il reste très vague, ainsi nous pouvons y mettre la personne qui correspondra le mieux aux caractéristiques énoncées. Le soignant, de par sa définition, prend soin de l'enfant qu'il a en charge. Il se doit de rentrer dans une relation qui permet de le rassurer et avoir une attitude prévoyante. Nous ne rentrerons pas ici dans le détail des relations que joue le soignant auprès de ses patients, cependant quelques notions nous permettent de pouvoir faire le lien avec la théorie de Bowlby. Le care faisant partie de la base de la relation soignant-soigné, comprend les propriétés que la figure d'attachement doit avoir. De plus, l'être humain né empathique, il apprend à le développer ou pas, il s'agit là également d'un attribut que le soignant se doit de maîtriser. D'après Carl Rogers, psychologue Américain, l'empathie se définit ainsi « *percevoir le cadre de référence interne de l'autre avec justesse et avec les significations et les composants émotionnels qui s'y réfèrent, comme si on était l'autre personne mais sans jamais perdre la condition du comme si.* » (Bozarth, 2010, p. 65). L'empathie permet alors de créer une relation de confiance, nous rentrerons dans le détail

de cette relation un peu plus loin. Mais alors qu'est-ce qu'un soignant suffisamment bon ? Il peut s'agir d'un soignant qui est impliqué dans sa relation duelle avec l'enfant mais sans pour autant prendre la place du parent. C'est le soignant qui porte attention au parent, mais sans oublier que son patient est l'enfant. Bowlby nous mène sur la piste en hiérarchisant les figures d'attachement « *Les bébés montrent des comportements d'attachement et obtiennent de la sécurité à partir de figures d'attachement secondaires quand les figures primaires ne sont pas disponibles* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 153). Ainsi nous pouvons comprendre que les enfants ont la capacité d'aller rechercher chez un adulte les caractéristiques manquantes à la figure d'attachement principale. En prenant exemple sur la relation qui peut s'établir entre l'enfant et son parent, le soignant peut créer sa propre relation en faisant attention à ne pas être dans les excès, la justesse du suffisamment. Winnicott explique « *Quand l'environnement « facilitant » (facilitating), qui doit être à la fois humain et personnel, est suffisamment bon, les tendances innées du bébé à grandir commencent à s'accomplir* » (Winnicott, 2006, p. 65). Les bons soins que le soignant peut prodiguer affecteront l'enfant, mais ils peuvent également influencer le parent sur son rôle de caretaker, nous verrons cela un peu plus tard. La qualité des soins qui sont apportés à l'enfant impacte la qualité de l'attachement, et ainsi le niveau de confiance.

Toutes relations impliquent un certain niveau d'attachement « *Le comportement d'attachement est considéré comme une classe de comportement social d'une importance équivalant à celle du comportement d'accouplement et du comportement parental* » (Bowlby, 5ème tirage: 2013, p. 248). Nous avons vu que la répétition des comportements, caractérisés comme rassurants pour l'enfant, aide le lien d'attachement. C'est en effet en recréant l'attachement secure, comme celui qui peut exister entre la figure d'attachement et l'enfant, que la confiance pourra naître. Le soignant dans son rôle suffisamment bon est en capacité de reproduire des gestes, des attitudes et des comportements, qui sauront rassurer l'enfant. Allant dans ce sens nous retrouvons les dires de Winnicott que rappelle Cynthia Fleury, philosophe et psychanalyste française, « *Ce que nous faisons dans la thérapie, c'est tenter d'imiter le processus naturel qui caractérise le comportement de toute mère avec son propre bébé.* » (Fleury, 2019, p. 12). La relation que le soignant met en jeu se trouve semblable à la relation maternelle.

Or nous pouvons nous questionner sur la capacité qu'a le soignant de mettre cela en œuvre. En effet en suivant le cheminement, si le soignant n'a pas eu un attachement secure, il peut

impacter ses angoisses sur la relation qu'il essaie d'établir avec l'enfant. Pour cela l'institution peut être un soutien pour les soignants « *Nous tenterons de montrer que l'institution a vocation à être et se comporte en caregiver, en base et en havre de sécurité pour les soignants.* » (Yajima Dupuis, 2015, p. 121). De plus d'après ce même article, les soignants chercheraient à combler un manque « *En population soignante, la proportion d'insécurité est de l'ordre de 70%* » (Yajima Dupuis, 2015, p. 124). En ayant les théories vues précédemment en tête il paraît primordial que le soignant puisse être suffisamment sûr. Pour cela, l'article propose l'institution comme figure d'attachement. Les équipes pluridisciplinaires, les outils matériels, les protocoles sont autant d'éléments qui permettent aux soignants de se sentir en sécurité dans leurs soins. De plus, l'auteure, interne spécialisée en psychiatrie, émet un déploiement de la théorie de Bowlby « *Nous pensons que l'activation du système d'attachement des patients active le système de caregiving des soignants : les comportements des enfants élicitent un comportement de soin chez l'adulte* » (Yajima Dupuis, 2015, p. 121).

Être un soignant suffisamment bon implique également de savoir se retirer afin que la famille retrouve sa place. S'attacher pour mieux se séparer : « *La maturité et la capacité d'être seul impliquent que l'individu a eu la chance, grâce à des soins maternels « suffisamment bons » (good enough), d'édifier sa confiance en un environnement favorable* » (Winnicott, 2006, p. 80). Ainsi l'enfant pourra réinvestir sa relation avec sa figure d'attachement principale, et inversement. Nous pouvons aisément voir dans les relations soignant-soigné, que nous apprenons aux patients à être seuls mais en confiance sur nos réactions d'urgence. Winnicott traduit cela ainsi : « *Être seul en présence de quelqu'un est un fait qui peut intervenir à un stade très primitif, au moment où l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère.* » (Winnicott, 2006, pp. 81-82). Cela implique que l'enfant soit sûr face à l'attitude du soignant.

4.2. L'enfant et sa famille

4.2.1. Devenir une famille

Avant de devenir une famille, on rêve de cette famille, on l'imagine, on se la représente. Les représentations individuelles sont impactées par les représentations sociales. Celles-ci sont plus ou moins conscientes, plus ou moins ancrées en nous. Nous pouvons définir les représentations ainsi « *phénomènes à la fois individuels et collectifs (...) influençant les manières de faire et le champ de connaissances* » (Jovic, 2012, p. 265). Les représentations sociales sont des théories implicites de la personnalité mais qui sont sous l'influence de l'expérience et du contexte personnel et environnemental.

Concernant la famille, nombreuses sont les personnes qui s'imaginent un idéal comme représenté dans les séries, et autres films. Bien que la famille soit l'objet central de notre société, la représentation que l'on s'en fait évolue. En effet, comme l'explique Philippe Ariès, journaliste et historien, la norme culturelle nomme la famille ainsi : père + mère + enfant(s). Nous pouvons constater que celle-ci s'est modifiée avec les années mais aussi avec le changement des lois, notamment la Loi Pour Tous. Il a d'ailleurs été proposé une définition de la famille par le Conseil de l'Europe durant un colloque des droits de l'enfant « *la famille se définirait comme la cohabitation pour un temps variable, d'au moins un enfant avec un ou plusieurs adultes.* » (Patris, 2004, p. 58). Il y a, de nos jours, différents modèles de famille : monoparentale, homosexuelle, recomposée... Au sujet de cette modification de plan familial, il est expliqué la particularité suivante « *Elevés dans des familles différentes, les enfants d'une même génération n'intériorisent plus comme avant les mêmes normes sociales qui piloteront leurs représentations de l'homme, de la femme, du père et de la mère, du couple, de la famille.* » (Minary, 2004, p. 43). Actuellement, la société est puérocentrée, c'est-à-dire que les parents prennent réellement en compte l'avis des enfants, leurs besoins et leurs envies. Cette évolution a été impulsée par La Convention des Droits de l'Enfant de 1989. J'ai pu constater, grâce à mon expérience de maman, que les enfants traitent de cette convention à l'école. Le but de ce concept puérocentré est d'offrir le plus grand épanouissement à l'enfant. Cela a eu pour impact de développer le concept de projet parental qui, de nos jours, prime sur le lien conjugal, en effet Jean Pierre Minary, professeur en psychologie, écrit « *En 1978 la famille se construisait plutôt autour du couple, aujourd'hui plutôt autour de l'enfant.* » (Minary, 2004, p. 44).

Le concept de parentalité se voit également évoluer sous la pression de la société, pouvant créer un stress de perfection sur les parents. Freud disait même que le métier de parent est un métier impossible à atteindre. En effet, cela signifie que tout le monde est susceptible de commettre des erreurs, et les parents, aussi bienveillants soient-ils, n'y échappent pas. Ainsi la parentalité peut être vue comme l'Art d'être parent. Geneviève Delaisi De Parseval, psychanalyste et chercheuse en Sciences Humaines, précise que pour être parent il faut se détacher des pressions sociales. En effet les normes ont évolué, les façons de créer une famille également. Elle précise alors « *En l'état actuel de la science, la paternité est ainsi clivée en deux : d'un côté, un homme et un seul qui donne le spermatozoïde, le géniteur ; de l'autre, le père social qui – s'il n'est pas le donneur de spermatozoïde – est le père désigné par la loi.* » (Delaisi De Parseval, 2008, p. 108).

La famille commence à se créer lors de la grossesse. Un lien se forme, souvent, rapidement avec la maman, qui ressent de l'intérieur les transformations. Cependant une première problématique se fait ressentir. Le développement de la société place la femme à différents niveaux : épouse, femme accomplie, mère et professionnelle. Ceci pose donc un dilemme à la femme, c'est ce qu'énonce M. Brazelton : « *Chez une femme indépendante, intégrer un enfant à un mode de vie chèrement conquis crée un conflit entre le désir d'être une bonne mère et celui d'être disponible pour son métier* » (Berry Brazelton, 1983, p. 30). Il s'agit là du début de l'attachement de la mère pour son futur enfant, du moins lorsque ce projet a été désiré. Pour le père, quant à lui, le lien et l'attachement se concrétisent le plus souvent lors de l'accouchement. Les premières réactions du bébé, le contact avec celui-ci sont autant d'éléments qui permettent aux parents de prendre conscience des côtés gratifiants de la parentalité mais aussi des aléas de leurs rôles. Brazelton explique également le concept d'attachement et de maternage que doivent appréhender les parents. Il s'agit d'apprendre la gestion des divers sentiments perçus mais aussi la maîtrise de la frustration et de l'envie d'abandon. Il rajoute « *on peut aimer son enfant sur un simple coup de foudre, mais continuer à l'aimer est un apprentissage* » (Ibid, p.19). Ce concept se rapproche de celui de Winnicott lorsque qu'il traite des frustrations de l'enfant « *Ensuite, le bébé commence à avoir besoin d'une mère défaillante.* » (Winnicott, 2006, p. 60), c'est bien pour cela qu'il emploie le terme de *suffisamment*. Il va même jusqu'à dire qu'il serait néfaste pour l'enfant de continuer à côtoyer l'expérience de l'omnipotence. Nous pouvons mettre en parallèle la situation de Ginny et Georgia, où tout est accepté à l'enfant ce qui peut la conduire à des actes forts d'automutilation.

Les inquiétudes, les doutes font partie de la vie parentale. Il semble commun de se demander si les actions que l'on entreprend entraîneront des répercussions positives sur l'enfant. Les parents se posent toutes sortes de questions concernant leur mode d'éducation. Les « et si » des parents les mènent parfois à faire appel aux professionnels de santé. La question est alors de savoir s'ils consultent pour leur enfant ou pour eux-mêmes. C'est une question que nous aborderons plus tard. Toujours est-il, tout cela participe à la construction du lien enfant-parent. Avec le style d'attachement, nous pouvons comprendre que l'attitude prévisible de la figure d'attachement permet à l'enfant de se sentir rassuré. De plus l'enfant est en capacité de développer : l'identification intracorporelle. C'est le fait de se rassembler intérieurement sur la ligne médiane qui représente le rapprochement de la symbolique du bébé et de celle de la mère (GOLSE, 2018). A partir de cette théorie, Bernard Golse, pédopsychiatre français, exprime le fait que le bébé peut parler au travers de son corps, et ainsi il peut être traduit une douleur ou une problématique.

Concernant la famille et le lien qu'il peut se créer au sein de celle-ci, Winnicott développe le concept de *holding* que l'on peut traduire littéralement par maintien ; en ce sens il explique « *Le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère* » (Boukobza, 2003, p. 64). Il s'agit de tout ce que la mère peut apporter à l'enfant, mais prenons ce terme de manière plus générale ; tous les soins, toutes les attitudes et toutes les réponses que la famille de l'enfant peut lui procurer. Pour revenir sur la mère suffisamment bonne, Winnicott en donne les caractéristiques, qui encore une fois peuvent être déployées à la famille, « *répond à l'omnipotence du nourrisson et dans une certaine mesure, elle lui donne une signification maintes et maintes fois* » (Winnicott, 2006, p. 105) ; il met en évidence la répétition des actes qui conduira à une réassurance. Cela pour permettre à l'enfant « *de faire l'expérience de soi* » (Winnicott, 2006, p. 59). Pour autant Winnicott dénonce également le fait que le nourrisson a besoin d'une défaillance parentale afin de créer la frustration, comme nous l'avons vu précédemment.

Toute la difficulté du soignant face à un enfant et à sa famille est de trouver sa juste place. En effet, il est impensable de prendre la place du parent, nous avons commencé à voir cela et nous continuerons à traiter de ce lien si particulier qui va se tisser au sein de la triade soignant-enfant-parents. Françoise Dolto, médecin psychanalyste française, explique cela « *il est hors de question de donner des recettes de cuisine aux parents, mais qu'il s'agit de s'ajuster à la subjectivité de chaque enfant et de donner un sens aux inévitables situations de conflictualité*

qu'il traverse au cours de son développement (et nous avec lui...) et aux souffrances qu'elles génèrent. » (Dollander & de Tychev, 2002, p. 91). Aider les familles à se reconstruire ou se construire, là est notre enjeu. Effectivement, comme le dit Dolto, l'important est d'être suffisamment attentif aux besoins et aux signes, car tous les enfants n'exprimeront pas les symptômes de la famille de la même manière.

4.2.2. Défaillance de la famille

Défaillance, quel mot fort de sens ! Une défaillance sous-entend qu'il y ait une conduite type à avoir et que le cas échéant il y ait une incapacité à tenir cette ligne. Je vais alors expliquer ce que j'entends par défaillance concernant la famille. Bien entendu, il n'y a pas UNE façon d'aimer, il n'y a pas UN modèle de famille ; en revanche, comme nous l'avons vu précédemment nous savons qu'il y a des attitudes plus ou moins bénéfiques pour l'enfant. Je mets en parallèle la défaillance de la famille et la famille suffisamment bonne. Nous avons vu que les attitudes de la figure d'attachement et la répétition de celles-ci pouvait avoir un impact sur le développement de l'enfant ainsi que sur ses aptitudes en société. Pour autant nous avons également vu que plusieurs théoriciens s'intéressent à l'environnement de l'enfant : sa famille en fait donc partie. La théorie de Winnicott peut alors s'étendre à une famille suffisamment bonne qui aurait une attitude adaptée, prévoyante et durable pour l'enfant, ce qui participerait à un comportement sécure de la part de l'enfant. Pour autant, l'attachement sécure et même insecure ne sont pas une obligation en soit « *Un attachement secure ne garantit pas le bien-être, mais il augmente la résistance au stress et promet la résilience.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 165), le comportement de l'adulte en devenir peut être modifié. Cependant à l'inverse les attachements insecure conduisent à une attitude plus difficilement modulable « *Ces patterns d'attachement mettent en jeu le développement à long terme, en limitant la capacité d'adaptation de l'enfant.* » (Ibid, p.166). Bowlby a étudié ces types d'attachements et explique que ces enfants deviennent des adultes avec des comportements sociaux pas toujours adaptés puisqu'ils évitent les sentiments « *L'aliénation, le manque d'empathie et l'hostilité peuvent prédisposer ces individus à des troubles de conduites et des styles de personnalité antisociale.* » (Ibid, p.166). Ainsi en répartissant cette tâche à toute la famille, cela peut être plus léger à porter. Mais alors en quoi une famille peut-elle être défaillante ?

Cela peut être vaste ! Il peut s'agir de parents malveillants intentionnellement, ou des parents avec des difficultés sociaux-professionnels, mais aussi des parents porteurs d'une maladie somatique ou psychiatrique, ou encore une incapacité à s'attacher par peur. La peur de s'attacher peut avoir diverses étiologies : l'absence de modèles parentaux, un vécu traumatique, l'impact des représentations sociales... En quelques sortes la défaillance parentale est ce qui est susceptible d'affecter le développement de l'enfant, ce qui va faire ressortir un symptôme chez l'enfant. A ce sujet, bien que l'enfant soit porteur du symptôme familial, il n'en a pas réellement conscience « *Il n'a généralement pas de demande, si ce n'est le reflet d'une demande venant de son environnement, et sa souffrance, surtout si elle s'exprime par des troubles du comportement, est en lien avec les réponses apportées par son milieu qu'avec le ressenti personnel de ses actions.* » (Lemay, 2015, p. 23). Dans cet article, il est également expliqué que le parent peut admettre consulter pour son enfant, cependant il peut mettre du temps à consulter pour lui. Notons que la famille défaillante peut aussi concerner les maltraitances, nous ne développerons pas cette notion qui mérite un travail à part. Pour autant, l'impact sur l'enfant peut être terrible, d'autant qu'un certain tabou existe toujours sur ce sujet notamment concernant la maltraitance psychologique « *l'enfant peut développer toute une série de plaintes somatiques (...) des troubles psychopathologiques* » (Haesevoets, 2008, p. 20). Ainsi, je me demande si dans la situation de Marc le trouble du lien d'attachement a incité une forme de maltraitance psychique de la part de son père, ou si la maltraitance a induit une rupture du lien d'attachement.

« *Pour les enfants qui ont subi une privation relationnelle précoce, des séparations multiples ou durables, ou des traumas précoces, le processus d'intervention est généralement long et le changement peut être irrégulier, posant ainsi des défis de taille aux parents.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 171). Ceci me rappelle une situation que j'ai vécue en stage. Une petite fille a été retirée à la naissance de ses parents par le JAF (Juge des Affaires Familiales) pour violence du père et incapacité de la mère à protéger son bébé. De ce fait son premier bain, son premier biberon, le portage, la réassurance et l'attention dont elle avait besoin lui ont été fournis par les soignants. Je me suis particulièrement occupée d'elle, j'ai pu observer les comportements qu'elle avait en lien avec l'absence de relationnel parental. Bien entendu nous nous occupions beaucoup d'elle, cependant elle n'avait pas la visite de ses parents, et nous ne pouvions pas l'avoir aux bras toute la journée. Elle pleurait plus que les autres bébés, cependant elle se calmait assez facilement lorsqu'elle était au bras. J'ai pu lui donner des bains

enveloppés et constater son apaisement durant ce soin. Les soins concernant cette petite fille étaient de l'ordre du Care, comme nous l'avons vu auparavant, un enfant s'attache par nature et a besoin de ce lien. En tant que soignant, nous lui avons apporté l'attention dont elle avait besoin et tout l'apaisement que nous pouvions lui offrir. Par la suite elle a été placée à la pouponnière ; nous pouvons nous demander comment cette petite fille pourra se construire et se structurer ? En quoi la multitude de figures d'attachement va impacter son développement psycho-affectif ? Nous ne savons pas si elle sera rendue à ses parents, on peut également se questionner sur le meilleur pour l'enfant, à savoir être séparé de ses parents ? Ou prendre le risque de vivre de la maltraitance ?

Une défaillance de la famille peut également s'entendre par le fait que personne ne puisse fournir au bébé les besoins qu'il exprime et qui, à force de répétitions, va créer un faux self. Winnicott définit ce concept ainsi « *Certains types de carences de la part de la mère, par exemple un comportement désordonné, sont source d'une hyperactivité du fonctionnement mental.* » (Winnicott, 2006, pp. 25-26). Avant de développer ce concept, souvenons-nous de la seconde topique de Freud. Le surmoi se développe durant la toute petite enfance ; avant son développement l'enfant a beaucoup de ça ; certains troubles engendrés par un comportement désordonné peuvent donc aboutir à une surexpression du surmoi ou au contraire une surexpression du ça. N'oublions pas, également, que l'enfant est porteur du symptôme familial, de ce fait il peut créer des troubles mais aussi réagir aux troubles de ses parents. Revenons sur le faux self, qui peut donc soit être une conséquence de la famille défaillante soit être la raison pour laquelle cette famille est défaillante. Winnicott explique, qu'en cas de défaillance, l'enfant ne s'isole pas mais vit d'une *fausse façon*. Dans la situation où un faux self se crée, essayer de faire révéler le vrai self de la personne reviendrait à le détruire, tout son monde s'écroulerait. Nous avons beaucoup parlé de l'environnement de l'enfant et de son importance, à ce sujet le faux self permet à l'enfant de s'en adapter « *lorsque la mère ne peut pas s'adapter suffisamment bien, il y a séduction du nourrisson qui en vient à se soumettre et un faux self soumis réagit aux exigences de l'environnement que le nourrisson semble accepter.* » (Winnicott, 2006, p. 108).

Le risque d'une famille défaillante concerne le développement aux autres de l'enfant. L'enfant n'est pas en capacité d'avoir des réactions suffisamment bonnes en fonction des situations « *(...) associations entre l'expérience relationnelle d'attachement et les indicateurs généraux de mauvaises adaptations.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 167). Il y a également des répercussions sur sa vie personnelle en grandissant comme le

développement de troubles, la vulnérabilité à la dépression. Comme le dit Winnicott en parlant de la relation mère-bébé « *Toute rupture dans ce processus ne peut être définie que comme un défaut de la capacité d'établir une relation à l'objet.* » (Winnicott, 2006, p. 68). Pour autant cela n'est pas une obligation, le changement peut intervenir à tout moment du développement. Peut-être que le parent peut prendre modèle sur la figure d'attachement secondaire ? La figure d'attachement secondaire peut avoir un rôle éducatif pour le parent en lui fournissant des explications et en l'accompagnant dans les gestes parentaux. Le soignant peut donc avoir une double casquette : de soin pour l'enfant et de réassurance pour le parent. Comment le soignant peut-il prendre soin au sein de cette triade ? Il est important d'avoir en tête qu'« *Une histoire familiale ne s'interprète pas, elle se lit.* » (Patris, 2004, p. 56).

4.3. La prise en charge de la famille

Le holding est une sorte de garde-fou qui permet d'éviter les conséquences d'une défaillance familiale « *Face à des ruptures trop importantes, le risque pour l'enfant est l'angoisse d'annihilation* » (Boukobza, 2003, p. 65). Mais il est difficile de pouvoir se rendre compte d'un trouble de l'attachement entre le caretaker et l'enfant ; même si des indices peuvent venir questionner le soignant, d'où l'ambiguïté du diagnostic de Sheldon. Il est nécessaire de réaliser diverses observations avant de pouvoir le diagnostiquer. Le principal but du soignant étant de comprendre si l'attachement s'est mal fait ou pas fait afin de pouvoir en adapter la prise en soins. Comme nous l'avons dit auparavant, le type d'attachement n'est pas une fin en soi « *Le cycle peut se rompre : même sans connaître en profondeur les mécanismes de transmission et de changement, nous savons que le changement vers la sécurité peut survenir grâce à l'engagement dans une relation émotionnellement investie et féconde.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 172). Le soignant se trouve face à un double enjeu et donc au sein de la triade soignant-enfant-parents. Le soin ne concerne alors pas uniquement l'enfant, mais aussi, et peut-être surtout, la figure d'attachement. Avant de revenir sur notre sujet principal, il me paraît important de faire un point sur la base du métier de soignant : le soin. Comment celui-ci se fait et quels sont les enjeux qui le sous-tend ? Nombreux sont les écrits traitant du soin, nous pouvons constater que des concepts lui sont particuliers.

4.3.1. L'alliance thérapeutique

Commençons par tenter de comprendre ce qu'est un soin. Un soin se doit de répondre à l'intégrité psychique et physique du patient, et ce dans toutes les situations. Afin d'approfondir ce constat généraliste, nous pouvons ajouter qu'il se veut également singulier par le côté unique du patient mais aussi parce que le soin se développe en fonction des « *ressources affectives* » du soignant « *le soin doit être réalisé avec tendresse* » (Pirard, 2006, p. 81). En effet, il s'agit d'un lien entre êtres humains et de ce fait nous ne pouvons pas oublier l'affect qui se trouve en chacun d'entre nous « *penser le soin comme travail, c'est assumer la dénaturalisation des ressources affectives nécessaires au soin* » (Ibid). Virginie Pirard n'est pas la seule à défendre cette idée, Céline Lefève émet l'hypothèse d'un soin comme la relation d'amitié « *Elle pose, à plusieurs titres, la question de sa nature en conduisant, notamment, à se demander si et dans quelle mesure elle doit et peut s'approcher d'une relation d'amitié, voire coïncider avec elle.* » (Benaroyo, Lefève, Mino, & Worms, 1ère édition: 2010; 2ème tirage : 2011, p. 108). Bien entendu il s'agit d'une relation professionnelle pour autant il est nécessaire, voire primordial, que le soignant puisse s'impliquer comme s'il s'agissait d'une relation d'amitié. Ceci peut rendre plus aisée la relation et l'investissement du patient ; mais cela peut également tenter de rétablir l'asymétrie soignant-soigné souvent mise en cause. Cependant nous devons avoir en tête les limites de la relation de soin, les limites du lien susceptible de se créer afin de ne pas s'approcher de trop près de la relation d'amitié. Lorsque les deux relations sont étudiées nous comprenons aisément la différence qui y réside : alors que l'une est gratuite et libre, la seconde existe par une demande d'une des deux parties. Et ainsi, nous pouvons mettre en corrélation ces hypothèses avec la relation de soin théorisée par Paul Ricoeur, philosophe français reconnu dans les sciences humaines et sociales, avec les 5 piliers, que sont l'empathie, le non jugement, l'écoute active, la neutralité bienveillante et la congruence. Certains de ces piliers peuvent effectivement se retrouver dans une relation d'amitié, mais les enjeux en sont différents. Nous retrouvons également le concept de Donald Winnicott, en faisant le parallèle entre la mère suffisamment bonne et le soignant suffisamment bon. Ainsi afin de construire une relation de soin et d'obtenir une alliance thérapeutique, nous avons besoin d'être dans une certaine justesse d'implication avec notre patient, une juste distance. Autant de concepts que nous étudions fréquemment en relation duelle. Mais alors qu'en est-il pour la triade soignant - enfant -

parents ? En effet lors de toute prise en soins d'un enfant, il est indispensable de prendre en compte la cellule familiale, en quoi cela peut être différent de la dyade soignant - soigné ?

Ainsi, sur le même principe que le développement psychoaffectif, il peut être nécessaire d'organiser la triade relationnelle en instaurant une confiance dans les relations. Cette confiance passe par une explication des soins, une bonne communication, mais aussi une écoute active des besoins de l'enfant et de ses parents. Chacun des trois partenaires a une influence sur la relation des deux autres, c'est ce qui explique également la fragilité de cette triangulation. Le soignant prend soudain une posture parentale due à ses fonctions. L'autorité qu'il doit instaurer pour la juste distance des soins, mais aussi sa présence constante sont deux éléments qui peuvent laisser penser aux caractéristiques de la figure d'attachement. Ces propos sont très justement expliqués dans un article traitant de la prématurité : « *La position des infirmier(e)s pédiatriques dans la triade est difficile.* » (Tombeur, Lempereur, & Durieux, 2007, p. 224). Ils expliquent que le soignant doit d'abord être très impliqué dans la relation afin de réussir à créer une confiance, sans pour autant prendre la place des parents et en gardant la juste distance professionnelle. Mais pour autant dans un second temps les soignants doivent réussir à mettre de la distance afin de laisser à la famille toute son autonomie.

L'alliance thérapeutique peut être vue comme un contrat tacite entre le soignant et le soigné dans lequel une relation de confiance s'établit. D'après Antoine Bioy, elle « *peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés* » (Bioy & Bachelart, 2010). Pour Marie-Claude Matéo, l'alliance thérapeutique implique quatre notions primordiales : « *la négociation : pour être d'accord sur le cadre thérapeutique ; la mutualité ; la confiance ; l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (pour le thérapeute) et de se laisser influencer (pour le patient)* » (Matéo, 2012). L'alliance thérapeutique peut s'établir grâce à une relation de soin où le soignant prend en compte son patient dans sa singularité « *un tel souci de l'individualité du malade constitue selon nous un, voire l'élément essentiel de la relation de soin* » (Benaroyo, Lefève, Mino, & Worms, 1ère édition: 2010; 2ème tirage : 2011, p. 108). En pédopsychiatrie ou en pédiatrie ce concept ouvre les portes à une tierce personne : la mère, le père, la figure d'attachement. Pour réussir une alliance thérapeutique qualitative, le soignant a la capacité de développer deux axes de soin : le care-cure, Winnicott aborde le cure comme étant le soin technique et le care comme étant le prendre soin. Bien que le concept de care ait été préalablement mis en avant par Jean Watson, Winnicott l'a vraiment associé aux enfants. Le professionnel a la complexité de devoir

développer le care auprès de l'enfant mais aussi de ses parents. Peut-être cherchons-nous à étendre le lien secure créé entre l'enfant et les parents jusqu'au soignant, le temps des soins ? En effet, l'alliance thérapeutique, pour être optimale, passe par la sécurité et la confiance.

Une particularité essentielle à l'alliance thérapeutique est la sollicitude. Celle-ci a été étudiée par Paul Ricoeur « *Soi-même comme un autre* » (Furstenberg, 2021, p. 8), mais elle est régulièrement reprise. La sollicitude est une sorte de bienveillance et de sympathie par et pour l'autre ; c'est une manière d'être, un savoir-être que nous reprendrons dans une prochaine partie. « *un talent ou une aptitude à prendre en charge une vie dépendante (...) une intelligence sensible au service de la conduite de la vie d'un autre.* » (Benaroyo, Lefève, Mino, & Worms, 1ère édition: 2010; 2ème tirage : 2011, p. 73), en ce sens la sollicitude ne s'apprend pas, c'est un état d'être qui constitue la personne. De ce fait, nous pouvons en comprendre qu'il y a une part du soignant suffisamment bon qui ne peut pas être modulé et appris. En effet il est essentiel d'inclure la sollicitude dans la relation de soin, elle ne s'en verra que plus authentique. Bien qu'elle ne s'apprenne pas puisqu'il s'agit d'un savoir-être, la sollicitude revêt trois caractéristiques : « *une capacité à la réponse appropriée, le poids de la situation relationnelle ou de la conjoncture, le classement en expérience morale qui implique une qualification a posteriori de celui qui prête attention à l'autre vulnérable.* » (Ibid, p.75,76). Nous revenons, ici, à la notion de la présence d'un affect dans la relation de soin, qui peut s'approcher de la relation d'amitié. Cependant il n'en est pas puisque la sollicitude est une action pouvant s'adresser à toute personne nécessitant un soin, l'affect ne peut être détaché de ce concept. L'alliance thérapeutique engendre également une fiabilité du soignant pour le patient. Maintenant que nous avons éclairci ce qu'est un soin et que nous savons qu'il est constitué de la sollicitude, nous pouvons nous attarder sur le concept qui les réunit tous les deux, à savoir le CARE. Ce terme se veut souvent étudié à l'opposé du CURE. En effet les deux concepts ne nécessitent pas les mêmes apprentissages, compétences. Comme nous l'avons dit précédemment, alors que le premier rejoint le savoir-être, le second fait appel au savoir-faire. Les concernant Winnicott explique « *La tension marquée par la distinction cure-care permet de souligner ce qui se perd dès lors que le soin est détaché de ses ancrages et considéré comme un acte thérapeutique isolé dans la vie de l'individu.* » (Marin & Worms, 2015, p. 92).

4.3.2. Accompagnement de la famille

En français, nous n'avons pas le vocabulaire pour faire la différence, avec un seul mot, entre le care et le cure, alors nous les laissons en anglais et ils prennent tout leur sens. Winnicott les a développés pour arrêter de les mettre en opposition, en les étudiant comme deux notions que tout soignant devrait apprendre à utiliser. Pourtant dans notre société certains professionnels se désintéressent de la partie care : « *N'étant plus vraiment nécessaire à l'exercice médical, le care est confié aux paramédicaux, les infirmières et les aides-soignantes, considérées comme les vraies spécialistes du care.* » (Marin & Worms, 2015, p. 73). Le care renforce la qualité du soignant, ce concept nécessite un soignant fiable, adapté et rassurant pour la famille « *Elle promeut une attitude empathique et une individualisation des soins. L'attention se porte au malade dans son environnement, dans sa singularité.* » (Lombart, 2015, p. 68). Cette citation se veut encore plus réelle concernant l'enfant et sa famille ; ils ont des histoires différentes, et nous l'avons vu, des styles d'attachement différents, ce qui impacte la relation à l'autre. Le care implique un niveau d'ouverture à l'autre et compréhension de l'autre, qui peut faire penser aux soins maternels. C'est pourquoi lorsqu'il s'agit des enfants nous entendons souvent le concept de caregiver : celui qui prend soin. Nous l'avons dit lors du développement de l'enfant : l'enfant ne peut vivre seul, il nécessite obligatoirement les bons soins d'un adulte. En parlant du caregiving, Bowlby le définit « *Il représente la capacité à prodiguer des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi, aussi bien de pourvoir à ses besoins physiologiques que ses besoins affectifs.* » (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015, p. 21). « *Les quatre phases du care décrites par Joan Tronto se caractérisent dans les soins prodigués à un enfants* » (Lombart, 2015, p. 69) : le caring about (se soucier de), le taking care of (se charger de), le care giving (donner des soins) et le care receiving (réaction aux soins). Il s'agit bien de s'inspirer de cela, en tant que soignant, pour l'accompagnement des familles.

Dans notre hypothèse de départ, la figure parentale est défaillante ; ainsi le soignant peut s'inspirer de cette notion de caregiving pour pallier l'absence psychique ou physique du parent. Le but n'étant pas de prendre la place, mais de procurer les soins nécessaires en attendant que le parent soit disponible. Nous pouvons suggérer une place particulière du soignant à ce moment-là « *A partir des interactions orchestrées par le caregiver émerge une relation d'attachement spécifique, caractérisée par la réciprocité.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 156). L'enfant est en capacité de créer des relations différentes en fonction

du donneur de soin, ainsi l'attachement à la figure d'attachement primaire se construit à travers le temps et peut s'enrichir par la présence temporaire de figure(s) d'attachement secondaire(s).

« *Le care-cure est une extension de concept du holding.* » (Marin & Worms, 2015, p. 34), nous avons abordé cette notion de holding, mais comment le soignant peut se l'approprier dans ses soins ? Commençons par le définir « *Le holding consiste à offrir un environnement physique à l'enfant dans sa période d'immaturation physique et psychique.* » (Ibid, p.82). Ainsi, en présence d'une famille défaillante, le soignant est en mesure de prendre soin de la famille qui elle-même prend à son tour soin de l'enfant et cela se faisant à travers la parole du bébé qui est exprimé par le soignant, le tout en favorisant le peau à peau caretaker - enfant, il s'agit de « *la clinique du holding* » (Boukobza, 2003, p. 66). Le holding s'instaure durant l'immaturation de l'enfant tout comme le début du lien d'attachement, c'est pourquoi il est si important d'avoir le soutien d'un soignant dès les prémices d'un défaut du lien. Winnicott insiste sur l'importance du corps, le lien qui se construit avec le nouveau-né passe en premier par le contact corporel. Ce que nous pouvons retrouver lors des premiers jours de vie avec le peau à peau. Certes ce soin est utile pour la thermorégulation du nouveau-né mais il l'est également pour la sensation qu'il en éprouve « *Il continue dans les bras de ceux qui soignent, dans la relation corporelle dont la psychanalyse winnicottienne fait le foyer du développement de la pensée réflexive de l'enfant.* » (Marin & Worms, 2015, p. 83).

Bien que le soignant ne soit pas celui de la figure d'attachement, nous voyons bien qu'il est impossible de prendre en soins l'enfant sans sa famille. Le soignant doit porter une double casquette afin de créer une relation de confiance avec la famille qui ainsi acceptera les soins, ce qui permet de créer une relation de soins avec l'enfant. Le soignant se base sur des concepts utilisés pour les liens familiaux et en faisant cela, les parents peuvent prendre exemple sur le soignant, à l'instar d'une figure d'attachement, d'un modèle. Il est parfois utile de panser le soin pour pouvoir le penser. C'est-à-dire que la position du soignant peut le déstabiliser, ne voulant pas prendre la place de la figure parentale, il en devient un pour le parent. Il est nécessaire de prendre un recul afin de se resituer. Une citation m'a particulièrement touchée et je trouve qu'elle permet cette prise de recul mais aussi d'atteindre une certaine humilité « (...) *penser le soin médical implique de relativiser la puissance de son emprise technique.* » (Ibid, p.88).

Cependant, mon attention se porte sur la limite de l'accompagnement, en effet nous pouvons lire « *Je dirai volontiers que ce sont les médecins et les personnes soignantes qui refont sans*

cesse l'expérience du deuil ; un des risques de notre métier est que nous nous endurcissons, car la perte répétée de patients nous fait prendre garde de ne pas trop nous attacher aux malades. » (Marin & Worms, 2015, p. 33). La juste distance et la juste implication sont les garde fous de notre profession. A plusieurs reprises, il est cité que les soignants auraient un instinct pour s'occuper d'autrui, ou peut-être s'agit-il de soignants suffisamment bons ? « (...) *je parle de la tendance naturelle des médecins et des personnes soignantes à répondre aux besoins de dépendance des malades* » (Ibid, p.35). Cette particularité pourrait-elle nous protéger des limites du care ?

4.3.3. Le prendre soin

Faisons quelques distinctions de terminologies. LE soin est différent de LES soins, Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique belge, note à ce propos « *on peut en effet faire des soins sans prendre soin, et prendre soin d'une personne sans avoir besoin de lui faire des soins.* » (Lombart, 2015, p. 69) ; mais aussi le prendre soin de la famille n'est pas le même que le prendre soin d'un patient. En cela j'entends que les concepts que nous avons vus sont faits pour une relation en dyade, mais là nous sommes bien dans une triade avec la famille au cœur de la relation. En psychanalyse, il existe bien la thérapie familiale, cependant cela est réalisable quand tous les composants de la famille entrent en soin. Le sujet de ce mémoire concerne d'avantage le soin de l'enfant qui est le porteur du symptôme familial. Nous ne devons pas non plus mélanger le prendre soin de la famille et soigner la famille ! Ici nous sommes bien auprès de l'enfant MAIS grâce à la relation de confiance établie au sein de la triade, nous pouvons amener le parent à aller consulter pour lui, ce qui peut être bénéfique pour l'enfant. En effet Michel Patris, psychanalyste français, explique concernant l'histoire familiale : « *C'est le lieu de la névrose manifeste, ouverte à toutes les explications psychologiques.* » (Patris, 2004, p. 56). Il y a donc bien besoin d'une intervention soignante pour apaiser cette névrose, ce qui peut en découler une réduction des troubles de l'enfant. Et ces derniers étant la réponse à un lien d'attachement difficile.

Le concept de family centered care a été développé afin de mieux entourer le jeune patient. Il s'agit d'allier le savoir et le care du soignant au soutien, à l'amour et à l'attachement de la famille. L'implication de la famille permet d'obtenir une alliance thérapeutique plus rapidement. Ce concept est basé sur quatre valeurs « *la dignité et le respect, le partage de*

renseignements, la participation et la collaboration » (Lombart, 2015, p. 68). Celles-ci sont comme une promesse entre le soignant et les parents dans le but d'une prise en soin optimale de l'enfant. Il a commencé à se mettre en place pour pallier les traumatismes liés à la séparation, que l'enfant vivait lors d'une hospitalisation. Petit à petit les structures ont impliqué l'entourage afin de répondre au soutien affectif et social de l'enfant. Ces dimensions ne sont pas prises en charge par les soignants mais pour autant sont nécessaires à la santé et la guérison de l'enfant. En 2012, une étude a publié des résultats montrant l'efficacité de ce concept. Cependant cette étude est de petit poids car il y a peu de participants. Toutes les études existantes portent sur divers sujets et concernent les bénéfices pour les enfants, pour autant elles ne sont pas encore suffisamment parlantes. Assez peu d'études sont publiées, une grande partie d'entre elles est réalisée aux Etats-Unis ; ce qui me bloque l'accès à plus d'informations. Toutefois ceci montre bien l'intérêt qui se déploie autour de l'alliance thérapeutique au sein de la triade. Je terminerai mon argumentaire sur cette citation qui va dans le sens du mieux-être pour l'enfant malade : « *Les soignants et les parents doivent conjuguer leurs efforts pour recréer un environnement suffisamment sécurisé malgré le contexte médicalisé* » (Lombart, 2015). Ce concept est valable lorsque l'enfant a une maladie somatique, et que le lien risque, à ce titre, d'être mis à mal. Cependant qu'en est-il des maladies psychiques, ou des diverses défaillances parentales vues précédemment ? Qu'est-ce qui est mis en place pour ces familles ? Quels sont les outils des soignants ?

La complexité du prendre soin de la famille réside également dans le fait que les troubles de l'enfant et la difficulté du lien d'attachement sont la résultante d'une famille non suffisamment bonne. En effet les psychanalystes ont souvent traité de cela « *les seuls à qui l'on peut proposer une cure psychanalytique sont les très jeunes enfants, orphelins ou privé durablement de leurs parents, ceux qui ont dépassé l'âge d'Œdipe ou ceux qui sont véritablement en danger.* » (Schauder, 2008, p. 21). Il y est expliqué que l'absence du surmoi chez le jeune enfant implique l'absence de refoulement, ce qui permet un meilleur accès à la névrose. L'enfant étant le porteur du symptôme de la famille, les barrières peuvent être plus importantes. L'adhésion de la famille aux soins et à la relation est ainsi primordiale. D'autant que le réseau présent autour du soignant peut jouer un rôle dans le prendre soin de la famille. Cela peut être au niveau institutionnel, le travail en équipe pour un soutien du soignant ; mais aussi des thérapies pour les autres membres de la famille, des aides sociales au domicile... Tout cela en valorisant les capacités parentales à être suffisamment bon « *Or, continuer à faire résonner le care dans le cure, autrement dit*

inscrire l'attention à autrui au cœur de la relation thérapeutique, c'est pour Winnicott la condition même de l'efficacité réelle du soin. » (Marin & Worms, 2015, p. 49). En créant une relation de confiance avec la famille, car il est impossible de la créer uniquement avec l'enfant, le soin en sera de meilleure qualité.

La défaillance familiale engendre une complexité supplémentaire pour le prendre soin de la famille. Cela nécessite une adaptation à la famille de la part du soignant bien plus importante. Pour ce faire, il semble important que le soignant se connaisse en tant que personne ainsi que dans sa vie professionnelle. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, il est fréquent que la famille ne soit pas en capacité de voir que tout ou partie de cette difficulté du lien d'attachement provienne d'elle. Il peut y avoir une difficulté à affronter ses propres failles et cela crée un frein à la relation. La connaissance de soi, en tant que soignant, permet une plus grande ouverture à l'autre, et soigner une famille c'est avant tout du savoir-être. Ce dernier est délicat à définir « *le savoir-être reste un « fourre-tout de capacités, d'attitudes, de qualités personnelles ou de valeurs* » (Le Boterf, 1994, p.103) » (Faure & Cucchi, 2020, p. 5). Nous pouvons le qualifier comme un mélange des connaissances, des lectures qui nous ouvrent à autre chose, des rencontres, des émotions des qualités personnelles, des schèmes opératoires. En effet le savoir-être peut être mis en comparaison avec le savoir-faire et en ce sens il relève de compétences. Être compétant dans son travail est « *savoir agir de façon pertinente dans une situation professionnelle. (...) il n'est ni dans le simple libellé d'une activité ni dans la seule mobilisation de compétences.* » (Le Boterf, 2020, p. 37). Nous constatons alors que le savoir-être se situe dans l'action de faire ou ne pas faire. L'éclairage que les lectures apportent aux soignants, sous forme de savoir-être, sont la clé de la formation de la relation de confiance qui s'établit au sein de cette triade. Comme le pense Winnicott il y a une part en nous qui est plus à même de prendre soin de l'autre ou pas... « *Le psychanalyste parle de propension « naturelle » à répondre aux besoins des malades qui serait présente chez certains soignants, tandis que d'autres ne sont que « médiocrement capables » de se mettre à la place de leur patient.* » (Marin & Worms, 2015, p. 112).

