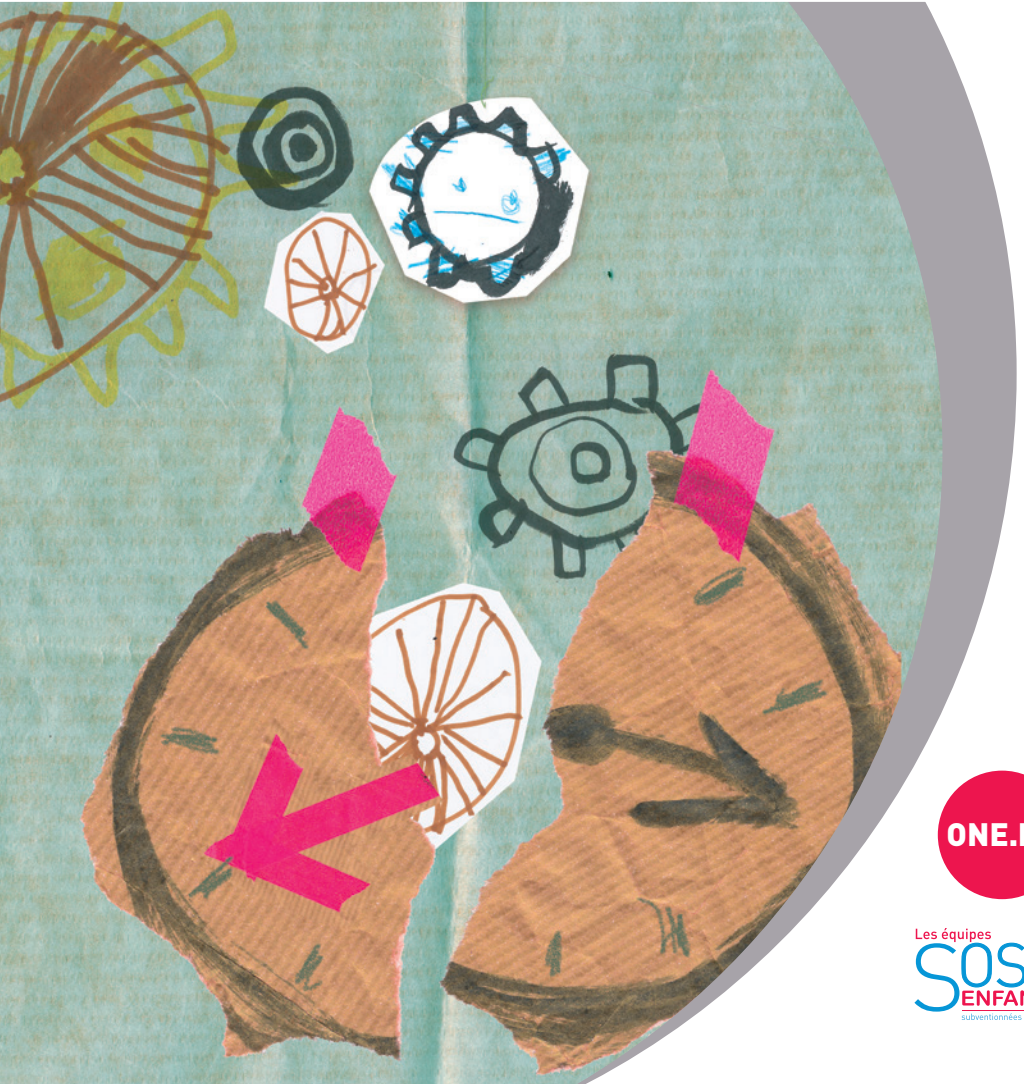


CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

LES ENFANTS DE PARENTS EN DIFFICULTÉ PSYCHIQUE

N°6 - Mai 2017



ONE.be

Les équipes
SOS
ENFANTS
subventionnées par l'ONE

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

LES ENFANTS DE PARENTS EN DIFFICULTÉ PSYCHIQUE

ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO

Aurore Boulard
Nathalie Chatelle
Aurore Dachy
Emmanuel de Becker
Bénédicte Deliege
Cécile Mathys
Jaqueline Wendland

COMITÉ ÉDITORIAL

Quentin Bullens
Aurore Dachy
Marie Lambert
Jessica Segers

SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF

Dominique Jungers

CONTACT

Service SOS Enfants

Tél. :
02 542 14 10

Courriel :
sos-enfants@one.be

Site :
<http://www.one.be/index.php?id=2325>

SOMMAIRE

ÉDITO	4
--------------------	----------

ARTICLES

Carnet clinique

IMPACT DES TROUBLES MATERNELS BORDERLINE ET PSYCHOTIQUES SUR LES RELATIONS MERE-ENFANT : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
---	---

Par Jaqueline Wendland

Carnet clinique

QUAND LA RECHERCHE ET LA CLINIQUE SE RENCONTRENT : PRESENTATION DU PROGRAMME CES ANNEES INCROYABLES COMME EXPERIENCE PILOTE AU SEIN D'UNE EQUIPE SOS-ENFANTS.....	28
---	----

Par Cécile Mathys et Aurore Boulard

VIGNETTE CLINIQUE

«COMME UNE FOLIE A TROIS »	45
----------------------------------	----

Par Emmanuel de Becker et Nathalie Chatelle

INCITATIONS À LA LECTURE	51
---------------------------------------	-----------

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS	55
--	-----------

ÉDITO

Quel que soit le sujet abordé, il est naturel que chacun l'envisage à travers le prisme de sa propre formation, de ses propres expériences et de ses centres d'intérêt. Ainsi en va-t-il de ce numéro de Carnet de Notes.

Étudiant, j'ai eu l'occasion d'être associé aux recherches que menait le Prof. J-P. Pourtois à l'UMH sur les comportements éducatifs des mères. Ces travaux démontraient à la fois l'influence qu'exerçait le milieu social sur ces comportements mais aussi l'impact que pouvaient avoir des interventions psycho-sociales précoces pour améliorer ces comportements.

Depuis, ce champ de recherche a été abondamment exploré. Les progrès technologiques, notamment de l'imagerie médicale, ont permis d'objectiver plus encore les observations qui avaient été réalisées à l'époque. A ma connaissance, les résultats de toutes ces recherches sont concordants. Il existe des différences de développement cognitif, affectif et psychomoteur qui peuvent s'expliquer par une causalité liée aux parents. Il peut, bien entendu, s'agir de la génétique transmise aux enfants par les parents. Mais il s'agit surtout d'un ensemble d'attitudes et de compétences conscientes ou, le plus souvent, inconscientes mises en œuvre par ces parents dès la grossesse. Dans ce cas, beaucoup peut être fait pour aider les parents à favoriser un développement plus harmonieux de leur enfant et échapper à un certain déterminisme qui se transmet de génération en génération.

Que dire alors, des parents en souffrance psychique. On conçoit aisément que le dépistage très précoce de ce type de familles et leur traitement par des professionnels compétents constituent une nécessité au regard de l'égalité des chances que nos sociétés et, en particulier, les services médico-sociaux entendent promouvoir.

Les gynécologues, les sages-femmes, les médecins de famille et les professionnels de l'enfance ont évidemment un rôle crucial à jouer dans ce dépistage. Encore faut-il que leur formation initiale ou continuée les y aient correctement préparés. Encore faut-il aussi que les personnes concernées consultent dès le début de leur grossesse et idéalement même avant. On ne saurait trop promouvoir une visite pré-conceptionnelle généralisée. Cela permettrait d'éviter les comportements à risque souvent associés aux pathologies mentales.

Mais si le dépistage est essentiel, il n'est pas tout. Si le traitement médicamenteux s'avère parfois indispensable pour protéger les adultes, il doit cependant être adapté de manière à ne pas nuire au futur enfant.

Voilà bien une équation à plusieurs inconnues difficile à résoudre mais dont le résultat est ô combien important pour assurer l'avenir de ces enfants dont le destin les a fait naître avec des parents plus fragiles.