5. Enquête exploratoire

5.1.Méthodologie

La méthode que j'utilise pour mener mon enquête est la méthode clinique. L'INSERM la définit : « *études scientifiques réalisées sur la personne humaine, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales* » (La recherche clinique, 2021). En effet cette méthode vise à obtenir de nouvelles connaissances afin de pouvoir modifier les pratiques professionnelles. Suite à la réflexion menée dans la partie précédente, je souhaite pouvoir mettre en avant l'importance de faire attention au type d'attachement que l'enfant est en train de construire avec sa figure d'attachement principale. C'est une notion qui peut nous permettre d'adapter notre relation de soins. Le but de cette méthode est la construction d'un sens autour du trouble qui est représenté dans la question de départ. Dans mon cas, il va s'agir d'émettre un sens, des hypothèses, concernant la formation de troubles suite à une figure d'attachement défaillante, et dans ce cas-là comment le soignant peut combler le manque le temps de la reconstruction de cette figure parentale. En effet j'é mets l'hypothèse que le soignant peut être figure d'attachement secondaire pour l'enfant. Pour autant il faut savoir que dans la recherche clinique, il n'est pas possible de standardiser car il s'agit du vécu de chacun. Cependant, nous pouvons modifier les pratiques professionnelles.

De plus je tiens à revenir sur une notion, le terme « clinique ». Ce dernier vient du grec *klinikos* signifiant qui vient du lit. Nous sommes en soins infirmiers, et passons le plus clair de notre temps auprès de nos patients, souvent près de leur lit d'hôpital. Il apparaît donc naturel de choisir cette méthode pour élaborer l'enquête exploratoire. Cette compétence est basée sur l'individu, ce qui explique également pourquoi je choisis la recherche qualitative qui me permet de créer une relation particulière avec les professionnels que j'ai rencontrés lors des entretiens.

L'outil qui est utilisé pour cette recherche est l'entretien semi-directif. Pour cela je guide les soignants avec une question inaugurale, large sur le thème que je souhaite aborder, puis des questions de relances basées sur les concepts du cadre théorique, durant la conversation (Annexe I : Questionnaire vierge). A la différence de l'entretien non directif, je recentre le professionnel si celui-ci déborde par rapport à mon sujet. Cependant le mieux reste de poser le moins de questions possible afin de laisser le professionnel s'exprimer en fonction de sa propre réalité. En effet, je cherche à avoir le vécu des soignants, à les laisser parler dans le but qu'ils soient les plus authentiques possible. Je recherche leurs expériences dans cette situation

particulière. Ces entretiens sont d'autant plus riches qu'ils ont déjà eu une première réflexion avisée car le professionnel retranscrit avec tout son savoir basé sur les connaissances et sur son expérience. Remarquez qu'il peut s'agir là, également, d'un biais à la recherche ; en effet le soignant peut omettre de dire certains éléments qu'il n'aura pas jugé utiles ou n'allant pas dans le sens de son savoir. Au vu de l'hypothèse que je teste, j'ai interviewé des IDE et puéricultrices travaillant en pédopsychiatrie, à l'UPB et en somatique en service de néonatalité. J'ai également demandé un entretien en pouponnière, cependant celle-ci est restée sans réponse malgré mes nombreuses relances. Durant les entretiens, il est important d'avoir une certaine neutralité ; en effet il y a une double subjectivité lorsque l'enquête exploratoire se réalise avec un entretien. Celle de la personne interviewée, comme nous l'avons vu précédemment, d'une part et celle du chercheur qui peut interpréter les dires sans le vouloir. En aucun cas, il s'agit là de réaliser un débat ! Je ne dois pas prendre position et donc rester le plus neutre possible, et ceux malgré mes lectures qui m'auront permis d'établir mon cadre de référence. Afin de réaliser des entretiens semi-directifs j'ai préparé un guide d'entretien répertoriant les sous-thèmes possibles à aborder.

Une particularité supplémentaire reste à noter dans ce type d'enquête, c'est l'observation. La communication non verbale peut être importante et peut être retranscrite. Pour cela, je dois reconnaître que mon stage en CMPEA m'a été d'une grande aide car nous faisons cela à chaque entretien. En effet le comportement, l'attitude d'une personne peut exprimer des sensations de malaise ou d'inconfort. Grâce à cela j'ai pu rebondir sur des questions qui conduisent l'entretien plus loin qu'initialement prévu. Pour plus d'efficacité, j'ai ressenti la nécessité de réaliser une grille d'observation afin de pouvoir lister les signes observables.

Concernant le traitement des données que j'ai récoltées, j'utilise la recherche qualitative ; au vu du temps dont je dispose la recherche quantitative est compliquée à réaliser. La recherche qualitative se base sur l'observation de situations, sur des récits de professionnels ou de patients en retranscrivant les entretiens effectués. La récolte de ces données ainsi que son analyse permettent de donner un sens à l'hypothèse de départ.

Je vais à présent pouvoir vous présenter l'analyse de mon enquête exploratoire, que je vais mettre en tension avec mes recherches documentaires. Ainsi je peux en faire ressortir la problématique qui se construit en quatre étapes : les lectures faites, les entretiens réalisés, l'argumentation du cadre de référence et enfin la problématique en lien avec tout ça. Celle-ci aboutit à la question de recherche.

5.2. Réalisation des enquêtes

J'ai fait parvenir mes demandes d'entretiens par mail en joignant mon guide d'entretien (voir Annexe I : questionnaire vierge, p.I). Mis à part pour la pouponnière, les réponses me sont vite parvenues (voir Annexe II : réponses des établissements, p.II). A partir de ce moment, j'ai pu prendre rendez-vous dans les services par téléphone, soit avec la cadre soit avec les professionnels directement concernés. Il a fallu trouver des dates qui convenaient aux IDE et à mon planning, ce qui n'a pas toujours été simple ! Mais nous y sommes parvenues. En revanche, j'ai fait de nombreuses relances auprès de la pouponnière : par mail avec différentes adresses mails, par téléphone. N'ayant pas de réponse ni positive ni négative, j'ai fini par arrêter les relances ; d'autant que j'avais déjà cinq entretiens forts intéressants.

Le moment des entretiens a été une expérience riche et très agréable à vivre. Pour une fois durant mes études, je n'étais plus vue comme l'étudiante, mais comme une professionnelle ; il n'y avait pas d'observation, d'évaluation ou autre. Juste deux professionnelles qui discutent d'un sujet et d'expériences vécues. J'ai vraiment beaucoup apprécié cette période d'entretien, j'aurais d'ailleurs aimé pouvoir en faire plus si le temps me l'avait permis. Pour les réaliser, nous avons toujours eu une pièce au calme où nous n'étions pas dérangées. Sauf pour l'entretien de Phoebe parce qu'elle avait une modification de planning et que le médecin avait besoin d'elle, nous avons donc dû écourter l'entretien qui a duré tout de même 50 minutes. J'ai pu constater que certaines d'entre elles étaient plus à l'aise dans ce rôle que d'autres. Il me semble que Janice et Carol faisaient attention à ce qu'elles disaient, comme par peur de faire une erreur. J'ai plusieurs fois essayé de les rassurer sur le fait que je ne cherchais pas une réponse préconçue ; ce qui a créé à certains moments des biais dans leurs réponses. Je m'en suis rendue compte par la suite.

5.3.Présentation des entretiens

L'ensemble des entretiens est versé en Annexe III : Entretiens, débutant à la page III. J'ai pu réaliser cinq entretiens, dont un seul en service somatique. En préambule de chaque entretien, j'ai demandé aux soignantes leur autorisation pour les enregistrer en précisant que je maintiendrai l'anonymat, c'est une fois cet accord obtenu que j'ai pu commencer à enregistrer.

Le premier entretien (Annexe III en néonatalité : Janice, p.III) se déroule avec une puéricultrice que nous prénommerons Janice. Elle est en poste en néonatalogie depuis 19 ans et diplômée depuis 25 ans. Avant ce service elle a travaillé chez les grands enfants. Elle a donc toujours exercé auprès des enfants en hôpital général puisqu'elle a fait l'école de puéricultrice tout de suite après celle d'infirmière. Ma question inaugurale se veut large afin de mettre à l'aise le soignant, je leur demande donc de me raconter une situation mettant en jeu un attachement parent-enfant difficile. Janice n'a pas pu m'en parler d'une, nous sommes restées dans du général. Peut-être qu'il s'agit d'une situation moins fréquente en somatique, ou peut-être n'arrivait-elle pas à saisir le sens d'un attachement difficile ? Pour autant elle a pu me parler de ce style d'attachement et mettre en avant des notions importantes dans le développement de l'enfant. Janice accorde un grand intérêt à l'autonomisation des parents, ainsi qu'à l'environnement durant l'hospitalisation.

Le second entretien (Annexe III au CMPEA : Carol, p.XX) est celui de Carol travaillant en CMPEA depuis 10 ans. Elle est infirmière depuis 24 ans et a toujours travaillé en psychiatrie. Elle hésite sur la façon de me parler de sa situation car nous en avons discuté lorsque j'étais en stage. L'histoire de la famille de cette situation est importante puisqu'elle conditionne la difficulté du lien. Les parents ont un lourd parcours d'échec de grossesse et d'adoption. Le petit garçon a été adopté à 4 mois et peu de temps après la maman est tombée enceinte, les deux enfants ont peu d'écart d'âge. Carol axe son travail sur le comportement, l'évolution de l'enfant et le cadre que le soignant peut lui proposer.

Le troisième entretien (Annexe III à l'UPB : Rachel, p.XXX) est une discussion avec Rachel, infirmière depuis 15ans. Dès l'entrée à l'IFSI, elle savait qu'elle voulait travailler en psychiatrie. A la sortie de l'école, elle a donc intégré la psychiatrie pour 1 mois chez les adultes, puis elle a rejoint la pédopsychiatrie. Le début de l'entretien est très détaillé, malheureusement la fin est plus rapide puisque nous avons été interrompues pour l'informer que son rendez-vous était avancé car il était devenu plus urgent. Elle fait le choix d'une situation impliquant des

jumeaux dont un est décédé à 3 semaines de vie. Cette situation est riche en émotions et plutôt difficile à porter pour les soignants aussi bien du point de vue de la mère que de l'enfant. Celle-ci remet beaucoup en question. Bien qu'il n'y ait plus de suivi Rachel sait que la relation n'est toujours pas fluide entre l'enfant et sa maman. Elle a une position de protection envers les mamans afin qu'elles réussissent à prendre leur envol et à être confiante en leur capacité. Ceci n'en sera alors que bénéfique pour le développement de l'enfant.

Le quatrième entretien (Annexe III à l'UPB : Monica, p.XLVI) a été réalisé avec Monica, puéricultrice depuis 26 ans. Elle travaille actuellement à l'UPB. Elle a un parcours professionnel varié. Elle a commencé par exercer auprès d'enfants placés, puis comme directrice de halte-garderie, ensuite elle a fait une pause en tant que puéricultrice pour travailler au sein de l'EFS (Etablissement Français du Sang). Cela fait 19 ans qu'elle a rejoint la pédopsychiatrie, dans un premier temps auprès des adolescents puis à l'UPB. Pour la situation, elle fait le choix de me présenter une situation pour laquelle les deux parents sont de nationalités étrangères, ce qui impacte forcément le style de parentalité puisqu'il y a une culture et des représentations différentes. Pour cette situation, il s'agit d'une grossesse gémellaire réalisée par FIV, après le décès de deux bébés. Monica défend le fait que l'implication du soignant est primordiale aussi bien physiquement que psychologiquement. Elle dit soigner par le corps et mettre à disposition le sien pour le bon développement de chacun ; bien entendu elle explique cela et ne le fait pas sans consentement.

Enfin le dernier entretien (Annexe III à l'UPB : Phoebe, p.LX) se déroule encore à l'UPB avec Phoebe, infirmière depuis 16 ans, elle a en premier travaillé auprès des adolescents en psychiatrie puis depuis 13 ans elle est en poste dans l'unité parents bébé au sein de l'équipe mobile. La particularité de sa situation réside dans le fait que la maman ait fait un bébé sans partenaire et avec un vécu compliqué au niveau de l'attachement avec sa propre mère. Elle soutient l'importance de la prise en soin individuelle de la figure d'attachement afin de faire ressortir l'enfant présent dans le parent.

J'ai pu constater que les soignantes ont eu une interprétation concernant une même question, les mettant en difficulté pour y répondre ; alors qu'elles m'y ont toutes répondu à un moment dans l'entretien mais sous un autre format. La question concerne le lien au sein de la triade, mais surtout concernant le lien soignant enfant. Je vous expliquerai cela par la suite.

6. Analyse

Pour mener à bien cette analyse, j'ai fait le choix de ne pas utiliser de tableau informatisé. Cependant, sous le même principe, j'ai relevé les propos des soignants en les répertoriant par concept afin de pouvoir les croiser et les présenter. Pour rappel, l'enfant et son développement comprend le développement psycho-affectif de l'enfant, la théorie d'attachement et le soignant suffisamment bon. La partie sur l'enfant et sa famille inclut devenir une famille et la défaillance de celle-ci ; et enfin le prendre soin regroupe l'alliance thérapeutique, l'accompagnement de la famille et la prise en charge que l'on peut faire.

6.1.L'enfant et son développement

Nous avons vu précédemment comment se passe le développement de l'enfant. Phoebe explique en d'autres termes l'attachement secure « *comme un petit explorateur, de pouvoir découvrir le monde* » (Phoebe, 1.441), « *explorer d'une façon adaptée, curiosité n'est pas freinée* » (Phoebe, 1.443). De la même manière elle explique le rôle des parents « *les parents, ce sont ces guides là qui mènent jusqu'à l'autonomie* » (Phoebe, 1.462), ils montrent la route, sans faire à la place de l'enfant.

Durant les entretiens, les soignants nous montrent comment il peut être compliqué de construire un lien sécurisé parent-enfant. Tout d'abord notons que l'hospitalisation dès le plus jeune âge peut troubler ce lien « *hospitaliser... perturber le lien* » (Janice 1.27-28), « *y'a des problèmes dans les liens d'attachement...se voir plus tard* » (Janice, 1.403-404). En effet il peut être difficile de venir dans le service pour différentes raisons, que l'institution entend et souhaite modifier : « *l'architecture est faite de façon à ce que les mères ne soient plus séparés à la naissance de leur bébé* » (Janice, 1.168-169) « *démarche IHAB* » (Janice, 1.170). Expliquons rapidement l'IHAB, Initiative Hôpital Ami des Bébé, c'est une démarche qui implique certaines formations des professionnels et une restructuration des locaux pour un zéro séparation enfant-parent. Cela peut permettre aux institutions et par répercussion aux soignants d'être suffisamment bons comme nous avons pu l'expliquer dans le cadre théorique. Les soignants de néonatalogie ont également des formations pour le respect des besoins du bébé afin d'accompagner au mieux son développement (Janice, 1.466-467 ; 1.495-496). Toujours est-il que cette séparation dès la naissance peut complexifier l'élaboration du lien « *perturbé... il*

s'est pas mis en place dès la naissance » (Janice 1.41-42) Nous pouvons comprendre cela puisque le lien se crée dans les premiers mois de vie, souvenons-nous que le bébé a d'abord la perception de ne faire qu'un avec sa maman. Le lien d'attachement se construit grâce à une figure d'attachement stable et constante, mais comment l'être en milieu hospitalier ? A contrario, Janice explique que les parents qui n'ont pas eu cette primo séparation, ne laissent pas leur enfant lors d'une hospitalisation ; alors que les parents ayant connu la néonatalité oui (Janice, 1.63-64-67-69). Janice questionne même une perturbation du lien (Janice, 1.72-73). Dans ce cas-là en effet nous voyons un comportement différent chez le parent en fonction de son vécu de la toute petite enfance avec le bébé. Le lien du parent envers le bébé serait-il moins stable ? Ou au contraire s'agirait-il d'une importante confiance aux soignants ? Cependant nous pouvons également questionner le fait que le soignant ait pris soin du bébé à la naissance durant cette séparation en néonatalité et lui a apporté les soins nécessaires à son bon développement. Cela étant les caractéristiques du caregiving, de ce fait le soignant fait office de caregiver secondaire dans la vie de l'enfant jusqu'à la sortie de l'hospitalisation et donc pouvoir retrouver la figure parentale. Ainsi une seconde hospitalisation n'engendrerait pas d'angoisse ou de crainte pour les parents « *ça peut être une confiance aux soignants* » (Janice 1.105-106).

Le lien peut être compliqué à se mettre en place par une histoire familiale difficile comme l'explique Carol. « *mettre un peu à l'épreuve...le tester* » (Carol, 1.22-23) l'enfant peut rechercher le lien avec ses parents. Certainement par manque de fiabilité de la figure d'attachement, et dans l'attente que celle-ci le sécurise, ce qu'elle confirme en disant « *difficultés parentales pour pouvoir se positionner dans un lien sécurise* » (Carol, 1.28-29). La question de l'arrivée du petit frère biologique vient certainement mettre en péril la création de ce lien et la sensation de sécurité que l'enfant pouvait ressentir. L'insécurité du lien avec la figure d'attachement empêche l'enfant d'en créer avec d'autres personnes même s'il peut entrer en relation « les choses étaient possibles » (Carol, 1.66) « *il pouvait progressivement investir le lieu...pas jusqu'à nous demander de jouer avec lui* » (Carol, 1.76 à 79). Une relation ou une certaine confiance liée à la présence des parents ? Ce garçon n'est pas suffisamment sécurisé pour aller explorer d'autres relations, d'autres personnes, malgré qu'il soit en âge de demander à l'adulte de jouer. Nous pouvons questionner le manque d'espace de soin personnel au vu de son âge, en effet les séances étaient réalisées avec les parents.

Carol nous explique l'importance du respect de ce moment de soin pour l'enfant et le respect de ce qui s'y passe. Pour réussir à faire une séance avec l'enfant il faut l'adhésion au soin des

parents et cela peut passer par des moments de transitions afin de rassurer tout le monde « *je vais échanger avec le parent...solliciter le parent...mais pas directement* » (Carol, 1.100 à 105). La difficulté du lien peut aussi bien venir de l'enfant que du parent et le plus souvent des deux : « *enfants pleurent crient, pleurent, refuse...parents anxieux, en difficulté pour quitter l'enfant...* » (Carol, 1.212 à 217). Cependant le fait que le soignant parle aux parents devant l'enfant peut faciliter la relation de confiance au sein de la triade : l'enfant voit que le soignant ne divulgue pas ses dires, mais qu'il est en bon lien avec sa figure d'attachement, le parent voit que l'enfant arrive à investir l'espace de soin. Rachel présente également un enfant, Ben, avec une histoire de vie particulière. En effet à la naissance il a été séparé de son jumeau qui est décédé à 3 semaines de vie, la maman a suivi le jumeau et n'a pas vu Ben durant ce temps. Cependant cela reste un sujet tabou « *ça n'a jamais été évoqué par les parents* » (Rachel ; 1.174). Les soignants ont dû apporter certains soins à Ben que les parents n'ont pas pu faire en lien avec leur absence, puis que la mère n'a pas réussi à mettre en œuvre une fois revenue vers lui, ce que nous verrons plus tard, « *il a fallu supporter autour de cet enfant* » (Rachel, 1.51), « *préserver les moments de lien maman bébé* » (Rachel, 1.52-53). Rachel nous explique que Ben a été en capacité de s'appuyer sur d'autres personnes fiables puisque sa mère ne pouvait pas lui apporter « *le lien avec la maman...pas toujours parfait...elle en avait conscience...par contre la famille était là, le papa était là, une super qualité de lien avec le papa* » (Rachel, 1.135 à 138). La maman avait conscience de sa défaillance, est-ce cela qui a permis à Ben d'avoir les aptitudes d'aller exprimer ses besoins à d'autres figures stables ? Ben était quand même la plus grande majeure partie du temps avec sa maman, des conséquences auraient-elles pu être prévisibles ? « *passer des journées comme ça avec sa maman, est-ce que c'était cohérent dans l'état dans lequel elle était ?* » (Rachel, 1.227-228). Cependant un certain lien a pu se créer « *elle a pu allaiter Ben* » (Rachel, 1.181), mais « *c'était le seul portage qu'il avait de sa maman* » (Rachel, 1.185). Le rôle du soignant se fait ressentir dans cette situation. En soignant suffisamment bon il peut avoir plusieurs actions : auprès de l'enfant et en mettant la maman en action « *tout mon travail était de recentrer une attention vers Ben* » (Rachel ; 1.188-189). Tout en faisant attention à la maman qui de toute évidence devait être en souffrance « *je le regardais mais c'est pas lui que je veux voir* » (Rachel, 1.239). Cela n'est pas vecteur d'un attachement sécure ; de plus bien qu'elle soit en capacité de prodiguer des soins concernant les besoins physiques, le caregiving traite aussi les besoins psychiques, qui, là, ne sont pas respectés par la mère.

Outre l'histoire familiale, Carol souligne l'impact des troubles du comportement qui peuvent être mis en cause. Toutes ces étiologies engendreront des répercussions sur l'adulte en devenir « *...importance...développer...grandir...apprendre* » (Carol, 1.283-284). Phoebe rejoint ces propos, en expliquant les conséquences d'un attachement insecure « *ils peuvent pas imaginer qu'il y a autre chose que des ruptures... soit on est ensemble collé...sinon...on disparaît l'un à l'autre* » (Phoebe, 1.140 à 144). Elle explique cela en lien avec le bébé présent dans la maman et donnant une raison possible de la fin prématurée de cette prise en charge. Il y a donc soit une fusion soit un détachement total puisqu'il s'agit d'enfant n'ayant pas expérimenté la fusion avec leur figure d'attachement, ainsi ils n'ont pas les outils pour se détacher sans que cela crée des angoisses. Nous verrons plus loin que cela a une influence sur le lien d'attachement avec le bébé « *l'arrivée d'un bébé... bouleverse cet écosystème de famille questionne tout ça* » (Phoebe, 1.177-178) et pour cela, en soignant suffisamment bien, nous devons montrer qu'autre chose est possible, une autre façon d'être avec son enfant. Elle rajoute même que le soignant peut être un repère pour l'enfant en attendant la disponibilité de la figure d'attachement « *il a des appuis, il arrivera mieux à grandir et ya une différence* » (Phoebe, 1.189) ; d'autant que parfois le trouble dans l'attachement est tellement fort que la maman ne repère pas les signes exprimés par l'enfant « *elle comprenait pas...il avait vraiment besoin de ses bras* » (Phoebe, 1.256). Cette maman a vécu un tel traumatisme lorsqu'elle était enfant, qu'elle avait un réel dégoût pour son bébé « *je supporte pas sa bave, je peux pas lui donner son bibi* » (Phoebe, 1.30), nous verrons ce que cela impliquera chez la maman dans la partie suivante. Phoebe tente, en faisant parler l'enfant, de repositionner la maman dans sa posture d'enfant afin qu'elle puisse prendre conscience de ce que vit son enfant « *il dit plus rien parce qu'il est habitué à votre mode de fonctionnement* » (Phoebe, 1.200). En effet un enfant pas suffisamment secure sera enclin à ne plus réagir face aux discontinuités de son parent, et essaiera d'y pallier « *il doit s'épuiser parce que ses besoins ne sont pas satisfaits d'une manière optimale...un frein à son développement de petit explorateur* » (Phoebe, 1.444-445). Elle va même plus loin en expliquant les problématiques qui peuvent survenir avec des parents voulant être parfaits, cela peut conduire leur enfant à devenir « *tyranniques* » (Phoebe, 1.456). C'est ainsi que nous pouvons comprendre la justesse du parent suffisamment bon. L'enfant n'a pas besoin d'un parent parfait, qui n'existe pas, il a besoin d'un cadre et d'une fiabilité qui le conduise à son bon développement.

Afin de limiter l'impact de l'hospitalisation en néonatalité, Janice explique l'importance de l'autonomisation des parents dans les soins, dans le but d'éviter la perturbation du lien « *renforcer le lien... pour prendre soin du bébé* » (Janice, 1.85-86). Allant dans ce sens, l'hôpital a créé une unité « *à la maternité il y a l'unité kangourou c'est donc des chambres de néonate* » (Janice, 1.178-179) cependant l'accès demande de nombreuses conditions. Nous sommes en possibilité de nous demander si le lien d'attachement parent-enfant n'est offert qu'aux enfants sains ? Bien entendu que non, c'est pour cela que les institutions essaient d'améliorer les aménagements des services, cependant le processus est long, en attendant, les soignants tentent de pallier les éventuelles répercussions sur le développement de l'enfant par un accompagnement des parents que nous verrons plus tard dans l'analyse et qui passe par le contact avec l'enfant (Janice, 1.323). Dans ce but de création du lien d'attachement et d'autonomisation des parents, Janice explique que le soignant doit être en capacité de mettre en retrait ses connaissances afin que les parents prennent de l'assurance (Janice, 1.455 à 457). Monica dit naturellement que le soignant peut prendre une position permettant le bon développement du bébé « *il valait mieux qu'ils reçoivent de nous plutôt que rien.* » (1.89-90), en effet lorsque les parents ne sont pas disponibles psychologiquement, ils ne peuvent pas répondre aux besoins des bébés. Elle explique que le soignant est en capacité de proposer une stabilité dans l'attachement « *...figure stable et continue...avoir un lien d'attachement...* » (Monica, 1.97 à 99). Introduirait-elle la figure d'attachement secondaire ? Nous pouvons penser que oui puisque plus tard elle dit « *...on était à un second plan* » (Monica, 1.104, 1.105 à 107), elle explique le rôle du soignant suffisamment bon en attendant la disponibilité de la figure d'attachement principale. Lorsque les enfants sont habitués à avoir d'autres figures stables dans leur vie ils sont en capacité de faire appel à elles pour leur bon développement (Monica, 1.125). Est-ce que le lien est moins compliqué à avouer en soins psychiatriques ? Est-ce qu'il est plus facilement admis ? Pourtant par la suite, à la fameuse question du lien, la réponse n'est pas évidente.

Au moment où je questionne la limite du lien avec l'enfant, je ressens, de la part de Janice, une première réticence comme si le lien avec un patient adulte était admis mais pas celui avec un patient enfant, elle justifie immédiatement en me disant : « *pas prendre la place des parents* » (Janice, 1.203). En effet je souhaite discuter autour du lien soignant-soigné et aucunement de prendre la place de... La limite est, également, vue comme une implication trop forte « *avoir eu du mal à me détacher...trop important* » (Janice, 1.270-271), alors qu'il peut y

avoir des limites de tout ordre (de temps, matériel...). Monica émet l'hypothèse de la seule limite que notre connaissance du soin (Monica, 1.219). Elle explique qu'elle utilise son corps comme un soin, qu'elle s'implique pour le bien du bébé, mais tout en expliquant à la maman tout ce qui s'est passé. « *J'offre ma joue...c'est eux qui décident...je donne un câlin...ça passe par le corps...je l'accompagne* » (Monica, 1.207 à 216), c'est un passage très fort qui a été chargé en émotions où j'ai pu ressentir tout l'investissement de cette soignante pour le bon développement des bébés qu'elle prend en soin. Monica a d'ailleurs dit une phrase qui résonne en moi depuis cette interview que nous développerons dans la partie de l'enfant et sa famille mais qui conclut sa façon de voir le soin lorsqu'il y a un trouble de l'attachement parent-enfant : « *on est comme une auxiliaire du moi de la mère, on est un prolongement* » (Monica, 1.235). Le soin passe alors par une bonne connaissance de qui nous sommes en tant que soignant, une stabilité dans notre savoir-être et un soin qui passe par l'accompagnement. Elle a pu cependant exprimer une réticence de certains soignants « *non non il faut pas trop faire de câlin. Mais moi je voyais pas comment ne pas répondre à une demande d'un bébé* » (Monica, 1.218-219). Que se passe-t-il pour penser ça ? Des soignants qui se baseraient sur d'anciennes théories, certaines représentations à l'époque où on pensait qu'il ne fallait pas porter les bébés ? Est-ce réellement mauvais pour le bébé ? Nous avons pu voir que Bowlby explique l'importance du portage de l'enfant, de l'attachement. Le portage est ici employé sous son sens élargi, il ne s'agit pas juste du portage physique, mais également psychique. Carol ne voit aucune problématique à la limite du lien dans la relation de soin, tant que le soignant se connaît et connaît son cadre de travail. Rester à sa juste place permet de créer un lien sécurisé sans franchir une certaine barrière professionnelle « *par rapport à notre place et fonction...on n'est pas des substituts parentaux* » (Carol, l. 11- à 118). Le lien semble être primordial pour que l'enfant se sente sécurisé dans son espace de soin, pour qu'il puisse s'exprimer et que le soin puisse fonctionner : « *je vais rester très discrète...son espace à lui...possibilité d'échanger ... confidentialité.* » (Carol, 1.145 à 148). Carol dit qu'en dehors de la connaissance de la posture de soignant la seule limite est l'enfant. Cependant malgré des oppositions elle réussit chaque fois à réaliser le soin (Carol, 1.158), le temps pour construire ce lien est certainement le secret. Nous n'aborderons pas cette question dans cette partie pour l'interview de Carol puisqu'elle s'en sert pour le prendre soin de la famille au complet. Pour Phoebe la limite du lien est la barrière de la famille qui a une retombée sur le développement de l'enfant, comme elle le dit « *notre boussole...c'est le bébé...se développe d'une façon harmonieuse* » (Phoebe, 1.289 à 291). Si tout cela n'est pas

réuni, c'est que le soin n'obtient pas l'effet escompté et que le soignant est arrivé à sa limite. Il s'agirait donc de parents « *fixés sur qu'il y a pas de possibilité... l'enfant reste... on ne s'occupe pas de lui d'une façon adaptée* » (Phoebe, 1.273 à 276). Finalement le lien peut aller aussi loin que les parents le laissent évoluer, ce qui permet au soignant de pouvoir être une figure stable pour l'enfant en attendant la disponibilité de sa figure d'attachement. Rachel exprime que la limite du lien est celle du temps, c'est-à-dire la durée de prise en charge.

Nous retrouvons une réticence, et ce avec presque tous les soignants lorsque je questionne le lien au sein de la triade, mais surtout avec l'enfant. Je me demande si les soignants ont peur du jugement, ou s'ils ne se sentent pas le droit de créer un lien comme ils le feraient avec un patient adulte, parce qu'il s'agit justement d'un bébé en pleine construction du lien d'attachement. Le lien soignant-soigné avec un bébé est pris, lors des entretiens, comme un attachement à l'instar de celui des parents « *je ne pense pas avoir un lien avec ce bébé, qui soit de l'ordre vraiment de l'attachement* » (Janice, 1.254-255) alors que lorsque j'implique les parents c'est possible « *crée un lien avec la famille, il y a le bébé aussi* » (Janice, 1.264). Pourtant nous l'avons vu plus haut, un bébé s'attache par nature, et cela est essentiel pour son développement, il est également en capacité de créer différents liens afin de combler celui qui devrait être réalisé par le parent. Nous retrouvons cette hésitation chez Monica et Phoebe qui axent la question sur la maman plutôt que sur le bébé « *c'est pas moi qui vais créer un attachement* » (Monica, 1.263), nous verrons le détail de ces idées dans la partie avec la famille ; « *on crée le lien d'abord avec le parent... on se rencontre ensemble* » (Phoebe, 1.323-324). Ce qui est étonnant c'est que Monica et Rachel nous parlent du lien avec l'enfant avant que je ne pose la question, sans que cela ne soit un problème. « *le lien... du côté du développement, et d'avoir suffisamment d'aptitude à pouvoir demander* » (Rachel, 1.323-324), « *le lien... je vais t'aider à pousser et à pouvoir faire appel aux personnes qui vont s'occuper de toi* » (Rachel, 1.328-329). Ici Rachel explique le lien comme une aide à l'autonomisation du bébé. Ensuite quand je pose la question du lien, elle exprime d'avantage le fait que le soignant soit présent pour le parent plus que pour l'enfant « *nous on crée un lien avec le parent. Le bébé, le lien il est avec ses parents nous on va pas créer du lien* » (Rachel, 1.374-375), ici une première interrogation me vient quel est le rôle de l'UPB si le lien parent-bébé n'est pas remis en question ? De plus un peu plus loin elle me dit à nouveau « *Ils vont le chercher avec leur parent, sauf si vraiment le parent n'est pas présent psychologiquement, ils viennent vers nous... on sait que ça peut être palliatif* » (Rachel, 1.397 à 399) et il s'agit bien là de tout le sujet de ce mémoire,

lorsque les parents ne sont pas disponibles pour créer le lien. Peut-être qu'un instant, Rachel a oublié que nous sommes dans le cas d'une défaillance parentale, et que le soignant crée un lien secondaire pour pallier le manque de celui-ci. De manière plus générale, quel est le problème de créer un lien avec le patient-enfant ? Nous avons vu au préalable qu'un soignant peut faire office de caregiver en l'absence parental et maintenir un environnement stable et rassurant pour le bébé, et ainsi prendre entièrement son rôle de soignant suffisamment bon. Rachel peut même être dans une certaine forme de contradiction en disant ne pas être en lien, et ne faire de câlin à l'enfant, pour autant quand je demande si c'est un problème le câlin elle dit « *c'est hyper bon signe* » (Rachel, 1.413). Phoebe insiste sur qui est le parent, mais pourquoi ? est-ce qu'il y aurait la peur d'une représentation sociale ? Qui a besoin d'être sûr de qui est le parent ? Le bébé ? Nous avons vu que non il sait qui est présent temporairement et qui est son parent, sur qui il peut s'appuyer et qui est défaillant. Le parent peut-être ? Effectivement les parents peuvent avoir des difficultés dans leur posture, et là est l'importance de ce travail. Peut-être que le soignant a besoin d'insister par peur que JE, en tant qu'étudiante et intervieweuse, puisse confondre la posture des deux ? Pour autant Phoebe est en capacité de reconnaître que le bébé peut avoir besoin du soignant « *voir comment le bébé s'appuie sur sa mère ou s'il s'appuie plus sur moi* » (Phoebe, 1.330-331). Janice, quant à elle, reconnaît qu'il y a plusieurs années le lien soignant-enfant pouvait exister par réponse à l'absence des parents dans le service de néonatalogie (Janice, 1.355-356). Il était alors autorisé de mettre en place une relation soignant soigné ? Ou est-ce que, actuellement, les soignants ont une crainte de la mettre en place ? Le seul cas où Janice peut concevoir créer un lien c'est lorsque les parents ne sont pas présents parce qu'il s'agit d'un placement (Janice, 1.300). Les soignantes se justifient sur un éventuel lien qui pourrait se créer, ont-elles eu alors peut-être des reproches ? « *Je le prenais, je pensais pas que j'allais le garder avec moi* » (Rachel, 1.400). Pourtant elles avaient l'accord du parent pour la prise en soin, et le lien fait partie du soin. Concernant l'entretien avec Rachel, j'ai pensé qu'elle n'avait pas compris le sens de la question, mais nous étions prises par le temps, j'ai préféré avancer sur les autres questions. Rachel fait une distinction entre le portage et le lien. Elle exprime ne pas créer de lien avec l'enfant, mais pouvoir être en portage physique du bébé tout en étant en portage psychique de la maman (Rachel, 1.405 à 409).

La séparation est un sujet plus ou moins aisé, pour certaines il n'y a aucun problème à la séparation c'est du positif, pour d'autres il y a une préparation à réaliser, un accompagnement à faire. Par contre, les soignantes travaillant à l'UPB ont toutes parlé de la limite de temps car

la prise en soin dans ce service s'arrête obligatoirement aux 18 mois du bébé. Monica explique l'accompagnement à la séparation « *réduire la prise en charge...de l'accompagner* » (Monica, 1.330). C'est là aussi le rôle du soignant : aider à la séparation. L'enfant montre par ses réactions qu'il est prêt à se séparer « *il a ses compétences, il en est là, il doit aller là* » (Rachel, 1.345) ; il s'agit donc d'une évolution « *il a pas souffert de nous quitter* » (Rachel, 1.399)

L'impact à long terme de l'attachement insecure n'a pas été abordé par tous les soignants parce que la prise en charge est terminée. Rachel, qui est toujours en relation avec la maman de Ben, a pu relater les répercussions sur cet enfant de 5 ans : « *encore difficile à l'école* » (Rachel, 1.80), « *angoisse...je sais pas mais peut-être de mort...il a envie de rejoindre son frère* » (Rachel, 1.90-91), « *il est porté par la foi, mais il a envie de rejoindre son frère* » (Rachel, 1.149-150). Nous pouvons nous questionner sur l'unique suivi de la mère. Avec de tel propos Ben ne rentrerait-il pas dans un cycle pour la mort ? Est-il persuadé de vouloir cela, ou est-ce un mimétisme des propos maternels ? En attendant les troubles sont présents et peuvent être dévastateurs. Bien que le papa soit la figure d'attachement principale, l'absence de la maman est marquée. Cela signifie-t-il que seule une mère peut être suffisamment bonne ? Ou est-ce le fait de se sentir rejeté qui cause les troubles ?

6.2.L'enfant et sa famille

Dans la partie théorique, nous avons pu voir que devenir une famille n'était pas toujours facile, et que ces difficultés peuvent engendrer des troubles dans le lien d'attachement. De plus nous avons montré en quoi une famille peut être défaillante, j'ai essayé dans mes entretiens d'avoir des exemples concrets de défaillance. Ils sont très variés et peuvent parfois être expliqués. L'histoire familiale peut suffire à elle seule à rendre les parents défaillants. Comme nous l'avons vu avec Carol « *les difficultés des parents à pouvoir...être en lien...avec 2 enfants* » (Carol, 1.45 et 50), la grossesse biologique tant désirée qui arrive par surprise une fois l'adoption réussie. Peut-être y avait-il une notion de culpabilité chez ses parents ? Les parents peuvent aussi avoir du mal à quitter leurs enfants, ce qui peut être la cause d'un trouble parce que la dyade est alors trop fusionnelle : « *il peut pas laisser son enfant se séparer* » (Carol, 1.200). Cela peut empêcher l'enfant de se développer au niveau social puisque l'incapacité du parent à se détacher impactera l'enfant « *parents... très anxieux, très en difficulté pour quitter du regard leur enfant... pour accepter que leur enfant investisse d'autres jeux ou personne* »

(Carol, 1.215 à 217). Mais aussi la séparation peut être compliquée bien que le lien au sein de la dyade ne soit pas fusionnel. Dans tous les cas le rôle du soignant est de rassurer les parents afin que la séparation soit possible « *on peut faire multiplier les rendez-vous avec les parents* » (Carol, 1. 202). Les parents ne sont pas toujours disponibles émotionnellement et affectivement pour leur enfant et cela peut dépendre de leur pathologie « *réactions qui sont jamais les mêmes... pas avoir quelque chose de stable dans son environnement* » (Carol, 1.295-296). Comme nous l'avons vu dans le cadre de référence, cela a un impact sur l'enfant « *c'est désorganisateur* » (Carol, 1.298), « *troubles du comportement d'un enfant insécure...conduites à risque...dangereuses...mettre en danger* » (Carol, 1.306 à 308). Nous sommes face à des enfants qui, sans figure d'attachement stable, arrivent à des comportements néfastes pour eux-mêmes. Qu'en est-il de la défaillance de la figure d'attachement qui agit pour réparer son propre vécu ? « *c'était absolument terrible de devenir mère parce que tout son passé revenait aussi...sans aucun repère...comment prendre soin d'un enfant* » (Phoebe, 1.21 à 23) le but n'est pas de reproduire le douloureux passé, mais sans modèle parental la figure d'attachement devient défaillante par défaut de représentations positives. Monica aussi explique cela « *elle avait pas de modèle d'identification ou d'imgo maternel suffisamment rassurant, sécure, fiable* » (Monica, 1.68). Quelle place l'identification maternelle a-t-elle dans le rôle de la figure d'attachement ? Ce manque permet-il de faire appel plus facilement aux soignants ? Le rôle du soignant peut aussi être celui-là « *elles peuvent se construire une identité maternelle* » (Monica, 1.272-273), lorsque cette identité n'est pas créée, la fonction maternelle que peut prendre le soignant en tant que caregiver sert de modèle. « *elle nous déléguait beaucoup* » (Monica, 1.88), « *elle était présente mais pas avec eux* » (Monica, 1.133-134) serait-ce une fuite de ses enfants par crainte de ce qu'il pourrait arriver. En étant conscient de son indisponibilité, la figure d'attachement est en capacité de se mettre en retrait pour le bon développement de son bébé « *créé un lien d'attachement secondaire...on était autorisé par la mère...par le père aussi* » (Monica, 1.100 à 102). « *elle avait cette capacité-là de pouvoir ne pas être seule avec eux* » (Monica, 1.126-127) être suffisamment bon dans son incapacité à être en lien et à être une figure d'attachement stable et fiable.

Phoebe nous montre comment le vécu peut être fort de conséquences jusqu'à ne pas savoir se positionner en tant que parent mais aussi somatiser « *quand son enfant criait ça lui faisait une douleur corporelle... elle le rejetait...elle se nommait pas maman* » (Phoebe, 1.29 à 31). La maman n'a pas consulté durant le projet de grossesse, ni même durant les premiers mois de vie

« *elle a pas pu oser venir vers nous* » (Phoebe, 1.33). Quelles sont les craintes à consulter ? Comment réussir à désacraliser la psychiatrie ? Les problématiques de la maman la rendaient défaillante par manque de réponses adaptées qui la conduisaient à compenser « *maman qui essayait de répondre à tout...par du matériel* » (Phoebe, 1.38-39), « *remplissait comme si elle avait besoin de jouer aussi comme une petite fille* » (Phoebe, 1.75-76). Le parent cherche à combler son propre manque, ou l'amour passe-t-il par un objet ? Le bébé en exprimait des troubles « *défaut de portage et de contenance et était très instable dans son développement* » (Phoebe, 1.36-37). C'est d'ailleurs une source d'hésitation chez la soignante « *je sais pas si je peux dire des séquelles* » (Phoebe, 1.50). Pourquoi ne pas mettre un mot sur les conséquences d'atteintes psychiques ? Pourtant les répercussions sont visibles et bien présentes. Toute la question est de savoir comment faire évoluer les styles d'attachements vécus. La connaissance du vécu de la maman mène à un éclairage de la situation « *elle ne pouvait pas faire autrement* » (Phoebe, 1.59), « *un attachement complètement insecure chez une mère... incapacité de créer quelque chose de suffisamment sécuritaire* » (Phoebe, 1.81-82). Dans ces situations, le vécu de la figure d'attachement empêche de devenir suffisamment bon. Nous pouvons penser que l'accompagnement devrait alors être renforcé. Mais pour cela il est nécessaire que le parent soit conscient de sa propre défaillance « *comment on a été attaché conditionne toute notre vie* » (Monica, 1.194), la problématique de l'identité parentale se reconnaît ici. Nous pouvons nous questionner sur le lien entre la culture d'origine différente de celle du pays dans lequel le parent vit et la défaillance liée à l'histoire de vie « *elle était loin de sa culture...son lien à sa mère était compliqué* » (Monica, 1.64-65). Comme nous l'avons vu dans le cadre de référence, cela n'est pas chose aisée. En plus de cette défaillance, nous observons chez cette maman la peur du jugement de l'autre et d'une possible intervention sociale « *elle avait peur des regards* » (Phoebe, 1.94-95) « *tout ce qui est PMI égale à placement et signalement* » (Phoebe, 1.126). Le vécu de la figure d'attachement peut faire obstacle au jugement qu'il peut avoir pour prendre soin de son enfant. La maman dont nous parle Phoebe semble comme convaincue que personne ne puisse être bienveillant lié à son vécu « *voulait rester dans une espèce de toute puissance* » (Phoebe, 1.117).