Jean-Luc Agosti
Directeur général adjoint

IMPACT DES TROUBLES MATERNELS BORDERLINE ET PSYCHOTIQUES SUR LES RELATIONS MERE-ENFANT : UNE REVUE DE LA LITTERATURE

JAQUELINE WENDLAND : PROFESSEUR DE PSYCHOLOGIE¹

Résumé

Lorsqu'un adulte parent est atteint d'une pathologie mentale, qu'elle soit aiguë ou chronique, celle-ci engendre, à des degrés variés, des retentissements psychosociaux (vie professionnelle, situation sociale et économique, relation conjugale et familiale) ainsi que des déficits temporaires ou définitifs atteignant le rôle parental. L'ensemble de ces facteurs est susceptible d'affecter la relation parent-enfant et le développement (psychomoteur, socio-affectif et cognitif) de l'enfant, tant à court qu'à plus long terme. De plus, le retentissement de la pathologie mentale sur la capacité des parents à évaluer et à répondre de façon correcte aux besoins de l'enfant expose les enfants de parents malades à un risque élevé d'être victimes de carences, de négligences et d'actes de maltraitance. En nous appuyant sur des travaux de recherche et sur notre expérience clinique, nous centrerons notre propos sur l'impact dans la relation parent-enfant et le développement de l'enfant des pathologies mentales parentales durables, telles que les troubles psychotiques et le trouble de la personnalité borderline.

Mots-clés : parentalité - relation parent-enfant - développement de l'enfant - maladie mentale - trouble psychotique - trouble de la personnalité borderline

Abstract

When an adult parent is diagnosed with a mental health disorder, whether acute or chronic, the disorder engender, at different levels, psychosocial consequences (professional, social and economic situation, couple and family relationship), as well as temporary or definitive deficits in his parental role. Taken together, these factors are liable to affect both the parent-child relationship and child development (psychomotor, social-affective and cognitive), both in the short and long term. Besides, the impact of parental mental disorder on the parent's sensibility and

¹ Professeur de Psychologie Clinique et de Psychopathologie, de la Périnatalité, de la Première Enfance et de la Parentalité - Université Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité, Paris, France. Laboratoire de Recherche Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS), équipe Périnatalité, Petite Enfance et Parentalité. Psychologue clinicienne - Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi, Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris. Email : jaqueline.wendland@parisdescartes.fr



responsiveness to the child's needs may expose the child to a high risk of deprivation, neglect and maltreatment. Drawing on our clinical experience and research work in this field, we will focus on the impact of chronic parental mental disorders, such as psychotic and personality disorders, on parent-child relationship and on child development.

Keywords : parenthood - parent-child relationship - child development - mental disorder - psychotic disorder - borderline personality disorder

INTRODUCTION

Toute maladie durable, qu'elle soit somatique ou mentale, ainsi que toute situation de handicap affectant un adulte parent a des répercussions sur l'exercice de la parentalité. En particulier, lorsqu'un adulte parent est atteint d'un trouble mental, qu'il soit aigu ou chronique, celui-ci engendre, à des degrés variés, des retentissements psychosociaux (vie professionnelle, situation sociale et économique, relation conjugale et familiale) ainsi que des déficits temporaires ou définitifs atteignant le rôle parental. L'ensemble de ces facteurs est susceptible d'affecter la relation parent-enfant et le développement (psychomoteur, socio-affectif et cognitif) de l'enfant, tant à court qu'à plus long terme. De plus, le retentissement de la pathologie mentale sur la capacité des parents à évaluer et à répondre de façon correcte aux besoins de l'enfant expose les enfants de parents malades à un risque élevé d'être victimes de carences, de négligences et d'actes de maltraitance.

Dans notre pratique clinique depuis près de 20 ans dans une Unité Petite Enfance et Parentalité, recevant des parents et futurs parents et leurs enfants âgés de 0 à 3 ans, rattachée au Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris), nous avons développé différentes modalités de prise en charge dédiées à des familles présentant des risques psychopathologiques et psychosociaux divers. Ainsi, en nous appuyant sur des travaux de recherche et sur notre expérience clinique, nous centrerons notre propos sur l'impact dans la relation parent-enfant et le développement de l'enfant des pathologies mentales parentales durables, telles que les troubles psychotiques et le trouble de la personnalité borderline. Etant donné la rareté des études disponibles décrivant les effets des pathologies mentales paternelles, cet article portera sur la littérature scientifique et les récits cliniques abordant les pathologies maternelles et les relations mère-enfant dans ce contexte.

LA RELATION MÈRE-ENFANT DANS LE CONTEXTE D'UNE PSYCHOSE MATERNELLE

Les troubles psychotiques se situent parmi les troubles mentaux les plus sévères, chroniques, évolutifs et incurables qui affectent le contact de la personne avec la réalité et, de ce fait, tous les secteurs de la vie du ma-



lade. Incluant également des idées délirantes, des hallucinations et des troubles socio-émotionnels et comportementaux graves et durables, ces troubles ont des trajectoires qui varient au gré des périodes aiguës et de stabilisation. Dans cette section, nous décrirons le vécu de la grossesse dans le contexte d'un trouble psychotique, puis comment ce dernier peut affecter la relation parent-enfant et le développement de l'enfant, de la petite enfance à l'adolescence. Enfin, nous aborderons les risques liés au contexte familial ainsi que les approches préventives et thérapeutiques préconisées face à un trouble parental psychotique.

La désinstitutionnalisation progressive des soins psychiatriques, en parallèle à des progrès dans le domaine pharmaceutique, ont contribué à ce qu'un nombre plus important d'adultes psychotiques accèdent aujourd'hui à la parentalité. Cette question suscite néanmoins des inquiétudes bien légitimes car au libre arbitre de la femme s'oppose la crainte pour le devenir de l'enfant. D'une part, la parentalité pourrait s'exercer malgré tout, à condition d'un étayage soutenu et prolongé. Elle pourrait alors permettre une normalisation du statut social, interrompre le cours de la chronicité de la maladie, diminuer l'isolement de la patiente et même améliorer son accompagnement à travers le renforcement du réseau de soins consécutif à la naissance de l'enfant. Mais la parentalité peut représenter une épreuve parfois infranchissable pour un adulte au fonctionnement mental déjà très fragile, et la soutenir à tout prix participe alors à un déni des risques réels encourus par l'enfant. En effet, leurs enfants, et ce d'autant plus qu'ils sont jeunes, présentent un risque majeur de développer des troubles du développement socio-émotionnel, psychomoteur et cognitif, y compris un trouble psychotique ultérieur.

Nous pouvons affirmer, schématiquement, que les enfants de parents psychotiques sont exposés à trois risques principaux : 1) développement d'une maladie mentale, en raison d'un double facteur de transmission, à la fois environnemental et génétique; 2) développement psychomoteur, cognitif et émotionnel présentant des retards ou des perturbations; 3) souffrances de nature psychosociale diverses, intra- et interpersonnelles.

Psychose et grossesse

Les troubles psychotiques maternels peuvent préexister à la grossesse (psychose chronique), ou émerger au cours de celle-ci, dans l'année du post-partum (premier épisode franc de décompensation déclenché par la naissance), ou plus tard. La période du post-partum est particulièrement à risque de décompensation (psychotique ou non) pour ces patientes. Une étude de Howard et collègues (2004) portant sur 199 femmes psychotiques et 787 contrôles met en évidence un risque multiplié par deux de dépression du post-partum chez les femmes souffrant d'un trouble psychotique. Le traitement médicamenteux doit souvent être adapté en vue d'éviter les effets potentiellement dangereux pour le fœtus, tout en maîtrisant les



risques de décompensation maternelle. Les femmes psychotiques sont aussi plus susceptibles de présenter des consommations prénatales à risque (alcool, tabac, drogues), de faire un déni de grossesse et de vivre des complications obstétricales et néonatales (Henshaw, 2010; Jablensky et al, 2005).

La grossesse est moins souvent planifiée et désirée (Miller et al, 1996) et la reconnaissance de l'état de grossesse peut être plus tardive. Le suivi prénatal peut alors être retardé, discontinu, voire inexistant. C'est pourquoi certains services ont développé des consultations pré-conceptionnelles ou précoces au cours de la grossesse. La bonne coordination des équipes autour de ces situations, non seulement en pré- et post-natal, mais tout au long de l'enfance et de l'adolescence de l'enfant de mère psychotique est un élément essentiel de la prévention et de la prise en charge. Nous y reviendrons.

Impact sur le bébé

L'impact des maladies mentales parentales sur les enfants a été d'abord abordé en tant que source de carences graves de soins maternels. C'est sous cet angle qu'en France, Myriam David a été une pionnière dans la description des perturbations précoces sévères des relations entre les mères psychotiques et leurs bébés. Elle a montré la difficulté, parfois l'impossibilité, pour la mère psychotique d'affronter la réalité de l'enfant et d'aménager un espace psychique entre elle et son enfant, l'épisode délirant maternel pouvant être compris comme une tentative pour s'éloigner du danger représenté par l'enfant (David, Castex, Léger et Merlet, 1981). Ses travaux ont été poursuivis par Martine Lamour et Marthe Barraco qui ont décrit le caractère paradoxal et souvent chaotique des interactions mère-nourrisson dans ce contexte (Lamour et Barraco, 1990).