En effet dans ce mémoire, nous ne traitons pas de la défaillance parentale par maltraitance physique, comme a pu le vivre la maman dans la situation de Phoebe. Par contre il s'agit de maltraitance psychique par défaut de parentalité, c'est pour cela que les parents peuvent avoir du mal à concevoir leur part de responsabilité. « *elle pouvait le laisser dans sa chambre qui*

était remplie de plein de choses parce que ses cris lui perçait le cœur » (Phoebe, 1.254-255). Cette maman n'avait certainement pas l'intention de faire du mal à son bébé, elle n'en avait même pas conscience. Pour autant le bébé a besoin de s'attacher et cela ne passe pas par de l'attachement matériel *« incapacité à répondre correctement aux besoins de son bébé puisque soi-même on est en grande souffrance »* (Phoebe, 1.262-263). Les angoisses parentales peuvent être transposées sur l'enfant *« imaginer qu'un bébé ne peut pas être tout seul dans son lit, c'est peut-être parce qu'on pense qu'on a peur qu'il meurt »* (Phoebe, 1.400-401), *« elle avait très peur de s'attacher à eux »* (Monica, 1.63). Identifier les angoisses de la figure d'attachement peut aider à comprendre les troubles exprimés par l'enfant *« ils voulaient pas manger comme elle le souhaitait »* (Monica, 1.73). L'enfant en vient à réagir contre l'angoisse parentale ce qui renforce la difficulté de la création du lien *« une vraie difficulté relationnelle »* (Monica, 1.83). Les angoisses parentales peuvent amener à des choses irrationnelles *« se promener avec un couteau dans le landau de son bébé...très peur de l'autre »* (Monica, 1.382-382). Nous pouvons imaginer la lourdeur de la situation pour le bébé et l'impact que cela engendre. Un flou réside sur cette situation Monica continue en disant *« elle avait été agressive avec le bébé »* (Monica, 1.385), elle n'a pas détaillé le fait. Est-ce les angoisses de cette maman qui l'ont poussée à cette agressivité ?

Le trouble du lien d'attachement peut concerner différents styles de familles, mais au sein d'une même famille le trouble peut être présent pour une grossesse mais pas pour les autres *« c'est une deuxième ou troisième grossesse qui pose problème »* (Monica, 1.155-156). Et au sein d'une même grossesse, comme avec la situation de Rachel dans laquelle un des jumeaux est décédé à 3 semaines de vie. Le deuil périnatal peut amener à une défaillance du rôle parental *« elle voulait être avec lui (l'enfant décédé) et pas avec cet enfant qui est resté »* (Rachel, 1.50), *« j'ai envie de mourir pour être avec mon bébé décédé »* (Rachel, 1.283). Consciente de ses difficultés la maman a exprimé à Rachel qu'elle *« se battait avec elle-même »* (Rachel, 55) cela en lien avec ses sentiments et émotions de deuil périnatal. Cette situation est assez bouleversante par la dureté des propos de cette maman *« pas vouloir de cet enfant qui restait...me montrer des photos de son bébé qui était décédé »* (Rachel, 1.60). La soignante exprime tout au long de cette situation que la mort était omniprésente à tel point qu'il a fallu créer un espace pour parler de ce bébé décédé, mais aussi toujours à l'heure actuelle puisque Ben exprime vouloir rejoindre son frère. Le rôle de la figure d'attachement est d'être stable et d'être en capacité de protéger son enfant *« elle a laissé Ben sur la table de la salle de bain »*

(Rachel, 1.61-62) « *elle lui a fait vivre aussi la mort* » (Rachel, 1.64), « *elle a laissé Ben sur la paillasse tout seul* » (Rachel, 1.216). Nous pouvons nous demander si cette maman n'avait pas conscience du danger ou si une part d'elle souhaitait qu'un accident arrive à Ben, cependant il semble important de trouver sur qui s'appuyer pour que le bébé soit en sécurité. Cette maman parle toujours de son bébé mort au dépend de celui en vit. Comment réagir et quelles actions mettre en place lorsqu'il n'y a pas de transformation du lien ? « *le lien encore aujourd'hui est pas si simple* » (Rachel, 1.67), « *on n'arrive pas à sentir l'affect* » (Rachel, 1.76). Elle a conscience de sa défaillance, mais n'arrive pas à la résoudre. Comment pouvoir aider cette maman et ce garçon ? Peut-être ne veut-elle pas la résoudre par peur de trahir son bébé décédé ? Rachel explique que la maman comprend Ben mais ne peut être en lien avec lui puis elle ajoute « *il existe à travers tout ça* » (Rachel, 1.109), comme si la maman en s'empêchant d'être en lien avec Ben laisse la place à Jerry. Mais aussi comme si elle ne s'autorisait pas à avoir cette place, Rachel explique que sur les photos la maman n'est pas présente, nous avons vu dans la partie précédente qu'elle laissait Rachel s'occuper de Ben sans difficulté et qu'elle savait que le papa était la figure d'attachement principale. Comme dans la situation de Phoebe avec la maman qui compense sa défaillance par des objets ; la maman de Ben compense en répondant uniquement aux soins du quotidien : change, allaitement, habillage. Et dans ces soins elle faisait également vivre Jerry « *elle voulait bien lui donner le sein, comme une machine tout en parlant de Jerry* » (Rachel, 1.194-195), « *comme s'il allait porter les chaussettes de lui et de son frère* » (Rachel, 1.255-256). Nous pouvons nous demander dans ces dernières situations si une trop grande souffrance ne peut pas être mise en cause dans le trouble du lien d'attachement.

Dans la même continuité, Janice nous explique comment des parents de prime abord sans difficulté avec le lien deviennent défaillants. En effet, l'hospitalisation semble perturber le lien « *certains parents ont beaucoup de mal à venir en néonate* » (Janice, 1.28-29). Est-ce une peur du service ? Effectivement, elle dit « *probablement l'appréhension de ce qu'ils vont trouver en néonate* » (Janice, 1.46). Un manque de soutien psychologique ? Ou encore une difficulté physique du post-partum ? Les parents qui arrivent à venir ne vont pas forcément être présents tous les jours ou toute la journée, elle nous explique également la sensation qu'ils peuvent éprouver « *se sentir inutile...peur de faire mal* » (Janice, 1.48). Cette crainte d'être maladroit face à son enfant né trop tôt rendrait-elle le parent défaillant ? Ou empêcherait-elle le lien parent-enfant de se faire ? Cette situation met le parent dans une posture inconfortable avec un doute du rôle parentale « *très souvent ils préfèrent nous laisser faire au début* » (Janice, 1.229).

Le fait que le soignant fasse à la place peut être une problématique selon Janice, notre rôle est d'accompagner les parents à prendre leur place parce que leurs émotions sont déjà très déstabilisantes « *des parents qui sont complètement démunis...pas capable de satisfaire les besoins de leur bébé* » (Janice, 1.289-290). Les parents ne se sentent pas en capacité de faire les soins, ou ont peur de mal faire, de faire mal ; alors que les soignants ont l'habitude de faire et doivent réagir en cas de problème. Il y a ici une forme d'inégalité parents-soignant qui est nécessaire de prendre en compte afin de pouvoir la rétablir le plus possible.

Nous les avons traitées dans le cadre de référence, les représentations autour de la famille sont nombreuses, mais nous n'avons pas abordé plus précisément celles autour de l'enfant « *une enfant qu'on rêve tant, désire tant, comme si c'était un objet* » (Phoebe, 1.114). Comment agir quand les représentations rentrent en collision avec la réalité ? La réalité de l'enfant face à l'image faite, la réalité des aides sociales face au souvenir du vécu « *c'est intéressant d'imaginer le bébé rêvé et le bébé réel. Il y a des grandes différences* » (Phoebe, 1.269). Une forme d'ambiguïté se crée : vouloir le meilleur pour son enfant mais le rejeter, reconnaître avoir besoin d'aide mais ne pas la laisser se mettre en place. Phoebe exprime toute la souffrance présente au sein de cette dyade en lien avec les représentations. De plus certaines peuvent être néfastes pour l'apprentissage à la parentalité « *on dit il faut pas porter un bébé dans les bras* » (Phoebe, 1.394-395) ils perdent confiance en leur capacité en essayant de vouloir faire en fonction des représentations sociétales.

Des aides supplémentaires au soin de l'enfant peuvent être proposé aux parents, c'est à eux de s'en saisir ou non. Comme nous l'avons dit, parfois les parents peuvent avoir du mal à reconnaître leur part de responsabilité dans les troubles que montre leur enfant « *on a plusieurs fois conseillé ...ils y sont jamais allés* » (Carol, 1.92). Elle précise bien que le soignant est là pour aider à la création du lien parent-enfant et qu'il doit être conscient de la barrière professionnelle « *on n'est pas des substituts parentaux.* » (Carol, 1.118). Certains se saisissent des opportunités, comme la maman de Ben qui a réalisé des psychothérapies, ce que nous verrons dans la partie suivante.

Il est vrai que pour réaliser un soin l'implication de la figure d'attachement est primordiale. C'est pour cela que j'ai voulu connaître le lien au sein de la triade « *on a besoin de faire lien avec lui (le parent), donc si c'est pas lui qui le fait, c'est nous qui allons le demander* » (Carol, 1.246-247). Certaines limites au soin peuvent être fixées par les parents « *supportent pas que leur bébé soit trop dans un lien* » (Monica, 1.224). Serait-ce une crainte d'être mis face à ses

défaillances en tant que parents ? « *la personne va être dans le clivage et elle va jouer la rivalité* » (Monica, 1.289-290). Mais au vu des entretiens cela ne semble pas être la majorité des parents « *ils sont contents que leur enfant prenne ça parce qu'ils voient bien que eux ils arrivent pas à le donner* » (Rachel, 1.414-415). Cependant le soin peut avorter par angoisse d'abandon de la part de la figure d'attachement « *ils mettent une fin avant que ça soit l'autre...c'est eux qui maîtrisent* » (Phoebe, 1.136-137), bien que dès le départ un certain cadre de prise en charge est établi. Peu importe la structure ou le service, l'institution ne crée pas de rupture cela serait contre-productif « *la discontinuité est néfaste pour le bon développement des enfants* » (Phoebe, 1.155). Nous pouvons aussi nous demander si l'anticipation de la séparation ne pourrait pas provoquer une angoisse chez la figure d'attachement ?

Il ne suffit pas d'avoir le consentement de la famille, il est nécessaire de créer un lien et de mettre la famille au travail et pas seulement l'enfant « *faire ressortir quelque chose qui soit ses compétences à elle... même si elle l'ignore* » (Phoebe, 1.327 à 329). Ce lien pose encore une fois un problème peut être de l'ordre de la rivalité « *pas être le meilleur parent, meilleur que les parents* » (Phoebe, 1.334). Le soignant n'est pas le parent, il a une fonction qui permet de soutenir et non pas de remplacer ; c'est bien cette notion que nous voulons éclaircir dans les entretiens. D'ailleurs elle rajoute « *Notre but, c'est que les parents puissent rentrer et être tranquille avec leur enfant... une réassurance, une confiance en eux* » (Phoebe, 1.338 à 340), le soignant serait une aide à l'autonomisation, ce qui est partagé par Rachel « *c'est eux qui ont la connaissance, pas nous* » (Rachel, 1.428-429). Le soignant peut être une sorte d'outil pour la figure d'attachement « *venir ici avec leur partie souffrante...dire des choses parfois terribles... on a le droit de penser ça... nous on est là pour l'accueillir* » (Rachel, 1.451 à 453). Pour cela il est nécessaire d'apprendre aux parents à observer leur enfant car de dernier leur exprime ses besoins « *voir les réactions de l'enfant* » (Phoebe, 1.383) « *découvrir les compétences de son bébé* » (Phoebe, 1.390). Ainsi les parents pourront créer un lien d'attachement avec leur enfant et obtenir une confiance en leurs capacités parentales. Il a plusieurs fois été dit par les professionnelles de l'UPB que les parents connaissent leur enfant, c'est eux qui savent les besoins. En néonatalogie, il est tout autre « *ils ne connaissent pas leur enfant* » (Janice, 1.55) ; en effet les parents ont été séparés de l'enfant dès la naissance, la maman nécessite des soins qui font qu'elle ne peut pas rester en permanence avec son bébé, l'apprentissage de la connaissance du bébé en devient difficile. D'autant que comme nous l'avons dit les conditions pour venir dans le service peuvent mettre des obstacles aux parents. Le soignant peut toutefois

aider ces parents à connaître leur enfant « *tirer le lait pour le donner à son bébé...papa de pourquoi pas venir amener le lait* » (Janice, 1.88-89), cela permet une implication des parents et une rencontre avec le bébé pour que le lien puisse naître. Ces pistes sont données aux parents dans le but qu'ils deviennent confiants en leurs capacités et puissent créer un lien avec leur bébé « *le lien d'attachement se fait pas forcément ça va poser des problèmes* » (Janice, 1.361).

A présent nous pouvons questionner la famille suffisamment bonne, et c'est à cette notion que Carol a pensé lorsque j'ai demandé ce qu'évoque ce terme pour elle « *un parent ajusté* » (Carol, 1.261) « *les qualités parentales, c'est sans cesse en évolution* » (Carol, 1.254). Ainsi la figure d'attachement est en capacité de répondre à tous les besoins de l'enfant y compris les besoins psycho affectifs (Carol 1.263-264). Elle dit également « *un substitut parent qui pourrait être en mesure de répondre aux besoins de son enfant qui serait suffisamment équilibré, sécure dans son couple* » (Carol, 1.255 à 257). L'équilibre du couple parental serait-il une clé pour être suffisamment bon, pour être un parent sécure pour son enfant ? Des parents suffisamment bons sont garants d'une stabilité « *pas se laisser contaminer par leur propre angoisse* » (Carol, 1.232). La famille suffisamment s'entend aussi pour Phoebe lorsque celle-ci fait une unité « *une maman seule n'existe pas, un bébé tout seul non plus d'après Winnicott* » (Phoebe, 1.181-182), en effet ils ont besoin l'un de l'autre pour évoluer et se développer. Une maman naît en même temps que son bébé « *quand cette maman est née* » (Monica, 1.61). A ce même titre suffisamment est dans le ni trop ni pas assez « *ya pas de bébé parfait ya pas de parents parfaits* » (Phoebe, 1.439) mais que tout de même « *le lien maman bébé que ce soit équilibré* » (Rachel, 1.478). La famille suffisamment bonne se voit aux yeux du soignant « *quand il y a une jolie interaction...que c'est fluide* » (Phoebe, 1.287-288) ; c'est ce qui permet au soignant de savoir quand le moment de la séparation est arrivé avec la famille. Parfois l'enfant peut être prêt mais pas la figure d'attachement, ou l'inverse. Monica aussi parle d'évolution et d'imperfection « *ne pas être parfait, ne pas vouloir tout contrôler...ajustement... les besoins évoluent...t'es jamais bon, parfaitement bon, mais suffisamment bon c'est être là* » (Monica, 1.412 à 418). Être suffisamment bon en étant là physiquement et psychiquement pour s'adapter aux changements. C'est aussi comprendre son bébé « *bébé fait ses demandes, maman y répond* » (Rachel, 1.363) et savoir interpeler les bonnes personnes qui entourent la famille (Rachel, 1.366).

Dans le cadre de référence, nous avons abordé le moment où les parents n'ont plus le droit de garde, durant les entretiens je ne suis pas rentrée dans ce sujet car ce n'est pas le thème

principal. Pour autant Rachel dit « *un enfant est bien avec ses parents tels qu'ils sont* » (Rachel, 1.480). Certaines maltraitements peuvent toutefois détruire un enfant voire même le tuer, que faisons-nous de ces situations ?

6.3. Le prendre soin

Ce concept est une notion qui est valable pour tous les soins avec tous les patients, la particularité lorsque nous prenons en soin un enfant est que nous ne sommes pas dans une dyade de soin mais une triade « *il faut qu'on s'occupe de la mère et des bébés* » (Monica, 1.97), « *tu crées un lien avec la famille* » (Janice, 1.264). Nous devons prendre en compte les parents « *il faut s'occuper de tout le monde* » (Monica, 1.137). Cependant certains soignants sont face à des parents qui ne savent pas quel rôle ils doivent tenir « *le plus parents rapidement, qu'ils puissent faire les soins de leur bébé* » (Janice, 1.80). Tout l'enjeu est non seulement de créer une relation de confiance avec les parents, mais aussi de leur faire prendre conscience de leur posture parentale « *faire comprendre aux parents qu'ils sont indispensables pour leur bébé* » (Janice, 1.208). Je ne pensais pas qu'il y aurait un tel frein concernant le lien enfant-soignant. Le prendre soin au sein de la triade implique un lien soignant-parent « *on peut être une imago maternelle possible* » (Monica, 1.272), un autre lien parent-enfant et enfin un troisième enfant-soignant. Et pourtant ce dernier ne semble pas être admis, comme nous l'avons vu dans la partie précédente. Pour Monica, ce lien ne paraît pas, dans un premier temps, problématique tant que chacun connaît son rôle « *je me mets pas de limite en tant que soignante mais je ne vais pas prendre la place d'un parent* » (Monica, 1.205-206), elle explique que les limites proviennent d'une incompréhension de notre rôle et fonction. Dans un second temps, ses nombreuses hésitations me laissent penser que le fait de poser des mots déstabilise Monica (Monica, 1.264 à 269). Nous pouvons voir, à contrario, que le lien soignant-parent est bien plus acceptable « *elle m'envoyait des photos* » (Phoebe, 1.41), ceci implique une relation de confiance établie, ce que Phoebe a dit un peu plus haut dans son entretien. Je me demande si, à travers cette action, la maman ne cherche pas une approbation de la part du soignant, comme une validation de bien faire.

Les soignants sont conscients qu'il est important de pouvoir réaliser un travail adapté au sein de cette triade en formation, pour autant au niveau de l'institution certains barrages sont présents, comme nous avons pu le voir dans le cadre de référence. Sur ce sujet Janice explique « *les besoins sont centrés sur la famille* » (Janice, 1.358) puis plus loin « *on considèrera que la*

place du bébé, c'est auprès de ses parents...on aura les locaux...ça sera un énorme énorme pas » (Janice, 1.504 à 507).

Pour que la triade fonctionne et que l'alliance thérapeutique soit instaurée chacun doit avoir conscience de sa place « *on restitue toujours les moments d'absence* » (Monica, 1.108), ainsi même en l'absence de la figure d'attachement principale, le soignant lui laisse sa place et l'aide dans la formation du lien. Carol aussi applique cette méthode « *en faisant part de ce qui a pu se passer* » (Carol, 1.106), pour elle, cela a un double enjeu : celui d'impliquer le parent et donc de réussir à créer une relation de confiance, et celui de mettre au travail l'enfant pour qu'il puisse appliquer ce qui a été vu durant la séance. Le rôle du soignant est d'accompagner la famille « *on est là pour accompagner aussi en respectant le style parental* » (Monica, 1.160-161) et cela passe par des aides aux parents pour être en lien avec leur enfant « *chercher ensemble...apprendre à décoder le langage* » (Monica, 1.168-169). C'est une notion que nous avons abordée dans la partie précédente afin de permettre aux parents de gagner en confiance de leur rôle parentale en les mettant au centre de la solution, en les amenant à la réflexion. Au sein de la triade il est favorable de respecter les places et postures de chacun « *en maintenant un cadre quand même contenant pour tout le monde* » (Monica, 1.253), le soignant pose le cadre en début de prise en soin, afin que la relation de confiance puisse se développer sereinement. Il est là également pour protéger l'enfant « *si on sentait que son fils...il y avait quelque chose. Il fallait qu'on puisse l'exprimer* » (Phoebe, 1.105). Le cadre passe aussi par un accord et une confiance « *on demande leur adhésion...ça se travaille au fur et à mesure avec le parent* » (Carol, 1.189-190). La posture du soignant va faire la différence par rapport à un savoir-être et non un savoir-faire « *même si on a des connaissances, ici ce qui est important c'est de savoir-être* » (Monica, 1.163-164), mais la notion de savoir-être semble difficile à expliquer. Le savoir-être passe par un accompagnement du parent « *bébé fait pas exprès, le bébé a des besoins et c'est l'adulte qui répond* » (Phoebe, 1.70), un parent défaillant peut en perdre des notions qui apparaissent comme étant de base. Travailler sur l'autonomisation pour travailler sur les angoisses parentales en aidant les parents à s'éloigner progressivement quand cela est nécessaire (Phoebe, 409 à 415). C'est un apprentissage qui est possible lorsque la relation de confiance est stable entre le soignant et le parent. Le savoir-être serait également la posture que prend le soignant pour que le parent puisse prendre sa place de figure parentale « *faire attention aux mots qui sont dit* » (Janice, 1.92-93), « *accompagner les parents ...donne des conseils, les justes explications* » (Janice, 1.221-222).

Comment être dans le savoir-être lorsque le savoir-faire reste indispensable ? Janice explique que l'environnement doit être accueillant et intimiste pour aider au développement du lien parent-enfant, cependant pour le suivi du bébé ainsi que pour la réalisation des soins, le soignant passe en chambre au moins toutes les 3h nuit et jour. Le savoir-faire prime sur le savoir-être. Néanmoins, notons qu'un projet institutionnel est en cours pour répondre à cela « *que la maternité et la néonatalité soient communes* » (Janice, 1.161). Actuellement les chambres de la néonatalité sont assez exigües ce qui empêche l'intimité des parents qui veulent rester avec leur bébé, et sont éloignées de la maternité, lieu des soins pour la maman. Pour autant le soignant a la capacité de s'autolimiter afin de ne pas mettre en avant le savoir-faire lorsque celui-ci n'est pas indispensable « *si on fait à la place des parents qu'avec nous ça marche et avec eux ça marche pas...on diminue leur confiance* » (Janice, 1.215-216). La part du savoir-faire chez le soignant semble être problématique pour certains, or dans le cadre théorique nous avons vu qu'il s'agit là de l'asymétrie de la relation soignant-soigné. Bien que le soignant se doit de rétablir cette asymétrie, le savoir-faire du soignant reste indispensable au soin. Janice a de nombreuses hésitations laissant penser que seconder les parents ne serait pas permis « *prendre le relai des parents qui qui n'arrivent pas à effectivement à satisfaire les besoins de leur bébé* » (Janice, 1.293-294). De plus, des situations obligent le soignant à être caregiver, aussi bien dans le savoir-être que le savoir-faire, pour répondre à tous les besoins de l'enfant « *c'est un enfant qui a été seul enfin avec l'équipe* » (Rachel, 1.174). Ce qui est positif pour le développement de l'enfant.

Plusieurs techniques sont en notre possession pour être dans le prendre soin, certains services les ont même développées à partir de différentes structures. Le but étant d'intervenir le plus tôt possible avec le plus d'étayage possible « *l'équipe mobile au domicile et après le but c'était de venir ici* » (Monica, 1.78) ainsi il y a une meilleure adaptation aux besoins des familles. La notion de temporalité n'est pas toujours évidente à prendre en compte ; en effet dans certaines situations la prévention est la clé d'un meilleur résultat. La situation de Phoebe illustre bien cela puisque la maman a vu réapparaître tous ses traumatismes à la naissance de son enfant « *quand il y a pas d'accompagnement c'est effectivement très compliqué* » (Phoebe, 1.49). Pour une fin de prise en soin des outils sont possibles « *proposer un lien téléphonique, des visites à domicile* » (Monica, 1.337-338). Il est également réalisable de mettre des espaces de soins plus ou moins fréquents en fonction des troubles pour avoir de meilleurs résultats, tout comme de rajouter un soignant afin d'aider à la communication « *on soigne le lien et qu'on soigne notre*

lien et que ça triangule la relation » (Monica, 1.292). Carol relève également l'importance de l'adaptabilité « se faire de façon progressive...l'enfant manifeste beaucoup ou le parent » (Carol, 1.190 à 192) ceci dans le but d'une réassurance. Les soins apportés peuvent être différents selon les besoins « je fais des massages maman » (Monica, 1.371), « on utilise les soins berceuses » (Phoebe, 1.388), « on propose le peau à peau » (Janice, 1.76), « soin piscine » (Rachel, 1.95) ; tous ces soins ont pour intention de renforcer les liens d'attachement. Parce que l'objet de recherche concerne l'enfant, mais nous souhaitons également que la figure parentale reprenne son rôle et pour se faire nous pouvons mettre en place des soins pour le parent : soins spécifiques, psychothérapie personnelle « un espace psychothérapeutique pour parler du bébé décédé, un espace psychothérapeutique pour parler du bébé présent » (Rachel, 1.94-95), ou autres. Sous ce même principe le soignant peut travailler avec le bébé et avec le parent « tout ce qui se passe ici c'est des mouvements... ce qui est travaillé...transformables par les soins » (Phoebe, 1.169 à 172), l'objectif étant de modifier son modèle de fonctionnement qui était défaillant. Afin de prendre soin et d'accompagner, le soignant a besoin de connaître l'histoire familiale « en fonction de ce qu'on peut entendre et de comment les parents peuvent se saisir de ce qu'on peut dire on va pouvoir proposer » (Carol, 1.97 à 99), ainsi le soin sera adapté. Et quand tout a été essayé ? « elle nous faisait tout exploser...il y a rien qui fonctionnait pourtant une dame tout à fait abordable » (Rachel, 1.96-97). Il y a un recul de 5 ans sur cette situation et malheureusement le lien est toujours compliqué.

« il faut pouvoir accepter que la maman ne soit pas disponible » (Monica, 1.114-115) en effet lorsqu'il y a un trouble du lien, la figure parentale n'est pas forcément disponible psychiquement ou physiquement. Notre rôle est d'entendre cette incapacité afin de pouvoir les aider à la surmonter « leur permettre de se reposer physiquement pour pouvoir repenser quelque chose » (Monica, 1.174-175). Nous retrouvons bien les principes de la relation d'aide de Paul Ricoeur, cependant nous pouvons nous questionner d'une application de ces principes, ou d'une crainte des représentations. En effet nous retrouvons plusieurs fois, dans plusieurs entretiens cette notion « il ne faut pas juger...il faut accueillir, supporter » (Monica, 1.139-140), « pas être dans le jugement et d'essayer de comprendre » (Monica, 1.146), « ne pas être dans le jugement » (Monica, 1.158), « sans être dans le jugement » (Monica, 1.182), « on peut pas porter de jugement sur les qualités parentales » (Carol, 1.254), « on n'est pas là pour juger de si cette relation là nous convient » (Janice, 1.451-452). Peut-être est-ce difficile émotionnellement d'entendre les problématiques parentales ? Entendre ne signifie pas toujours

permettre, même si très certainement une souffrance se cache derrière un acte « *dans ce lieu on pouvait pas faire ça sans que j'intervienne, sans que je dise quelque chose* » (Monica, l. 388), il reste important de reprendre ensuite l'évènement avec la figure parentale. L'affection impliquerait-elle une notion de jugement ? « *on n'est pas engagé affectivement donc y'a pas de jugement* » (Monica, l.186). Les émotions empêcheraient alors d'apporter de l'aide. Monica nous explique que parfois le soignant peut être amené à être un « *un outil transférentiel* » (Monica, l.287) et que notre rôle est également de l'accepter et de comprendre que quelque chose se travaille. Nous pouvons au même titre être face à des parents indisponibles psychiquement mais toujours dans l'action « *elle suit parce qu'elle n'est pas dans le refus de faire des choses pour son enfant* » (Phoebe, l.54-55), la maman semble consciente de sa défaillance c'est pourquoi elle reste dans l'action. Pour autant son passé ressurgissant l'empêche de rentrer réellement en lien avec son bébé. Le parent peut nécessiter plus de soin que l'enfant « *ici on n'a pas pensé le CMP parce qu'on voulait pas axer les choses sur l'enfant* » (Rachel, l.123) ; je me questionne sur les conséquences, toujours d'actualité, en lien avec un attachement insecure concernant Ben. Bien que la maman soit suivie, Ben n'a pas d'accompagnement sur les troubles qu'il présente. De plus Rachel explique à quel point la maman était triste mais ne souhaitait pas de traitement « *on avait peur psychiquement...mais par contre un acte manqué sur son enfant* » (Rachel l.284 à 287). L'équipe semblait rassurée par l'entourage familial, cependant un accident n'était pas écarté. Nous pouvons ici questionner l'implication des émotions du soignant.

Nous avons parlé de la juste distance du soignant, de sa posture, de son savoir-être. Il peut être nécessaire d'expliquer cela à la figure parentale « *comment on peut être en lien sans être ni collé ni dans le rejet* » (Phoebe, l.145). Rachel parle de la situation de Ben avec beaucoup d'émotions, le lien avec la maman est toujours fort et présent. Je me questionne concernant la relation soignant-maman « *moi je suis restée...elle m'a amené avec elle...elle me transportait* » (Rachel, l.144-145), la juste distance, aurait-elle été dépassée ? Le soignant peut être un objet transférentiel, un modèle d'identification maternel, sans pour autant être en fusion. De la même manière les soins peuvent s'arrêter sans que le lien soit rompu. Le soin passe aussi par entendre les problématiques des parents « *ils ont connu peut-être que le silence* » (Phoebe, l.230), problématiques qui les placent dans une posture ne permettant pas la création du lien avec l'enfant. Nous l'avons dit dans le cadre conceptuel, l'enfant se dirige vers une personne stable et disponible. Le soignant peut cependant guider le parent, sans le trahir, à comprendre le

ressenti de l'enfant de manière « *enveloppante et bienveillante* » (Phoebe, 1.227), « *ils se sentent en sécurité* » (Phoebe, 1.235). A l'aide de l'écoute active le soignant peut parvenir à valoriser le lien enfant-parent « *écoute du ressenti du parent* » (Janice, 1.115), « *des paroles le plus positif possible pour essayer que ces mamans aient confiance en elles*" (Janice, 1.118-119). Entendre le parent permet de le comprendre « *on a entendu cette violence...la violence qui était son deuil* » (Rachel, 1.211-212). La particularité de la situation de Rachel est que malgré toutes les techniques et tous les outils relationnels, rien ne s'est transformé entre cette maman et son enfant.

Souvenons-nous au début de cette recherche, nous émettions l'hypothèse d'aider à la formation du lien parent-enfant suffisamment sécuritaire, et que le parent prenne sa place de caretaker. Ce que confirme Rachel « *ça soutient quelque chose du côté du parent et de ses compétences...pouvoir prendre leur place* » (Rachel, 1.447 à 449). Lorsque je demande à Monica comment elle y parvient je suis surprise de me confronter à des représentations « *ça serait très maladroit de pouvoir amener quelqu'un à faire quelque chose dans son cercle familial alors qu'on a aucune idée de ce qui s'y passe vraiment* » (Monica, 1.351-352). Je pense que derrière cela il y a des représentations puisque si les parents ont demandé une prise en soin c'est qu'ils veulent avoir cette place de caretaker et que le rôle du soignant est bien celui d'y parvenir. Cette phrase m'étonne doublement puisque, à juste titre, tous les soignants expliquent la force de connaître l'histoire familiale pour établir le soin et si on ne sait pas ce qui s'y passe c'est qu'une partie de notre travail n'a pas été fait. Le soignant serait-il défaillant ? Phoebe relève l'importance que le soignant ne soit pas meilleur que le parent « *c'est vraiment important de garder une place, être un soutien...pas être le meilleur parent* » (Phoebe, 1.333-334), serait-ce là aussi une défaillance du soignant ? Monica aurait-elle mal compris ma question ? Le but n'est pas d'influencer dans une décision que la mère doit prendre, mais bien d'accompagner à être suffisamment confiant dans son rôle parental, ce dont le bébé a besoin pour son développement. C'est bien ce qu'a compris Carol « *les rassurant, en les sécurisant... les encourageant* » (Carol, 1.229-230), tout en leur donnant des outils. Travailler au sein de la triade, faire réagir l'enfant présent dans le parent permet à ce dernier de se confier sur son passé et de mieux comprendre son enfant « *faire passer par le parent...vous êtes votre enfant...comment réagissez-vous* » (Phoebe, 1.194 à 196). Cela engendre une meilleure adaptation à l'autre et une meilleure relation de confiance aussi bien au niveau de la triade, qu'au niveau du lien d'attachement parent-enfant « *on essaye toujours de parler à la place de*

l'enfant » (Phoebe, 1.226). Être une sorte de porte-parole des deux parties qui n'arrivent pas à se mettre en lien « *le haut-parleur du bébé...haut-parleur...pour la mère* » (Phoebe, 1.357). Rachel nous parle également de l'écho du bébé dans la maman « *quelle est la place de la petite fille du côté de la maman* » (Rachel, 1.307-308). En redonnant au parent sa place de caretaker, le soignant souhaite donner toutes ses chances à la famille de gagner en autonomie « *pallier à une difficulté...afin qu'ils puissent voler de leur propres ailes* » (Phoebe, 1.242-243). Mais aussi en les mettant au centre du soin pour leur enfant « *les parents soient actifs auprès de leur bébé et pas spectateurs* » (Janice, 1.90).

Nous retrouvons ici aussi la notion de soignant suffisamment bon pour la famille « *clinique de l'ajustement* » (Monica, 1.247). En effet cela permet d'évoluer en même temps que les besoins de chacun, tout en étant possible de guider les parents pour favoriser le lien à l'enfant, en accompagnant la famille (Janice, 1.253). Le soignant est suffisamment bon en préparant la séparation sans angoisse et en valorisant les compétences de la dyade sans le soignant « *ma confiance dans ses capacités maternelles. Et la confiance aussi dans les compétences du bébé* » (Monica, 1.342-343). La séparation pour permettre à la famille d'investir d'autres lieux « *se séparer c'est aussi lui laisser la place d'aller faire ça avec d'autres personnes* » (Rachel, 1.349). Être le soignant suffisamment bon des parents pour être celui de l'enfant : « *si elles ont confiance en leurs capacités, elles vont pouvoir forcément beaucoup plus investir leur bébé* » (Janice, 1.120-121). Le soignant suffisamment bon va connaître sa juste place et connaître son rôle et sa fonction « *c'est d'avoir une position soignante et de ne pas rentrer dans un truc où on est dans la séduction...meilleur...sauveur de l'humanité* » (Phoebe, 1. 354-355). Mais en valorisant le lien parent-bébé « *préserver cette petite bulle qui est créée entre le parent et son enfant* » (Janice, 1.325). Dans cette phrase nous sommes face à nouveau à des représentations du soignant-sauveur, mais aussi face à une gestion des émotions afin de ne pas franchir une limite. Ce rappel est fait régulièrement au cours des entretiens, élément qui n'avait pas été pris en compte dans le cadre de référence.

6.4. Autres notions

Certains concepts n'ont pas été abordés dans le cadre théorique, mais les soignants en ont relevés durant les entretiens. J'ai pu en aborder certains dans les parties précédentes comme les émotions, les représentations du point de vue du soignant, ou simplement toutes sortes de représentations.

Les émotions peuvent être approfondies, il y en a de tout ordre venant du soignant ou venant de la famille. Plusieurs soignants ont fait part du fait de rester en contact avec certaines familles après les soins. Est-ce un besoin des mamans pour une réassurance ? « *c'est un moment tellement fort !* » (Rachel, 1.358) le soignant arrive à un moment de la vie des mamans où il y a de nombreux chamboulements, possiblement qu'une relation de soin particulière se joue. Et parfois la limite entre une relation de soin forte et une relation amicale devient un peu plus floue. Nous avons vu que les deux relations peuvent avoir des ressemblances mais la posture soignante empêche de les confondre. Pour autant il se peut qu'elles deviennent très, trop proches « *je suis un peu hors clou...je suis pas dans le soin mais je soutiens...psychothérapie* » (Rachel, 1.115-116) ; ici Rachel nous explique que la maman de Ben et elle sont toujours en contact bien que les soins soient terminés depuis 3 ans. Les émotions de Rachel lorsqu'elle me parlait de cette famille étaient palpables c'est pour cela que je les ai spécifiées dans la retranscription de l'entretien. Je ne vais pas croiser cette partie avec les autres entretiens afin de mettre en évidence les émotions de part et d'autre. Bien que lors de la prise en charge, Rachel démontre sa posture de soignante, elle peut également dire « *j'avais l'impression de descendre avec elle...de lutter avec elle pour remonter* » (Rachel, 1.147-148), ce qui peut laisser sous-entendre qu'une part du soin était dirigée par la maman. Peut-être y a-t-il eu du transfert de la part de la maman ? « *elle m'a investie très très fort là où j'aurais préféré qu'elle investisse son bébé ?* » (Rachel, 1.207-208), je me demande dans quelle mesure nous n'arrivons pas à la limite de la relation de soin. Le transfert est possible voire fréquent dans une relation de soin, cependant quand il empêche le bon déroulement du soin il devient néfaste. Ici le but du soin était d'obtenir un lien entre Ben et sa maman et cette maman a exprimé ne pas l'avoir « *vous l'avez porté pour moi* » (Rachel, 1.205). Rachel formule à plusieurs reprises l'importance de la présence de l'équipe « *j'avais besoin de l'équipe pour me recentrer* » (Rachel, 1.198 et 202), est-ce qu'elle ressentait qu'elle se faisait happer dans cette relation ?

En ayant ce retour, je suis d'autant plus étonnée lorsque je comprends que les soignants pensent que la relation soignant-enfant ne doit pas se faire. Je me questionne sur cette « interdiction » alors que cette relation me semble pourtant essentielle à la prise en soins « *je suis pas là pour donner des câlins* » (Rachel, 1.388), « *on en a parlé avec la maman...j'ai essayé de décaler* » (Rachel, 1.390-391). Comme nous l'avons vu le soin auprès d'un enfant se fait également auprès de la figure parentale, il s'agit bien d'une triade ; cependant il me semble que les soignants acceptent la relation avec le parent, et elle peut même être très forte, mais pas avec le bébé, or il est au centre de la prise en soin. Cette limite, mise à la relation à l'enfant, implique une justification des soignants lorsque je questionne le lien soignant-enfant « *je vois pas l'attachement c'est pas du tout le même que celui vont avoir les parents* » (Janice, 1.245). Monica se questionne également sur ce sujet « *on me disait non non il faut pas trop faire des câlins...mais moi je vois pas comment ne pas répondre à une demande d'un bébé* » (Monica, 1.218-219), alors je me demande si l'interdiction est pour le bon développement du bébé ? Ou par difficulté dans la gestions des émotions du soignant?

Le soignant doit être en capacité de soutenir le parent, nous l'avons vu, pour cela il est important de pouvoir contrôler ses émotions afin d'avoir la juste implication « *il faut quand même absorber...le malaise de la maman et puis être disponible...pour elle...et au bébé* » (Monica, 1.116-117). C'est ce que Monica explique un peu plus loin en faisant la différence entre le soignant et sa posture et l'entourage familial et son implication émotionnelle « *elles ont des enjeux affectifs. Elles peuvent interpréter vite* » (Monica, 1.183).

Outre les émotions, tous les soignants ont parlé de l'importance de l'institution, mais aussi du réseau « *y a de la crèche, un hôpital de jour pour la maman, ya du CMP, ya de l'investissement d'une autre place* » (Rachel, 1.337-338), « *PMI ça peut tout à fait un bon soutien pour les parents* » (Janice, 1.429), « *placement partiel* » (Phoebe, 1.110). Le réseau permet une prise de relai, de créer un étayage supplémentaire ou de faire de la prévention ; il est grandement nécessaire pour maintenir un bon développement de l'enfant. Cependant quid de la famille défaillante qui ne fera pas la démarche « *il faut que ça soit les parents qui soient actifs* » (Janice, 1.422). Seulement attention à ce que le réseau ne devienne pas un frein aux soins « *plus on multiplie les lieux d'intervention auprès de l'enfants, plus on a de regards...c'est une limite* » (Carol, 1.125-126). L'enfant devra s'investir dans une multitude de lieux et n'en aura certainement pas la capacité étant donné qu'il s'agit de la cause de la demande de soin. La prévention et la mise en place d'un réseau solide autour de la famille permet un apaisement des

angoisses parentales « *en prénatal la mère est très anxieuse...le réseau fait qu'elle est pas seule...elle peut s'appuyer sur des ressources* » (Phoebe, 1.302 à 306). Parfois l'institution peut être défaillante, elle aussi, par l'environnement offert aux familles « *aménager l'environnement de façon à ce que si les parents veulent rester* » (Janice, 1.152-153). Pour autant les parents sont installés dans un fauteuil ce qui peut être inconfortable pour les mamans qui viennent d'accoucher. Cela est-ce un frein à l'implication du parent ? D'autant que l'importance du confort est relevée et peut même être une explication aux visites plus courtes (Janice, 1.330 à 340). Janice explique l'impact des mots « *enlever ce mot de visiteur* » (Janice, 1.385), il est alors compréhensible que les parents ne se sentent pas bienvenus dans le service. Pour d'autres éléments l'institution est aussi une force, l'équipe permet une prise de recul sur les situations vécues au sein de la triade « *c'est aussi important qu'on soit toute une équipe ensemble...je peux être aveuglée sur certains points* » (Phoebe, 1.345-346). Cela aide le professionnel à maintenir sa posture de soignant et donc à avancer dans le soin « *les choses sont préparées en équipe* » (Carol, 1.166), « *le regard de l'équipe, le regard croisé de tout le monde* » (Monica, 1.244). Nous nous retrouvons alors face à l'équipe suffisamment bonne qui peut permettre une remise en question et un ajustement ; mais également une transmission à l'autre « *chaque nouvelle prise en charge je me pose des nouvelles questions* » (Monica, 1.313).

L'impact des soins techniques a été introduit dans la partie de la défaillance familiale mais peut-être repris ici « *au départ on peut pas faire tous les soins même s'il est sous infant flow* » (Janice, 1.87). En effet les parents vivent la difficulté d'une naissance prématurée et c'est cela qui les rend défaillants « *on n'est plus dans une naissance physiologique* » (Janice, 1.133). Ce qui me laisse penser que la modification de la représentation de la maternité change le style de parentalité. L'impact du vécu de l'accouchement vient accentuer tout cela « *accouchement qui a été extrêmement douloureux avec la césarienne...était mélangé avec les cris* » (Phoebe, 1.27-28).

La défaillance parentale, peu importe la raison de cette défaillance, peut également induire des douleurs aux parents et des troubles « *elle ne pouvait pas faire autrement et donc elle avait aussi des TOC* » (Phoebe, 1.59). Les représentations personnelles sont des freins aux soins que devrait offrir la figure parentale « *relais PMI...difficile* » (Phoebe, 1.86).

7. Problématique

Rappelons que la question de départ de ce travail est : lorsque la figure parentale est défaillante, en quoi le soignant peut faire office de figure d'attachement secondaire pour l'enfant suivi au long court, tout en redonnant la place de caretaker aux parents ? Pour cela nous avons élaboré un cadre théorique permettant de comprendre le développement de l'enfant comprenant la place du soignant, puis nous avons étudié l'enfant au sein de sa famille, et enfin le prendre soin au sein de la triade formée par le soignant, le parent et l'enfant. Par la suite une enquête exploratoire a été réalisée. Suite à la mise en tension de ces deux parties que nous avons vue précédemment, nous allons pouvoir élaborer la problématique. Pour cela, nous allons voir les concepts qui m'ont le plus interpellée dans les entretiens.

Nous avons pu constater à quel point les soignants sont sensibles au lien d'attachement entre le parent et son enfant. Cependant ils sont faces à certains problèmes d'ordre environnementaux : locaux, fonctionnement institutionnel, et autres. L'institution prend une part importante dans la possibilité du lien d'attachement dont l'enfant a besoin, se plaçant tantôt suffisamment bonne, tantôt défaillante. Le soignant est à l'institution, ce que l'enfant est à son parent ; un enfant n'existe pas seul il a besoin de sa figure parentale, le soignant ne peut exercer sans l'institution. Evidemment la réciproque est juste également, mais cela n'est pas le sujet de cet écrit. « *L'institution, aussi invivable soit-elle, est incontournable pour se soutenir, pour survivre* » (Patris, 2004, p. 60), en effet nous l'avons vu le travail en équipe permet une prise de recul et une efficience aux soins qui n'est pas négligeable. Grâce à l'institution, le soignant gagne en stabilité, les échanges d'expériences permettent de maintenir la juste distance soignant-soigné. Pour autant, l'institution atteint ses limites et une évolution semble nécessaire pour s'adapter aux besoins « *Nos institutions sont-elles capables d'élaboration imaginative ?* » (Fleury, 2019, p. 11). L'élaboration imaginative est le soin qui est apporté, au départ de la mère à son enfant d'après Winnicott, mais par la suite Cynthia Fleury l'élargit à tout soin. La complexité de l'institution à la réalisation de certains changements est vue par les soignants, il a même pu être relevé que les pays scandinaves sont plus avancés que la France concernant le développement psycho-affectif en milieu hospitalier. Il est reconnu que la séparation précoce entre l'enfant et son parent est un phénomène nuisible pour le développement et pour la création du lien d'attachement « *les perturbations plus graves de caregiving dans l'enfance incluent les hospitalisations, les séparations* » (Terenio, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 163)

et les soignants rejoignent cela. Mais en parallèle, trop peu d'études sont présentes comme nous l'avons souligné dans le cadre théorique « *peu d'études ont examiné l'impact de l'hospitalisation dans le développement des relations d'attachement.* » (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007, p. 164).

Dans les entretiens, nous avons vu que le soignant peut être un objet transférentiel, il peut laisser son corps au profit de l'enfant, il peut être l'écoute active dont a besoin le parent, il peut être soignant de l'enfant et tuteur du parent. Mais comment faire quand les émotions du soignant prennent le dessus et sont à la limite de ce que peut supporter sa posture professionnelle ? L'être humain est fait par nature d'émotions. Toute la particularité du soignant dans le care est de savoir où s'arrête la relation de soin. Nous l'avons dit elle est complexe, cette relation doit être à la frontière d'une relation d'amitié. Mais alors que se passe-t-il quand la situation désarçonne le soignant ? Très certainement, l'équipe peut être là en support « *le travail en équipe permet d'atténuer l'impact des émotions sur le soin car le groupe va pouvoir jouer un rôle de catalyseur* » (Tumba, 2024, p. 57). Nous avons vu que parfois les émotions sont fortes et impactent la suite de la prise en soins. Elles peuvent aussi contribuer à créer une relation de confiance de qualité.

Nous avons abordé les représentations de la famille dans le cadre conceptuel, mais nous n'avons pas élargi aux différentes représentations qui viendraient impacter le lien d'attachement parent-enfant. En effet j'ai été très surprise des réactions de quasiment toutes les soignantes à la question du lien au sein de la triade. Elles ont été en capacité de me parler de ces différentes relations, mais lorsque je pose les mots afin qu'elles m'en parlent plus, les hésitations et autres justifications sont sans appel ! Pourquoi n'aurions-nous pas le droit de créer une relation de soin, une relation de confiance avec un enfant ? Pourquoi n'aurions-nous pas le droit de faire un câlin à un enfant qui le demande par manque de disponibilité de sa figure parentale ? Les soins relationnels sont la base de notre métier, il est établi que pour avoir une meilleure adhésion aux traitements, quels qu'ils soient, le soignant doit être en capacité de créer une relation de confiance avec le patient. Cela semble accepté par toutes les soignantes interviewées, elles le font avec les parents. En revanche lorsque je souhaite aborder la relation avec l'enfant, une interprétation de la question semble se faire. Bowlby l'a expliqué, l'enfant est en capacité d'avoir des figures d'attachement secondaires en attendant la disponibilité de la figure d'attachement principale. Était-ce cela le fond du problème, les soignants ne se sentent pas à leur place en prenant ce rôle ? Aucunement je ne pense que le soignant cherche à prendre

la place du parent, par contre pallier un manquement pour le bon développement de l'enfant, là était ma question. Il me semble que certaines représentations sont toujours d'actualité, comme celle sur la psychiatrie, ou celle du soignant sauveur. Alors peut-être que les soignants craignent cela. De plus durant les entretiens, la crainte du jugement s'est faite ressentir à plusieurs reprises. Et si par peur du jugement et des représentations le soignant se centrerait davantage sur le parent que sur l'enfant ? Nous avons dit que l'enfant est le porteur du symptôme familial, à ce titre il est important d'être présent pour les parents, de les écouter et de les guider. Mais nous ne devons pas en oublier l'enfant qui est toujours en souffrance et en demande.

C'est pourquoi ma question de recherche est :

En quoi les représentations sur les soins peuvent influencer le soignant dans la création du lien à l'enfant, lorsque la figure d'attachement principale est indisponible ?

8. Conclusion

Au début de ce travail, nous posions la question suivante : lorsque la figure parentale est défaillante, en quoi le soignant peut faire office de figure d'attachement secondaire pour l'enfant suivi au long court tout en redonnant la place de caretaker aux parents. Dans ce but nous avons éclairci plusieurs concepts afin d'en comprendre les répercussions sur l'enfant, les besoins qui lui sont nécessaires et l'impact de soins non fournis sur son développement. Afin de faire corrélérer la théorie à la pratique, nous avons analysé différents entretiens de professionnels en questionnant leurs pratiques et leurs observations.

Nous avons pu constater à quel point ce sujet n'est pas simple à expliquer du point de vue des soignants : entre émotions, attachements et représentations. De plus nous avons constaté que les soignantes peuvent avoir du mal à parler d'un sujet lorsque la question est posée clairement, pour autant, en détournant le sujet, elles arrivent très bien à exprimer ce qui se joue. Le lien au sein de la triade n'est pas encore bien admis ou difficilement entendable sous ces termes par plusieurs d'entre elles. Bien que la mouvance actuelle soit de replacer le care au centre du soin, la place du soignant dans le caregiving de l'enfant paraît floue. Pour autant les soignantes interviewées semblent toutes en accord avec les concepts de la question de départ, soit la figure parentale défaillante, le besoin d'attachement de l'enfant et les répercussions sur son développement psycho-affectif en l'absence d'attachement sécurisé. La piste que l'institution

puisse prendre exemple sur d'autres pays afin d'améliorer certaines prises en soins qui, actuellement, conduisent à séparer les enfants de leurs parents, a été soulevée.

Je pourrais continuer à mener des recherches sur l'enfant et ce qui gravite autour de lui tellement ce sujet me passionne. Sa construction est complexe, et pour cause, une grande partie de son développement est extrinsèque ; pour autant la réaction que cela produira sur l'adulte en devenir dépend de sa personnalité singulière. C'est pourquoi je me questionne autant sur ce sujet. Le soin au sein de la triade ne laisse pas le soignant indemne. Le soignant suffisamment bon que nous aspirons à être se médite au quotidien et s'améliore à l'aide des courants de pensées.

L'aide qui est actuellement proposée à ces familles reste insuffisante ou parfois inadaptée. Les représentations sociétales de la psychiatrie contribuent à cette insuffisance et une modification de la vision de ce milieu est capitale. L'impact des représentations ne se situe pas seulement au niveau l'enfant mais pour les parents également. En effet celles-ci provoquent un frein dans la demande d'aide pour leur enfant, de plus elles complexifient la prise de recul sur leur histoire personnelle, en tant que figure parentale. Les mamans en dépression du post-partum n'osent pas consulter par banalisation de ce syndrome dans la société ; nous l'avons vu dans les entretiens il s'agit de la première cause de décès maternel immédiat. A l'ère de la démocratisation de différents styles de vie, comment aider ces familles qui souffrent d'être enfermées dans une case qui ne leur convient pas ? A l'instar du bébé qui crée la maman, le soigné crée le soignant que nous devenons.

9. Bibliographie

- Benaroyo, L., Lefève, C., Mino, J.-C., & Worms, F. (1ère édition: 2010; 2ème tirage : 2011). *La philosophie du soin*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Berry Brazelton, T. (1983). Dans *La naissance d'une famille*. Paris: Editions Stock.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010, Avril). *L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques*. Consulté le Septembre 9, 2023, sur Cairn info.
- Boukobza, C. (2003, Février). La clinique du Holding. Illustration de D.W. Winnicott. *Le coq-héron*(173), p. 64 à 71. Récupéré sur Cairn.Info
- Bowlby, J. (5ème tirage: 2013). *Attachement et perte 1 l'attachement* (Vol. 1). Paris: Presse Universitaire de France.
- Bozarth, J. (2010, Février). Des modes d'empathie émergent au-delà du reflet. *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*, p. 64 à 82. Consulté le 2024, sur CairnInfo: <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2010-2-page-64.htm>
- Cyrylnik, B. (2023, novembre 21). Les 1000 premiers jours. (C. Lajeunie, Intervieweur) Consulté le Novembre 23, 2023
- Delaisi De Parseval, G. (2008, Mai). L'art d'accommoder les parents. *Informations sociales*, 108 à 113. Récupéré sur <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-informations-sociales-2008-5-page-108.htm?contenu=article>
- Dollander, M., & de Tychev, C. (2002, Mars). Education et difficultés de la parentalité: la psychanalyse peut-elle apporter un éclairage? *Dialogue*, p. 87 à 98. Récupéré sur Cairn.info
- DOLTO, F. (1977). *Lorsque l'enfant paraît* (Vol. 1). Paris: Edition du Seuil.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-s. (2015, 02). Origine et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances et psy*, p. 17.
- Faure, F., & Cucchi, A. (2020, Février). Quelle caractérisation du savoir-être ? Une revue de la littérature en deux temps. *RIMHE: Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 9(39), p. 3 à 25. Récupéré sur CairnInfo
- Fleury, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Paris: Tracts Gallimard.
- Freud, S. (2010, 1923 (original)). *Le moi et le ça*. (J. Laplanche, Trad.) Paris: Editions Payot & Rivages.

- Furstenberg, C. (2021, Février). L'éclairage sur la sollicitude selon Paul Ricoeur pour repenser le soin. *Recherche en soins infirmiers*(145), p. 7 à 21. Récupéré sur CairnInfo
- Golse, B. (2014, Mai 8-9 & 10). 7e congrès Européen de l'AEPEA "Corps à corps". Bruxelles.
- GOLSE, B. (2018, Avril 12). Interactions précoces : un espace de récit à double sens. (C. Ascoli Bouin, Intervieweur) Consulté le Février 25, 2024, sur <https://www.copes.fr/Presentation/Video/Conferences/7816>
- Haesevoets, Y.-H. (2008). *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence: un autre regard sur la souffrance psychique*. De Boeck Supérieur. Récupéré sur CairnInfo
- Houdé, O. (8ème édition, 3ème tirage: 2019). *La psychologie de l'enfant*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Jeanclaude, C. (2010). *Freud et son héritage: rappel des fondamentaux freudiens de la psychanalyse comme discipline indépendante*. Louvain-La-Neuve: Boeck Supérieur. Récupéré sur Cairn.Info.
- Jovic, L. (2012, Janvier). *Représentations (sociales)*. Récupéré sur Cairn.info: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-265.htm>
- La recherche clinique*. (2021, Juin 7). Récupéré sur INSERM: <https://www.inserm.fr/nos-recherches/recherche-clinique/la-recherche-clinique/>
- Laval Virginie. (2019). Chapitre 2. La théorie de Jean Piaget, dans *La psychologie du développement: Modèles et méthodes*. (Dunod, Éd.) Paris. Récupéré sur <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-psychologie-du-developpement--9782100794997-page-27.htm>
- Le Boterf, G. (2020, Janvier). Les enjeux de la reconnaissance des compétences : la demande de professionnalisme et ses conséquences. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*(71), p. 36 à 37. Récupéré sur CairnInfo
- Lemay, M. (2015). Enfant, famille et intervenants face aux symptômes. *Enfance & Parentalité*, p. 21 à 62. Récupéré sur CairnInfo
- Lombart, B. (2015, Mars). Le care en pédiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, 67 à 76. Consulté le Octobre 01, 2023, sur [cairn.info](https://www.cairn.info)
- Marin, C., & Worms, F. (2015). *A quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Matéo, M.-C. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Consulté le Septembre 9, 2023, sur Cairn info.
- Maury, L. (1993). *Le développement de l'enfant* (éd. 2ème édition). Paris: Presses Universitaires de France.
- Minary, J.-P. (2004). L'enfant au sein du milieu familial. L'enfant au centre des liens familiaux. Répercussions sur le travail avec les familles. *Hypothèses*, 37 à 54. Récupéré sur Cairn.info
- Patris, M. (2004). La famille à l'épreuve de la psychose. *Dans Hypothèses*, 55 à 61. Editions Eres. Récupéré sur CairnInfo
- Pirard, V. (2006, Janvier). Qu'est-ce qu'un soin. *Revue Esprit*.
- Schauder, C. (2008). Influence des apports d'Anna Freud, de Mélanie Klein, de René Laforgue et de Sophie Morgenstern sur la conception de la question du transfert dans la cure de l'enfant chez Françoise Dolto. *Actualité de la psychanalyse*, 19 à 26. Récupéré sur CairnInfo
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007, Février). La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, pp. 151-188. Consulté le 11 2023
- Tombeur, M., Lempereur, E., & Durieux, M.-P. (2007). Le soignant, tiers dans la construction du lien parent-bébé prématuré hospitalisé. *Cahiers de psychologie clinique*, 221 à 238. Consulté le Septembre 10, 2023, sur cairn.info
- Tumba, P. (2024, janvier). Soins et émotion. *Empan*, p. 56 à 57.
- Winnicott, D. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot & Rivages.
- Yajima Dupuis, L. (2015, Février). Le travail institutionnel au regard de la théorie de l'attachement: l'institution a-t-elle vocation à être une figure d'attachement pour les soignants? *Enfances & Psy(66)*, p. 120 à 131.

10. Sommaire des annexes

11.	<i>Annexe I : Questionnaire vierge.....</i>	<i>I</i>
12.	<i>Annexe II : Réponses établissements</i>	<i>II</i>
12.1.	Service de pédopsychiatrie.....	II
12.2.	Service de pédiatrie	II
12.3.	Pouponnière	II
13.	<i>Annexe III : Entretiens</i>	<i>III</i>
13.1.	En néonatalité : Janice.....	III
13.2.	Au CMPEA : Carol.....	XX
13.3.	A l'UPB : Rachel	XXX
13.4.	A l'UPB : Monica	XLVI
13.5.	A l'UPB : Phoebe.....	LX
14.	<i>Annexe IV : Autorisation de diffusion</i>	<i>LXXV</i>

11. Annexe I : Questionnaire vierge



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme FAY épouse HENRIQUET Emilie
Étudiante en soins infirmiers



Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des Soins



Avignon, le 10 février 2024

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services :
Unité Parents Bébé et Centre Médico-Psychologique Enfants Adolescents de [REDACTED]
Auprès des populations : d'infirmières diplômées d'état, et de puéricultrices.
Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :
Les théories d'attachement.

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Ma question inaugurale est :

Pouvez-vous me parler d'une situation que vous avez vécue dans laquelle le lien d'attachement parent / enfant était difficile ?

- Mes questions de relance sont :

Comment faites-vous face aux parents qui n'arrivent pas à établir un lien d'attachement suffisamment sécurisé ?

En quoi créer du lien avec l'enfant que vous prenez en soin peut avoir ses limites ?

S'attacher pour mieux se séparer, comment réussissez-vous à voir que c'est le bon moment ?

Alors que vous vous occupez de l'enfant, comment arrivez-vous à créer également du lien avec les parents ou la figure d'attachement ?

Vous êtes face à des parents qui ont du mal à trouver leur place au sein de leur famille, comment les aidez-vous à reprendre ou à prendre leur place de caretaker ?

Qu'est-ce qu'évoque pour vous le terme « suffisamment bon » ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Emilie FAY épouse HENRIQUET

12. Annexe II : Réponses établissements

12.1. Service de pédopsychiatrie

Envoyé le :lundi 12 février 2024 10:08
À : FAY Emilie
Objet :TR: Demande d'entretien TEFE

Bonjour Madame Fay,

Vous êtes autorisée à faire des entretiens au [REDACTED]

- À l'unité Parents / Bébé - [REDACTED]
- Au CMPEA de [REDACTED] -> [REDACTED]

La Cadre Supérieure de Santé va prévenir les équipes, attendez un peu avant de téléphoner s'il vous plait.

Cordialement,

12.2. Service de pédiatrie

Madame Emilie HENRIQUET

Avignon, le 13/02/2024

OBJET : TFE
N/Réf. : VB/MP/24

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émet un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame [REDACTED] cadre de santé du service de Néonatalogie au [REDACTED]

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

12.3. Pouponnière

Je n'ai jamais reçu de réponse de leur part malgré de nombreuses relances.

13. Annexe III : Entretiens

13.1. En néonatalité : Janice

- 1 **Alors déjà depuis combien de temps tu es infirmière ?**
- 2 Alors infirmière euh depuis euh j'ai eu mon diplôme en 99
- 3 **D'accord. Combien de temps ça fait que tu es ici en néonate ?**
- 4 Alors euh néonate 2005
- 5 **2005**
- 6 Ouais.
- 7 **Ok Euh Infirmière, tu étais tout de suite derrière puer ?**
- 8 Ouais
- 9 **Ouais, tu as fait l'école**
- 10 L'école de puer tout de suite après l'école d'infirmière en 2000
- 11 **Ok. Et du coup, quel a été ton parcours pro en sortant ?**
- 12 En sortant de l'école de puer ?
- 13 **Ouais**
- 14 J'ai travaillé 4 ans et demi aux grands enfants en pédiatrie, grands enfants
- 15 **D'accord ici au CHA ?**
- 16 Ouais
- 17 **Et donc tu es venue ici ensuite ?**
- 18 Ouais c'est ça
- 19 **Super. Bon alors du coup ma première question c'est, je voudrais savoir si tu peux me**
- 20 **parler d'une situation que tu as vécue euh dans laquelle il y a eu un lien d'attachement**
- 21 **parent-enfant qui a été difficile. C'est aussi pour ça que j'ai choisi le service de néonate**
- 22 **parce que je me dis que possiblement il peut y avoir un peu plus de situations dans ce style**
- 23 **ou du coup voilà, il y a un lien d'attachement compliqué à établir parents enfant, les 2**
- 24 **parents ou que la mère ou que le père, peu importe hein.**
- 25 Alors, euh une situation en particulier euuuuh là, comme ça j'en ai pas particulièrement par
- 26 contre euh plutôt euh on va dire, euh un un comportement des fois des parents qui, euh
- 27 probablement peut faire penser que le fait de de d'hospitaliser le bébé en néonate euuuuh va
- 28 perturber le lien. Euh les parents, certains parents pas tous, mais certains parents ont beaucoup
- 29 de mal à venir en néonate

30 **D'accord**

31 Euh des fois les mamans euh, alors pour différentes raisons euh plus ou moins évidentes, ça
32 peut être effectivement... Alors de toute façon déjà nous le service est très éloigné de la néonate,
33 le service de maternité est très éloigné de néonate. Euh donc du coup beh quand une maman
34 vient d'accoucher, pour peu qu'elle ait une césarienne, c'est euh (hésitation)

35 **C'est compliqué, pour venir**

36 C'est compliqué voilà. Euh. Et donc des fois euh elles viennent pas euh pendant presque 48 h.
37 Euh. Ou elles vont revenir une petite heure. Et puis euh voilà euh et puis après ça peut durer sur
38 les jours euh, les les après, même après la naissance. Et des fois même ensuite sur le reste de
39 l'hospitalisation euh des mamans qui, ou des parents, qui vont venir un jour sur deux, euh une
40 fois tous les 3 jours, euh. Voilà donc on peut se dire euh qu'effectivement euh, probablement
41 le lien est un peu un peu euh perturbé le lien d'attachement est un peu perturbé, en tout cas
42 il s'est pas mis en place euh dès la naissance

43 **Ok. Tu dis que c'est compliqué pour eux de venir. C'est quoi qui « est compliqué pour eux
44 de venir ». C'est quoi ? C'est l'appréhension peut être.**

45 Alors voilà il y a probablement plusieurs choses. Effectivement, y a euh probablement le
46 l'appréhension de ce qui vont ce qu'ils vont trouver en néonate.

47 **D'accord.**

48 Euh est-ce qu'il y a euh le fait de se sentir un peu inutile ? Euh des fois ils ont peur de faire mal
49 à leur bébé donc finalement le fait d'être de pas être là euh et du coup ils ne vont pas forcément
50 le prendre dans les bras euh voilà. Alors bien sûr on ne parle pas de tous les parents, là c'est
51 c'est voilà que certains parents mais euh y a une proportion euh importante effectivement.

52 **Du coup que tu retrouves plus ici en néonate que ce que tu as vécu chez les grands enfants ?**

53 Alors c'était pas du tout la même chose chez les grands enfants. Euh mais il y a une différence
54 effectivement par rapport au service de pédiatrie. Euh Du coup les parents ici Euh ils ne
55 connaissent pas leur enfant. En tout cas ils ont l'impression de pas le connaître. Alors même si,
56 il y a eu les alors euh on va dire 6,7,8 mois de grossesse parce que bien souvent il n'y en a pas
57 9

58 **Oui**

59 Voilà. Mais euh ils ne connaissent pas leurs enfants et d'ailleurs effectivement en pédiatrie euh
60 très souvent, ça nous a été dit ça, que les parents d'enfants prématurés qui sont passés par la
61 néonate régulièrement euh, très euh régulièrement les parents ne restent pas la nuit avec leur

62 bébé. Voilà euh et nous on le voit aussi quand les enfants sont ré hospitalisés, quand les enfants
63 sont hospitalisés et euh qu'il n'y a pas eu de séparation parents-enfant euh on va dire que 90%
64 du temps euh les mamans restent. Alors oui, c'est plus les mamans que les papas mais voilà,
65 après c'est des bébés de moins d'un mois qui souvent sont allaités, donc voilà, c'est c'est, ça
66 s'entend aussi. Eeuh mais ils restent, à aucun moment ils se disent bah je peux laisser mon
67 enfant alors que quand il y a eu l'hospitalisation par la néonate eeuuh (hésitation)

68 **Ils le laissent**

69 Ils le laissent beaucoup plus facilement, voilà. Alors oui bien sûr c'est dans l'idée que beh Voilà,
70 ils nous font confiance, ils sont déjà, on se connaît euh, mais quand même euh...

71 **D'accord**

72 Voilà. Il y a probablement à se poser des questions sur peut-être le lien d'attachement qui a été
73 un peu un peu perturbé.

74 **Vous faites quelque chose dans le service pour le renforcer justement ce lien ? Ou ça** 75 **dépend un petit peu...**

76 Alors oui, on a mis en place beh déjà le peau à peau. On propose le peau à peau
77 systématiquement. Et on sait que le peau à peau renforce les liens d'attachement. Euh, on essaye
78 de euh de faire en sorte que le service soit euh accueillant, soit bienveillant euh au maximum
79 ya des des voilà il y a des eeuuh dans la façon d'accueillir les parents, en fait de... Et puis dans
80 leur, euh, le fait aussi qu'ils se sentent justement euh le plus PARENTS rapidement, qu'ils
81 puissent faire les soins à leur bébé en tout cas. Euh être présents pour les soins, tout ça, c'est
82 important aussi. Qu'ils soient pas laissés de côté eeuuhh alors eeuuhh(réflexion)...Le. Pour
83 les bébés prématurés il y a une promotion de l'allaitement maternel qui est encore plus
84 importante que pour les bébés à terme, ne serait-ce que d'un point de vue santé. Voilà, mais il
85 y a aussi, ça peut, effectivement, renforcer le lien d'attachement euh parce que beh ça donne
86 euh euh quelque chose à faire pour son bébé qui euh pour prendre soin de son bébé. Voilà même
87 si au départ on peut pas faire tous les soins même s'il est sous infant flow. Bah le fait de de tirer
88 le lait pour pouvoir le donner à son bébé. C'est euh, c'est important, ça permet aussi beh au papa
89 de pourquoi pas venir amener le lait, qu'a tiré la maman à la maternité euh en fait tout ça pour
90 faire en sorte que les parents soient actifs auprès de leur bébé et pas des spectateurs quoi. Voilà.

91 **Ok**

92 Ça et aussi le fait aussi on a, on a essayé, on essaye de plus en plus de de faire attention aux
93 mots qui sont dit. Euh par exemple, les parents sont pas des visiteurs, voilà les parents c'est les

94 parents, donc on leur dit bien quand ils arrivent vous êtes pas des visites, vous venez absolument
95 quand vous voulez c'est votre enfant. Donc euh voilà vous venez au milieu de la nuit, si voilà,
96 si c'est pas euh

97 **Si vous avez besoin**

98 Si vous avez besoin et puis voilà c'est...

99 (4 secondes de blanc)

100 **Tout à l'heure, tu m'as dit que peut être que ces parents-là confient plus facilement leur**
101 **enfant euh s'il y avait une ré hospitalisation par rapport à une confiance qui peuvent**
102 **mettre euh du coup pas forcément à la néonate, c'est de manière générale aux soignants ?**

103 Euuhh

104 **Puisqu'ils ne seront pas forcément ré hospitalisés en néonate**

105 Alors effectivement. Beh oui, probablement que c'est peut-être effectivement ça peut être une
106 confiance aux soignants en général. Ouais c'est possible c'est possible. Je ne suis pas sûre de
107 pouvoir répondre à cette question. Mais oui effectivement, puisqu'on le voit aussi euh avec les
108 bébés qui sont hospitalisés en pédiatrie. Bah voilà donc oui. Peut-être qu'effectivement, il y a
109 de de cet ordre-là.

110 **D'accord. Euh Comment tu fais face aux parents qui n'arrivent pas justement à établir ce**
111 **lien d'attachement suffisamment sécure ? Donc tu m'as dit que de manière générale le**
112 **service va mettre, met en place des choses euh pour que ça se renforce. Mais en dehors de**
113 **tout ce qui est mis, si vraiment tu vois qu'il y a un lien vraiment qui ne se crée pas. Euh**
114 **toi en tant que puer comment tu, comment tu peux faire face à ça ?**

115 Alors euh déjà d'être très à l'écoute du ressenti des parents. Euh on va dire que c'est la base,
116 euh d'être à l'écoute de ce qu'ils nous renvoient, de ce qu'ils nous disent, euh des difficultés
117 qui peuvent (réflexion) eux-mêmes avoir en tête, de de ce qu'eux voilà veulent bien nous
118 partager et puis ensuite ça va être d'être dans des des paroles, très le plus positif possible pour
119 essayer que ces mamans aient confiance en elles. Euh Et puis ce du coup euh (réflexion) si elles,
120 si ELLES elles ont confiance en leurs capacités, elles vont pouvoir forcément beaucoup plus
121 euh investir leur bébé. Alors après, ça va être pour le côté euh prise en charge, ça peut-être une
122 prise en charge psychologique, voire plus, voilà. Et ça peut passer aussi par euh, ça va passer
123 euh par le soin, par les soins qui sont faits au bébé, ça peut être, voilà le bain, ça va être le
124 change petit à petit de euh qu'elles aient confiance en elle, dans le, dans les soins qu'elles font
125 à leur bébé

126 **D'accord. Tu vois une différence concernant les mamans ou les papas, les parents, qui euh**
127 **pour qui c'est leur premier enfant et où du coup il y a un passage en néonate, de ceux pour**
128 **qui euh ce n'est pas le premier enfant même s'il n'y a jamais eu de passage en néonate en**
129 **avant. Mais pour autant ce n'est pas le premier enfant.**

130 Alors ça, c'est on va dire, c'est assez variable. Euh Alors à la fois il va y avoir des parents qui
131 effectivement euh si, alors on va dire que oui dans la majorité des cas, effectivement, quand
132 c'est un premier enfant c'est vraiment, c'est la découverte et la découverte en néonate, c'est quand
133 même particulier. C'est euh on n'est plus dans la naissance euh physiologique, on est dans un
134 service d'hospitalisation quoi. Donc c'est vraiment, c'est que la maternité, on se sent pas
135 hospitalisé, c'est voilà, on accueille son bébé, on voilà on reste quelques jours pour rentrer à la
136 maison. Là c'est vraiment autre chose, en néonate et même si c'est un court séjour, encore plus
137 quand le bébé est prématuré, mais oui c'est différent euh donc en général quand c'est un premier
138 bébé euh on le ressent vite on va dire, voilà.

139 **D'accord.**

140 Mais par contre mais il peut y avoir des parents pour qui ce n'est pas un premier bébé mais qui
141 ont vécu une première naissance qui s'est très bien passée, à terme, où justement il n'y a pas eu
142 d'hospitalisation et pour qui euh ça peut être compliqué effectivement parce que pour le coup
143 ils avaient même une image de ce que ça allait être. Voilà de comment allait se passer la
144 naissance. Il s'était forcément, ils comparent avec leur premier enfant et et ça peut être même
145 encore plus compliqué. C'est vraiment je pense que y a y a pas de règle absolue. Ce n'est pas
146 parce que c'est un premier bébé, ça va être compliqué.

147 **D'accord.**

148 Ouais ouais.

149 **Du coup dans les, dans ce que tu peux faire pour le lien d'attachement, je crois que les**
150 **chambres c'est que des chambres de bébé il n'y a pas le lit des parents ?**

151 Alors en fait ici on a effectivement 2 chambres effectivement où il peut y avoir les parents.
152 Alors y en a que 2. Voilà. Donc on essaye euh d'aménager effectivement l'environnement de
153 façon à ce que si les parents veulent rester, même si ce n'est pas la chambre, alors on va proposer
154 en fait. Voilà, on va dire ce qu'on fait en première intention. On va toujours proposer aux parents
155 de rester 2 - 3 jours avant la sortie. Avec leur bébé. Voilà, mais euh de plus en plus, là on le fait
156 quasi systématiquement déjà on leur dit aussi que s'ils ont envie de rester pour leur bébé, pour
157 dormir ils peuvent, on installe un fauteuil ou un lit de camp. En essaye dans ces cas-là de les

158 mettre seul dans une chambre, on essaie le plus possible. Euh donc on essaie d'aménager
159 l'environnement de façon à ce qu'ils se sentent À l'aise. Euh. Voilà. Voilà de préserver l'intimité.
160 Voilà. Après euh y a un projet sur l'hôpital pour que la maternité et la néonate soient communes
161 ça sera pas de suite mais ça sera fait un jour enfin on espère.

162 Rires

163 Où là voilà l'idée ça serait qu'il y ait que des chambres mère enfant.

164 **D'accord**

165 Voilà

166 **Pour justement pour que ce lien puisse peut-être euh se faire**

167 Bien sûr alors c'est surtout probablement d'ailleurs c'est ce qui est fait dans quelques hôpitaux
168 de plus en plus justement, où l'architecture est faite de façon à ce que les mères ne soient pas
169 séparés à la naissance de leur bébé et probablement que ça change tout parce que cette euh,
170 qu'il n'y ait pas de séparation du tout. D'ailleurs c'est ce qu'on est en démarche IHAB hôpital
171 ami des bébés, donc pour l'instant on n'est pas certifié, on est juste en démarche.

172 **D'accord.**

173 Mais du coup le fait d'être en démarche c'est mettre en place tout un tas d'actions qui répondent
174 à à certaines recommandations. Et donc, parmi celles-là, il y a la la la 0 séparation, vraiment
175 d'essayer au maximum maximum que les parents ne soient pas séparés de leur bébé.

176 **D'accord, ok.**

177 Et ici il y a des chambres kangourous aussi y a une unité kangourou alors pas dans le service
178 mais par contre à la maternité à l'hôpital il y a une unité kangourou c'est donc des chambres de
179 néonate.

180 **D'accord**

181 Mais qui sont à la maternité en fait où les mères sont pas séparées de leur bébé. Euh Et donc ça,
182 c'est réservé, alors y a que 5 places, donc euh quand les 5 places sont prises, beh ya plus... Et
183 ce sont des chambres qui sont réservées aux bébés de plus de 34 semaines.

184 **D'accord**

185 Et qui font plus d'1,8kg et qui n'ont pas besoin d'assistance respiratoire ou de perfusion, voilà.
186 C'est juste euh une sonde gastrique

187 **Ok**

188 Voilà.

189 **D'accord**

190 4 secondes de blanc

191 **Euh en quoi créer le lien avec l'enfant, que donc toi tu vas prendre là en charge parce que**
192 **du coup le bébé il est là dans le service, il est la majorité du temps avec les soignants les**
193 **parents qui viennent et qui peuvent repartir tout ça. Donc du coup, vous, il faut quand**
194 **même que vous soyez investies pour ces bébés, ne serait-ce que par les soins, mais aussi**
195 **pour sa sécurité et pour son affect et tout. En quoi ce lien que tu peux créer avec les enfants**
196 **peut avoir ses limites ?**

197 Alors « peut avoir ces limites » c'est-à-dire ?

198 **Dans le sens où en quoi ce lien euh à un moment donné va falloir qu'il s'arrête, à un**
199 **moment donné tu dois t'investir mais euh pas trop non plus, mais suffisamment, mais pas**
200 **prendre la place des parents.**

201 Oui bien sûr. Alors probablement qu'on a tous un niveau différent dans nos limites.

202 **Ouais**

203 Certainement on est, voilà on est tous des êtres humains avec des sensibilités différentes.
204 Effectivement moi personnellement je pense que c'est vraiment très très très important de
205 absolument pas prendre, enfin vraiment c'est de pas prendre la place des parents mais
206 effectivement dans nos paroles euh, on est des professionnels et euh il faut au maximum que
207 les parents ne s'imaginent pas qu'on peut les remplacer. Voilà. Et je pense que c'est important
208 de pouvoir euh faire comprendre aux parents qu'ils sont indispensables pour leur bébé. Par
209 exemple, effectivement, il y avait des choses que euh tu vois quelque chose que je m'interdis
210 maintenant de faire c'est par exemple un bébé qui a du mal à finir son biberon. Euh bah voilà,
211 il y a quelques années (rires). Ça pouvait m'arriver effectivement de beh peut-être je vais
212 essayer et puis finalement on se rend compte que oui, il finit le biberon. Bien sûr rien que le fait
213 de changer de bras. En réfléchissant on se dit mais quel intérêt de ça. Voilà le bébé qui finit pas
214 son biberon, c'est probablement pas très grave s'il finit pas à chaque fois, il faut se poser des
215 questions de pourquoi il finit pas ? Mais euh. Si on fait à la place des parents qu'avec nous ça
216 marche, et avec eux ça marche pas. Beh en fait on diminue leur confiance, leur confiance en
217 eux. Donc maintenant c'est quelque chose que je ne fais plus du tout en fait. Voilà, je dis pas si
218 vraiment mais non même j'allais dire si vraiment un parent me dit Beh vous voulez pas lui faire
219 finir, mais non ça m'arrive plus en fait. Probablement parce que suivant la posture qu'on a par
220 rapport aux parents, beh du coup ça Voilà ça ça fonctionne autrement ; donc effectivement on
221 est là pour justement accompagner les parents, essayer de de de donner des conseils, les justes

222 explications. Pour que justement ce bébé-là, il puisse finir son biberon parce que, peut-être
223 qu'effectivement, s'il est un peu positionné différemment et beh du coup il va arriver à mieux
224 téter. Voilà. Mais vraiment dans cette posture, où les parents, même s'ils font pas exactement
225 comme on voudrait qu'ils fassent, c'est pas grave en fait, parce que de toute façon c'est eux qui
226 seront à la maison avec leur bébé. Et voilà, il y a des tas de choses où il faut euh, on est vraiment
227 pas là pour remplacer les parents et pour imposer notre façon de de de voir les choses. Je pense
228 que c'est hyper important, effectivement pour qu'eux ils se sentent parent dès le départ en fait,
229 parce que très souvent ils préfèrent nous laisser faire au début. (Hésitation) Et puis s'il y a des
230 parents qui ont envie de faire même si c'est pas exactement comme ça qu'on voudrait qu'ils
231 fassent... Je pense qu'il faut être très prudent sur les mots qu'on emploie pour euh dans notre
232 façon d'expliquer les choses en fait. Voilà, euh. Justement pour pas diminuer à la confiance
233 qu'ils ont dans leur, dans ce qu'ils ont envie de faire dans voilà euh s'ils ont envie de prendre
234 leur bébé dès que qu'ils arrivent, et qu'il est en train de dormir là, je pense que c'est pas grave.

235 **D'accord. Pour autant, tu es obligée de t'attacher à cet enfant. En tant que soignant un**
236 **minimum ; même lui, même l'enfant au final, parce que l'enfant s'attache par nature,**
237 **quand est-ce que tu sais que c'est le bon moment de se détacher, de se dire là ça va, et je**
238 **et je peux me détacher rester présente, en supervision ; mais je peux me détacher et ça va**
239 **pour lui et ça va pour les parents.**

240 Alors. En néonate, je ressens pas les choses comme ça. 5 secondes d'hésitations. Alors on va
241 dire que y a certaines familles avec lesquelles tu vas avoir effectivement un attachement plus
242 important, parce que beh différentes raisons ils vont te toucher. Tu vas peut-être oui t'occuper
243 du bébé pendant plus longtemps, mais effectivement il y a des situations difficiles où
244 effectivement tu vas t'attacher. Mais te dire... Euh Là j'ai l'impression quand tu dis euh enfin je
245 je vois pas l'attachement c'est pas du tout le même que celui vont avoir les parents. Vraiment,
246 il est vraiment mais complètement différent.

247 Interruption par l'interne.

248 **Tu disais que l'attachement c'est pas du tout le même pour le soignant que les parents.**

249 Non ça n'a rien avoir.

250 **Voilà c'est ça que je veux que tu m'expliques.**

251 Parce que justement il faut qu'il soit vraiment très différent, il faut que vraiment, on puisse
252 laisser la place aux parents et pas du tout empiéter sur la place qu'ils peuvent avoir. On est
253 vraiment de accompagnants, de la famille de plus en plus, alors de l'enfant, et de ses parents.

254 Mais euh. Moi je pense pas avoir un lien avec ce bébé, qui soit de l'ordre vraiment de
255 l'attachement. Ne serait-ce que parce que je suis avec 12 heures avec lui, et puis je rentre chez
256 moi. Euh je le suis pendant final quelques jours, le nombre de fois où je viens travailler, tu
257 comprends ? Même si lui, il est là pendant plusieurs semaines, moi je travaille en 12 h. Je prends
258 pas le même enfant à chaque fois que je viens travailler.

259 **Ok, vous restez pas sur le même...**

260 Alors ça arrive. On essaye bien, on essaye bien sûr. Bien sûr qu'on essaye de de de prendre en
261 charge le le même enfant effectivement. Mais euh je le vois pas moi comme lien d'attachement
262 par rapport à ce bébé en fait.

263 **Ok. Est-ce que du coup, peut-être tu crées plus un lien avec les parents ?**

264 Oui alors voilà, je te dis, tu crées un lien avec la famille, il y a le bébé aussi. Alors probablement
265 qu'on a tous une sensibilité différente avec ça. Voilà effectivement, mais où tu crées un lien
266 avec la famille entière mais pas qu'avec le bébé pas du tout en fait. Tu peux effectivement
267 pourquoi pas garder un petit contact avec la famille à la sortie, ça peut arriver. Alors là je pense
268 que pour certain c'est plus fréquent que d'autres, là pareil on a tous une sensibilité différente
269 pour ça, par rapport à ça. Mais oui effectivement oui, ça m'est arrivé de continuer à avoir un
270 petit contact avec une maman par exemple après l'hospitalisation. Mais avoir eu du mal à me
271 détacher d'un bébé parce que le lien d'attachement aurait été trop important... Non pas en
272 néonate, non. J'ai jamais ressenti comme ça, en tout cas. D'une situation, oui.

273 **Du coup, c'est la situation quand tu parles de la situation, c'est le contexte parents-
274 enfants ?**

275 Oui, parents-enfant. Ce que ça peut toucher en toi cette situation là en fait voilà les difficultés
276 que rencontre les parents que ça soit d'ordre médical ou psychologique. Mais non je ne dirais
277 pas un lien d'attachement avec un bébé qui aurait été où à un moment donné je me dis il faut
278 que je lâche ce lien, non c'est pas quelque chose qui m'est arrivée. Je dis pas que c'est pas arrivé
279 à d'autres

280 **Mais toi tu n'as pas vécu. Et de te dire, les parents, les parents sont pas prêts pour l'enfant
281 pour toutes les raisons que tu m'as dit au début. Euh. C'est dur pour eux de venir du coup
282 Euh, tu vas être et à la fois avec le bébé, et à la fois avec les parents. Tu vas créer une
283 relation de soins au final aussi bien avec le bébé qu'avec les parents. Mais tu vas faire des
284 choses pour le bébé parce que tu sens que les parents ne sont pas dispos.**

285 Oui bien sûr, tu sens que les parents, pour eux c'est pas possible de répondre aux besoins de
286 leur bébé bien sûr

287 **Voilà**

288 Alors ça ça peut arriver dans plein plein de situations de que ça soit de façon très importante
289 vraiment des parents qui sont complètement complètement démunis par rapport à, euh qui sont
290 pas capables de satisfaire les besoins de leur bébé. Nous effectivement on est là pour
291 effectivement satisfaire les besoins de ce bébé là tout à fait. Et dans ces cas-là, vraiment prendre
292 le relai des parents, mais euh (réflexion). Je pense qu'en néonate euh on, comment dire, on va
293 dire, on va effectivement euh oui on va être là pour prendre le relai des parents qui qui n'arrivent
294 pas à effectivement à satisfaire les besoins de leur bébé. Mais euh, on va essayer quand même
295 alors au maximum de favoriser les liens d'attachement. Mais c'est vrai que des fois
296 effectivement tu vas avoir des des parents du coup même je sais pour qui enfin, quand vraiment
297 il y a une une OPP, un placement, beh dans ces cas-là, effectivement les parents ne sont même
298 plus là pour créer ce lien d'attachement, donc du coup-là tu peux-tu, tu tu voilà, c'est plus de
299 mon ressort de toute façon. Voilà. Effectivement alors euh on va dire que là oui peut être tu
300 créés un lien d'attachement. Euh oui, oui, mais encore (réflexion).

301 **Dans le but de remettre les parents ?**

302 Ça dépend. Des fois tu sais très bien que cet enfant il va être placé

303 **Oui dans le cas où il est placé**

304 Mais c'est peut-être pas le sujet

305 **Oui non voilà c'est pas le sujet.**

306 Voilà, c'est ça on s'éloigne du sujet. Ouais oui effectivement non, si c'est vraiment.
307 Effectivement, de petit à petit, faire en sorte d'être en fait à la fois là pour les parents et pour
308 l'enfant en fait voilà. Et effectivement le but c'est que les parents puissent arriver à être à
309 satisfaire les besoins de leur bébé.

310 **Et là dans cette situation-là donc tu vas du coup de ce que je comprends un peu, tu vas un
311 peu plus t'appuyer sur le lien que tu peux créer avec les parents pour leur donner
312 confiance. En leur capacité d'être parents**

313 En fait en valorisant tout ce que tout, tout ce qui peut, tout ce que. En valorisant tout ce qui sont
314 en fait en tant que parents. Mais alors voilà ça peut être voilà des, ça va être des petites choses
315 au début effectivement ça va passer beh enfin par le peu à peu. Alors tu peux avoir des parents
316 effectivement qui au départ ne sont même pas dans la capacité de pouvoir prendre leur bébé en

317 peau à peau. Mais voilà, tu peux passer par autre chose effectivement, apporter un petit doudou.
318 Vous pouvez mettre des doudous auprès de votre bébé, prendre le doudou contre vous, mettre
319 une main sur sur votre bébé, le contenir, expliquer, euh, expliquer un peu justement les besoins
320 de d'un nouveau-né, voilà qu'il a besoin d'être contenu. EUh. Ça passe par par ça aussi
321 justement. Et puis euh quand même ça passe beaucoup par alors le peau à peau on s'est rendu
322 compte que vraiment c'est c'est juste magique pour pour en fait créer ce lien. Parce que vraiment
323 ça passe par ce contact entre le bébé et ses parents qui met euh qui est tactile, vraiment ça ça ça
324 fonctionne. Donc voilà. Donc euh nous dans ces cas-là. Je pense qu'il faut surtout en fait, on est
325 là pour préserver cette petite bulle qui est créée entre le parent et son enfant. Donc justement
326 pas forcément être des mots tu vois ?