Le travail clinique auprès de ces dyades mère-bébé montre que les difficultés à exercer les fonctions parentales avec empathie, responsabilité et constance, en particulier à percevoir et à répondre aux besoins évolutifs de l'enfant, peuvent être massives chez les mères psychotiques (Wendland, 2014b). L'immaturité et la dépendance de l'enfant sont difficiles à reconnaître et l'émergence d'un sentiment de responsabilité parentale peut tarder à se manifester. Les interactions mère-bébé sont souvent marquées par la pauvreté, l'asynchronie et le défaut d'accordage (Gandillot, Wendland, Wolff et Moisselin, 2012; Riordan, Appleby et Faragher, 1999). Le bébé est faiblement stimulé (peu de stimulations tactiles, kinesthésiques, vocales, visuelles), tandis que la dimension ludique des interactions est presque absente (Wan et al, 2007; 2008). En contrepartie, les enfants se caractérisent par la rareté de leurs manifestations de détresse ou de plaisir, et des appels à l'adulte. En effet, l'enfant de mère psychotique peut déployer une énergie importante pour contrôler et inhiber l'expression de ses besoins et affects. Dans certains cas, le nourrisson respecte ainsi le



seuil de tolérance de sa mère, évite d'être vécu comme persécuteur et de se mettre en danger (Lamour et Barraco, 1990).

Lamour (1989) décrit trois caractéristiques spécifiques des interactions mère psychotique-bébé : 1) le rythme et l'aspect chaotiques liés à des rapprochés intenses et « dévorants », fusionnels, suivis de longs moments de mise à distance et d'abandon. Ainsi s'organise un environnement imprévisible, empêchant le nourrisson d'anticiper les conduites de son parent. Les rythmes chrono-biologiques (repas, sommeil) en sont lourdement affectés; 2) la mère psychotique aurait des difficultés à accommoder les représentations de son bébé imaginaire à son enfant réel. Les besoins réels de son enfant ne comptent alors pas pour la mère et lorsqu'elle y répond, il s'agit plus d'une tentative de satisfaire ses besoins propres; 3) enfin, la relation mère-bébé tend à s'inverser : afin de répondre à l'incohérence maternelle, le bébé montre une extrême vigilance. La mère apparaît alors comme le nourrisson de son enfant.

L'expérience clinique montre que souvent ces bébés manifestent progressivement moins de pleurs et d'appels au cours de leurs premiers mois de vie, y compris lorsqu'il s'agit de signaler leurs besoins vitaux, faisant preuve d'une adaptation précoce à la disponibilité aléatoire de leur mère. Il s'agit d'une stratégie défensive d'hyper vigilance et d'hyper maturation qui pourra prendre plus tard la forme d'une inversion de rôles avec une parentification de l'enfant à l'âge préscolaire ou scolaire.

David (1987) résume ainsi les trois grands dangers encourus par l'enfant de mère psychotique : vivre une relation primaire avec une mère pathologique et pathogène; être exposé à des événements violents et des abandons successifs; vivre des placements multiples avec carences et ruptures majorées en cas d'absence de substitut parental susceptible de pallier la discontinuité de la mère. Cependant, l'expérience clinique montre que chaque nourrisson réagira aux comportements maternels avec ses propres caractéristiques tempéramentales, ressources et vulnérabilités. Ainsi, certains bébés seront plus enclins aux protestations actives, aux somatisations et d'autres, à l'inhibition, à l'hyper adaptation et au retrait relationnel (Wendland, 2014b). Dans tous les cas, la précocité des réactions du bébé au comportement maternel, quelle que soit la gravité de sa pathologie, montre l'importance de l'accompagnement précoce et durable de ces familles à haut risque.

Les soins primaires présentent souvent un caractère inadéquat, incohérent, voire chaotique, en absence d'accompagnement (Wendland, 2014b; Cazas, 2007). La mère psychotique a de faibles capacités de perception, d'empathie et de réponse vis-à-vis des besoins de l'enfant et ce à chaque étape de son développement. Durant les premiers mois, l'instauration de rythmes ajustés aux besoins de l'enfant (sommeil, repas) semble particulièrement difficile et nécessite souvent un soutien très concret, soit au cours d'une



hospitalisation conjointe mère-bébé en unité spécialisée, lorsque cela s'avère nécessaire, soit au domicile par des visites de la puéricultrice et avec une aide pour les tâches domestiques.