327 Rires

328 Mais effectivement, préserver l'intimité, faire en sorte que des choses toutes bêtes, mais que la
329 maman soit confortable. Quand elle vient d'accoucher, que du coup elles sont sur un fauteuil
330 euh si elles restent 1 heure et qu'elles sont tendues, hypertendues, hyper stressées. Euh en ayant
331 peur de leur bébé bascule un peu parce que voilà, ça ça peut être ça des fois, hein. Euh Et du
332 coup, euh, c'est compliqué d'apprécier cet échange de tactile. Alors que si la maman déjà on la
333 met confortablement ça tire pas euh s'assurer que ça tire pas sur la cicatrice de césarienne. Euh
334 déjà elles, elles se sentent confortables. Beh va forcément beaucoup plus avoir de facilité à à
335 prendre en compte les besoins de son bébé. Euh parce que déjà les mamans elles elles te disent
336 même si je suis pas confortable, c'est pas grave, même si j'ai mal c'est pas grave. Sauf que on
337 sait très bien que la douleur ça anesthésie hein ça. Voilà, il y a moins de d'hormones du, de, de,
338 de, du bonheur, de plaisir qui sont qui sont libérées. Et du du coup beh forcément on est on est
339 un peu centré sur sa douleur. Ce qui est normal, c'est le voilà, le corps veut ça, ça et donc voilà.
340 Donc rien que ça, c'est des choses tout à fait pratiques qui vont permettre le permettre le lien.

341 **D'accord. J'ai remarqué plusieurs fois, tu as parlé de parole, de posture, de euh. Quand**
342 **on s'imagine la néonate, on s'imagine une mini réa pour enfant. Et du coup-là, tu me**
343 **présentes quelque chose de la néonate de l'ordre euh de l'ordre bien plus relationnel. Euh**
344 **justement, ça rentre complètement dans cette dans cette théorie d'attachement. Euh. Au**
345 **final, vous faites donc beaucoup beaucoup attention à vos paroles, à votre posture ou c'est**
346 **peut-être toi particulièrement, hein ?**

347 Non c'est tout le monde bien sûr

348 **Et c'est pour tout type de parents ? Ou c'est vraiment quand y'a des problématiques**
349 **justement où vous allez être peut-être plus alertes sur vos paroles tout ça ?**

350 Non c'est pour tout type de parents et Euh en fait la néonate a énormément évolué énormément
351 en 20 ans ça fait 20 ans là que j'y suis. Juste quelques années avant que j'arrive en néonate, donc
352 tu vois il y a 25 ans, quand les parents avaient à peine le droit de rentrer. Donc ça a énormément,
353 énormément évolué et du coup notre posture, elle a énormément évolué et probablement
354 d'ailleurs effectivement avec de des des des professionnels qui ont travaillé il y a 30 ou 40 ans.
355 Euh il y avait peut-être un lien d'attachement qui était différent mais parce que justement il y
356 avait un moment où il fallait remplacer les parents parce que du coup des fois ils venaient pas
357 de de de plusieurs jours de voilà et c'est vrai que ce euh, là vraiment, on a évolué dans le sens
358 où euh d'ailleurs, on dit c'est, il faut que la, les besoins sont centrés sur sur la famille, c'est pas
359 que sur le que sur l'enfant en fait. Voilà parce que, un bébé il va rentrer chez lui, il va être avec
360 ses parents, avec sa famille. Donc voilà si on on effectivement mais c'est vraiment ça, c'est que
361 si le lien d'attachement se fait pas forcément ça va poser des problèmes pour la suite. Donc oui
362 notre posture doit faire que euh on on on privilégie ; Alors c'est pas privilégier les besoins des
363 parents à défaut des besoins de l'enfant. Vraiment, mais c'est en fait c'est vraiment cette relation
364 entre parents et enfants en fait. Et c'est vrai que pareil là aussi, de plus en plus on inclut les
365 papas.

366 **Oui !**

367 Voilà c'est pas, c'est pas que les mamans bien sûr, c'est voilà là aussi, très souvent. Alors on dit
368 encore la chambre mère-enfant, mais c'est vrai que on essaie quand on l'écrit, en tout cas que
369 ça soit plus la chambre parents-enfants, voilà, mais tout ça, c'est des choses qui qui évoluent,
370 voilà qui évoluent petit à petit.

371 **Mais tout à fait, c'est d'ailleurs pour ça. Je fais une petite parenthèse d'ailleurs pour ça,**
372 **quand je quand je me suis présentée, j'ai eu du mal à dire « de manière générale dans**
373 **l'unité mère-enfant » parce que c'est vrai que beh alors mère inclut gynéco j'imagine. Mais**
374 **voilà, nous gynéco n'est pas forcément mère donc.**

375 Oui tout à fait

376 Rires

377 Mais voilà, comme ça, c'est des choses qui qui évoluent petit à petit et ça prend du temps. Euh.

378 Voilà

379 **D'accord**

380 Ça prend du temps, que les mentalités changent aussi, il faut du temps.

381 **Et donc du coup toi tu vois que ta posture et tes paroles justement que tu peux mettre sur**
382 **les parents, ou plutôt ta façon de parler, ont leur importance pour qu'eux qu'ils**
383 **reprennent leur place et se sentent sûrs.**

384 Bien sûr, bien sûr. Effectivement voilà, ça passe, ce que je te disais au début c'est euh. On essaie
385 d'enlever ce mot de visiteur. Y a pas si longtemps que ça les parents étaient des visiteurs. Non,
386 ils ne sont pas des visiteurs. Les parents c'est c'est c'est les parents effectivement, probablement
387 que le jour où y aura plus de séparation du tout. Même s'il y a des, même si l'enfant euh a des
388 soins, même des soins ou bien assistance respiratoire. Ça changera tout parce que probablement
389 que les parents ont encore un peu l'impression quand ils viennent ici, ils viennent, voir leur
390 bébé, voilà, ça venir voir son bébé, c'est forcément rien que là, bah déjà, on on euh. Ça casse
391 un peu le le ça casse un peu les choses alors c'est pas c'est c'est voilà, c'est pas c'est pas, c'est
392 pas systématique bien entendu mais euh. Et oui d'ailleurs c'était Suzanne qui m'a dit qu'elle était
393 allée euh la RIP, je sais pas si tu connais ?

394 **Non**

395 C'est euh.. C'est deux jours de conférence 2-3 jours de conférences qui sont une année sur 2.
396 Je crois au Palais des papes. C'est sur la Périnatalité et la Psycho Périnatalité.

397 **D'accord**

398 Et du coup, à priori un euh une psychiatre je crois qui a dit qu'il y avait quand même 40% de
399 dépression post-natale chez les mamans d'enfants nés prématurés. Alors je te dit pas sûr pour
400 les chiffres. Elle m'a dit 40% mais je sais plus quelle était si c'est le prématuré ou une
401 hospitalisation en néonate

402 **D'accord.**

403 Donc c'est énorme, c'est énorme, donc forcément y a des problèmes dans les liens d'attachement,
404 qu'on ne voit pas forcément en néonate mais qui vont se voir plus tard.

405 **Est-ce que vous, quand il y a des problèmes comme ça de lien d'attachement, mais que le**
406 **bébé au niveau somatique va mieux et que c'est le moment pour lui de sortir. Euh, Est ce**
407 **que tu mets quelque chose en place ? Est-ce qu'il y a quelque chose à la maison ?**

408 Alors y'a l'UPB

409 **Oui**

410 Tu connais, voilà. Donc effectivement, ça en général, c'est la psychologue notre psychologue
411 en fait, qui de toute façon notre psychologue, on va dire qu'elle rencontre quasi tous les parents.

412 Sauf vraiment les parents qui ne souhaitent pas rencontrer, qui qui disent expressément moi je
413 ne veux pas voir de psychologue. Après, voilà on on assez régulièrement on va proposer que la
414 psychologue passe les voir, mais ça se passe même pas forcément comme ça. Des fois elle va
415 se présenter simplement et puis après voilà. Elle elle voit si effectivement en engageant la
416 discussion des parents sont voilà, sont complètement fermés et puis, ou sinon s'il y a possibilité
417 d'avoir une discussion. En général ça se passe comme ça, et donc effectivement en général s'il
418 y a nécessité, elle propose, l'UPB c'est elle qui en parle en général.

419 **D'accord.**

420 Ça peut être le médecin, le pédiatre qui en parle, mais en général c'est elle qui propose l'UPB.

421 **D'accord.**

422 Donc oui, après l'UPB, il faut que ça soit les parents qui euh qui soit actifs. C'est à dire, c'est
423 eux qui doivent appeler, pour prendre RDV, c'est pas l'UPB qui va faire la démarche. Voilà, et
424 donc après effectivement, quand il y a un lien d'attachement qui peut mettre en péril les besoins
425 de l'enfant. Là c'est autre chose. Là il va y avoir aussi un signalement PMI et puis au maximum,
426 il peut être retiré. Mais sinon euh effectivement pour aider les parents mais déjà ne serait-ce
427 que mettre en place la PMI, sans parler même d'UPB. Même si voilà l'UPB c'est proposer quand
428 même assez facilement, c'est pas quelque chose de euh exceptionnel mais ne serait-ce que la
429 PMI, voilà ça peut tout à fait un bon soutien pour les parents, au retour la maison. Pour euh, ils
430 peuvent s'appuyer sur euh des professionnels qui sont à leur écoute.

431 **OK**

432 Ça peut être des associations aussi, alors effectivement. Euh de plus en plus, effectivement, on
433 propose aux parents, on parle d'associations à la euh à la sortie de l'hôpital qui peuvent être à
434 leur écoute. Alors il y a une époque et là, ça ne se fait plus du tout. Parce qu'il y a une époque
435 y'avait SOS préma qui venait, qui faisait une espèce de petit café parents. Alors après, il y a
436 une autre association qui s'appelle le marathon de la prématurité, mais là ils viennent plus, mais
437 ça fait un moment qu'il est pas venu, non, je me demande si si il vient, non non ya plus du tout.
438 Par contre on leur donne un petit flyer avec la liste des associations et ils peuvent contacter et
439 donc voilà ce soit des associations sur la périnatalité en général, sur le soutien à la parentalité,
440 sur euh la gémellité, euh la prématurité, voilà

441 **Ok. D'accord ? Euh. J'avais encore une question, qu'est-ce que ça évoque pour toi le terme**
442 **de suffisamment bon ?**

443 Rires. Euhh, alors forcément euh...

444 C'est très euh très subjectif, bien sûr Euh (1 seconde). En fait on est probablement là pour euh
445 accompagner les parents et pour euh (2 secondes) s'ils ont des difficultés, on n'est pas là pour
446 juger de ces difficultés-là, mais si ces difficultés empêchent que les besoins les plus importants
447 des bébés soient satisfaits là effectivement euh euh il faut qu'ils soient accompagnés, et
448 accompagnement peut passer jusqu'à jusqu'à l'IPP, voilà après euh (1 seconde). C'est c'est la
449 situation qu'on va juger après euh. Probablement que (2secondes). On n'a pas tous. On a tous
450 des relations différentes avec avec ces enfants. Et on n'est pas là pour juger de si cette relation
451 là nous convient. Voilà, sauf si effectivement on sent que du coup elle est plus euh elle met en
452 danger l'enfant effectivement, là c'est autre chose, mais sinon dans la mesure où ça met pas en
453 danger l'enfant euh je pense que là aussi, on a fait quand même euh beaucoup de progrès, ça
454 soit en néonate ou à la maternité pour essayer de de mettre de côté ce que euh ce que nous on on
455 pense être bon pour vraiment justement se concentrer sur euh cee que les parents, entre
456 guillemets, pensent être bons pour leur enfant, voilà et donner des conseils qui soient euh euh
457 les moins subjectifs possibles, mais voilà, les plus objectifs en fonction des des découvertes
458 scientifiques, euh voilà. En se basant beaucoup sur effectivement sur sur la science, sur les soins
459 de développement, euh pas sur notre avis à nous.

460 **Ok. Euh du coup-là en parlant de ça, de la culture scientifique et des nouvelles théories**
461 **peuvent se faire et des nouveaux savoirs qui peuvent se faire. Tu t'es amené à faire des**
462 **formations régulièrement ?**

463 Alors oui, alors de la voilà

464 **Des formations des congrès, peu importe.**

465 Alors effectivement, il y a plein de formations. On a fait des formations sur soins et
466 développement euh on en a fait une dans le service, ça commence à dater maintenant, mais tout
467 le service avait été formé. Euh On fait, on va des fois euh à des des conférences et des
468 conférences qui sont organisées par, justement, l'association SOS préma. Effectivement où très
469 intéressant parce que tu vois euh, il y a beaucoup de témoignages de parents. Et du coup tu
470 expliques ce qu'eux ressentent, c'est intéressant effectivement pour euh ça permet de de voir
471 les choses différemment et d'avancer forcément dans ta pratique et dans euh je pense que ce
472 genre de de conférence, ça participe à justement ce qu'on peut améliorer dans le service, alors
473 déjà dans une posture, mais aussi dans l'environnement. Ya des parents qui disent, beh moi
474 quand je suis arrivé, je me rappelle d'un papa qui disait euh moi quand je suis arrivé dans le
475 service, alors il parlait pas de chez nous hein mais que effectivement on voit sur la porte interdit

476 alors c'est tu sais c'est un gros sens interdit gros c'est voilà, il faut laver les mains, il faut, voilà
477 voilà c'est pas très accueillant et ça ça ça n'est PAS accueillant, justement, voilà, ça donne pas
478 envie de euh ça donne moins envie de pousser la porte pour voilà pour y rentrer forcément hein.
479 Déjà on se sent un peu mis à l'écart. Donc oui, tout ça c'est très intéressant de de d'entendre ces
480 choses-là. Voilà euh

481 **Et vous êtes dans l'obligation d'en faire ou c'est chacun ?**

482 Alors les formations. Alors je pense quand même que dans la majorité très intéressé par toutes
483 ces formations, voilà après donc non tu as des formations obligatoires sur l'hôpital. Après c'est
484 pas t'es pas obligé de te former. Après ça dépend aussi de la dynamique qui a dans le service,
485 mais il y a plutôt une dynamique qui est de cet ordre-là d'avoir envie de se former et de oui oui.
486 On est plus je pense à se faire refuser des formations qu'à ne pas en demander.

487 **Ok. Justement dans ce but de de de se tenir au courant des dernières avancées
488 scientifiques et de savoir un petit peu ce qu'il en est...**

489 Et d'ailleurs effectivement par rapport à l'IHAB, comme on est en démarche pour obtenir un
490 certificat la certification IHAB, il faut qu'il y ait 80% au moins 80% du personnel qui soit formé.
491 Alors c'est par rapport à la euh aux informations à donner aux parents. Euh Que ça soit le
492 maximum de non séparation dans la mesure du possible bien entendu. Voilà, et c'est c'est à ça
493 englobe à la fois la maternité et ici. Euh l'importance du peau à peau, l'importance de
494 l'allaitement. Et donc en fait on est, y'a une formation sur hôpital qui parle des besoins et rythme
495 du nouveau-né. Et donc qui est fait à tous les professionnels, là faut avoir une formation euh
496 avoir été formé de moins de 5 ans.

497 **Ok**

498 Voilà.

499 **D'accord. Euh est-ce que tu as autre chose à me dire sur les théories d'attachant sur les
500 problématiques dans le lien d'attachement parent-enfant, sur la place du soignant là-
501 dedans.**

502 Euh. Non non mais je dirais que je pense vraiment, vraiment, que quand effectivement, on
503 considèrera que la place de du bébé, c'est auprès de ses parents que ça, et que c'est pas ailleurs,
504 qu'on aura les locaux qui le permettent, à mon avis ça changera énormément les choses, ça
505 va pas bien sûr, pas enlever tous les problèmes du lien d'attachement. Ça, ça sera un énorme,
506 énorme pas. Et même nous dans notre posture, je pense que du coup ça nous obligera à faire
507 encore plus d'efforts pour eeuuh ne pas être au centre en fait que ça soit vraiment vraiment le

508 bébé et ses parents qui soient au centre et nous on est là pour accompagner et pas pour faire à
509 la place des parents. Ce sera voilà. Je pense qu'effectivement ça euh ça participera, enfin ça sera
510 primordial.

511 **Est-ce que tu connais la théorie c'est pas vraiment une théorie pour le moment ce sont des**
512 **études sur Family Center c'est en fait la famille au centre de l'hospitalisation. Donc pour**
513 **le moment, ça se fait aux États-Unis dans quelques hôpitaux du coup la famille est au**
514 **centre de l'hospitalisation, c'est pas simplement le bébé qui est au centre de**
515 **l'hospitalisation, c'est pas que la néonate de manière générale dans la pédiatrie**

516 D'accord.

517 **Et donc ils se sont rendus compte, effectivement que cette coupure pouvait être délétère**
518 **pour les parents et c'est tout à fait ce que tu es en train de me dire en fait. Depuis que tu**
519 **m'en as parlé j'ai fait le lien avec ça, c'est tout à fait ça.**

520 D'accord Family center ça s'appelle d'accord

521 **Oui**

522 Alors est-ce que ça ressemble un peu à tout ce qui est fait dans les pays scandinave,
523 effectivement. Voilà d'ailleurs. Alors au mois de d'avril, je vais avec une autre de mes collègues,
524 on va à Lille. Alors si c'est sur l'allaitement en néonate. Mais effectivement, il y a des
525 professionnels de Suède qui viennent parler aussi, ils sont voilà, ils sont très en avance eux-
526 mêmes toute façon le Nord de la France est très en avance par rapport à nous, par rapport à tout
527 ça d'ailleurs, effectivement, il y a plusieurs services, il n'y a pas de séparation. C'est sûr, c'est
528 sûr. Tu te dis effectivement dans un hôpital, à quel moment on s'est dit que euh plutôt à quel
529 moment en fait pourquoi maintenant on se dit pas si on met un lit dans une chambre
530 d'hospitalisation pourquoi on peut pas mettre un lit dans une chambre de néonate ça devrait
531 paraître complètement bah voilà un bébé sans ses parents c'est pas possible, ça n'existe pas.

532 **Merci beaucoup**

533 Ecoute j'espère avoir répondu à tes questions.

13.2. Au CMPEA : Carol

1 **Alors. On va reprendre du coup depuis le début, combien de temps ça fait que tu es**
2 **infirmière ?**

3 Euh 24 ans

4 **Combien de temps ça fait que tu exerces ici euh au CMP ?**

5 10 ans.

6 **Et ton parcours pro euh depuis que tu es infirmière ?**

7 Euh beh j'ai travaillé euh dans une première unité d'accueil crise pour les adultes pendant un an
8 et demi, une 2ème unité euh d'un secteur différent pendant 6 ans et ensuite j'ai quitté les adultes
9 pour aller en pédopsy et j'ai travaillé 6 ans dans un hôpital de jour euh qui accueillait des enfants
10 de 6 à 12 ans et 10 ans au CMP. Voilà.

11 **Euh du coup, ma première question, est-ce que tu peux me parler d'une situation que tu**
12 **as vécu ? Dans laquelle le lien d'attachement parent enfant a été difficile.**

13 6 secondes de silence.

14 Ah mais je pense qu'y en a beaucoup.

15 **Euh une qui t'as marquée peut-être.**

16 Ouais. J'en ai une. Qu'est-ce que hum... Mais mais du coup je je t'en parle comment ? Enfin

17 **Je vais mettre en, euh, je vais en anonymiser.**

18 On reste sur cette même euh situation euh

19 **Tu peux.**

20 Euh bon le premier qui me vient donc c'est un enfant qui a été adopté à l'âge de 4 mois. Euh
21 pour lequel euh donc il a 8 ans maintenant. Et c'est un enfant qui est toujours en train de euh
22 mettre un peu à l'épreuve ce lien-là avec ses parents quoi. En l'attaquant en quelque sorte quoi.
23 En le testant. Euh voilà enfin et après je sais pas jusqu'où je peux détailler les choses.

24 **Tu peux détailler.**

25 Dans l'histoire familiale Euh beh c'est euh c'est euh ce couple a eu des des difficultés pour
26 pouvoir adopter. Et puis après ils sont devenus aussi parents biologiques et et et rapidement
27 d'un autre enfant. Donc la, la question de l'attachement, je pense qu'elle a été remise en enfin,
28 elle a été rejouée à ce moment-là et elle est toujours d'actualité avec des difficultés parentales
29 pour pouvoir euh se positionner dans un lien Secure par rapport à cet enfant-là quoi en fait.

30 **Avec le 2ème enfant, du coup pour qui qui a été biologique ?**

31 Oui

32 **Le 2ème enfant euh il y a pas de difficulté dans le lien ?**
33 C'est pas, je ne sais pas, je sais pas. Du moins c'est pas les mêmes. Enfin, l'enfant manifeste pas
34 pareil. Je pense qu'il y en a quand même, mais je j'en sais rien en fait.
35 **Il est pas suivi ?**
36 Non
37 2 secondes de silence
38 Ouais.
39 **Il teste le lien. Euh il sait qu'il a été adopté ?**
40 Oui.
41 **Et euh à un moment, tu as dit que euh "ça s'est rejoué". Ça s'est rejoué au moment euh**
42 **de la naissance du deuxième en fait ?**
43 Hm Hm (acquiescement)
44 **Ok**
45 Ce ce qui essaie de rejouer au moment de la naissance, c'est les difficultés des parents à pouvoir,
46 oui, oui.
47 **C'est les difficultés des parents.**
48 Oui
49 **À faire quoi ?**
50 A pouvoir être en lien, avec beh du coup bah ils se retrouvaient avec 2 enfants enfin Voilà très
51 rapidement et à pouvoir euh (2 secondes de silence). Oui, être en lien avec des 2 enfants, de
52 façon différenciée et surtout euh oui, il y a eu, oui, il y avait une difficulté pour accueillir le le
53 2ème enfant dans le sens où, comme la la famille n'avait connu l'enfant adopté que à partir de
54 l'âge de 4 mois, ça pouvait dire euh le parent, c'était Beh moi je sais m'occupait d'un enfant que
55 à partir de à l'âge de 4 mois. Voilà du coup c'était compliqué effectivement de s'occuper du
56 2ème enfant de 0 à 4 mois et même même après, je pense, voilà.
57 **Il est suivi depuis combien de temps ici ?**
58 Euuh longtemps
59 **D'accord.**
60 Ouais, ouais. Plusieurs années quoi. Je sais plus.
61 **Tu as pu voir des améliorations sur sur le lien avec les parents ?**
62 2 secondes de silence
63 Je crois pas

64 **Et avec toi ? C'est toujours toi qui l'as suivi ?**

65 Ouais mais après c'était des espaces et des cadres différents, donc, euh euh et avec moi c'était,
66 les choses étaient possibles quand même, quoi, oui. Avec moi, oui, oui, oui. Euh plus petit il
67 était tellement petit qu'il était quand même, euh il avait la proximité avec ses parents. Enfin
68 voilà il nous il nous il nous les soignants il nous avait pas investi non plus mais en même temps
69 il avait pas d'espace pour lui tout seul de soins donc donc c'était toujours le groupe famille avec
70 les thérapeutes quoi donc du coup ça s'est pas ça s'est pas proposé comme ça pour lui sur le
71 CMP quoi

72 **Ok**

73 Voilà

74 **D'accord donc il a pas investi comme quand il y a quand c'est sans les quand c'est ... ?**

75 Après, il a investi en fonction de son âge parce que je pense qu'il devait avoir. 2 ans au tout
76 début, 2 ans et demi donc donc il parlait pas. Euh voilà, il était tout petit, il pouvait quand même
77 progressivement être euh investir le lieu dans le sens où il pouvait jouer, manipuler voilà les
78 jouets, nous regarder, euh s'approcher de nous aussi, mais c'était dans mes souvenirs, pas jusqu'à
79 nous demander à jouer avec lui, quoi ?

80 **OK.**

81 Voilà il jouait avec papa et maman mais pas avec nous quoi.

82 **D'accord.**

83 2secondes de silence

84 **Comment fais-tu face aux parents qui n'arrivent pas à établir justement ce lien pour qu'ils
85 soient suffisamment sécurisés ?**

86 Alors déjà nous on travaille pas tout seul quoi. Enfin on, si on a besoin ou si pour les parents
87 d'un accompagnement en plus de l'accompagnement dans le cadre des des soins, donc soit
88 individuel, soit groupal pour l'enfant, soit un accompagnement familial. On a la possibilité aussi
89 de d'interpeller l'ÉDES par exemple pour un accompagnement plutôt avec soit des assistantes
90 sociales soit des éducateurs qui peuvent accompagner les parents dans leur fonction parentale
91 aussi, il y a des associations aussi, l'école des parents. Alors d'ailleurs, pour cette famille, on a
92 plusieurs fois conseillé l'école des parents. Ils y sont jamais allés, on avait proposé la thérapie
93 familiale aussi, ça, ils y sont allés un certain temps. Et après là, sur les derniers moments de la
94 prise en charge, on avait fait intervenir notre assistante sociale aussi pour pouvoir accompagner
95 la famille sur une démarche vers l'ÉDES.

96 **OK**

97 Ouais après sinon nous en tant qu'infirmière beh beh on va, on va déjà écouter en premier. Et
98 en fonction de ce qu'on peut entendre et de aussi, de comment les parents peuvent se saisir de
99 ce qu'on peut dire aussi. Beh on va pouvoir proposer peut-être, certaines choses donc moi par
100 exemple sur les prises en charge avec l'enfant ce que je je fais, fais un peu le le la, une transition
101 avec le parent, quoi. Quand je quand je viens chercher l'enfant, quand je raccompagne l'enfant,
102 Beh je vais échanger avec le parent, donnant une certaine place à l'enfant. Enfin voilà. Et en
103 essayant de solliciter le parent de façon un peu indirecte, sur sur sa place de parent, sur comment
104 il peut répondre à l'enfant, comment il peut lui donner des limites. Voilà, mais pas pas
105 directement. C'est vraiment. Ou en racontant ce qui a pu se passer dans enfin pendant la séance
106 pas vraiment, mais en faisant part de ce qui a pu se passer et pour que l'enfant puisse le
107 transposer aussi sur avec ses parents.

108 **C'est au travers de l'enfant, que tu vas réussir à toucher le parent**

109 Ouais, ouais, oui. Oui.

110 4 secondes de silence

111 **En quoi créer du lien avec l'enfant que tu vas suivre, tu vas prendre en soin, peut avoir
112 ses limites.**

113 6 secondes de silence

114 Et Beh Euh après c'est quoi ?

115 **Tu vas créer un certain lien avec l'enfant.**

116 Ah oui. Beh par rapport à notre place et notre fonction quoi. Enfin euh, ça ça nous ça, ça, ça
117 nous, ça nous limite d'une certaine façon. Enfin on. On n'est pas... Là, par rapport à ton thème,
118 on n'est pas des substituts parentaux, enfin voilà quoi. Euh

119 **Donc la limite ça va être celle quand l'enfant peut s'attacher, pas comme il pourrait
120 s'attacher aux parents mais...**

121 Si, si, si, il peut avoir, une façon de s'attacher voilà qui est pas forcément adaptée, et beh de
122 de dans ce cas-là il faudra lui signifier aussi quoi lui rappeler notre place et notre fonction quoi.
123 Euh Et après, beh nous, on est sur le lieu du CMP, on n'est pas sur le lieu aussi du domicile
124 donc euh et puis on est sur des lieux internes à notre structure quoi. Donc c'est vrai que c'est
125 différent aussi. Plus on multiplie les lieux d'intervention auprès de l'enfant, plus on a de regards
126 différents aussi et puis enfin. Donc ça c'est c'est une limite aussi notre, Ouais

127 4 secondes de silences

128 c'est c'est pas ouais, vas-y re sinon reprend, tu peux pas la reformuler autrement.

129 **Si si je peux, euh. Quand tu vas créer un certain lien avec l'enfant. Quel qu'il soit. T'es**

130 **obligée de créer ce lien avec l'enfant.**

131 Oui

132 **Pour que la prise en soin, la prise en charge puisse se faire correctement, que l'enfant**

133 **puisse s'investir complètement dans le lieu. Tu vas être obligée de de créer un lien.**

134 **Jusqu'ou tu vas créer ce lien ? Jusqu'ou, jusqu'ou toi tu vas aller ? Et te dire Euh là je**

135 **peux pas franchir une barrière supplémentaire pour le bien de l'enfant toujours**

136 Hum hum.

137 **Pour que l'enfant puisse pour que ses troubles puissent être plus apaisés, réduit enfin qu'il**

138 **y ait une évolution.**

139 Beh moi je enfin, les limites c'est ma place et ma fonction je redis pareil.

140 **Mais du coup ?**

141 Mais beh moi je vais essayer de créer ce lien de confiance avec lui. Enfin du moins de lui

142 proposer ce que je peux penser, être adapté et qui peut favoriser la confiance. Je vais la garantir

143 donc je vais pas divulguer ce qu'il a dit aux parents je vais pas, Voilà je vais pas, je vais pas

144 leur dire, beh ça s'est passé comme ceci ou comme cela pour qu'il y ait pas après de remontrance

145 ou de de commentaires fait par les parents, quoi. Je vais rester très discrète sur dans le lien que

146 je vais avoir avec les parents quoi. Et après sur son espace à lui, l'enfant beh je lui laisse beh la

147 possibilité de pouvoir échanger, de pouvoir exprimer des émotions je lui garantis aussi cette

148 confidentialité. Mais il y a des choses que c'est que l'enfant pour enfin. Pour lequel l'enfant

149 pourra se saisir et avoir confiance, pour lequel il lui faudra du temps. Et il y a des choses qui

150 lui appartiennent aussi quoi. C'est lui qui peut mettre aussi des limites, l'enfant. Enfin, il y a un

151 moment où il peut décider de pas se confier, décider de pas d'être dans l'opposition, décider de

152 de refuser quoi. Voilà après bon on peut entendre quoi, on essaie de comprendre ce qu'il se

153 passe ou de faire du lien, même si... Si c'est pas possible, c'est pas possible quoi

154 **T'as déjà eu des enfants qui justement refusent le lien avec toi, qui ont un trouble dans le**

155 **lien avec les parents et qui vont refuser le lien avec toi ?**

156 7 secondes de silence

157 Qui alors ? Qui refuse ? non pas non pas qui, qui peuvent avoir à certain moment des formes

158 d'opposition, oui, mais refus catégorique non, franchement, c'était pas sur non. (reflexion) Non

159 **Donc toujours dans ce lien que tu vas créer avec l'enfant, on dit toujours s'attacher pour**
160 **mieux se séparer. À quel moment tu réussis à voir que c'est le bon moment pour se**
161 **séparer ? Maintenant vous êtes bien attachés, voilà, ça c'est bien construit et là c'est bon**
162 **moment.**

163 Euh alors dans certaines situations, c'est parce qu'il y a un relais qui est fait sur une autre
164 structure avec d'autres prises en soins. Donc c'est le moment.

165 **Ouais**

166 Euh Beh euh euh je dirais aussi quand les choses sont préparées en équipe quoi, quand elles
167 sont réfléchies par le l'équipe entière et qu'on peut aussi le préparer avec le consultant sur un
168 rendez-vous familial. Donc soit le pédopsy sur la psychologue, quoi, et qu'on peut signifier à
169 l'enfant que beh on a terminé alors certains enfants on prévoit quand même un rendez-vous pour
170 se dire au revoir, d'autres fois non, pas forcément, c'est pas forcément nécessaire. Et puis je
171 dirais quand l'enfant il est aussi capable de faire un petit « bilan » et qu'on voit aussi qu'il y a
172 des choses qui se sont apaisées quoi. Euh

173 **Donc ça va être une une réflexion d'une part de l'enfant**

174 Ouais.

175 **Et toi tu vas, tu vas entendre l'enfant s'exprimer. Et et d'autre part, il y a l'équipe qui est**
176 **là pour pour dire Ouais, OK, on a un œil un petit peu plus extérieur que toi et de et**

177 On valide aussi ouais, ouais, ouais, on valide ou on prescrit hein docteur aussi peut voilà.

178 **Ok.**

179 **Euh Quand tu t'occupes de l'enfant. Comment t'arrives à garder ? Parce que je vais la**
180 **reformuler, elle sera plus adaptée pour ici. Toi, tu vas prendre en soin l'enfant. Et**
181 **uniquement l'enfant, les parents sont vus à la fin des séances ou avec le médecin. Comment**
182 **tu vas pouvoir créer quand même un lien avec les parents ? Pour pouvoir maintenir ce**
183 **lien avec l'enfant puisqu'on sait bien que s'il y a pas la confiance des parents envers le**
184 **soignant, le soin ne peut pas se faire avec l'enfant.**

185 Et bien ça se travaille aussi avec les parents de toute façon. Enfin, on a besoin de l'adhésion des
186 parents comme on a besoin d'adhésion des enfants quoi. Euh Alors souvent, c'est travaillé un
187 peu avant la la rencontre avec l'enfant dès la première demande. Et ensuite pendant le rendez-
188 vous d'accueil où on rencontre pour la première fois les parents, on leur présente la structure et
189 on leur présente le fonctionnement quoi, et on leur demande leur adhésion quoi. Et après ça se
190 travaille au fur à mesure avec le parent. Alors ça peut se faire de façon progressive aussi quand

191 c'est les premières séparations de l'enfant et que l'enfant par exemple manifeste beaucoup ou le
192 parent manifeste beaucoup. Donc là on peut ouais vraiment faire de façon progressive en
193 rassurant le plus possible les parents. Euh Il y a eu exceptionnellement des situations où pour
194 pouvoir avoir cette confiance-là beh il fallait faire venir un des 2 parents sur la séance pendant
195 un certain nombre de séances pour qu'après le parent puisse accepter de quitter la pièce ou de
196 voilà donc ça ça se travaille. Si ça c'est avec des des gestes quoi pour les rassurer après avec
197 des mots habituellement, ça suffit quoi donc

198 **D'accord**

199 Mais mais voilà, c'est vrai qu'il faut de toute façon si on n'a pas l'adhésion des parents, on peut
200 rien faire quoi. Enfin c'est c'est impossible quoi le parent il peut pas laisser son enfant se séparer
201 s'il en est pas prêt, si voilà, s'il nous fait pas confiance. On prend le temps qu'il faut, on peut
202 faire multiplier les rendez-vous avec les parents pour voilà, les rassurer, leur expliquer notre
203 cadre, notre fonctionnement, voilà.

204 **Donc ça va quand même beaucoup se jouer au moment du premier accueil, au premier**
205 **rendez-vous, où là, tout de suite, il va peut-être y avoir quelque chose qui va se passer, qui**
206 **va donner la confiance aux parents ?**

207 Oui

208 **Ok**

209 Ouais

210 **Quand tu as parlé de la manifestation de la séparation, que ce soit pour l'enfant ou pour**
211 **les parents, sous quelle forme elle se présente ?**

212 Ah bah c'est varié. Ça peut être des enfants qui crient, qui pleurent, qui se débattent, qui refusent
213 de quitter leurs parents. Donc ils s'agrippent aux parents qui peuvent se montrer agressifs,
214 qui voilà ou qui tournent la tête. Ne regarde refuse de répondre, et après, euh bon, ça c'est du
215 côté des enfants. Du côté des parents, c'est des des parents, qu'on sent très très très anxieux,
216 très très en difficulté pour quitter du regard leur enfant pour pour pour accepter que leur enfant
217 soit dans une pièce différente qu'eux et pour accepter que leur enfant investisse voilà d'autres
218 jeux ou une autre personne quoi Voilà, voilà, c'est inconscient tout ça, mais Ouais.

219 **OK. Quand t'as la manifestation de de de cette séparation, est-ce que tu peux quand même**
220 **faire le soin ou à chaque fois ça avorte et...**

221 Non, mais on a toujours réussi, enfin.

222 **À chaque fois, vous réussissez à faire le soin ?**

223 D'une façon ou d'une autre avec des fois, c'est avec la présence d'un parent, mais oui, oui, oui.
224 Oui, je crois, oui. Ouais.

225 **Euh Quand tu es face à des parents qui ont du mal à trouver leur place au sein de leur**
226 **famille, du coup, c'est un petit peu le cas de la situation dont tu parlais au début. Comment**
227 **tu peux toi les aider à reprendre ou à prendre leur place pleinement de de figure**
228 **parentale ?**

229 Hum eh beh je dirais en les rassurant et en les sécurisant eux aussi, les parents dans, euh quand
230 ils ont des réponses qui qui sont adaptés pour l'enfant, quoi. Et en les encourageant, voilà à
231 pouvoir aussi, ouais, apporter tout ce qui est de l'ordre de la sécurité quoi. Et à pas se laisser
232 contaminer par leur propre angoisse, voilà quoi, euh ouais, c'est vraiment vraiment
233 encourageant à tout ce qui est, tout ce qui est positif quoi, avec tout ce qui est dans le sens.
234 Après on peut leur proposer des, des, des idées aussi autour sur la question précédente, je
235 pensais à la question des rituels aussi pour favoriser la séparation, Beh souvent on met en place
236 des rituels une chanson, un accompagnement avec une certaine façon. Euh Et ça aide. Et l'enfant
237 et le parent à pouvoir faire ce cette séparation, à accepter ce temps de transition quoi. D'une
238 pièce à l'autre quoi, et ce temps de séparation.

239 5 secondes de silence

240 Ouais oui. A priori.

241 **Au final, tu crées autant de liens avec le parent qu'avec l'enfant**

242 Oui.

243 **Voire même peut-être plus**

244 Bah y a des situations où c'est, oui, ça dépend des situations. Mais oui, effectivement, dans,
245 dans des situations où l'attachement est complexe de toute façon, ou si le parent il est un dans
246 le, en arrière-plan ou s'il est dans le refus. On a, on a quand même besoin de faire le lien avec
247 lui, donc si c'est pas lui qui le fait, c'est nous qui le qui allons le demander à un moment ou un
248 autre parce que ça nous manquera quoi, ouais.

249 **Qu'est-ce qu'évoque pour toi le terme de suffisamment bon ?**

250 Euh

251 Silence

252 Alors je sais ce que ça veut dire, mais j'aime pas j'aime pas, j'aime pas trop cette appellation,
253 mais bon ça c'est perso parce que c'est un peu figé pour moi, quoi, et. Je pense qu'on peut pas
254 porter de jugement sur les qualités parentales, quoi que c'est sans cesse en évolution quoi. Mais

255 oui, mais c'est suffisamment bon, ça veut dire, voilà une un substitut parental qui pourrait être
256 en mesure de répondre aux besoins de son enfant qui serait suffisamment équilibré, sécuritaire aussi
257 et et dans son couple et et dans sa fonction aussi pour pouvoir, beh voilà, anticiper les besoins
258 de l'enfant et y répondre surtout de façon adaptée et ajustée en fait. Et voilà.

259 **OK t'aimes pas ce terme et du coup comment tu pourrais le remplacer ? Par quoi ou par**
260 **quelle autre théorie tu pourrais remplacer ?**

261 Beh déjà ajuster un parent ajusté quoi. Voilà, je crois que c'est pas mal.

262 Rires

263 De pouvoir être un par ajuster aux besoins de l'enfant, au ouais, à l'accompagnement de son
264 enfant, avec cette préoccupation autour de l'enfant.

265 **OK. Moi j'ai fini avec mes questions, est ce que tu aurais d'autres choses à me dire sur la**
266 **théorie d'attachement ou sur les troubles de que toi tu vois ou de ce sur ce que tu mets en**
267 **place.**

268 Non, si ce n'est que j'avais fait une formation aussi sur les troubles du comportement entre
269 autres. Et effectivement les troubles du comportement aussi peuvent être en lien avec des, cette
270 forme-là d'insécurité, voilà d'attachement en primaire quoi. Après voilà ce que je je sais à quel
271 point c'est important et primordial et vital. En fait, que ce lien d'attachement beh ils puissent
272 quand même avoir lieu d'une façon ou d'une autre, entre l'enfant et ses parents, quoi. Mais je
273 comprends bien que c'est pas possible forcément pour tous les parents quoi, en fonction de où
274 ils en sont dans leur vie ou leur pathologie. Mais je suis très consciente de ouais, de cette
275 importance là et de et de tout ce que ça peut modifier par la suite sur la vie de l'enfant et de
276 l'adulte en devenir aussi, mais voilà quoi.

277 **Du coup tu m'as dit plein de choses super importantes.**

278 Bah oui, je te fais une belle conclusion.

279 **Oui**

280 Non mais voilà, je sais, je, je enfin, ce que je dis, c'est que je suis très consciente de à quel point
281 ce ce lien parent-enfant est important et il est primordial de la naissance à à la mort de la
282 personne. Quoi. Enfin qui enfin qui va pas, pas qu'on peut pas dire conditionner toute sa vie,
283 mais qu'il aura une importance dans beaucoup, beaucoup de moments de sa vie et dans comment
284 il va pouvoir se développer, comment il va pouvoir grandir, comment il va pouvoir apprendre,
285 être avec les autres, enfin se construire quoi et devenir enfant, adolescent et adulte. Quoi, voilà.

286 **Quand il est pas possible, t'as dit à un moment tu as dit que il est pas toujours possible en**
287 **fonction de là où en sont les parents**

288 Dans leur histoire de vie ou de couple ou qui est dans leur pathologie

289 **Tu pensais à quelque chose ?**

290 Oui genre la psychose puerpéral, genre la dépression. Mais oui c'est des des pathologies où le
291 lien il va être attaqué en premier puisque la maman enfin voilà le parent il va pas pouvoir être
292 disponible pour répondre aux besoins de son enfant. Donc oui ça oui très clairement. Ou une
293 maman qui serait la zone limite délirant, ou enfin une maman ou un papa. Mais voilà qui serait
294 alors on peut dire discontinue, c'est pas le mot, c'est pas le mot de psychopathe, mais par
295 discontinu, moi j'entends et je comprends qu'il y a des réactions qui sont jamais les mêmes,
296 donc l'enfant il peut pas, il peut pas avoir quelque chose de stable dans son environnement. Il
297 est toujours surpris par les humeurs de de son parent par par les passages à l'acte ou voilà ça
298 c'est c'est pas possible pour un enfant ça c'est désorganiseurs, c'est. Donc ça c'est des
299 pathologies qui font que le lien elle est forcément il est forcément, enfin, il a de grandes chances
300 ou de grands risques, de grands risques d'être un bancal et d'être. Voilà. Quoi

301 **Et tu as dit du coup, Si y avait ce lien qui était trop compliqué, ça allait avoir des**
302 **répercussions sur l'enfant et sur l'adulte en devenir. T'as notamment parlé donc du**
303 **trouble du comportement, la formation que tu avais fait et c'est quoi exactement ? Quel**
304 **trouble du comportement se révèle le plus.**

305 Beh ce qu'on nous a beaucoup dit C'est qu'enfin voilà, c'est ça ça. J'ai ça pouvait générer des
306 enfants qui étaient insécures et du coup les troubles du comportement d'un enfant insécure c'est
307 qu'il va Beh avoir des conduites à risque, avoir des conduites dangereuses, avoir des enfin tu
308 vois qui vont le mettre en danger et qui vont ou des conduites suicidaires quoi, qui vont venir
309 interpeller le parent dans sa fonction parentale, dans ce lien à l'enfant avec les scarifications.
310 Des choses comme ça, mais voilà. C'est plutôt des, des conduites ou des comportements qui
311 inconsciemment. Qui qui, qui vise à faire réagir. Voilà

312 **OK, super. Merci.**

313 De rien avec plaisir.

13.3. A l'UPB : Rachel

1 **Est-ce que tu peux me dire depuis combien de temps tu es infirmière ?**

2 Depuis 15 ans

3 **Tu es infirmière ou puéricultrice ?**

4 Je suis infirmière.

5 **Depuis combien de temps tu exerces ici à l'UPB ?**

6 Depuis 2017.

7 **Et ton parcours pro ?**

8 Alors euh mon parcours pro, c'est déjà une formation euh à l'école d'infirmière Avignon
9 Montfavet. Donc pour moi, ça a son importance parce qu'on avait avant l'école dans l'hôpital
10 et c'est quand j'ai passé mon concours c'est vraiment autour de ça que ça s'est passé.

11 **Ouais**

12 Dans l'accueil, on a parlé directement du projet professionnel parce que j'avais déjà un projet
13 de pédopsy à ce moment-là. Et en fait, ça a été tout à fait euh bien reçu euh parce que je l'avais
14 travaillé avant. J'avais, voilà, je m'étais bien renseignée, j'avais pu faire des stages et j'avais pu
15 faire un peu de travail associatif et euh et donc en fait voilà, je suis rentrée à l'école pour ça. Et
16 j'ai eu tous mes stages quasiment euh autour des enfants. Donc en fait, mes stages en services
17 généraux étaient aussi vers les enfants.

18 **OK.**

19 Et ici aussi. Sauf géronto voilà. Mais sinon j'ai tout eu ou en psychiatrie ou autour des enfants
20 donc c'était vraiment mon projet professionnel qui a été accepté par tout le monde et donc après
21 je suis rentrée sur un hôpital de jour enfant.

22 **Ouais.**

23 En fait, j'ai fait qu'un mois chez les adultes, le temps d'avoir un poste, quoi et euh en unité
24 d'accueil crise 1 mois je crois. Et puis après, chez les enfants donc hôpital de jour. Ensuite, j'ai
25 fait un tout petit peu de libéral, pas long 6mois. Euh Et je suis vite revenue, je suis allée en CMP
26 beh à Sorgues enfant ado. Et puis je suis euh je suis revenue sur les lavandes en hôpital de jour
27 enfants et puis UPB

28 **OK. Peux-tu me parler d'une situation que tu as vécue, dans laquelle le lien d'attachement
29 parent enfant a été difficile ?**

30 Alors oui, après c'est de choisir

31 **Ouais.**

32 Euh donc le lien parent enfant difficile. Après, il y aura une autre question autour de cette
33 situation ou pas ?

34 **Non, au départ on on démarre sur cette situation et ça va plus**

35 D'accord, d'accord.

36 **De manière plus globale**

37 Lien parent enfant, c'est difficile que tu emploies comme mot ?

38 **Oui, le lien qui a été difficile à créer.**

39 Euh oui, j'en ai une.

40 **Ouais. Que tu peux me la raconter ?**

41 Oui... C'est c'est une situation euh d'il y a quelques années maintenant. Il y a cinq ans. Une
42 maman, qui a eu des jumeaux. Euh. Avec une séparation à la naissance des jumeaux de manière
43 prématurée, avec en urgence. Euh Donc elle a, un des jumeaux est resté sur Avignon, puis le
44 2nd est parti avec sa maman sur Marseille. Euh À 3 semaines de vie, cet enfant-là est décédé.

45 **L'enfant de Marseille ?**

46 Oui, et donc elle est revenue vers son autre bébé sur Avignon. Et le lien a été particulièrement
47 difficile à créer. Euh Donc voilà, parce qu'on était à la fois dans du deuil périnatal euh et dans
48 un soutien euh de lien à son autre enfant, et elle disait ouvertement que, enfin ouvertement euh
49 elle avait le droit hein, c'est pas la question mais, de dire que beh elle voulait être avec cet
50 enfant-là qui qui était décédé et elle elle voulait être avec lui et pas avec cet enfant qui est resté.
51 Et il a euh fallu supporter euh autour de cet enfant, autour de Ben (nom modifié), il a fallu
52 supporter euh la colère maternelle, mais en fait son deuil hein ! Voilà. En essayant de préserver
53 les moments euh bah de lien maman bébé comme comme ça pouvait être à ce moment-là, en
54 fait. Euh Et c'est une situation qui nous a beaucoup bougé en équipe. Elle est beaucoup venue,
55 enfin elle est 2 fois par semaine et c'est une maman qui était très très agitée. Euh qui se battait
56 avec elle-même, hein. Mais avec des compétences cognitives.

57 **D'accord.**

58 Euh donc. Elle élaborait et je pense que que c'était d'autant plus fort, c'est à dire qu'elle, elle
59 parlait à voix haute ce qu'elle vivait à l'intérieur, euh cette colère de des douleurs, de pas vouloir
60 cet enfant qui restait de vouloir leur bébé elle me montrer des photos de son bébé qui était
61 décédé. Elle a marqué des actes forts puisqu'elle a laissé donc son enfant Ben sur la table de la
62 salle de bain. Puis elle est allée dans la chambre, enfin voilà.

63 **D'accord.**

64 Elle a elle lui a fait vivre aussi la mort, hein. C'était omniprésent. Et c'est une maman avec qui
65 j'ai toujours du contact donc c'est pour ça que je pense à cette situation-là, on va dire que on a
66 travaillé pendant des mois euh toute l'équipe c'était vraiment voilà (rire) euh et puis. Et puis en
67 fait, le lien encore aujourd'hui est pas si simple pour cette maman et son bébé. C'est à dire qu'elle
68 a eu un autre enfant et et elle a réalisé qu'en fait c'était toujours difficile pour elle ce lien là avec
69 son bébé

70 **Avec le 2e enfant, c'est compliqué ?**

71 Oui avec le jumeau, ouais. Ouais, elle est toujours euh elle parle toujours de l'enfant qui est
72 décédé encore aujourd'hui. Et et elle se rend bien compte qu'avec l'arrivée donc d'un autre
73 enfant, que c'est compliqué pour elle d'être dans le lien. Tout en disant, en se critiquant hein
74 « c'est moi j'y ai pas été, je pouvais pas y être mais je l'aime. Mais voilà j'arrive pas à faire plus
75 que ça. Je sais que je l'aime en fait, je sais que je l'aime, je sais que c'est important, je sais que
76 c'est important pour lui mais en fait je peux pas. » On n'arrive pas à sentir l'affect quand même.
77 Même si elle parle de l'affect, elle ne montre pas de l'affect encore aujourd'hui.

78 **Au niveau extérieur du coup, ça se ressent pas ?**

79 En tout cas quand elle s'adresse à moi, je sais pas comment elle est ailleurs, je pense qu'ailleurs
80 ça se passe plutôt bien, mais je sais qu'actuellement c'est encore difficile pour lui à l'école. Bon,
81 c'est une famille particulière parce que euh ils se sont, c'était euh sur son premier mariage, elle
82 avait eu 2 jumelles. Ils se sont séparés le couple avec son nouveau conjoint qui avait un fils. Ils
83 ont eu les 2 jumeaux donc il y en a un qui est décédé et ensuite ensemble ils ont eu un seul
84 enfant. Enfin ouais, une grossesse unique, on va le dire ça, ça sera plus joli. Une grossesse
85 unique, euh et elle a été très inquiète parce que pour elle, un bébé ne pouvait pas exister seul en
86 fait, il fallait un jumeau.

87 **Oui du coup**

88 Voilà. Donc en fait, il manquait quelque chose à Ben. Mais elle était tellement dans cette ce
89 manque-là même pour Ben, qu'elle le fait vivre encore actuellement et actuellement. Ben, il a
90 des angoisses, enfin des angoisses je sais même pas, mais peut-être de mort où il dit qu'en fait
91 il a envie de rejoindre son frère. Donc euh donc voilà, malgré un travail UPB intense et un gros
92 travail d'équipe euh avec enfin un étayage incroyable. Elle nous a fait beaucoup créer, hein cette
93 dame, elle nous a fait créer des espaces, elle nous a fait penser, euh voilà l'espace du deuil. Donc
94 il y avait un espace psychothérapeutique pour parler du bébé décédé, un espace
95 psychothérapeutique pour parler du bébé présent qui était là. Euh de l'hôpital de jour, un soin

96 piscine, un soin massage. Mais elle nous a, elle nous faisait tout exploser en fait, hein, il y a
97 rien qui fonctionnait pourtant une dame tout à fait abordable et et qui, par ailleurs, faisait de la
98 mosaïque dans un dans un centre de de réhabilitation sociale

99 **Ouais.**

100 Et elle avait elle-même créé de magnifiques mosaïques sur la tombe de son de son bébé décédé.
101 Et aujourd'hui, elle fait ça, elle fait. Elle propose alors pas à tout le monde, mais des projets de
102 mosaïque pour les mamans qui sont endeuillées. Donc elle, elle œuvre encore, elle crie encore.

103 **Oui**

104 Mais voilà, c'est une situation forte parce que je pense que c'est une dame aussi qui amène tout
105 ça, qui amène euh elle sait prendre soin de l'autre, elle sait parler de ce dont elle a besoin, elle
106 sait parler de ce dont a besoin, de son enfant Ben. Mais être avec, c'était pas possible. C'était
107 voir insupportable. Donc ça a été très difficile de créer le lien et encore aujourd'hui
108 malheureusement. Il est euh comment dire... Je sais pas, je sais pas, elle pourrait le dire mieux
109 que moi hein, c'est sûr, mais euh il existe à travers tout ça parce que parce qu'elle m'appelle
110 encore. Voilà, quand elle a besoin, elle m'envoie des photos. Elle a euh

111 **D'accord**

112 Voilà, si on peut se voir régulièrement, elle aimerait continuer. Voilà après nous on peut plus
113 après 18 mois.

114 **Et oui.**

115 Donc on donc je suis un peu hors voilà hors clou, c'est à dire qu'elle me donne des nouvelles
116 après je suis pas dans du soin mais je soutiens par exemple un espace de psychothérapie, on a
117 soutenu ça pour ce bé euh cet enfant qui a grandi il a cinq ans c'est encore un bébé dans la tête.
118 Non, il a 5 ans

119 Rires

120 **Ils sont suivis, il y a un CMP qui a pris le relais ?**

121 Non, Non, là on a la psychothérapie. Ouais, non, on n'a pas mis en place de soins pour Ben.
122 Parce qu'à ce moment-là, quand les soins se sont arrêtés ici. Euh alors euh quand les soins se
123 sont arrêtés ici on n'a pas pensé le CMP parce qu'on voulait pas axer les choses sur l'enfant, on
124 voulait qu'il y ait un espace psychothérapeutique pour elle.

125 **Ouais**

126 Et c'est ça qu'on a soutenu

127 **D'accord**

128 Sachant que lui s'appuyait sur une grande famille avec une fratrie, avec un papa très présent,
129 c'est à dire que c'est un papa qui travaille dans l'internatio, enfin qui travaille toujours dans
130 l'international. Il partait beaucoup, son fils aîné était à Paris donc il faisait des allers-retours les
131 weekends pour aller sur Paris. Il bougeait beaucoup et à la maison pour Ben, il a quand même
132 été plus présent. Bon après avec le COVID etc. Mais il a. Il a quand même bouleversé aussi son
133 planning pour être plus présent pour Ben

134 **D'accord**

135 Et et on s'est appuyé sur ça aussi. C'est à dire que le lien avec sa maman, behvoilà, il était tel
136 qu'il était euh pas toujours parfait, mais en tout cas elle, elle avait conscience de ce qu'elle
137 mettait en œuvre. Je pense. Elle pouvait le penser. Et par contre voilà, la famille était là, le papa
138 était là, une super qualité de lien avec les papas. Et la crèche, il est parti avec une mise en place
139 de crèche aussi. Elle l'avait pas fait pour les autres parce que c'est une dame qui travaillait très
140 peu dans la semaine, quelques heures donc, elle gardait ses enfants. Une famille chrétienne
141 pratiquante donc qui était beaucoup portée par la Communauté et c'est encore présent
142 aujourd'hui il est porté par la Communauté, il a fait du catéchisme, là il est bien

143 **OK**

144 Mais il y a une partie qui nous euh. Moi je suis restée là parce que je j'étais la référente et donc
145 elle m'a amené avec elle dans ses voilà, elle me transportait avec elle, on était parfois un petit
146 peu moins ou alors j'ai envie de montrer un peu le bas. C'est le ciel pour Jerry. Donc Jerry elle
147 euh j'avais l'impression de descendre avec elle au fond du trou quand elle me parlait de Jerry et
148 être du côté de la mort et de lutter avec elle pour remonter, pour être avec Ben et et encore
149 aujourd'hui, beh voilà, ce petit, il est, il est porté par la foi mais il a envie de rejoindre son frère
150 quoi donc c'est un peu. C'était une situation difficile, mais ça l'est rester.

151 Emotions

152 **Complètement euh tu tu as parlé de son environnement, tu penses que du coup sa figure
153 d'attachement principalement n'était pas forcément sa mère ? Ou si, quand même ?**

154 Oui, je pense que c'était son père, oui.

155 **C'était son père très probablement, vous avez fait quand quand il venait à l'UPB, vous
156 avez fait un travail aussi avec le papa ?**

157 Oui. Alors on ne pouvait pas, on ne pouvait pas le recevoir euh trop souvent parce qu'il
158 travaillait encore beaucoup à ce moment-là. Mais en tout cas, Ben allait spontanément dans les
159 bras de son papa et se rassurer. Mais c'était quelque chose que Madame pouvait dire.

160 **Ah oui**

161 Ouais elle pouvait très bien en parler. Bah oui y a son papa, il adore son papa et encore
162 aujourd'hui elle m'envoie jamais des photos sans qu'il y ait la photo Ben papa. Et la dernière
163 fois je lui ai dit je lui ai dit bon et maman elle est où ? Elle me dit Ah mais oui mais il m'envoie
164 pas des photos. J'ai dit bah oui mais quand même. Et et voilà mais bon, c'est comme ça. Mais
165 oui, pour elle, c'était établi comme ça, il manquait de rien parce qu'il y avait papa et elle elle
166 était comme elle était quoi. Elle lui donnait, elle lui donnait aussi du bon, mais pas dans une
167 figure d'attachement principale

168 **OK, euh tu as dit au tout début que donc elle est partie à Marseille avec le bébé. Est-ce**
169 **qu'elle faisait pour elle pour des soins ? Elle avait besoin de soins.**

170 Ouais, elle a eu des soins aussi pour elle, mais sinon c'est c'était pour euh

171 **C'était pour aller avec lui ? Et est-ce qu'elle faisait des allers-retours pour Ben ?**

172 Il y a pas eu d'aller-retour. Et c'était un sujet qui a été difficile parce que moi, j'ai porté à l'arrivée
173 de Ben euh que c'est un enfant qui avait été le seul. Le papa fait des allers-retours, mais en fait,
174 c'est un enfant qui a été seul, enfin avec l'équipe. Et. Et euh ça n'a jamais été évoqué par les
175 parents

176 **D'accord**

177 Y a pas une notion de culpabilité ou ils pouvaient pas faire autrement, ils en étaient là il fallait
178 être avec le plus fragile en fait et et de toute façon, c'est une famille qui pensait avec la foi, donc
179 il était porté Ben, pas physiquement par ses parents. Et et après ils allaient revenir et c'était bon
180 quoi. Voilà, ils étaient là. Et ce qui est étonnant avec cette maman C'est une situation où tout
181 était étonnant, mais euh elle a gardé son allaitement et elle a pu allaiter Ben, donc en fait elle
182 était à la Timone. Elle tirait son lit, elle a pas pu le donner à Jerry qui est décédé parce que il
183 était très très fragile à naissance. Mais par contre, elle a tiré son lait, elle a continué à tirer son
184 lait et après elle a pu réenclencher un allaitement maternel avec Ben. Et en fait, à mon sens,
185 c'était important parce que finalement, c'était le seul portage qu'il avait de sa maman. Alors
186 voilà, c'était un allaitement avec le style de cette maman très très speed. EuhVoilà, c'était pas
187 super enroulé, c'était efficace. Voilà mais quand elle se posait parce que ça, c'était mon travail
188 ici, hein quand elle se posait avec lui. Tout mon travail était de recentrer ce qu'on euh une
189 attention vers Ben. Voilà donc ça, ça me donnait un peu la possibilité, parce que par ailleurs je
190 pouvais pas la forcer à porter son enfant on est d'accord

191 **Bien sûr**

192 Voilà, c'était un moment où ils étaient ensemble, où on essayait de de moi, j'essayais de parler
193 ce moment-là qui était en train de se vivre, ce qui était très compliqué pour elle. Elle elle voulait
194 pas y être là. En tout cas elle voulait bien lui donner le sein, un peu comme une machine hein.
195 Tout en parlant de Jerry. Donc tous les soins qu'on faisait au quotidien, moi j'essayais de
196 ramener vers Ben, mais j'étais obligée d'avoir des espaces, enfin comment dire. Y a des espaces
197 où j'étais avec Jerry parce que sinon, c'était impossible pour elle. Je, alors c'est moi j'avais
198 besoin de l'équipe derrière pour pouvoir me recentrer pour le coup, voilà, (émotions) moi j'étais
199 armée de mon équipe. Et parce que parce que, parce que ça rend un peu, voilà je je. Après coup,
200 on peut presque se dire j'ai, j'ai connu Jerry quoi Voilà, j'y étais tout le temps

201 **Je comprends.**

202 Donc j'avais besoin de l'équipe pour pour me recentrer aussi et en même temps, j'avais
203 énormément d'empathie pour Ben que j'ai beaucoup porté. Et la maman je crois le lien est très
204 fort avec cette maman aujourd'hui. Bon, j'ai des larmes qui montent... Parce que parce qu'elle
205 me dit vous avez porté Ben, en fait vous l'avez porté pour moi, c'est à dire elle, elle est capable
206 de ça, de dire tout ça, et c'était une situation d'autant plus forte parce qu'elle est, elle dit des
207 choses fortes. Ça. Elle aurait voulu, voilà que je sois la marraine de son dernier elle m'a investie
208 euh très très fort là où j'aurais préféré qu'elle investisse son bébé. Mais parce qu'elle dit ce que
209 ce que j'ai supporté euh d'elle, c'était ce qu'il lui fallait à ce moment-là.

210 **D'accord**

211 Et ça elle nous remercie parce qu'on a on a entendu cette violence-là qui sortait d'elle, qui est
212 bah c'était pas de la violence hein qui était son deuil hein. Et puis si de la souffrance parce que
213 voilà sa souffrance, son sa colère parce que euh elle avait euh la veille de l'accouchement, elle
214 avait rangé le garage et elle s'est dit, Bah c'est ça, c'est ma faute, c'est ma faute, ils sont venus
215 avant j'aurais pas dû bouger, voilà sa culpabilité et ça explose de partout. Et et, et même quand
216 je me rappelle, elle a laissé Ben sur la paillasse là-bas, tout seul quand j'étais pas là, mais je
217 mais c'était surréaliste pour moi, parce qu'en fait, cette dame qui est élaborée avec qui pouvait
218 parler et qui pouvait, enfin voilà voilà faire un passage à l'acte comme ça. Euh je, je pouvais
219 pas lui renvoyer non mais ça va pas en fait. Viens, qu'est ce qui s'est passé, on va s'en parler en
220 fait. Et même moi je me suis surprise à finalement accepter ça. Oui elle l'a laissé, mais en fait
221 bon beh voilà, c'était comme ça, il fallait qu'on en parle, on a déroulé derrière : Qu'est ce qui
222 s'est passé ? Mais n'empêche qu'elle l'a laissé tout seul, et il était pas tout petit, hein ? Il semble,
223 même si bon, enfin

224 **Il pouvait facilement tomber ?**

225 Ah, il pouvait largement tomber, je sais pas quel âge il devait avoir, peut-être 7 ou 6 mois, c'est
226 pas du tout, pas du tout ajusté et euh voilà, et on a supporté en fait. Et Ben, il a supporté. Il a
227 accepté ça après, après coup, on peut se poser la question d'ailleurs de passer des journées
228 comme ça avec sa maman, est-ce que c'était cohérent dans l'état dans lequel elle était ? Et à la
229 fois je crois qu'on aurait pas pu faire autrement parce que de toute façon c'était une maman qui
230 travaillait pas, qui aurait pas mis en place de la crèche immédiatement, ça faisait pas partie de
231 ces euh c'était pas possible.

232 **Ouais.**

233 Et au lieu d'être à la maison elle était ici.

234 **Oui, OK. T'as dit que c'était insupportable pour elle d'être avec, est-ce que tu peux m'en
235 parler un peu plus de ce côté-là ?**

236 Oui euh. En fait, quand elle le regardait, alors ça a bougé hein ce regard-là. Mais, voilà, c'est
237 des des, des en tout cas moi un regard que j'ai en mémoire. Parce qu'en fait, on est dans
238 l'observation. Euh Mais elle le regardait et en même temps c'est pas lui qu'elle voulait voir quoi
239 et elle le disait comme ça « Je le regarde mais c'est pas lui que je veux voir ». Et c'est en ça,
240 que voilà (émotions) on savait qu'elle voulait pas être avec lui mais elle le disait ouvertement
241 en fait hein. Après elle pouvait lui donner les les soins quotidiens. Il était très très habillé,
242 beaucoup habillé. Je me rappelle enfin il surchauffait, quoi. Il a été gardé comme un nourrisson.
243 Comme si euh il pouvait pas grandir dans un premier temps. Alors soit du côté de ça maintenant
244 Jerry et elle pouvait être proche de Jerry euh et en même temps, ça lui a permis de de, de de le
245 faire grandir au moment où elle était un peu mieux, mais elle l'a gardé petit, très longtemps,
246 alors en plus il était immense alors voilà. Mais elle le mettait avec enfin par exemple, avec 2
247 paires de chaussettes mais ça faisait pas euh, comment dire... Ça, ça faisait pas, c'était pas une
248 dame qui était, elle était clivée, mais pas au sens euh. Je sais pas comment dire, je suis pas
249 psycho.

250 Rires

251 Elle est, elle était clivée avec ses 2 bébés mais mais je crois pas avec elle-même alors des
252 espaces oui elle était avec l'un puis avec l'autre mais mais c'était pas une femme qui était
253 psychotique.

254 **D'accord**

255 Mais il y avait des éléments qui pouvaient faire penser que oui, c'est à dire que c'était pas du
256 tout ajusté de lui mettre autant de chaussettes et autant de comme s'il allait porter les chaussettes
257 de lui et de son frère en fait. Et du coup ça ça semblait fou mais mais avec une femme en face
258 qui qui, qui, qui qui était tout à fait dans la communication et mais, mais quand même après
259 coup, oui, effectivement, elle était quand même dans une grande difficulté

260 **Bien sûr**

261 En grande détresse et c'est une dame qu'on a pas mis sous traitement. Elle ne voulait pas, elle
262 ne voulait pas du tout. C'était elle voulait continuer l'allaitement d'abord et puis puis c'était pas
263 bon sa sa façon de penser, de mettre en place un traitement, mais, mais maintenant après
264 quelques années d'expérience sur l'UPB je me dit je sais pas ce qu'on a œuvré avec elle. C'est-
265 à-dire que normalement on met quand même sous traitement, au moins pour aider.

266 Voilà c'est pour les aider c'est pas et je me dis qu'elle avait des éléments effectivement qui était
267 à côté de la plaque. Mais peut-être que les chaussettes c'était ça, peut être qu'elle l'habillait pour
268 deux.

269 **Pour deux, ouais.**

270 Pour 2.

271 **Ouais et puis peut-être aussi vous l'avez pas mise sous traitement parce que tu l'as dit**
272 **plusieurs fois, il y avait un il y a un environnement qui fait que**

273 Non, non mais tout à fait tout à fait. Mais c'est sûr, on l'avait pensé hein mais elle a refusé. Et
274 si c'était un traitement, c'était du côté euh

275 (Nous sommes interrompues, j'arrête l'enregistrement. Nous devons écouter l'entretien car il
276 y a eu un changement dans les rendez-vous pour palier à une urgence.)

277 **Bon, du coup, on va passer à une autre question**

278 Oui, c'était le traitement, on s'était appuyé sur la famille.

279 **Effectivement oui**

280 Et je te disais, si on avait mis en place un traitement, ça serait un anti déresseur hein. C'est une
281 dame qui pleurait tout le temps. En fait, elle coulait, il y a tout qui coulait, tout, tout, tout, tout
282 coulait en fait, et elle avait un visage marqué rouge et elle riait très fort et elle pleurait et elle
283 riait très fort et elle pleurait, elle riait très fort et elle luttait. Et en fait on avait devant nous la
284 lutte quoi et elle le disait clairement, « j'ai envie de de mourir pour être avec mon bébé qui est
285 décédé », mais de toute façon c'est pas une femme pour qui on avait peur. On avait peur
286 psychiquement, mais pas

287 **Oui, pas de passage à l'acte.**

288 Beh non, parce qu'une telle foi c'était c'était pas possible mais par contre, voilà un acte manqué
289 sur son enfant. Oui, ça plus.

290 **OK. Comment fais-tu face aux parents qui n'arrivent pas à établir ce lien suffisamment**
291 **sécuré ?**

292 Bon, mais ?

293 **On n'est plus obligée de ouais, tu peux aller de manière générale**

294 Aller général, oui parce que là effectivement c'est une situation où le lien... Bon et beh comment
295 je fais avec le lien ? Et beh je je je me mets du côté euh en fait. En fait, il faut faire preuve de
296 de se mettre en creux et d'être du côté de l'empathie. Beaucoup. Et en fait, on n'a pas besoin de
297 trop le travailler parce que ça vient naturellement. Alors je euh j'ai pas en tête une situation où
298 il y avait de l'insupportable, c'est à dire qu'il y a toujours quelque chose Où on va se se
299 raccrocher et faire une alliance avec avec la maman. Peu importe quelle qu'elle soit. J'ai pas
300 connu une situation où je me suis dit je n'arrive pas à être en lien avec cette maman.

301 **OK.**

302 Euh beh enfin si, si, j'ai une, par exemple une psychose puerpérale oui là je n'arrivais pas parce
303 qu'elle était complètement inaccessible, euh mais j'avais quand même beaucoup de euh je sais
304 pas comment dire, mais d'empathie pour elle, donc c'est du côté de ce côté-là, c'est à dire qu'est-
305 ce qui fait faille chez le parent ? Et et après bien sûr, ce qu'on utilise énormément, c'est se
306 positionner du côté du bébé et et demander euh parler pour le bébé. Ça, c'est ce qu'on utilise le
307 plus nous ici. Mais, mais pas que... On a aussi vraiment je pense que c'est important du côté de
308 la maman euh mais aussi du côté du bébé de la maman quoi, quelle est la place de petite fille
309 du côté de cette maman ? C'est peut-être ça qui fait que parfois on arrive à, si c'est trop violent,
310 tout ce qu'elle montre avec son enfant, beh quand on se place de ce côté-là il y a quelque chose
311 de plus acceptable

312 **OK, d'accord. En quoi créer du lien avec l'enfant que tu vas prendre en soin peut avoir**
313 **ses limites ?**

314 Ah oui, nous on reste pas, on sait qu'on est pas là euh voilà, on est là jusqu'au 18 mois du bébé.
315 On n'est pas là pour créer un lien avec le bébé. Alors s'en crée un

316 **Oui.**

317 Mais il s'en crée tout en laissant toujours la place aux parents ou aux autres professionnels,
318 parce que par exemple il y a des enfants euh des jumeaux, là qu'on avait on les avait beaucoup.

319 Parce que voilà, la maman, elle s'occupait d'un puis nous de l'autre. Donc là en l'occurrence
320 moi, mais je savais qu'après il y avait la crèche. Donc en fait je parlais de la crèche et j'ai soutenu
321 la crèche c'est-à-dire que pour ces enfants-là je savais bien que ça serait pas moi qui allais rester
322 derrière ou quand on a eu la grand-mère beh voilà j'ai soutenu le lien à la grand-mère. C'est à
323 dire qu'on va quand même soutenir les personnes qui vont rester après le papa, la maman. Voilà,
324 nous on est là pour soutenir ça et et le lien, il est juste entre guillemets euh du côté du
325 développement, et d'avoir suffisamment d'aptitudes à pouvoir demander, à pouvoir manifester,
326 à pouvoir dire ses besoins si possibles le plus clairement possible. Nous, on va soutenir le bébé
327 à faire ça, mais ses compétences à lui, nous on est, on est qu'un outil là-dedans, c'est à dire qu'on
328 va aider le bébé, c'est lui qui sait donc beh lui, il sait comment demander, peut-être, en tout cas
329 il essaie de chercher ça, mais nous on va l'aider. Et le lien, il est là. Il est euh, je vais t'aider à à
330 pousser et et à pouvoir faire appel aux personnes qui vont s'occuper de toi après dans le temps.

331 **D'accord. On dit s'attacher pour mieux se séparer, comment tu réussis à voir que c'est le**
332 **bon moment pour se séparer ?**

333 Oh ! C'est très très dur !

334 **Mise à part les 18 mois**

335 Ouais, c'est très très dur le bon moment. Alors euh. Moi, je suis en plus soignante un peu mère
336 poule avec les mamans. J'ai dû, c'est pas facile pour moi de me séparer, mais euh mais pas du
337 côté du déchirement. Voilà, je pose les jalons de partout. On sait quand on va se séparer, c'est
338 prévu à l'avance. Voilà, y a y a de la crèche, y a un hôpital de jour pour la maman, y a du CMP,
339 ya de l'investissement d'une autre place. Et en fait, il faut ce temps-là, voilà il faut ce temps-là
340 de passage, en fait. Le passage de relais ou de passage vers le travail. Et ça, ça prend un peu de
341 temps. Et en fait, je crois que j'en ai autant besoin que les que les mamans-bébés plus du côté
342 des mamans que des bébés quand même, hein les bébés à un moment donné ici, non mais voilà,
343 voilà, ils ont besoin d'ailleurs ils ont et c'est tant mieux et c'est bon signe s'ils en sont là. Et ça
344 je m'appuie sur leurs compétences comme c'est, c'est ce que j'essaye de faire pour eux, de
345 m'appuyer sur les compétences. Donc c'est plus facile pour moi de se séparer, de me séparer
346 d'un bébé parce que voilà, il a ses compétences, il en est là, il doit aller là. Pour moi c'est OK.
347 La maman la maman, c'est plus compliqué, mais parce que parce que euh elle me renvoie euh
348 comme on crée une bulle, un peu comme ça avec elle, je dis avec les mamans, mais avec les
349 papas aussi, hein quand même. Et et et puis après beh beh voilà, se séparer c'est aussi lui laisser
350 la place d'aller faire ça avec d'autres personnes. Mais voilà, on a besoin de temps, on a besoin

351 de le préparer. Euh et puis et puis des fois ça prend d'autres formes simplement. Mais je pense
352 quand même que c'est important. Moi j'ai beaucoup de nouvelles de maman qui viennent
353 plus. C'est elle qui me demande hein, je vais pas envoyer des mails : Alors comment ça va,
354 dites-moi que ça va pas, voilà. Mais, mais parce que je crois qu'il y a besoin de ça, il y a besoin
355 de se dire bon j'ai repris le travail, beh finalement vous voyez, ça se passe bien, Super OK, ça
356 se passe bien. Ah, j'ai vu ce livre-là, peut-être vous pouvez vous en servir... Ah ouais, super.
357 Voilà, on, on est dans ce ce lien-là. Et et je pense quand même que ça a son importance, ne
358 serait-ce que pour les grossesses d'après. Parce que quand même. Euh.. Et puis, même pour
359 orienter et et parce c'est un moment tellement fort ! Au niveau de ce que ça ouvre à la maternité
360 que je, comme on est là à ce moment-là, beh on incarne ça, hein, parce qu'on est à cette place-
361 là à ce moment-là, quoi. Mais il faut qu'on travaille nos passerelles avec avec l'extérieur. Et
362 peut-être qu'on peut se dire que quand on peut se séparer, c'est que on voit que y a un peu
363 plus d'extérieur possible déjà et puis et puis que bon on est là un peu en spectateur. Voilà, ça se
364 passe bien quoi. On peut voir que voilà bébé fait ses demandes maman y répond. Puis si en plus
365 ça peut être avec tranquillité. Alors là, c'est top, il y a une bonne réadaptation dans le quotidien.
366 Voilà une euh, il y a pas d'inquiétude plus que ça ou ou alors on sait s'appuyer sur les acteurs
367 c'est le top, quand il y a un parent qui sait s'appuyer sur les différents acteurs pour nous c'est,
368 c'est très important : ça va pas, je m'appuie sur le pédiatre, ça va pas, je m'appuie sur la PMI, ça
369 va pas, je m'appuie sur ma psycho Voilà, ça c'est si on arrive à faire ça, on est on peut se séparer
370 tranquille

371 **Oui, ok. Ça, tu m'y as un petit peu répondu tout à l'heure enfin t'as commencé à m'y**
372 **répondre tout à l'heure... Quand tu t'occupes de l'enfant. Comment tu arrives également**
373 **à créer un lien avec les parents ou la figure d'attachement ? Si la, si la figure**
374 **d'attachement n'est pas le parent.**

375 C'est dans l'autre sens en fait hein. Nous on crée le lien d'abord avec le parent. Le bébé le lien,
376 il est avec ses parents nous on va pas créer du lien avec le bébé dans la façon de penser. Si je
377 reçois pour la première fois une maman et son bébé, moi je vais pas aller alors je vais observer
378 le bébé parce que c'est mon travail. Mais mais je vais pas aller créer du lien en fait, voilà. S'il
379 est dans le lien avec ses parents. J'ai pas ma place. Sauf éventuellement de soutenir pour le
380 parent mon travail, il est là. Il est plutôt de le créer avec le parent pour que le parent puisse
381 entendre que ce qu'il fait, c'est bien que moi je puisse le soutenir dans dans ce qu'il est en train
382 de mettre en place avec son enfant. Voilà après un enfant qui vient chercher le lien avec moi.

383 Bien sûr, je vais lui répondre. Hier, il y avait par exemple une maman, je l'accompagne depuis,
384 je la connais depuis septembre dernier, en soin berceuse et je je l'accompagne en hôpital de jour
385 depuis janvier, une fois par semaine seulement. C'est un bébé qui est très sensoriel et je sais
386 qu'il est très sensible à la voix, on chante depuis longtemps ensemble. Euh Et je peux l'endormir
387 juste en chantant un peu dans son lit et ça l'apaise de suite. Et après dans la journée, là donc, il
388 s'est endormi comme ça super et dans la journée, il est venu me faire un câlin, y avait sa maman
389 à côté et alors, ça peut être délicat, parce que je suis pas là pour donner des câlins, mais c'est
390 bien le petit qui venait chercher le câlin hein, il m'a pris comme ça les 2 joues, vraiment le le
391 big câlin quoi qu'on a franchement pas souvent comme ça. Et on en a parlé avec la maman quoi,
392 qu'est-ce qui vient chercher à ce moment-là ? Alors moi j'ai essayé de décaler de pas être dans
393 le collage physique, mais voilà d'aller chercher qu'est-ce que tu viens chercher ? Viens, on va
394 jouer comment on peut jouer on ? On a fait des bruits de bouche, voilà. On pouvait pas rester
395 collé comme ça. Et parler de sa sensibilité à lui, pourquoi il vient chercher nos contacts ? Est-
396 ce que c'est comme ça qu'il rentre en contact avec les gens, est ce que c'est comme ça qu'il fait
397 connaissance ? On a discuté de ça avec la maman, mais c'est particulier et c'est rare que les
398 enfants viennent chercher fort le lien. Ils vont le chercher avec leur parent, sauf si vraiment le
399 parent n'est pas présent psychologiquement, ils viennent le chercher vers nous. Mais bon voilà on
400 sait que ça peut être palliatif pour Ben c'était ça hein. Et je crois qu'il a pas souffert de nous
401 quitter. Je crois pas. Je je crois pas moi. Je le prenais je pensais pas que j'allais le garder avec
402 moi.

403 **Non, bien sûr (je me rends compte qu'elle n'a pas compris le sens du mot lien dans cette**
404 **question, je parlais du lien dans le soin et non comme une maman pourrait le faire envers**
405 **son enfant, comme nous avons peu de temps, je décide de ne pas reprendre)**

406 Et je lui parlé de sa maman, et après je le racontais à la maman ce qui se passait pendant son
407 absence moi j'étais vraiment dans mon portage, dans ma tête je portais la maman donc j'étais
408 pas dans mon lien direct même si on y est hein, je veux dire voilà, physiquement on est avec
409 tout ce qu'on ressent, on est mais mais dans notre tête non y'a le parent et on sait que c'est ça
410 qui est important. C'est pas que de la pensée magique quoi, c'est C'est évident, les enfants ont
411 besoin de leurs parents ou de leur figure d'attachement principale, peu importe.

412 **Oui, oui. Est-ce que ça peut être délicat pour les parents de voir l'enfant justement venir**
413 **chercher un câlin plus au soignant qu'à eux ?**

414 Alors je dirais que ça c'est hyper bon signe, donc ça m'arrive, franchement, ça m'arrive c'est à
415 dire que les parents qui sont là soit c'est compliqué pour eux, ils sont contents que leur enfant
416 prenne ça parce qu'ils voient bien qu'eux, ils arrivent pas à le donner. Soit ils ont, enfin ils ont
417 une telle confiance en nous, mais je crois que c'est clair c'est évident pour eux qu'on est pas
418 dans le il y a pas de rivalité et je crois que c'est ce qui fait la différence beaucoup avec la famille
419 et ils savent qu'on est extérieur et voilà. Et ça fonctionne comme ça. Moi j'ai pas ressenti ça, je
420 peux avoir des des, un sentiment de rivalité ça peut pointer le nez, mais on en parle de suite
421 avec des jeunes jeunes mamans par exemple euh Voilà qui sont dans quelque chose, d'une
422 attente d'affect de leur enfant. Il faut y être attentif.

423 **Ouais. Donc tu es face à des parents qui ont du mal à trouver leur place au sein de leur**
424 **famille ? Comment tu les aides ?**

425 De parents tu as dit ?

426 **Oui, les parents qui ont du mal à reprendre leur à avoir leur place. Comment tu les aides**
427 **justement à prendre cette place, pareil dans la question d'avant, je t'ai sentie aller là-**
428 **dedans et voilà comment tu les aides à reprendre leur place, leur juste place ?**

429 Euh alors juste place, c'est en renvoyant déjà toutes leurs compétences, c'est eux qui ont la
430 connaissance, pas nous. Le premier jour, nous on leur dit, on n'est pas là pour prendre votre
431 place et porter votre bébé. Et vous, vous allez vous coucher, non. Quand ils vont se reposer,
432 c'est parce qu'ils sont fatigués et qu'après ça va leur donner la possibilité d'être mieux avec leur
433 bébé. Voilà et nous, si on peut prendre ou la poussette, ou on le fait. Voilà jamais faire par
434 exemple un premier repas d'un nouvel aliment sans le parent. Tout est fait avec l'accord
435 préalable du parent. Bon alors OK là on va faire ça, donc comment on organise la journée, on
436 fait comme ça ? Ah OK, à la maison vous avez enlevé le plan incliné, OK, j'enlève le plan
437 incliné et nous on doit se mettre en creux par rapport à ça, voilà, c'est vous qui nous dites en
438 fait, et on leur dit, on dit clairement voilà, c'est vous qui nous dites, c'est vous qui savez et nous
439 on est là juste pour chercher ensemble, alors OK, il dort pas la nuit bon alors donc de quelle
440 heure à quelle heure il s'endort ? Ah bon ça veut pas dire qu'il dort pas complètement la nuit ?
441 Bon alors on va, voilà on est là pour débroussailler et chercher avec eux. Et ça, on le dit
442 d'emblée, en fait, quand c'est parce que là on parle plutôt sur un hôpital de jour. Mais euh
443 d'emblée, on dit on est, on est pas là pour remplacer personne. En tout cas on est là pour chercher
444 des solutions ensemble. Voilà qu'est-ce que ? Qu'est-ce que vous en pensez là et en fait, on fait
445 rien d'autre que soutenir la position du parent et après ça nous permet : dire ah mais vous y

446 arrivez hyper bien quoi, vous voyez bien ? Vous y arrivez bien. Voilà c'est et c'est pas de nous.
447 Et souvent on leur dit ça, mais c'est pas nous, c'est vous, nous on est juste là, juste on vous
448 regarde et des fois juste un regard. Eh bien ça soutient quelque chose du côté du parent et de
449 leurs compétences, et ça, ça rassure. Et voilà. Et d'être dans un un ailleurs comme ici, Eh beh
450 ça leur permet de pouvoir expérimenter leur maternité et de pouvoir prendre leur place. En
451 ambulatoire, des mamans qu'on a, qui par ailleurs ont repris leur travail, qui parlent enfin je
452 pense socialement et tout y'a tout qui fonctionne. Mais de venir ici avec leur partie souffrante
453 et de pouvoir venir comme elles sont. Et de dire des choses parfois terribles et que beh oui, beh
454 on accueille on a le droit de penser ça, on a le droit de le dire, et nous on est là pour l'accueillir.
455 Eh beh juste de faire ça, en fait, ça permet que la compétence de derrière, elle puisse être
456 soutenue en fait. Beh oui, vous dites ça, mais ça n'empêche pas que vous savez et nous on sait
457 pas. Après bien sûr qu'on a un panel donc on peut dire il nous dit des fois bon beh vous vous
458 envoyez des bébés alors ouais mais bon ils sont tous différents, puis ils ont tous des parents
459 différents, puis ils ont tous des vies différentes. Enfin on peut pas dire telle solution pour tel
460 bébé. Par contre on peut chercher ensemble et ce que je fais beaucoup avec les mamans et je
461 trouve ça marche très très très bien euh bah en hôpital de jour c'est plus facile parce qu'on y est
462 toute la journée, mais en ambulatoire aussi, oui mon bébé il dort pas tout ça, bon euh comment
463 il se couche ? Et si on regardait, est-ce qu'il y a un appui ou il est mieux ? Bon beh vous
464 regarderez la prochaine fois et vous me dites et ça fait un peu devoir, mais ça permet qu'ils
465 regardent leurs bébés et les bébés, qui sait, et c'est eux qui vont dire. Et là, moi j'ai j'ai juste dit
466 que ça serait intéressant de regarder bébé. Voilà, mais on voit qu'il se met tout le temps sur le
467 côté et les parents le mettent sur le dos. Et qu'en fait on se dit mais en fait il suffirait de remonter
468 un petit peu la jambe peut-être... J'en sais rien, on cherche. Bon beh voilà et les parents nous
469 disent ah ouais ouais mais en fait la jambe elle est comme ça, alors peut-être on pourrait soulever
470 allez, OK on essaie, puis on voit, vous essayez et puis vous voyez, et en fait ça soutient leur
471 compétence, hein... Alors, et c'est eux qui ont trouvé la solution du moment où on soutient de
472 se regarder, de d'être ensemble, de s'appuyer sur les compétences du bébé, de s'appuyer sur les
473 compétences maternelles. On est là pour ça, que ça se match si possible. Après la question de
474 la temporalité. Ça c'est un autre vaste sujet.

475 **OK. Et enfin, qu'est-ce qu'évoque pour toi le terme est suffisamment bon ?**

476 Suffisamment bon. C'est un terme qui va vraiment pour le coup être différent pour chaque
477 dyade. On aura pas le suffisamment bon pareil chez tout le monde, on n'a pas les mêmes

478 exigences avec soi-même et pour moi le suffisamment bon c'est déjà dans la situation dans le
479 lien maman bébé que ce soit équilibré. Que que le parent ait une attention pour le bébé
480 même si c'est pas toute la journée. Voilà, ça n'existe pas. Mais qui ait attention qui ait de la
481 sécurité et de toute façon un enfant est bien avec ses parents tels qu'ils sont. Donc le
482 suffisamment bon, c'est l'équilibre qu'ils vont trouver ensemble et qui fonctionne, qui fait que
483 le bébé ne paraît pas en souffrance et arrive à grandir parce que c'est là qu'on le voit aussi, s'il
484 arrive à se développer ou pas. Et que les parents arrivent à y répondre, ou, et ça c'est super
485 important, arrivent à mettre en place des choses autour de lui pour y répondre ça dérange pas
486 qu'il y ait de la crèche qui ait de la nounou qui ait quelqu'un la nuit, qui est beaucoup le papa
487 qui est beaucoup la tante, la grand-mère, peu importe, mais en fait c'est l'équilibre, qui va faire
488 que c'est suffisamment mieux.

489 **OK. Est-ce que tu as autre chose à me dire**

490 Oh je pourrai en parler pendant des heures

491 **Oui, c'est frustrant**

492 Rires

493 C'est frustrant

494 **Merci beaucoup.**

13.4. A l'UPB : Monica

1 **Depuis combien de temps es-tu infirmière ?**

2 Depuis 1997, je te laisse compter.

3 **Ouais. Infirmière ou puer depuis 1997 ?**

4 Alors infirmière 97 puer 98.

5 **T'as enchaîné ?**

6 Oui.

7 **Depuis combien de temps exerces-tu ici à L'UPB ?**

8 À l'UPB, ça fait 15 ans on va dire.