L'observation clinique montre que la symptomatologie psychotique se reflète typiquement aussi dans les ruptures des conduites maternelles, faites d'alternances d'instantanés fusionnels et de périodes d'indifférence, qui rendent le comportement de la mère imprévisible pour le bébé. Il en résulte des interactions paradoxales: le comportement de l'un ne provoque pas chez l'autre le comportement attendu. Le bébé ne peut pas réguler l'interaction avec sa mère. Selon David (1987), la mère serait prise entre le désir de fusion et la crainte d'anéantissement, entre l'intensité d'un désir à l'égard d'un bébé fantasmatique fortement investi et l'intolérance à l'égard des manifestations de l'enfant réel. Le risque de passage à l'acte maltraitant peut être alors bien réel. Le nourrisson mettrait sa mère en danger en la sollicitant aux points les plus sensibles de sa pathologie, exigeant l'accès à la préoccupation maternelle primaire et le passage d'une relation à l'autre de type narcissique à une relation d'objet (Lamour, 1985).

Par ailleurs, l'exposition aux symptômes psychotiques maternels peut induire de la confusion et de la peur chez les enfants (Sutter-Dallay, 2009). L'enfant pourra grandir dans un climat d'insécurité affective et matérielle. L'attachement, au cœur du développement du nourrisson, peut être fortement perturbé par le manque de continuité, de sensibilité et de sécurité nécessaires à sa construction durant les premières années de la vie. Les carences maternelles et les discontinuités interactives dues à la maladie induisent des distorsions de la relation d'attachement. La présence de troubles psychiatriques parentaux est en effet associée à un style d'attachement insécure chez l'enfant (Mickelson, Kessler, Shaver, 1997).

Par ailleurs, outre les ruptures dans les soins, l'enfant pourra être soumis à des séparations répétées, plus ou moins prolongées, dues aux traitements et à l'évolution de la pathologie maternelle. Ces séparations induiront des changements de garde incluant souvent des périodes de placement. Kumar et Hipwell (1994) ont montré que 50 % des femmes schizo-phrènes ne sont pas capables de s'occuper de leurs enfants à long terme. Darves-Bornoz et collègues (1995), dans une étude portant sur 61 mères schizo-phrènes et 21 avec trouble bipolaire, ont trouvé qu'à peine 39% des enfants de moins de 3 ans étaient élevés par leur mère à temps plein, les autres étant élevés totalement ou partiellement ailleurs. Plus récemment, Holzer et al (2013) ont remarqué que plus de la moitié des enfants de mères psychotiques était, à un moment ou à un autre, élevé par d'autres, à temps complet ou partiel.



Impact sur l'enfant et l'adolescent

Tout comme pour le bébé, l'enfant et l'adolescent sont confrontés à l'imprévisibilité de leur parent malade et à la discontinuité de soins (Allegaert, 2007). Anthony (1980) classe en trois groupes les réponses de l'enfant induites par la maladie mentale parentale : 1) autonomisation, croissance, différenciation, la pathologie présentant alors un effet stimulant; 2) effondrement; 3) risque psychopathologique de « contagion » du trouble psychotique parental. Au cours de la période de latence (6 - 11 ans), l'enfant pourrait privilégier les intérêts de ses parents au détriment des siens, faire bonne figure, se situant dans une protection du parent et une parentification (notion de faux self), négligeant ses besoins affectifs et l'expression de ses émotions. Il peut également développer un hyper investissement scolaire et intellectuel, ou se montrer calme, en retrait et conformiste.

Du point de vue psychopathologique, les enfants de mères psychotiques sont plus à risque de présenter des troubles mentaux. Ils présenteraient plus de symptômes émotionnels en âge préscolaire, seraient davantage dépressifs, hyperactifs et immatures, plus sujets à l'inhibition sociale et souffriraient plus de troubles attentionnels (Niemi et al, 2003). Ross et Compagnon (2001) ajoutent que 74% des enfants de 6 à 15 ans ayant un parent schizophrène rempliraient les critères diagnostiques d'un trouble de l'axe I du DSM IV, principalement le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Dans 9% des cas, une psychose serait diagnostiquée.