9 **Et du coup, quel a été ton parcours professionnel ?**

10 Alors, à la sortie de l'école de puer, j'ai fait un an de remplacement au foyer de l'enfance à
11 Montpellier. Je faisais des visites médiatisées pour les enfants qui étaient placés. Pour les
12 enfants de 0 à 6 ans, c'était moi qui étais responsable avec 2AP et pour les grands, de 6 à 18,
13 c'était des 2 éducateurs et une AMP. Je faisais un remplacement. Ensuite, beh le remplacement s'est
14 terminé puisque la personne qui était en formation est revenue. Je suis revenue dans le Vaucluse
15 un temps. Et puis j'ai trouvé un poste de directrice de halte-garderie puisqu'à l'époque les halte-
16 garderie c'étaient pas comme les crèches, c'étaient pas le multi-accueil, on n'avait pas besoin
17 d'avoir 5 ans d'expérience donc j'ai fait 2 ans de direction de halte-garderie. Puis moi j'ai un
18 parcours un peu atypique, ça va prendre du temps

19 Rires

20 Mais bon après, donc c'était l'époque où les puer n'étaient pas reconnues comme aujourd'hui,
21 elles étaient pas... Elles étaient pas très bien payées elle étaient pas reconnues, donc je suis
22 partie au don du sang à l'EFS, en collecte mobile infirmière du coup, j'ai renoncé à ma à ma
23 spécialité de puer parce qu'on gagne plus d'argent et que je travaille que les matins et que bon,
24 j'étais jeune, hein, j'avais euh j'avais quoi à 25 ans 30 ans un truc comme ça, c'est pas euh. Donc
25 j'ai fait 2 ans à l'EFS et puis bon après ça va un peu 40 prélèvements par jour mais c'est pas c'est
26 pas bon pour finir une carrière, c'est bien, mais pas pour la commencer

27 Rires

28 Et je suis rentrée à l'hôpital. Donc je suis rentrée à l'hôpital euh bon, je sais plus en quelle année,
29 alors si je suis rentrée en 2003 euh 2003 en novembre 2003. Comme j'avais un diplôme de puer
30 on m'a mise chez les enfants en pédopsychiatrie sauf qu'y avait pas de poste de puer à l'hôpital, mais

31 on était quelques-unes à être infirmières puéricultrices non reconnues mais engagées pour les
32 qualités de puer

33 **Ouais.**

34 Et voilà donc j'ai travaillé chez les adolescents pendant 6 ans et demi. Infirmière avec mon
35 bagage de puer et puis euh et puis un jour où mon cadre m'a dit à un poste à l'UPB allez-y je
36 suis venue et voilà. Et entre-temps on a été, euh la direction de l'hôpital elle a changé et puis la
37 femme du directeur était puer, donc il a été plus sensible à aux demandes qui étaient faites
38 depuis toujours hein, de de créer des postes de puer parce que pour moi c'est important qu'y en
39 ait même chez les ados. Parce qu'à chaque fois les questions qui reviennent sur la petite enfance
40 quand même. Et du coup voilà, on a créé des postes de puer alors je sais plus exactement depuis
41 quand. Mais ça y est on est des puer en pédopsy reconnues. Voilà.

42 **OK. Très bien. Alors peux-tu me parler d'une situation que tu as vécue, dans laquelle le**
43 **lien d'attachement parent-enfant a été difficile ? Je sais que je dois en avoir plein mais**
44 **mais une particulière...**

45 Euh il va falloir que je choisisse. Les questions que tu vas me poser, ça va découler de cette
46 situation.

47 **Pas forcément, après, tu peux être généraliste.**

48 Ah. Oui, oui, oui. Dans laquelle euh. Oui, oui. Allez, oui oui, ça y est, j'en ai une en tête.
49 Précisément. Oui.

50 **Vas-y si tu peux m'en parler, me raconter un petit peu.**

51 Donc c'est une alors je, c'est une situation qui est récente du coup, parce que les anciennes...
52 C'est une dame qui était Azerbaïdjan, mariée avec un Monsieur turc, qui est installé à Avignon
53 depuis très longtemps, qui a un commerce tout ça qui avait déjà des enfants avec une précédente
54 femme et qui est là avec cette cette dame-là a eu euh... Je sais pas si tu les avais connu ?

55 **Non**

56 Bah ils ont fait euh, ils avaient un projet de de d'avoir des enfants ensemble. Et puis bah il y a
57 eu 2 bébés qui sont décédés peu après la naissance. Donc le le la 3e grossesse de cette femme
58 a été une FIV à Chypre. Et puis donc c'est une grossesse qui a qui a fonctionné. Il y a eu 2 bébés
59 qui sont nés. La grossesse est allée très loin quand même, on va dire dans dans le terme ça a pas
60 été des préma hein, ils sont nés dans le dernier mois et puis voilà. Sauf que beh quand cette
61 maman est née. Beh oui Beh la mère oui voilà bah c'est un lapsus mais. Quand ils sont nés, beh
62 ça a été nouveau pour elle, parce que pour la première fois, déjà une euh c'est des bébés qui

63 sont restés en vie donc elle avait très peur de s'attacher à eux. Mais parce qu'elle en a perdu 2
64 déjà. Et puis aussi parce que elle était loin de sa culture hein, loin de son pays d'origine donc
65 je, même si son lien à sa mère était compliqué, et euh et pas sécure, ça s'est décalé ici quand
66 elle était arrivée, qu'elle est devenue mère à son tour et que ça, ça a marché pour le coup, pour
67 les derniers les bébés. Enfin ça a été très compliqué de s'attacher à eux parce que elle avait pas
68 de modèle d'identification ou d'imgo maternel suffisamment rassurant, sécure, stable, fiable et
69 puis. Et puis ces bébés c'était nouveau, il y en avait 2 aussi. Donc ça peut être un peu brouillon
70 ce que je dis, mais c'est des choses qui me viennent.

71 **Non**

72 Et du coup bah voilà ça a été dur de s'attacher à eux donc c'était quelqu'un qui voulait pas euh
73 ils voulaient pas manger, comme elle le souhaitait, des petits mangeurs depuis toujours. Donc
74 au départ elle les allaitait les 2. Donc c'est aussi une charge supplémentaire de beh de de
75 responsabilité quand même parce que c'est pareil, elle allaitait 2 bébés aussi, ça fatigue. Ça
76 demande du temps quand ils n'ont pas le même rythme, ce qui est souvent le cas, beh si on fait
77 que ça en fait du coup elle était épuisable fatigable elle en pouvait plus. Donc on est intervenu
78 très tôt avec l'équipe mobile au domicile et après le but c'était de venir ici dès que ça a été
79 possible, donc ça s'est fait dans les premiers mois. Un hôpital de jour 2 fois par semaine. Donc
80 euh ils ne voulaient pas manger comme elle le souhaitait. Donc très vite l'enjeu du repas a été
81 très problématique. C'était y a eu du forçage tout le temps des propositions, tout le temps de de
82 manger le biberon, puis après quand il y a eu l'alimentation solide pareil enfin, ça a été un vrai,
83 une vraie difficulté relationnelle. Ça, c'est ça, c'est ça se voyait là-dessus

84 **D'accord**

85 C'était le symptôme principal, c'était la difficulté de l'alimentation, le trouble d'alimentation
86 pour les bébés, il y a du forçage. Après, c'est des bébés qui qui dormaient, bon un mieux que
87 l'autre. Voilà, il y a eu quand même des petits troubles du sommeil, tout ça. Mais quand elle
88 était ici, elle nous déléguait beaucoup. Les soins de toutes sortes à ses bébés, donc elle était
89 épuisée. Donc on a pris le relais hein, parce qu'il valait mieux qu'ils reçoivent de nous plutôt
90 que plutôt que rien. Ce qui est donnée est donné. Et puis comme on était 2 référentes, une pour
91 chaque bébé. Enfin je sais pas si je vais trop loin du coup.

92 **Non non vas-y, c'est très bien**

93 On avait choisi dans cette situation de mettre 2 référents, un pour chaque bébé.

94 **OK.**

95 Parce qu'il fallait vraiment se préoccuper de chacun. Voilà être seule avec 2 bébés et la maman
96 c'était pas possible. Il y avait trop de facteurs. Il fallait être avec tout le monde parce qu'il faut
97 qu'on s'occupe de la mère et des bébés. Donc là ça nous permettait de proposer au bébé beh au
98 moins les jours où ils étaient là beh une figure stable continue la possibilité la possibilité de
99 d'avoir un un lien d'attachement, même si c'est pas un attachement principal. Donc c'est ce qu'ils
100 ont, ce qu'ils ont fait les bébés, hein. Ils se sont, ils ont créé un lien d'attachement secondaire à
101 nous. Aussi parce qu'on était autorisé par la mère et qu'il n'y avait pas de rivalité. Et par le père
102 aussi. Le père était très présent et et ils étaient clairement identifiés comme une figure
103 attachement principale, euh enfin, alors je sais pas dire si c'était plus père ou la mère.
104 Honnêtement je sais pas, mais nous c'est clair qu'on était à un 2nd plan. Mais par contre ils nous
105 ont vite repéré comme des des personnes qui étaient là pour eux. Et chacun avait bien repéré sa
106 référente aussi. Les bébés, ils font ça, ils savent qu'il est là qui les attend et ceux sur qui ils
107 peuvent s'appuyer pendant que le parent n'est pas disponible psychologiquement ou physiquement.
108 Voilà donc après nous ce qu'on fait, c'est que comme on restitue toujours les moments d'absence
109 de de la maman à la maman, on explique tout ce qui s'est passé pendant qu'elle était absente.
110 Donc physiquement je veux dire, et on fait comme elle veut. Beh du coup ça, on la dépossède
111 pas de ces moments, même si elle n'y est pas. On lui rend toujours ce qui lui appartient, voilà.
112 Je sais pas si c'est clair.

113 **Oui, c'est très clair.**

114 Voilà donc ça a pas été facile parce que beh parce que c'est, il faut aussi pouvoir accepter que
115 la maman ne, enfin ne soit pas disponible. Elle nous délègue, des fois c'est dur à à accepter pour
116 une référente aussi parce qu'il faut quand même absorber ça, absorber le le le malaise de la
117 maman et puis être disponible quand même pour elle pour répondre à souffrance et au bébé
118 aussi. Et bon, ça, ça a été, ça s'est fait hein. Ils venaient 2 jours par semaine, 2 jours consécutifs
119 en plus, donc ça faisait un peu intensif dans la semaine. Les autres jours, il y avait une TISF qui
120 venait à la maison, travailleuse familiale.

121 **Ouais.**

122 Et puis c'est une famille qui a beaucoup euh sollicité, beh la famille au sens large, c'est à dire
123 que Monsieur avait des enfants grands, presque adultes. Et du coup ils ont participé. L'ex-
124 femme de Monsieur aussi était présente dans dans le schéma, tout un village autour de ses
125 bébés. Donc pour eux c'était habituel de pouvoir solliciter les uns les autres et de pas être seuls.

126 En fait, elle, elle a rarement été seule avec ses bébés, elle avait cette capacité-là de de pouvoir
127 ne pas être seule avec eux, plutôt que de craquer. Donc voilà, je sais pas ce que je peux... Euh
128 **Tu m'as, t'as dit que la maman elle vous laissait, elle vous déléguer beaucoup de soins. Tu**
129 **as aussi dit que souvent vous vous retrouviez du coup seules avec les bébés. La maman**
130 **était pas forcément là**

131 Elle était présente dans l'unité mais elle se faisait un thé ou elle était avec d'autres mamans ou
132 elle était au téléphone elle prenait des rendez-vous ou voilà. Enfin c'était, elle était présente
133 mais mais pas euh

134 **Elle était présente physiquement mais**

135 Dans l'unité mais pas toujours auprès des bébés.

136 **Ok**

137 C'est un lieu parents bébé ici donc c'est vrai que c'est, il faut s'occuper de tout le monde et il
138 faut entendre que s'ils sont pas disponibles en tant que parent, beh il faut pas juger. C'est aussi
139 quelque chose qu'il faut accueillir. Supporter c'est supporter. Et proposer au bébé quelque chose
140 en attendant que sa mère le soit en fait.

141 **OK**

142 Sans, sans lui prendre ses moments encore une fois, en lui rendant ces moments au moins par
143 la narration quoi.

144 **Comment fais-tu face justement à ces parents qui arrivent pas à établir le lien alors à cette**
145 **maman en particulier mais de manière générale si tu veux ?**

146 Alors la première chose c'est de pas être dans le jugement et d'essayer de comprendre ce qui se
147 passe pour eux, pourquoi ils n'arrivent pas à investir un lien avec leurs bébés.

148 **OK.**

149 Après, c'est euh ça peut être comme, ça peut partir d'un recueil de données qui peut se faire
150 aussi dans les premiers entretiens médicaux. Voilà, on essaie de de de sonder un peu l'histoire
151 familiale, d'où ils viennent, ses parents, comment ils ont été soignés, aimés. Quel modèle
152 d'identification ils ont ? Sur quoi ils peuvent s'appuyer aujourd'hui ? Voilà on fait un peu, on
153 fait un petit euh on dira une évaluation de l'état de la famille et autour d'eux. Euh qu'est-ce qu'ils
154 ont traversé jusqu'à aujourd'hui ? Quel est le projet du couple ? Projet d'avoir eu ces enfants ou
155 cet enfant ? Parce que parfois c'est pas le premier hein, c'est un une 2^e ou 3^e grossesse qui pose
156 problème et les premières n'ont pas été problématiques. Et comme le l'accouchement et la
157 grossesse, ce sont des tsunamis émotionnels, on sait pas ce qui va arriver, voilà. Voilà donc

158 comment on fait, beh voilà, on évalue tout ça, pour pas être dans le jugement pour et on on est
159 soignant pour la mère et le père et les bébés donc euh.... On n'est pas là pour dire ce qu'il faut
160 faire ou ce qu'il faut pas faire, mais on est là pour accompagner aussi en respectant le le style
161 parentale en fait le le style de parentalité.

162 **OK**

163 Et le style de de lien en particulier à CE bébé. Donc voilà, même si on a des connaissances ici,
164 ce qui est important c'est de savoir être et de rester humble dans la place qu'on a. Donc si on
165 vient nous solliciter sur des connaissances particulières, après je sais pas, je veux dire des
166 bêtises, mais pour les puer par exemple un érythème, des petits boutons, des choses comme ça,
167 une toux particulière. Là on va avoir des connaissances mais en tout cas, là il s'agit pas de les
168 mettre en avant. C'est, on est là pour euh être avec, chercher ensemble, réfléchir ensemble. Et
169 orienter, s'il faut, vers l'extérieur quand il y a besoin. Mais voilà, apprendre à décoder le langage
170 du bébé aussi ensemble. On est là pour prendre le relais quand c'est insupportable pour la mère
171 qui est épuisée. Par exemple, une mère qui a une dépression du post-partum, la première chose
172 à faire, c'est qu'elle puisse dormir. Parce que c'est des personnes qui ne dorment pas. Et puis
173 quand on dort pas, bah c'est une torture, on n'arrive plus à élaborer, on n'arrive plus à rien.
174 Donc la première chose c'est de pouvoir leur permettre de se reposer physiquement pour pouvoir
175 après repenser quelque chose. Donc. C'est lui laisser cet espace, le lit, le temps pour euh s'en la
176 juger.

177 **Donc du coup ce ce type de moment-là vous allez accueillir la maman et le bébé, mais elle**
178 **elle va rester justement à dormir alors si**

179 Alors si elle peut parce qu'au début elles veulent pas forcément, mais quand elles le souhaitent,
180 oui on va lui permettre

181 **Leur autoriser ?**

182 Oui, sans être dans le jugement, comme peut l'être une famille, parce que les familles, elles,
183 ont des enjeux affectifs. Elles peuvent interpréter vite et les choses. Et puis les représentations
184 aussi actuelles, beh on n'a pas le droit d'être mal quoi. Donc c'est de moins en moins le cas
185 puisqu'on en parle de plus en plus, mais. Mais quand même ici bah c'est sûr qu'on a pas dans on
186 n'est pas engagé affectivement donc y'a pas de jugement et ça, c'est déjà quelque chose qui est
187 important. Ils peuvent se poser sans avoir peur d'être jugés encore une fois, c'est encore ce mot,
188 mais. Et puis. Et puis avoir ce temps-là dès qu'elles le peuvent, y en a qui arrivent et qui sont

189 tellement épuisées qu'elles le prennent tout de suite. Et puis y en a qui peuvent pas laisser leur
190 bébé mais ça aussi ça s'accompagne. Voilà, instaurer un lien de confiance petit à petit.

191 **D'accord. Euh tu m'as parlée de modèle d'identification il y a, c'est fréquent les parents**
192 **qui viennent ici parce qu'ils savent pas agir avec leur enfant, par manque de modèle**
193 **d'identification justement ?**

194 Beh oui mais oui. La question de l'attachement, comment on a été attaché euh elle conditionne
195 toute notre vie, donc ça, ça conditionne nos liens d'attachement aussi adulte, hein, donc, voilà
196 à l'occasion, à l'occasion d'un d'une nouvelle parentalité, qu'elle soit encore une fois la, qu'elle
197 soit la première ou enfin 2nde, ou voilà ou 3, 4, c'est pas ça ça, ça se comment dire ? La question
198 se euh elle se renouvelle à chaque fois, en fait. C'est comment on a été attaché, comment on va
199 s'attacher là avec les attachements qu'on a déjà et ça se réactualise à chaque fois. C'est le mot
200 que je cherchais.

201 **OK. En quoi créer du lien avec l'enfant que tu vas prendre en soin peut avoir ses limites ?**

202 Moi en tant que puer ?

203 **Ouais.**

204 Alors moi je me, je dirais que je, moi je m'en mets pas de limites sauf que je je reste toujours à
205 ma place de puer, c'est à dire que je me mets pas de limite en tant que soignante mais je ne vais
206 pas prendre la place de d'un parent. D'un parent, voilà, c'est à dire que je ne m'empêche pas de
207 faire des câlins. J'offre ma joue à tous les tous les bébés qui viennent contre la mienne. Et puis
208 c'est eux qui décident quand c'est fini. S'ils ont besoin d'un câlin, je donne un câlin, je peux, ils
209 peuvent dormir dans mes bras tout l'après-midi, enfin je, je leur donne, moi, mon corps. Alors
210 oui, comme dans un soin quoi. Je pense qu'il faut pas avoir peur de donner quelque chose quand
211 on fait ce métier, surtout avec les bébés parce que ça passe par le corps, ça passe par par la
212 musicalité de la voix, ça passe par une présence et il faut pas se retenir. La seule chose qui va
213 me retenir moi encore une fois c'est, je vais pas faire comme si j'étais sa mère, je vais rendre
214 tous les moments à sa mère de ce que j'ai fait, ce que j'ai pas fait, comment il a réagi. Et puis
215 c'est le bébé qui, qui choisit euhh quand il a plus besoin quoi. S'il veut mes bras, je les lui offre,
216 s'il veut descendre, il descend, je l'accompagne. Voilà. Je pense qu'il faut pas, se donner d'autre
217 limite que ça, mais si tu sais déjà pourquoi tu donnes. Ça suffit comme limite, enfin voilà. Moi
218 je, quand je suis arrivée ici, beh on me disait non non il faut pas trop faire des câlins et tout.
219 Mais moi je voyais pas comment ne pas répondre à une demande d'un bébé quoi. Je sais que
220 quand un de mes enfants était à la crèche et que j'allais le récupérer et qu'il sentait le parfum de

221 l'auxiliaire, j'étais trop contente parce que je me disais, mais il a fait des câlins tout l'après-midi,
222 voilà bah moi je me disais bah après il y a des mamans qui laissent, qui autorisent ou pas.

223 **D'accord**

224 Il y en a qui sont en rivalité, qui supportent pas que le bébé soit trop dans un lien, comment dire
225 proche avec nous. Bah ça il faut le il faut l'entendre.

226 **Et à ce moment-là du coup**

227 Beh il faudra s'en parler

228 **D'accord, même si l'enfant est demandeur ?**

229 Ça passera par les mots alors. Oui, oui. Oui, on demande l'autorisation à la mère, si maman elle
230 veut pas c'est c'est, il faut pas y aller quoi. Mais si elle est en confiance et qu'il y a pas de
231 rivalité elle nous autorise, comme cette maman à qui je pensais là avec les jumeaux. Eh beh ils
232 ont, ils ont tout pris les bébés, ils ont tout pris, ils ont dormi sur nous des heures. Et puis nous,
233 quand ça a été le moment qui grandissait, qu'il fallait essayer de dormir dans un lit, bah on les
234 a mis dans le lit. Enfin c'était. C'est la question du sens aussi qu'on met notre travail et à notre
235 place. Voilà, on est comme une auxiliaire du moi de la mère, on est un prolongement, mais, on
236 n'est pas elle. Et puis notre corps, il est mis à disposition, nos bras, notre épaule, notre joue. Il
237 est à disposition du bébé s'il en a besoin, parce qu'un bébé a besoin d'être portée et toutes les
238 mamans ne ne le font pas. Donc voilà, parce qu'elles ne peuvent pas, parce qu'elles sont épuisées
239 pour voilà, pour diverses raisons, mais bébé en a besoin, donc on propose. Et puis et puis voilà
240 après c'est on est une équipe aussi, on travaille pas seule, donc c'est nous référent dans l'équipe,
241 donc on a le regard des autres qui peuvent nous dire par exemple, bon là tu crois pas qu'il serait
242 temps de le mettre dans le lit ou de sortir la mère de la chambre aussi maintenant là elle s'est
243 bien reposée. Une femme qui arrive déprimée, qui a besoin de dormir, ça peut pas durer un an
244 non plus. Donc il y a un moment où le regard de l'équipe, le regard croisé de tout le monde dans
245 l'équipe dit bon, maintenant, elle dort un peu trop. Est-ce que c'est pas un isolement ? Est-ce
246 que maintenant il faudrait peut-être la sortir et l'amener dans le groupe aussi ? Voilà des choses
247 comme ça, mais en fait, c'est une clinique de l'ajustement. C'est un ajustement en permanence
248 à ce qui se passe dans leurs liens à leur lien, à la mère, au bébé et à l'état du jour et du moment.
249 Donc c'est c'est toujours dans l'ajustement. Donc il faut être sur tous les fronts en fait, tout
250 regarder, il faut être réactif et voilà, parfois on prévoit des choses et on peut pas les faire. Enfin
251 c'est et tout en maintenant un cadre quand même contenant pour tout le monde. On peut pas
252 faire n'importe quoi non plus tout le temps, voilà. Par exemple, un bébé qui grandit, qui n'a pas

253 de rythme, on va amener petit à petit d'avoir au moins un rythme de repas et de sieste, parce
254 qu'il y a des personnes qui pensent que jusqu'à 8 mois, il faut donner toutes les 4 heures alors
255 que le bébé non. Ce qu'il a besoin, après, quand il commence, ce dont il a besoin après, quand
256 il commence à manger 4 repas par jour, c'est d'avoir ses 4 repas par jour à un rythme régulier.
257 Ça l'aide à se repérer, ça l'aide à avoir à ressentir une sécurité. Voilà. Des choses comme ça par
258 exemple, ça c'est de l'éducatif de base quoi. Mais y'a des mamans qui viennent ici elles sont
259 pas, elles sont pas bien donc elles arrivent pas à avoir la le discernement de base. Voilà.

260 **Justement du coup tu me fais le lien alors que tu vas être en train de t'occuper de l'enfant,**
261 **enfin que toi ton soin doit être tourné à l'enfant comment tu arrives aussi à créer un**
262 **attachement, un lien avec les parents ou la figure d'attachement de de l'enfant ?**

263 Alors c'est alors c'est pas moi qui vais créer un attachement, c'est pas moi qui vais créer ça.
264 C'est, ce qui se passe, c'est que la la, le fait d'être présent tout le temps la même personne, qui
265 attend les mêmes familles la même heure le même jour : Qui est disponible ; Qui porte
266 l'histoire ; Qui est témoin de l'évolution de ce qui se passe ; Qui est à l'extérieur de la famille,
267 mais qui en même temps à un regard bienveillant ; euh et connaît. C'est ça qui va créer un lien
268 de confiance avec les parents, je dirais pas attachement avec les parents. Avec les avec les
269 bébés, j'ai dit attachement, mais secondaire, secondaire, secondaire, secondaire. Mais avec les
270 mamans, ça peut être aussi ça, mais ; euh, ouais c'est de pouvoir se reposer sur nous et c'est, on
271 peut, on peut avoir euh on on peut être un modèle d'identification maternelle pour eux. On peut
272 être une imago maternelle possible. Et et pas que nous en fait, dans l'équipe, elles peuvent se se
273 construire une identité maternelle. En voyant toutes ces femmes ici qui s'occupent, maintenant
274 il y a un homme, mais c'était la fonction qu'on a, la fonction maternelle de prendre soin et de
275 elles peuvent se, c'est comme quand on devient professionnel et que on on a plein de
276 d'infirmières qui nous plaisent là, ou d'infirmiers. Et si on se crée notre identité d'infirmière
277 avec tout ça : mais ça, j'aime ça, j'aime pas. C'est comme ça que je veux être, tout ça. On se
278 construit des choses comme ça. Donc c'est ça qui va se passer plutôt qu'un attachement, je
279 dirais, de pouvoir se reposer sur nous et pouvoir prendre les choses en nous qui leur qui
280 l'intéressent ou quoi. Voilà, des fois ça se passe pas bien hein, des fois il y a des contre transferts
281 négatifs hein. Mais bon c'est pareil, on est là, on tient et pour le bébé. Et puis ça, ça a fait bouger
282 des choses, ça fait travailler des choses, elles ont la psychothérapie mère bébé, donc voilà.

283 **Quand ça se passe pas bien ? Tu vas rester référente quand même ou alors vous changez ?**

284 Non non, quand ça se passe pas bien, c'est qu'il y a des choses qui sont en train de se travailler.
285 Alors après nous on, on parle beaucoup en équipe, mais à moins que la personne ne demande à
286 changer. Nous on va rester justement, il faut supporter ça quand même. On est pas dans la
287 séduction avec, on est un outil transférentiel aussi et puis parfois on est 2, si c'est trop
288 compliqué, on peut être 2, on rajoute quelque quelqu'un dans la prise en charge, ça permet de
289 trianguler aussi, parfois on est 2 parce que c'est lourd. Et puis la personne va être dans le clivage
290 et elle va jouer la rivalité. Et beh là c'est à nous de travailler le lien justement parce que si elle
291 fait ça, c'est qu'elle est dans ce fonctionnement relationnel. La relation va être dans le fait que
292 nous, on soigne le lien et qu'on soigne notre lien et que ça triangule la relation.

293 **Donc vous allez euh faire comprendre à la maman, ou à la figure d'attachement, on va**
294 **rester large. Que le lien en fait, il peut passer même si elle joue à la rivalité.**

295 Oui alors on va pas faire comprendre, on va être et c'est ça qu'il va faire. D'un savoir être. Alors
296 il y a pas de temporalité précise du coup. C'est voilà, ça peut être long.

297 **Et du coup comment euh comment savoir le bon savoir être, comment se rendre compte**
298 **qu'on est dans le bon savoir être ?**

299 J'ai pas de réponse à ça, ça fait tellement longtemps. Mais je sais pas, on fait confiance à l'équipe
300 aussi, enfin je veux dire euh...

301 **Le regard de l'équipe peut faire jugement sur la façon**

302 On en parle. Ouais, déjà on a la formation de formation quand même, donc c'est tant mieux, on
303 vient pas comme ça a vide

304 **Oui bien sûr, mais**

305 Y a nos formations de soignants ou d'éducateurs, ou de pour ceux qui sont ici, donc déjà il y a
306 quelque chose. Et puis après beh, l'expérience, on se forme aussi régulièrement et puis on a
307 beaucoup d'échanges, on a beaucoup d'échanges, de temps d'échange des réunions ou même de
308 de temps d'échange informel, c'est à dire dans tous les interstices. On discute beaucoup. Et puis
309 après beh on voit si ça marche pas on on, alors on se pose beaucoup de questions, ça aussi,
310 quelque chose qui est important, c'est qu'on se questionne beaucoup. Voilà, ça nous permet de
311 nous ajuster. Et puis après beh l'expérience là je dirais hein. C'est sûr que quand je suis arrivée
312 bah j'étais moins à l'aise que maintenant hein. Mais maintenant je me pose plus ces questions
313 quoi. Je après je dis pas que chaque nouvelle prise en charge je je me pose des nouvelles
314 questions mais j'ai pas de doute sur le savoir-être, sur mon savoir-être, non je maintenant je je
315 sais ce que je fais, j'ai toujours su mais plus d'assurance maintenant. Maintenant je suis assurée,

316 je peux transmettre à d'autres, je vais être à cette place, je vais transmettre aux nouvelles plutôt
317 comment il faut être, comment il faut, comment il faut savoir ne pas intervenir, voilà aussi, ça
318 doit être, c'est pas. C'est pas faire, donc parfois il faut prendre du enfin beaucoup de temps avant
319 de pouvoir dire quelque chose.

320 **Dire quelque chose à la maman ?**

321 Oui ou voilà, c'est oui. Enfin, il faut juste observer maintenant et puis attendre que le temps et
322 le bon moment, quoi.

323 **À ce sujet-là, s'attacher pour mieux se séparer c'est le bon moment du coup et comment
324 tu vas réussir à voir que c'est ce bon moment-là, que c'est le moment de se séparer ?**

325 Alors moi, parce que quelqu'un pourrait avoir une autre réponse, mais moi, mais dans l'équipe,
326 moi, pas pas moi Monica, mais moi puer ici. Alors de toute façon, j'ai la limite dans ma tête des
327 18, 18 mois. Si c'est une prise en charge qui est qui est longue et qui on sait qui va aller jusqu'aux
328 18 mois à partir de 12 mois, moi je me dis va falloir penser à à préparer la séparation. Donc
329 déjà j'en parle. J'en parle avec la maman et puis après, ce qu'on essaie de faire, c'est de réduire
330 la prise en charge petit à petit et de mettre des mots de l'accompagner. Après, quand c'est des
331 prises en charge qui peuvent s'arrêter subitement parce que maman reprend le boulot dans un
332 mois ou dans 15 jours, beh on en parle aussi beaucoup, on met des mots et puis, moi, j'essaie de
333 d'être un peu plus absente physiquement, mais même si je suis là psychiquement, c'est-à-dire
334 que je vais laisser des temps sans moi, je vais, voilà.

335 **D'accord**

336 Après, on s'ajuste encore une fois au bébé à la maman et puis parfois on doit se séparer trop
337 rapidement par rapport à ce qu'on aimerait. Mais on peut proposer un lien téléphonique, des
338 visites à domicile, des choses comme ça quoi. C'est pas parce qu'on se sépare physiquement ;
339 qu'on qu'on se sépare de la relation.

340 **Tu tu essayes donc peut-être de montrer à la maman qu'on peut ne pas être ensemble en
341 étant ensemble.**

342 Oui et puis je lui montre ma confiance dans ses capacités maternelles. Et les la confiance aussi
343 dans les compétences du bébé. Et ça, ça se parle, ça se ça se raconte. Quand je le vois, je me
344 dis, je le raconte, voilà.

345 **Tu vas être, tu es face à des parents qui ont du mal à trouver leur place au sein de leur
346 famille.**

347 Oui.

348 **Comment tu les aides à reprendre ou à prendre cette place-là ?**

349 Alors...Je peux pas les aider à, à prendre Ce que je peux faire, c'est entendre ce qui est
350 compliqué. Et du coup, en écoutant beh ça peut permettre de cheminer aussi dans cette réflexion
351 autour de cette place en fait, parce que ça serait très maladroit de pouvoir amener quelqu'un à
352 faire quelque chose dans son cercle familial alors qu'on n'a aucune, aucune idée de ce qui s'y
353 passe vraiment, des enjeux de ce qui s'est passé et puis de des effets que ça pourrait avoir. Ce
354 qu'on peut faire, c'est lui poser des questions. Voilà quand, si on, si on parle beaucoup par
355 exemple, une maman me parlerait de son désir de reprendre contact avec sa mère beh je peux
356 lui demander de euh qu'est-ce qu'elle redoute, de quoi elle a peur ? Qu'est ce qui se passerait si
357 elle le faisait ? Des choses comme ça. Voilà bah écouter et l'amener à réfléchir c'est tout mais
358 jamais jamais l'orienter vers une décision.

359 **OK.**

360 Après si c'est des choses particulières à traiter, mais on peut aussi proposer qu'elle voie
361 quelqu'un, une psychothérapie pour elle aussi, des choses comme ça. Quand on voit que c'est
362 des choses qui concernent que la mère et son histoire, ou bien sûr qu'on va, on va l'accompagner
363 vers psychothérapie pour elle, un CMP ou un libéral, Voilà.

364 **OK. Euh, t'as t'as dit une phrase tout à l'heure, j'ai plus tes mots exacts, mais euh tu as**
365 **dit que tu donnais ton corps au bébé. Dans le sens où s'ils ont besoin d'un câlin, t'es là,**
366 **s'ils ont besoin d'une figure stable, tu es là. Tu le fais aussi avec les parents indirectement,**
367 **dans le sens où euh**

368 Alors, Oui, moi je dirais oui. Moi, j'ai pas peur du contact corporel. Parce que j'ai fait beaucoup
369 de danse donc je sais que le corps c'est quelque chose de enfin j'ai euh j'ai pas peur de toucher
370 le corps de l'autre ou qu'on me touche mon corps, mais avec un toucher normal bien sûr hein.
371 Mais j'ai pas peur du contact. Et puis je fais des massages maman aussi. Donc j'ai pas peur
372 d'engager mon corps dans la relation à l'autre parce que je sais le sens, enfin je, je je sais ce qui
373 fait dans ce touché et puis aussi je suis au soin piscine et voilà. J'ai pas euh pas peur de ça, par
374 contre il faut que c'est pas moi qui l'ai initié. Par exemple, je vais prendre une maman dans les
375 bras ou quoi enfin c'est ça, c'est il faut faire voilà très attention. C'est pas comme un bébé qui a
376 besoin d'être porté qu'il peut pas se déplacer tout seul. Voilà une maman bon beh je je sais pas,
377 je peux lui dire, est-ce que je peux vous prendre dans mes bras ou juste poser ma main sur sa
378 cuisse à côté d'elle si elle est à côté ou juste être présente proche, ça va dépendre un peu de la
379 relation qui est avec, de comment elle réagit. Je sais qu'une fois j'ai eu une maman alors aussi

380 il y avait un gros trouble du lien, une maman qui avait elle-même une maman qui lui a fait
381 croire que le monde était dangereux, tout le monde était dangereux et que c'est une dame qui se
382 promener avec un couteau dans le landau avec son bébé au cas où enfin voilà qui avait très très
383 peur de l'autre. Et puis bon, je l'ai suivi pendant plus d'un an puisqu'elle a enchaîné 2 grossesses
384 et que la 2e, elle est restée jusqu'à 6 mois. Mais elle s'est transformée je me souviens d'un jour
385 où elle avait été agressive avec le bébé, et là j'avais dû intervenir parce que j'avais entendu à
386 travers la porte de la chambre et là je lui avais dit ça, donc je la connaissais quand même depuis
387 quelques mois hein, mais là je pouvais pas tout laisser faire non plus. Je lui ai dit que dans ce
388 lieu on pouvait pas faire ça sans que j'intervienne, sans que je dise quelque chose que ça. C'était
389 pas acceptable de parler comme ça à son bébé, avec le ton qu'elle avait employé et l'agressivité
390 qui était sous-jacente. Donc j'avais dit ça, j'avais une, mis une limite. Je lui ai dit si vous voulez
391 moi je m'en occupe, mais vous allez ailleurs. Donc je me souviens, elle était allée dans la cuisine
392 des mamans, elle était seule ce jour-là dans la cuisine, je crois je sais plus, c'était mercredi. Et
393 puis elle était comme ça là à table là, elle était pas bien, elle était en colère, elle pleurait. Et
394 comme une fois que le bébé s'est endormi, beh je l'avais rejoint. Mais j'avais j'étais partagée,
395 j'avais à la fois envie de la prendre dans mes bras comme l'enfant qu'elle était à ce moment-là.
396 Mais c'était juste me poser derrière elle, hein pas la prendre dans mes bras comme un bébé.
397 Mais elle était assise, accouchée sur la table. Moi, j'avais juste envie de me mettre mes bras
398 autour d'elle et je m'étais dit, soit j'en prends une parce qu'elle était quand même remontée. Bon
399 tant pis, je l'ai tenté, et je me suis assise à côté et j'ai juste posé mon bras autour de son dos et
400 j'ai posé mes mains pour qu'elle sente de la chaleur et une contenance et elle m'a laissé faire.
401 Mais j'avoue que jusque-là je savais pas et je m'étais dit tant pis, je prends le risque. Si elle
402 refuse, beh je faut que je l'accepte aussi quoi. Mais voilà ça ça dépend un petit peu du lien qu'on
403 a, ça dépend la situation des fois il faut pas beh on le voit tout de suite hein, si on s'est approché
404 trop prêt voilà, mais je donne mon corps dans le sens où aux parents aussi, dans le sens où je
405 suis présente de toute façon. Je peux rester là à côté, juste ça, beh c'est c'est une présence aussi.
406 Mais c'est le corps qui marque ta présence. C'est pas juste dire je suis là, voilà. Et puis après
407 bah voilà, je je donne aux mamans chaque fois que je fais un massage. Je donne tous mes bras
408 entiers, donc voilà. Donc je sais pas. Voilà comment ça, ça peut ne pas être compris peut-être
409 après je sais pas, j'ai pas d'autres mots pour le dire en fait, mais.

410 **Ouais, ouais non mais c'était très bien. Qu'est-ce qu'évoque pour toi le terme**
411 **suffisamment bon ?**

412 Suffisamment bon ? Ben ça veut dire ne pas être parfait, ne pas vouloir tout contrôler, ça veut
413 dire de de laisser du temps pour apprendre, pour comprendre. Et d'être dans un ajustement aussi
414 parce que les besoins évoluent, les réponses évoluent, les demandes évoluent d'un bébé et toute
415 sa vie. Moi j'ai un enfant de 21 ans c'est encore ça, ça change. Donc t'es t'es pas le même parent
416 d'un bébé de de 6 mois, de 1 an, de 2 ans, de 5 ans, de 10 ans, de 15 ans, de 20 ans et de même
417 40. Tu restes toujours un parent, mais t'es jamais bon, parfaitement bon, mais suffisamment
418 bon, c'est être là aussi. Tout le temps quoi. De toute façon toujours être là quoi qui se passe et
419 puis et puis en en s'ajustant au besoin du bébé et à quand je dis besoin, c'est aussi son besoin
420 de s'autonomiser, de se tourner vers l'autre et d'être là en base de sécurité enfant quoi. Voilà, je
421 dirais, c'est les premiers mots qui me viennent.

422 **Ok**

423 Et je pense à Winnicott aussi, bien sûr, mais il est là en arrière-fond. Mais voilà, bien sûr, quand
424 je dis ça, c'est avec lui au fond quoi. Voilà.

425 **OK bon Ben merci. Est-ce que tu as d'autres choses à me dire sur**

426 Non, mais j'espère que ça aura été suffisamment clair

427 **Ben oui, complètement.**

13.5. A l'UPB : Phoebe

1 **Depuis combien de temps es-tu infirmière ?**

2 Moi, je suis infirmière depuis 2008. 2008, où je travaille ici, au sein de l'hôpital de Montfavet.
3 Et c'était mon projet effectivement, dès fin de mes études en 2008, des études infirmières à
4 l'école de Bagnols-sur-Cèze à l'IFSI de Bagnols sur Cèze de beh de travailler ici à l'unité d'un
5 bébé où j'ai j'ai donc eu connaissance de de l'existence de, de, de l'unité par la venue d'un ancien
6 cadre qui venait à l'IFSI parler de de de notre de cette unité, le travail ici etc, pendant mes
7 études et après. J'ai fait un un une demande de faire un stage pré pro et j'ai passé 2 mois ici. Et
8 après je suis allée travailler chez des ados, des ados, ici en service fermé des ados la Clérea à
9 l'époque pendant 3 ans et demi, avant d'avoir un poste ici en 2011. Voilà.

10 **OK. Très bien. Peux-tu me parler d'une situation que tu as vécue dans le à laquelle le lien**
11 **d'attachement parent-enfant a été difficile ? N'importe quelle situation. Je sais que tu as**
12 **dû en vivre plein ici, mais n'importe quelle situation, mais qui t'as un peu plus marquée.**

13 Bah effectivement, on en a beaucoup et beh tout récemment, on peut dire qu'on a j'ai
14 accompagné une maman qui était une grande, grande, grande difficulté. Elle voulait tellement
15 un bébé, elle l'a fait toute seule. C'est une maman qui euh elle l'a fait toute seule, c'est à dire elle
16 l'a fait avec un avec un effectivement un Monsieur. Mais elle se disait attirée plutôt par les
17 femmes. Elle elle a une compagne mais elle voulait un bébé. Mais elle voulait ce bébé toute
18 seule et donc elle a effectivement fait toute seule avec euh un accord avec un monsieur. Ils ont
19 fait l'acte et elle est effectivement tombée enceinte, voilà. Sauf qu'effectivement, c'était peut-
20 être pour réparer quelque chose, mais sans préparation de de grandes choses. Mais elle s'est
21 quand même rendue compte à quel point c'était absolument terrible de de devenir mère parce
22 que tout son passé aussi revenait. Tout son passé d'enfant maltraité et, et et sans aucun repère
23 de et oui, de repère, de comment prendre en soin d'un enfant. Et et, et ça l'a complètement
24 immergée et et absolument déstabilisée dans ce qu'elle bah avait rêvé d'un enfant entre l'enfant
25 rêvé et l'enfant réel. Il y avait une telle différence que l'enfant est venu « la persécuter ». Et dire
26 « c'est à cause de ses cris je ne supporte pas » parce que sa grossesse, ça s'est bien passé, mais
27 c'est l'accouchement qui a été extrêmement douloureux avec la césarienne, oui, il me semble
28 qu'il y a ça et en tout cas cette douleur de de l'accouchement et était mélangée avec les cris de
29 son bébé et donc quand son enfant criait ça lui faisait une douleur corporelle et donc l'enfant
30 elle le rejetait, elle le rejetait vraiment c'est à dire c'était « je supporte pas sa sa bave, je supporte,
31 je peux pas lui donner son bibi », elle se nommait pas maman, elle nommait pas le nom de son

32 son enfant et c'était vraiment un ce qu'on appelle un trouble d'attachement majeure qu'on a vu
33 ici. On l'a vu malheureusement assez tardivement, parce qu'avant qu'elle a pu oser venir vers
34 nous, il fallait plusieurs professionnels qui qui parlent de nous, etc. Et un jour, effectivement,
35 elle est venue en entretien et on a eu. On a créé vraiment un bon lien de de confiance ici. Mais
36 on voyait quand même que cet enfant était pas porté. Il avait un défaut de portage contenance
37 et était très instable dans son son développement. Il tombait beaucoup, il criait beaucoup, il
38 avait pas et et pourtant on avait une maman qui essayait de répondre à tout ce qu'elle pouvait
39 de sa manière, par par les, par du matériel, par un apport de dès qu'elle voyait un jeu ici, qu'il
40 aimait jouer avec : Ah mais il aime jouer avec cette maison-là, Ah mais je vais aller sur Amazon,
41 je regarde ce que ça, Ah mais je vais lui acheter. La semaine qui suivait, elle m'envoyait des
42 photos en disant : Regarde, j'ai acheté ça pour lui, tout pour remplir, remplir, remplir, puisque
43 la relation était dangereuse

44 **D'accord**

45 C'est vraiment une situation et on est, on l'a malheureusement reçu assez tard dans il avait
46 presque un an, lui, il avait 9 mois ? Ouais, presque 10 mois quand ils sont arrivés l'année
47 dernière et donc c'est effectivement très tard quand y a tant de souffrance. Mais en tout cas
48 quelque chose a pu être, a pu démarrer. Et là on voit que quand les situations arrivent comme
49 ça et quand il y a pas d'accompagnement. C'est effectivement très compliqué et là on voit à quel
50 point. L'enfant aussi peut avoir eu avoir des, des, des, je sais pas si je peux dire des séquelles,
51 mais en tout cas dans son corps et dans son développement, les choses peuvent rapidement euh
52 s'installer. Mais si on met en place quelque chose pour lui et donc là on a tout de suite mis en
53 place la PMI. J'ai réussi à mettre en place la PMI et et si on met le paquet autour de du du
54 développement de l'enfant. La maman elle suit parce qu'elle n'est pas dans le refus de faire des
55 choses pour son enfant, mais par contre, elle, elle a une espèce de dégoût de certaines choses,
56 la bave parce qu'elle même elle avait connu des maltraitements de la part d'une mère très
57 alcoolique, enfermée dans une chambre, forcée de finir de manger ou de pas avoir mangé, battue
58 si elle savait pas lire un un livre, etc etc. Donc il y avait des représentations comme ça de douleur
59 et de de souffrance qu'elle, elle ne pouvait pas faire autrement et donc elle avait aussi des tocs.
60 Cette maman, on n'a jamais pu aller chez elle parce qu'elle, elle désinfectait tout. Quand son
61 fils est parti d'ici, il fallait le désinfecter ou le passait presque dans le bain. Elle changeait ses
62 vêtements, elle changeait ses vêtements avant de retourner à domicile de l'UPB etc, etc. Elle
63 refusait des gens chez elle, elle m'avait accepté à la fin, mais finalement elle l'a quand même un

64 peu court-circuitée ou elle a fait en sorte qu'on n'ait pas pu se rencontrer vraiment chez elle.
65 Mais aller la chercher chez elle, l'amener vers la PMI, l'amener vers le CMP, l'amener chez le
66 pédiatre. Ça, j'ai pu faire, mais j'ai jamais pu rentrer chez elle. Elle m'envoie plein de, elle a pu
67 m'envoyer plein de photos comment s'était aménagé chez elle, mais encore une fois, ça restait
68 beaucoup sur le le, l'environnement et le matériel. Et elle restait très en souffrance sur « mais
69 je le comprends pas » et donc on était tout le temps obligé de parler de de bébé, que bébé fait
70 pas exprès, le bébé il a des besoins et c'est l'adulte qui répond, c'est l'adulte qui guide. C'est pas
71 l'enfant qui l'enfant reste, exprime des besoins mais il ne fait pas exprès pour vous embêter.
72 Elle, elle, elle par moment, ici-même dans cette pièce où on est la salle de psychomotricité, on
73 avait l'impression que j'avais 2 enfants qui jouaient, c'est-à-dire une maman qui faisait que dire
74 « Ah tiens un jouet, Ah tiens un jouet ». Et en même temps je faisais que dire non mais un jouet
75 ça suffit pour votre fils, etc. Mais elle remplissait, remplissait, remplissait, comme si elle elle
76 avait besoin de jouer aussi comme une petite fille. Donc effectivement là on soignait ici aussi
77 quand même le bébé dans la maman et et là on le voit dans des situations comme ça, il y a un
78 gros travail à poursuivre au niveau de la PMI, au niveau du psycho de la PMI, au niveau peut-
79 être du CMP. Voilà, mais on est encore un peu, euh il y a des réunions qui doivent se faire entre
80 nous etc, dans le post-UPB. Mais voilà, ça, c'était vraiment quelque chose, une situation qui où
81 on voyait un attachement complètement insécure chez une mère et à quel point elle elle était
82 effectivement dans une incapacité de de créer du quelque chose de de suffisamment sécure si
83 on intervient pas rapidement pour voilà.

84 **D'accord. Du coup elle grâce à la PMI elle est suivie parce que vous, vous la suivez pas**
85 **elle, vous prenez le bébé en charge. C'est bien ça hein ?**

86 On a fait un relais sur le la PMI, mais c'était c'était difficile parce qu'elle a ces représentations
87 de la PMI « non je veux personne » etc. Le problème, c'est qu'après, on était aussi en en train
88 de se demander si ça voulait dire que il fallait qu'on commence à faire penser à faire une
89 information préoccupante

90 **Oui**

91 Ça veut dire que sinon on commence à faire une information préoccupante sur quelqu'un qui a
92 quitté le lieu ici parce qu'elle a quitté avant d'être quittée.

93 **Ah.**

94 Ouais, parce qu'elle se sentait menacée par des regards d'ici, etc. Donc elle avait, elle avait peur
95 et des regards. Et j'ai été obligée de lui expliquer que c'était normal que les soignants ici, euh

96 si son fils il faisait que tomber qu'il avait le front bleu, c'était normal qu'on se questionne sur
97 ça, c'était notre domaine spécifique ici, comme un dermatologue qui regarde la peau très près, et de
98 que si on faisait pas attention à un enfant ici, ça vous le ça vous, ça renvoyait aussi sur le fait
99 que on avait absolument pas fait euh prît attention à elle quand elle était enfant parce qu'elle a
100 pu me le dire qu'à l'école ou nul part, il y avait personne qui a signalé quoi que ce soit d'une
101 maltraitance de la part de sa mère avec des coups, des blessures ou des enfermements, etc, avec
102 une mère alcoolisée ou alcoolique et que tout le monde avait fait comme si ça n'existait pas. Et
103 même en étant majeure, elle a été battue devant des proches dans sa famille et personne n'a
104 jamais réagi. Je lui ai expliqué qu'heureusement quand même, qu'il y avait aussi de regard et
105 que si on sentait que son fils était, il y avait quelque chose. Il fallait qu'on puisse l'exprimer,
106 sinon on laissait un enfant dans un, sans sans agir et que c'était notre rôle aussi. Et donc ça,
107 c'était quand même à parler avec elle. Et en plus, elle pouvait exprimer ici à quel point elle le
108 trouvait euh elle, elle qu'elle était en difficulté avec et qu'il la gonflait pour le dire, c'est ce
109 qu'elle a pu exprimer en entretien avec le avec docteur. Docteur a même à un moment donné
110 expliqué en disant, vous savez il existe des solutions de placement partiel, ou etc. Est-ce que
111 vous pensez que vous avez besoin de ça ? Ça lui a fait un électrochoc à un moment donné, parce
112 que presque elle était presque à demander ça oui, peut-être. Et après, elle avait discuté avec sa
113 compagne en disant « mais enfin tu as fait tout ça pour finalement le placer maintenant ». Mais
114 c'est encore une fois entre un enfant qu'on rêve tant, désire tant comme si c'était un objet : je
115 veux une voiture, j'ai la voiture mais la voiture elle fait pas comme je veux et donc effectivement
116 là elle était mais très en difficulté et nous aussi on était mis très en difficulté puisque euh on
117 s'appuyait sur une maman qui finalement voulait rester dans une espèce de toute puissance. Elle
118 voulait bien de l'aide, elle voulait, elle disait ses difficultés, mais quand on en essayait à mettre
119 en place de de de l'aide, eh beh elle se retirait un peu dans sa coquille en disant : « je veux
120 personne chez moi, je veux vivre normalement, de toute façon, c'est comme ça » etc. Elle m'a
121 dit non, non, non et donc j'ai réussi quand même l'amener vers la PMI. Et et et faire en sorte
122 qu'elle a pu tout rentrer aussi donc elle était confiante. Mais et j'espère bien que le CMP et le
123 la PMI essaient de mettre tout ce qu'il faut en place pour l'aider. Mais en tout cas c'était, rien
124 que ça, c'était un challenge. Parce que c'est c'était pas facile comment aider ces gens-là qui ont
125 même vécu des choses comme ça. Elle a été retirée de chez sa maman, mais que très tardivement
126 avec sa sœur placée chez son père, si on peut dire ça et donc tout ce qui est PMI égal à placement
127 et signalement, etc. Donc les gens qui ont déjà baigné dans des dans des dans des ambiances

128 comme ça ou dans euh des dans des menaces ou ils ont vécu, entendu ça, ils comparent la PMI
129 avec « je suis une mauvaise mère, on va placer mon enfant » donc qu'est-ce qu'ils font ? Bah ils
130 vont dire non non mais c'est bon, je me débrouille tout seul, j'ai pas besoin de vous déjà, j'ai
131 peut-être je vous ai trop livré de de mon intime, etc, et j'aurais pas dû faire ça, et je veux plus
132 de vous, etc. Donc ce qu'elle a fait c'est qu'elle a effectivement pas pu venir pour tout d'un coup
133 elle a annoncé ici que c'était le dernier jour. Moi j'étais même pas au courant, j'étais en réunion.
134 Et bon, je voyais peut-être les choses venir aussi parce que on sait que quand on a été abandonné
135 et vécu des choses de mal euh de l'ordre de maltraitance. Et on le voit beaucoup chez les ados,
136 souvent ces gens-là, ils mettent une fin avant que ce soit l'autre voilà comme ça, c'est eux qui
137 maîtrisent au moins ça parce qu'on n'aime pas être abandonné à nouveau, donc on préfère être
138 celle qui maîtrise, même si je dis que c'est pas parce qu'on mettait une fin quand l'enfant allait
139 avoir 18 mois, etc, que on on n'est plus en lien. Et c'est ça le problème. C'est des gens qui ont
140 aussi eu des très comment dire, un attachement de très mauvaise qualité beh ils peuvent pas
141 imaginer que il y a autre chose que des ruptures ou des coupures et et que une relation elle peut
142 pas être là : soit on est ensemble collé ou sinon on est dans on est, on est, on se, on se voit pas,
143 c'est à dire soit on est très ensemble tout le temps, ou sinon on est, on est complètement, on
144 disparaît l'un à l'autre et c'est c'est ça aussi qu'on essaie de travailler ici. C'est quand même
145 comment on peut être en lien sans être ni collé ni dans le rejet, mais quand on peut aussi être en
146 lien avec l'UPB ou être ensemble sans être, comment dire dans un collé serré ou dans du rejet,
147 etc, et c'est ça qui est euh et et et et ces gens-là qui ont effectivement je l'ai vécu beaucoup chez
148 les ados, ils fuyaient des fois avant d'être par exemple la fin de l'hospitalisation, c'est eux qui
149 fuyaient parce que ils voulaient pas qu'on risque de les mettre dehors. Des fois on voit les
150 mamans ici qui disent beh je vais mettre une fin à la prise en charge avant pour pas avoir
151 l'impression que c'est eux qui qui me mettent dehors, mais on met pas dehors parce que on
152 essaie toujours de mettre en place autre chose.

153 **Autre chose pour l'accompagnement**

154 Bah oui. Puisque si ici on crée des ruptures, ce serait pas logique puisqu'on est on sait à quel
155 point la discontinuité est néfaste pour le bon développement des enfants.

156 **D'accord, et malgré le fait que justement parce que j'imagine là toi tu me le dis, mais 157 j'imagine que vous préparez la fin avec les parents ?**

158 Alors oui, on prépare à la fin, dès l'arrivée.

159 **Donc ils savent que derrière il va y avoir quelque chose, mais malgré tout**

160 Mais parce que on comme on sait pas ce qu'on vit ici, c'est à dire il y a beaucoup de de gens ici
161 déjà ils savent, ils ont des représentations de la psy qui sont complètement erronées aussi, mais
162 mais juste parce que c'est dans la représentation de de de tout le monde dans dans dans par
163 rapport à la psychiatrie. Donc une fois ça bon ça ça arrive, mais au début on sait pas et après on
164 est aussi quand même ici, les soins c'est un processus, c'est un processus de de transformation
165 avec des avec beaucoup de choses qui remontent, des on peut dire des mouvements, des des,
166 des choses qui remontent comme un volcan d'un d'un de sa propre petite enfance. C'est ce que
167 je dis, c'est bien on soigne le bébé dans la mère. Et que et toutes ces choses-là, c'est ce qui est
168 travaillé en psychothérapie aussi, un espace individuel, la mère avec son bébé autour de de de
169 leur relation, et là dans et dans tout ce qui se passe ici, bah c'est ces mouvements et c'est tout,
170 le vécu de la mère, etc, les parents qui reviennent à la, qui arrivent à un moment donné à la
171 surface et qui est qui est travaillé, et qui qui est petit à petit, on l'espère, peuvent être
172 transformées, transformables par les soins, par autre chose, par trouver d'autres outils que rester
173 dans ce qu'on a toujours connu et des modes de fonctionnement qui restent dans des dans des
174 génération à génération où chacun n'était peut-être pas du tout à sa place et que les enfants
175 étaient parentalisés des fois incestés des fois voilà abusés, très maltraités, etc pas que, mais que
176 il y a quand même de d'un souffrance et et que le fait de pouvoir démarrer un soin ainsi à
177 l'arrivée d'un bébé qui tout d'un coup bouleverse absolument tout cet écosystème de de famille
178 bah questionne tout ça. Et ici, on essaie de remettre un petit peu de l'ordre dedans en fonction
179 de ce qui est possible. En ayant des appuis sur des des tous les réseaux qui peuvent se trouver
180 autour voilà. Et c'est ça que là, il faut être très créatif, à savoir qu'est-ce que, qui sont les gens
181 sur qui on peut s'appuyer autour ? Parce qu'encore une fois, une maman toute seule n'existe
182 pas, un bébé tout seul non plus selon Winnicott hein. Et donc donc elle ne peut pas être seule
183 une mère. Et donc cette mère-là, elle a insisté pour être seule, même sa compagne qui vivait
184 juste à côté euh essayait de se mettre en dans le dans la situation. Elle était très bienveillante
185 envers de ce petit garçon, mais la maman est restée quand même dans une espèce de c'est mon
186 bébé à moi etc, donc c'est pas facile et des fois effectivement, il y a des choses qui se qui se
187 restaurent, qui se transforment rapidement et des fois on a des situations que on est que euh qui
188 sont compliquées pour longtemps, et, et voilà. Mais en trouvant d'autres appuis, euh beh au
189 moins, l'enfant, il a, il a des appuis, il arrivera à mieux grandir et ya une différence. Et on voit
190 qu'il y a indifférence.

191 **OK, comment fais-tu face aux parents qui n'arrivent pas à établir un lien d'attachement**
192 **suffisamment sécure ?**

193 Bah ça c'était dans dans dans dans dans dans cette situation-là c'est-à-dire, mais on est, on essaie
194 quand même d'être très honnête hein et aussi faire passer faire passer par le parent euh si, si, si,
195 par exemple, vous vous êtes-vous, vous êtes votre enfant et que vous vivez ce que vous voilà
196 comment vous réagissez vous. Toujours essayez de passer par, si on le tourne un peu dans l'autre
197 sens, non pas culpabiliser la personne ou être dans le jugement, mais de questionner ensemble,
198 est-ce que vous comprenez pourquoi il réagit comme il réagit ? Est-ce que vous, si vous vous
199 sortez de la pièce sans dire maman, elle part, mais vous disparaissent tout tout d'un coup comme
200 ça ? Certes, votre fils, il dit plus rien parce qu'il est habitué à votre mode de fonctionnement
201 comme ça. Mais vous, si vous étiez une petite fille assise là et que vous voyez votre maman
202 sortir sans sans rien dire, vous, vous vous réagissez comment, éventuellement ? Que serait,
203 quelle serait votre réflexion à ça ? Ah ouais, j'avais pensé à ça non mais et là peut-être elle peut
204 dire non mais je l'ai déjà vécu parce que j'étais carrément enfermée, donc on m'a laissé une
205 journée seule et j'étais perdue et j'avais personne et j'ai fait que crier et j'étais moins crier que
206 j'ai j'ai ça, c'est encore moi qui crie et donc quand j'entends le cri de mon bébé, c'est moi qui
207 crie, voilà donc c'est des c'est des choses comme ça que moi j'essaie toujours de passer par la
208 maman, par le papa, c'est à dire de, de, de, de, de, de d'avoir leur avis sur comment ils pensent.
209 Alors la maman, bah par exemple là ce que j'ai dit tout à l'heure elle a dit Oh mais il fait exprès
210 pour m'embêter je dis vous pensez vraiment, et vous, si vous étiez quand vous étiez petite quand
211 vous criez, vous pensez que vous le faisiez exprès pour embêter votre mère ? Et là, et tout d'un
212 coup, on, on essaye par-là, et c'est ce qui peut-être se passe aussi en psychothérapie, mais on
213 n'y est pas nous, mais. Qu'est-ce qu'elle, qu'est-ce, comment on peut effectivement arriver à
214 inverser un peu la tendance, c'est à dire non pas être là en train de dire nous, on sait, mais faire
215 passer par la mère ou le père leur ressenti, et aussi de les faire passer en disant « si moi j'étais à
216 la place de » pareil pour moi, je peux dire si moi j'étais à votre place à vous effectivement, avec
217 ce que vous venez de décrire hein, je peux effectivement peut être comprendre pourquoi vous
218 pouvez pas réagir

219 **Et oui**

220 Et que vous parce qu'avec etc. Et mais là, il faut bien se connaître. Mais de toujours essayer de
221 mettre par exemple la maman elle a on essaie de se mettre à la place d'un bébé et et parler quand
222 la maman par exemple dit quelque chose, moi je peux par exemple dire « Oh Oh maman, ça

223 c'était, je comprends pas où tu es parti là » ou « je comprends pas pourquoi tu me réponds
224 comme ça » ou « je comprends pas pourquoi tu » voilà. Et à la maman, au lieu de lui dire
225 Madame, vous comprenez pourquoi vous avez pas fait ça ? Voilà non jamais jamais, jamais on
226 parle comme ça, on essaye toujours de parler à la place de l'enfant. Ou parler à la place peut-
227 être du bébé dans la maman, voilà. D'une façon absolument enveloppante, bienveillante. Si il
228 y a de la maltraitance, si il y a des coûts, des blessures, etc, s'il y a des choses comme ça aussi,
229 la maltraitance psychique, hein, là on est, on on doit appeler les choses aussi par leur nom. On
230 doit être honnête, parce que ces gens-là, ils ont connu peut-être que de silence, que de des choses
231 des non-dits et et rien n'a été expliqué, donc pas de pas de pas de parole. Et et si on n'est pas
232 clair, net et précis aussi très précis et et on peut pas soigner les gens parce que comment il
233 peut avoir confiance en moi si je les contourne et que si je l'utilise après on essaie d'avoir un
234 vocabulaire un peu que on se peut se comprendre, mais le plus important c'est que quand même
235 les les gens qu'on accompagne, ils se sentent en sécurité, ils se sentent pas menacés. Et c'est
236 pour ça qu'on est aussi très prudent avec des, tout d'un coup de venir, on ne vient pas avec tout
237 d'un coup un couteau dans le dos en disant maintenant on va vous faire une IP hein, parce
238 qu'avec tout ce que vous nous avez livré na, na, na. Non, imagine ce que ça peut faire comme
239 déga. Et et donc il faut vraiment préparer le terrain, c'est à dire on reçoit une grande grande
240 souffrance des gens, mais on n'est pas là pour les les les détruire, on est là pour les soigner et
241 les les les faire en sorte que ils aillent mieux. Ils soient un un gain d'autonomie comme tous les
242 soins infirmiers. Pallier à une difficulté à un moment donné afin qu'ils gagnent en autonomie et
243 afin qu'ils puissent voler de leurs propres ailes. C'est à peu près ça notre mission. Et bah des
244 fois les ailes Voilà il bat de l'aile et et par contre l'enfant il peut pas supporter bien longtemps
245 que papa et maman bâtent de l'aile donc il faut qu'il a d'autres appuis.

246 **OK, Tu m'as parlé de maltraitance psychologique. Comment t'arrives à déceler qu'il y a**
247 **de la maltraitance psychologique, comment tu arrives à à différencier que c'est euh le**
248 **lien d'attachement, qui est difficile à créer ou alors que là, c'est plutôt de la maltraitance**
249 **psychologique qui est en train de se passer ?**

250 Beh dans cette situation-là, c'est à dire une, elle, elle le tapait pas, etc, mais elle elle répondait
251 pas à ses besoins d'une façon juste hein, c'est à dire c'était pas des coups, etc c'est à dire peut-
252 être on va pas dire maltraitance psychologique. On va dire que le le besoin d'un bébé n'était pas
253 eu n'était pas euh ses besoins n'étaient pas satisfaits d'une façon Euh optimal, c'est à dire c'était
254 pas euh c'était pas possible d'imaginer que que elle, elle pouvait éventuellement le laisser dans

255 sa chambre qui était remplie de plein de choses parce que ses cris lui lui perçaient le cœur à la
256 mère. Mais elle elle comprenait pas que peut-être, effectivement, il avait vraiment besoin de ses
257 bras, sauf que ses cris et sa bave, etc mais il bavait pas parce que c'était sale et il bavait parce
258 qu'il avait les dents qui... Et donc de là de pousser un enfant, de pas pouvoir le prendre sur soi,
259 ça c'est une, ça c'est juste pas possible. Un enfant il a besoin de ça et donc petit à petit il y avait
260 l'enfant, c'est c'est, c'est de la, c'est la, c'est à dire c'est la discontinuité, c'est la l'incapacité de
261 maman de de prendre son bébé correctement dans ses bras et de le porter, etc, ça c'est
262 effectivement c'est pas de la maltraitance psychique, c'est une incapacité à répondre
263 correctement aux besoins de son bébé puisque soi-même on est en grande souffrance, voilà.
264 C'est ça

265 **OK**

266 Et c'est pour ça qu'on est là. C'est à dire c'est ces dysfonctionnements au niveau de, de, de, de
267 quand un bébé arrive. Et c'est ce qu'on détecte des fois très tôt à la maternité où la maman peut
268 même pas toucher son bébé parce que ce bébé c'est un étranger. Et effectivement, encore une
269 fois, c'est intéressant de de imaginer le bébé rêvé et le bébé réel. Il y a des grandes différences.

270 **En quoi créer du lien avec l'enfant que tu vas prendre en soin peut avoir ses limites ?**

271 Bah là il peut y avoir des limites quand y a rien qui se transforme et que on reste et on voit que
272 l'enfant souffre et trop et il faut peut-être des des longues euh si, si effectivement on voit s'il y
273 a rien qui se transforme et si les parents restent fixés sur qu'il y a pas de possibilité de de
274 d'entendre quoi que ce soit. Oui, là pas de possibilité de transformer quelque chose, c'est que
275 l'enfant reste dans cet no man's Land, c'est à dire cette, ce monde où on ne s'occupe pas de lui
276 d'une façon adaptée. Là effectivement, on est obligé de dire là on peut plus, on baisse les bras.
277 Et là effectivement, il peut y avoir une information préoccupante ou autre chose qui se met en
278 place. Voilà un placement ou d'autres ressources autour de cet enfant et cette famille parce que
279 si l'enfant est en difficulté, ses parents sont en difficulté. Mais, et c'est là que c'est, c'est difficile
280 si les choses ne se transforment pas. Ouais, OK.

281 **Donc les limites que tu pourrais avoir ça serait si au final la famille met des limites, la**
282 **famille met des barrières, c'est un peu ça ou j'ai pas compris ?**

283 Ouais. Ou fuit ou que on sait que l'enfant est en danger au niveau de son intégrité psychique et
284 physique. Oui. Oui, oui. Et qu'il y a pas de possibilité, voilà.

285 **On dit s'attacher pour mieux se séparer. Comment réussis-tu à à voir que que c'est le**
286 **moment de se séparer ?**

287 Moi ça bah on le voit quand même quand y a une jolie interaction que le besoin d'un bébé est
288 comment dire que ça, que c'est fluide, que c'est fluide, que le bébé va bien voilà nous notre,
289 notre boussole, notre notre, je sais pas, notre repère, les parents peuvent me dire tout ce qu'ils
290 veulent, nous on a nos repères, c'est le bébé. Comment le bébé se développe si le bébé se
291 développe d'une façon harmonieuse, c'est on est bon si le bébé a trop de signes et 1+1+1+1. Ah
292 là on voit que son développement moteur, son développement au niveau paroles, son qu'il peut
293 pas dormir, qu'il a de l'eczéma partout, qu'il refuse de manger, qu'il crie tout le temps, ou qu'il
294 s'enferme dans dans des pleurs ou qu'il s'enferme dans un bébé silencieux, etc. Là on est on
295 n'est pas rassuré du tout. Et si les parents ils, ils peuvent nous servir tous tous les discours au
296 monde possible. C'est le bébé qui euh, mes repères, moi après, on n'est pas dupe hein, on
297 comprend ce qui se passe, voilà, et on le fait comprendre aux parents aussi qu'on n'est pas dupe.

298 **Ça vous arrive de d'arrêter une prise en soin avant la fin de**

299 Oui, si c'est par rapport à que ça, ça fonctionne bien ?

300 **Oui**

301 Ah oui oui oui oui oui oui oui si finalement au début on a pensé que c'était absolument
302 catastrophique en par exemple en en prénatal la mère est très anxieuse, et finalement l'enfant
303 naît et et et et finalement elle découvre que c'était beaucoup plus d'appréhension que autre chose
304 et que le réseau fait qu'elle est effectivement pas seule que on peut prendre soin d'eux et qu'elle
305 sait qu'elle a des ressources mais qu'elle peut s'appuyer, et finalement en sachant qu'elle peut
306 s'appuyer sur des ressources qui existent et elle peut finalement euh

307 **Elle a pas besoin**

308 Voilà ouais

309 **Donc quand euh, on peut dire que quand c'est pris en charge très tôt**

310 Ah Ouais, beh c'est pour ça qu'on est là, en plus on parle de prévention, et les 1000 jours, etc,
311 etc. Plus on vient en amont, en amont, en amont, même avant le début de la grossesse, quand
312 on sait que des fois y a des pathologies et qui sont là depuis longtemps, et beh on a des exemples
313 avec des parents qui nous ont sollicité même avant tomber enceinte et ont pu créer des relations
314 avec ici et des référentes, etc, le soin, et ont pu tomber enceinte donc, et que petit à petit, et là
315 aujourd'hui, le bébé est là et les parents sont entourés, soutenus, etc, et ça se passe plutôt
316 vraiment bien, c'est extrêmement important, plutôt on intervient mieux, c'est.

317 **Quand tu t'occupes d'un enfant, Comment arrives-tu à créer également le lien avec le**
318 **parent ou la figure d'attachement de l'enfant ? Alors que, en ce sens, je veux dire que,**

319 **alors que tu es en train de t'occuper de l'enfant alors que tu as besoin de le regarder et de**
320 **l'observer et de voir son évolution. Comment en même temps tu peux réussir à créer un**
321 **lien avec la figure d'attachement ? Parce qu'il va falloir comme tu me l'as dit avant, ta**
322 **limite, ça peut être la famille, donc il va falloir obligatoirement créer un lien avec le parent.**
323 Oui oui, mais on crée le lien avec le d'abord le parent parce que c'est eux qui appellent ici, on
324 fait les entretiens ensemble et on découvre, on se, on se rencontre ensemble. Et et et moi j'ai
325 moi, je découvre le bébé avec les parents, avec la mère et j'appuie sur elle en disant que c'est
326 elle la mère, c'est elle qui a aussi, elle doit connaître des choses sur le bébé aussi, c'est elle la
327 maman, c'est elle qui que je vais essayer de de de vraiment faire ressortir quelque chose qui soit
328 ses compétences à elle, s'appuyer sur tout ce qu'elle peut avoir de de bon et de bien et de de
329 compétences en elle, même si elle l'ignore parce que c'est la maman, c'est son bébé, elle vit
330 ensemble avec et à travers ça, rencontrer aussi le bébé. Et voir comment le bébé s'appuie sur sa
331 mère ou s'il a besoin de s'il s'appuie plus sur moi, s'il a effectivement un attachement qui est pas
332 tout à fait très sécure encore ou si ou de quoi il s'agit. Et on en en découvrant ensemble, on
333 découvre ensemble. Mais c'est vraiment important de garder une place, d'être un soutien : pour
334 la mère, pour les parents et pour le bébé et pas être le meilleur parent, meilleur que les parents.
335 Et dire regarde comment le bébé il m'adore, regarde comment moi je fais bien, regarde, c'est
336 pas ça le but. Parce que dans ces cas-là, on crée quoi ? On crée de de la dépendance aux
337 soignants parce que forcément on pourrait être super meilleur que tout le monde. Mais c'est pas
338 ça notre but. Notre but, c'est que les parents puissent rentrer et être tranquilles avec leur leur
339 enfant. Et que on leur donne une, c'est à dire cette on les remplit avec quelque chose, une, une,
340 une réassurance, une confiance en eux, que eux ils ils arrivent à à à comprendre ce qui se passe
341 ou ce qui se passe pas avec son enfant et que effectivement des fois ils disent on ne comprend
342 rien. Et nous on découvre à chaque fois les parents quand on les rencontre pour la première fois,
343 beh on les découvre, on rencontre des parents comme on rencontre le bébé et on est ensemble.
344 Et donc je vois effectivement ensemble comment la mère elle fait ou elle fait pas. Et c'est aussi
345 important qu'on soit tout une équipe ensemble, parce que moi je peux par exemple être aveuglée
346 sur certains points que mes collègues ne le sont pas. Voilà, et on échange ensemble où je peux
347 avoir des confidences éventuellement de la maman que mes collègues ne connaissent pas et
348 c'est pour ça aussi qu'on parle en réunion. Il peut y avoir des choses que voilà et on y est souvent
349 utilisé aussi dans notre rôle de référent on peut utiliser j'utilise ce terme là parce que on peut
350 être mis comme dans une constellation familiale et re et c'est pour ça que c'est important que

351 on n'est pas amies, on n'est pas parent et on est soignant donc on peut se dégager de ça et
352 reprendre un autre position qui va remettre de l'ordre dans quelque chose qui n'a pas été euh les
353 parents ont pas été à leur place peut-être euh depuis toujours, etc etc on recréé un, c'est ça notre
354 rôle de soignant aussi, c'est d'avoir une position soignante et ne pas rentrer dans un truc où on
355 est dans la séduction, jamais, où on est meilleur que eux, où on est le sauveur de l'humanité,
356 etc, mais qu'on est dans une position de juste aussi de pouvoir comprendre un peu et d'être aussi
357 peut-être le haut-parleur du bébé et aussi haut-parleur, dans l'autre sens, pour la mère de ce qui
358 se passe de son bébé, voilà, on essaie de faire ça.

359 **Comment l'équipe peut du coup voir, euh tu m'as dit que tu peux être aveuglée peut-être**
360 **tu peux aussi être aveuglée par quelque chose au sein de la relation et comment l'équipe**
361 **du coup peut voir ça ?**

362 Ah bah parce que quand quand on vient ici à l'hôpital de jour ici par exemple, on a plein
363 d'espaces ou on est en salle d'éveil, il y a d'autres collègues et il y a des soins, il y a d'autres
364 soins de groupe, il y a la psychothérapie. La maman, elle, va manger dans la salle pour le repas,
365 l'autre collègue va dire : elle est complètement, absolument pas adaptée. Moi je pourrais dire,
366 mais je comprends pas avec moi elle est complètement adaptée, donc dans certains lieux elle
367 peut être adaptée, mais d'autres non, etc comment elle est avec d'autres mamans, etc, toute la,
368 toutes les, les, les interactions ici au niveau institutionnel, voilà parle. Et c'est ça qu'on échange
369 aussi en réunion clinique et que et c'est, c'est extrêmement important ça.

370 **Ok. Tu fais face à des parents qui ont du mal à trouver leur place au sein de leur famille**
371 **avec leur enfant, comment les aides-tu à reprendre ou à prendre justement leur juste place**
372 **?**

373 Euh mais par exemple, en en parlant des de comment, qu'est-ce que montre le bébé, qu'est-ce
374 qu'aime le bébé ? Parce que les bébés sont pas du tout pareils, c'est chacun c'est chaque, c'est
375 un bébé, c'est un être comme comme, comme toi et moi, on a des choses qu'on aime, on a des
376 choses qu'on aime pas y a des bébés qui aiment pas du tout le bain, il y a des bébés qui adorent
377 le bain, il y a des bébés qui aiment pas du tout manger des carottes, il y en a des bébés qui
378 adorent que des carottes. Il y a des bébés qui adorent que dormir bien sur le côté il y a des bébés
379 qui adorent que avoir une une sucette. Il y a des bébés qui jettent leurs sucettes, toutes ces
380 choses-là. Il y a des bébés qui ont une sensibilité beaucoup plus forte parce que peut-être ils
381 sont passés par la néonate et leurs histoires, leur histoire, leur environnement, leur culture etc
382 racontent quelque chose. Mais pour savoir qu'est-ce qu'ils aiment faut qu'on les rencontre et

383 ensemble avec la mère ou le père et en en voir les réactions de de l'enfant et on on s'ajuste à ça,
384 moi je m'ajuste à ça et de de la de ce fait là dans une espèce de mimétisme ou de peut-être être
385 vigilant, être pour la première fois conscient : « ah oui, le bébé, Ah ouais il a des... Ah oui
386 d'accord, il est pas... Ah bon on peut lui parler » souvent y a des parents qui disent « mais moi
387 je parle pas à mon enfant parce qu'il comprend pas ce que je dis », non il comprend tout « Ah
388 bon il comprend » et c'est ce qu'on utilise aux soins berceuses aussi le fait de de certaines
389 mamans qui disent « mais je savais pas que mon bébé pouvait comprendre ce que je je voilà
390 moi je pensais pas qu'on pouvait parler à un bébé » etc donc de de de découvrir les compétences
391 de son bébé, ça c'est fantastique et de ensuite de se les approprier comme parents et de pouvoir
392 le mettre en place petit à petit. C'est ce qu'on essaie de faire ici et quand on rentre chez soi on
393 est un petit peu plus rassuré et on est moins paniqué si le bébé tout d'un coup se met à pleurer
394 parce qu'on dit bon mais je peux le prendre contre moi et parce qu'on a dit que il faut pas porter
395 un bébé dans les bras, ça fait des enfants qu'ils sont habitués, etc, nous, si on parle que de
396 portage, c'est parce que c'est vraiment indispensable, etc, etc, et peut-être pas un portage 24 h
397 sur 24, parce que ça c'est trop et comment on s'ajuste aussi dans quelque chose qui est fluide et
398 qu'on a aussi des besoins de soi-même, comme maman, comme femme, comme père, comme
399 homme, comme bébé. Et que peut-être ce qu'on projette sur un autre bébé, c'est nos propres
400 besoins à nous. Et d'imaginer qu'un bébé peut pas être tout seul dans son lit, c'est peut-être
401 parce qu'on on pense que on a peur qu'il meurt et que si on le surveille pas en permanence, ce
402 bébé il a rien dit, il a pas peur du tout. Et si on le pose dans le lit, des fois ils sont super contents
403 d'être dans le lit tout seul. Mais s'il y a 4 paires de yeux, qui le regardent comme si c'était
404 effrayant d'être dans son lit. Et à peine il fait « beu » les parents courent dans la chambre, il va
405 se dire « Waouh, mon Dieu ça doit être dangereux ce que je suis en train de vivre ici
406 actuellement ». Voilà, et si les bébés voient leurs parents un peu plus tranquilles autour de
407 l'endormissement, etc, avec des petits outils de berceuse ou de bercement, ou juste une
408 promenade, au lieu d'avoir 2 parents complètement effrayés parce qu'ils pensent que si ils
409 mettent le bébé à dormir, il va mourir, voilà des angoisses de mort, ils sont très présents parce
410 qu'il peut mourir de tout, etc donc on le surveille, on laisse ça, et bah comment on peut être à
411 peu près tranquille comme bébé c'est un peu compliqué ça, donc si on arrive à voir tout ça
412 tranquillement, c'est ce qu'on travaille ici aussi, on reste dans le couloir, on reste dans la
413 chambre, on s'éloigne, on prend la place de la mère. On va lui dire votre bébé, il s'est endormi

414 maintenant : « Ah oui, c'est vrai », voilà, etc. On rassure, rassure, on ramène vers, on vit des
415 expériences et on prête notre main etc, c'est ça.

416 **En quoi un bébé néonate peut-être un peu plus sensible ?**

417 Beh parce que un bébé en néonate par exemple, a pu avoir vraiment toutes les sortes de, de, de,
418 de sondes, de bruits, de de, de d'un environnement qui était pas encore adapté, même si c'est
419 plus adapté que hein, c'est quand même pas un environnement qu'il aurait dû vivre
420 normalement, c'est-à-dire dans le ventre de sa mère. Et que donc tout ce qui est et tout ce qui
421 est aussi il a il a il est écrasé par le par l'atmosphère ça veut dire il est écrasé parce qu'il a pas
422 encore le poids suffisant pour être normalement dehors, donc il peut y avoir des positions
423 des positions qu'il est, il est écrasé comme par l'environnement. Et donc il peut avoir eu plein
424 de perfs de partout, des sondes partout, et donc ça ça fait un tous ces stimuli sont rentrés dans
425 son petit, son corps et son cerveau aussi. Et qui fait que si on le touche par exemple plus tard
426 dans la vie, Eh bien il y a des il supporte pas ça c'est trop, c'est trop. Il a été trop touché, trop
427 trop trop prématuré. Donc il peut avoir ces ces ces choses-là qui sont encore un peu trop
428 sensibles. Voilà. Et donc il peut, il peut pleurer, il pleure, peut-être plus, plus fort, il pleure ou
429 parce qu'il a ça a été trop violent un certain temps, mais il se souvient par son corps.

430 **Vous faites un travail spécifique avec la Néonate, l'UPB et la néonate ou pas spécialement ?**

431 Pas en particulier, mais on peut. Non non non parce que souvent les enfants qui sont néonate bah
432 ils sont en néonate le temps que, mais par contre, on peut travailler sur le fait de leurs histoires,
433 etc. Ou aller les bah nous on nous on intervient quand les enfants sont sortis mais on mais on
434 travaille quand même sur leur histoire et et on peut aller les rencontrer en néonate dès qu'ils
435 naissent pour entourer les les parents si, si, c'est ça qu'il faut. On essaie de mettre tout en place
436 pour entourer les parents.

437 **Qu'est-ce qu'évoque pour toi le terme suffisamment bon ?**

438 Oh là là être suffisamment bon et beh c'est suffisamment bon, c'est à dire c'est que y a pas y a
439 pas je le dis souvent y a pas de de de de bébé parfait y a pas de parent parfait. Donc suffisamment
440 bon ça veut dire que quelque chose est est quand on voit effectivement un enfant qui arrive
441 plutôt à à aller découvrir, à aller comme un petit explorateur, de pouvoir découvrir le monde
442 d'une façon avec un attachement Secure de revenir, de repartir, de revenir. Qui qui qui arrive à
443 explorer le monde d'une façon adaptée, que qu'est sa curiosité n'est pas freinée par qui doit euh
444 il doit, il doit s'épuiser parce que ses besoins ne sont pas satisfaits d'une manière optimale ou
445 satisfaisante et que ça, ça met un frein à son développement de petit explorateur, etc parce que

446 si on peut pas explorer le monde, quand on est un tout petit bébé qui commence à se tourner et
447 qui commence à s'intéresser aux gens, qui commence à s'intéresser aux jouets, qui commence
448 à s'intéresser et qui sort des des du tapis, qui sort de la pièce, qui sort de etc qui va finir par
449 voyager dans le monde entier. Si les parents n'ont pas pu lui offrir cette ça, ces ces allers-retours.
450 Il y a quelque chose qui même s'il y a des enfants qui font pas ça, mais mais si on n'est pas
451 tranquille dans son for intérieur, c'est quand même compliqué donc de pouvoir être
452 suffisamment bon, c'est de quand même voir que son ses enfants peuvent grandir d'une façon
453 plutôt tranquille et et sereine et peuvent aller à l'école, la maternelle ou à la crèche
454 tranquillement et et effectivement, grandir en tranquillement, ça veut pas dire qu'on on enlève
455 tous tous des obstacles qui sont sur son chemin, parce que ça, ça crée des enfants qui sont juste,
456 ils deviennent tyranniques, etc c'est pas ça non plus. Et de temps en temps, on doit tomber, on
457 se relève, mais mais ça fait partie aussi de découvrir le monde comme un petit explorateur. Je
458 compare souvent que les parents, ce sont un peu comme des guides de haute montagne Voilà,
459 on va assurer que le l'enfant tombe pas dans le ravins, on va les mettre sur le bon chemin, mais
460 en même temps il faut qu'on grimpe, il faut qu'on redescende et de là il vous, on marche et on
461 on fait ses expériences. On peut quand même tomber, même si on est avec un guide de haute
462 montagne. Mais les parents, ce sont ces guides-là qui mènent jusqu'à l'autonomie, qu'on sait
463 marcher tout seul, voilà qui qui qui qui prend ça et que on peut se développer et prendre leur
464 plaisir quand même de de vivre à être suffisamment solide dans ses bases, qu'on arrive à à à à
465 s'épanouir à peu près dans sa vie et faire des choix non pas qui sont imposés, mais plutôt de soi-
466 même.

467 **D'accord, écoute, merci, est-ce que tu as d'autres choses à me dire sur ?**

468 Oh, je trouve que je pourrai en parler pendant des heures, tu imagines bien et mais je voilà.
469 Donc bah que c'est un métier merveilleux qu'on fait et que je suis ravie de faire ça et que et que
470 voilà, si on investit dans les effectivement, dans le tout petit, comment dire l'enfance, ou même
471 avant donc ce qu'on appelle la périnatalité, etc qu'on aide les gens et que surtout on ait
472 conscience que les les bébés et les parents, ça ça peut, ça peut pas être quelque chose de tout
473 seul et que ça ça vient pas de soi, il y a pas de instinct maternel et que et que c'est pas parce que
474 c'est naturel, que c'est ça ça coule de source et que c'est c'est plein d'obstacles, mais c'est ça la
475 vie aussi et que et que voilà. Et que si on est entouré, on peut mieux arriver que si on reste tout
476 seul dans son coin, et c'est ça le plus.

477 **OK, merci beaucoup.**

14. Annexe IV : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Emilie, FAY épouse HENRIQUET

Promotion : 2021-2024

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) L'attachement au cœur du développement de l'enfant

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 21 mai 2024 Signature :

L'attachement au cœur du développement de l'enfant

Résumé

Le développement de l'enfant constitue la base de l'adulte que nous devenons. Les troubles, qui peuvent se développer en grandissant, trouvent souvent leur origine dans le vécu de la toute petite enfance. C'est pourquoi dans le cadre de mon travail de fin d'études, j'ai voulu faire des recherches sur les différents styles d'attachement des enfants. En effet, que nous soyons soignants en psychiatrie ou en somatique les patients ont un vécu qui peut avoir un impact sur notre relation de soin. En ce sens, la question de départ de ce travail est :

Lorsque la figure parentale est défaillante, en quoi le soignant peut faire office de figure d'attachement secondaire pour l'enfant suivi au long court, tout en redonnant la place de caretaker aux parents ?

Pour cela nous nous baserons sur les concepts élaborés par des pédopsychiatres et autres psychanalystes qui ont écrit sur le développement et l'attachement de l'enfant.

Nous avons utilisé la méthode clinique pour réaliser des entretiens semi-directifs afin de récolter le vécu et le ressenti de professionnels travaillant en pédopsychiatrie et en néonatalité. Cela dans le but de faire émerger des hypothèses de réponses allant dans le sens du cadre de référence mais aussi d'autres axes de réflexions. Ce qui m'a permis de prendre conscience de l'impact de la représentation de certains mots lorsqu'il s'agit de la prise en soin d'une famille.

Mots clés : enfance – attachement – triade – parentalité – développement – caretaker

Nombre de mots : 227

Attachment child's center development

Abstract

Child development is the foundation of the adult we become. Disorders, which can develop as they grow up, often have their origins in the experience of early childhood. That's why as part of my graduation thesis, I wanted to research the different attachment styles of children. Indeed, whether we are caregivers in psychiatry or somatics, patients have an experience that can have an impact on our care relationship. In this sense, the starting question of this work is:

When the parental figure is deficient, how can the caregiver act as a secondary attachment figure for the child followed over the long term, while giving back the role of caretaker to the parents?

To do this, we will base ourselves on concepts developed by child psychiatrists and other psychoanalysts who have written about child development and attachment.

We used the clinical method to conduct semi-structured interviews in order to collect the experiences and feelings of professionals working in child psychiatry and neonatal. This in order to bring out hypotheses of answers going in the direction of the frame of reference but also other axes of reflections. This allowed me to become aware of the impact of the representation of certain words when it comes to the care of a family.

Key-words: childhood – attachment – triad – parenting – development – caretaker

Number of words: 224