Pour les enfants dont les deux parents souffrent de pathologies mentales, la prévalence des troubles psychiatriques avoisinerait les 65% (deux fois plus que dans la population générale, Bijl et al, 2002). A ce sujet, Holzer et al, 2013 (p. 621) observent : Nous retiendrons que la psychose du parent n'entraîne pas directement une psychose chez l'enfant mais qu'elle constitue un terrain favorable à l'émergence d'un large éventail de troubles psychiques. Ce sont prioritairement un environnement défaillant, un manque relatif de stimulation, d'affection, de cadre éducatif ou encore d'interaction sociale qui semblent favoriser la survenue des troubles chez l'enfant.

La pathologie maternelle engendre aussi des situations d'angoisse et de stress chroniques. De nombreux travaux en neurosciences démontrent l'incidence toxique du stress sur la maturation du jeune cerveau (Guilé, 2006). L'état anxieux permanent entraîne alors des conséquences inobservables (diminution de la taille du cerveau) et observables à l'œil nu (hyperactivité aux stimuli stressants). Une sécrétion importante de cortisol et d'adrénaline est constatée, ce qui provoque une réactivité ultérieure accrue au stress, ainsi qu'une atteinte dans les composantes de l'empathie (Guilé et Cohen, 2010). Ainsi, face à son parent malade, l'enfant serait en état de vigilance permanent, devant faire preuve de beaucoup d'anticipation. Il redoute les rencontres, fuit les échanges, accélère les repas... En retour et à l'inverse, le parent insiste pour parler avec l'enfant, tient à contrôler ses activités et ses travaux (de Becker, 2011).



Si la situation perdure, l'enfant serait à risque de dépression. Selon Baracco et Denis (1999), l'enfant est menacé de dépression lorsqu'un de ses parents en est atteint. L'adulte fait preuve d'incohérence, de manque d'adéquation, de justesse de relation, l'enfant se trouve donc dans l'incompréhension, sans réponse à propos de sa particularité familiale. Il pourrait alors se produire une atteinte de l'image personnelle, un sentiment de dévalorisation, entraînant peu à peu la perte de la joie et un sentiment d'incompétence à satisfaire un parent éperdument déçu. L'humeur s'assombrit et l'enfant est envahi d'idées de tristesse. La culpabilité constitue un corollaire de l'angoisse. L'enfant peut se sentir coupable de la maladie mentale du parent. Toutefois, le fait de se sentir coupable pourrait permettre à l'enfant d'éprouver un sentiment d'existence, d'occuper une place, une fonction à l'égard du parent concerné, voire d'être renforcé dans une perspective de toute-puissance (de Becker, 2011).

Dans la mesure du possible, la réalité de la maladie parentale doit être dite à l'enfant, dans des termes adaptés en fonction de son âge et de son développement psychoaffectif et cognitif. Plus il y aura de non-dits, plus cela engendra un mal-être, traduit souvent par de l'auto agressivité, voire de l'autopunition : il s'agresse comme pour rejoindre le parent malade dans une tentative de réunification, de proximité symbiotique, dans l'illusion de réparer les failles originelles (Georgieff, 2009 cité par de Becker, 2011, p.352). De même, il pourrait y avoir une aggravation si l'entourage opte pour le mensonge, en maintenant l'enfant loin du principe de réalité.

Certains auteurs ont observé que l'enfant de parent malade mental pouvait manifester des symptômes de type externalisé (opposition et mise à distance). La préservation du Moi serait alors liée à l'agressivité à l'égard du parent malade et les conflits seraient externalisés. Cela pourrait aller d'un détachement progressif jusqu'à la franche opposition avec colère ou violences à l'égard de l'adulte (Byng-Hall, 2002). Les mécanismes défensifs seraient utilisés pour sauvegarder la construction identitaire différenciée. Ainsi, en fonction de la personnalité de l'enfant, on verrait soit un évitement de confrontations et un retrait, soit des conflits et actes violents. Byng-Hall observe qu'il peut exister également un vécu de honte lié à l'image sociale, ou un déni des réactions et regards suscités par l'étrangeté du parent.

La parentification de l'enfant de mère psychotique, dont nous avons déjà souligné les prémisses chez le jeune enfant, constitue une inversion de rôles entre le parent et l'enfant, ce dernier se sentant investi de la mission de prendre en charge son parent malade. Elle aurait un impact pathogène évident, avec des dégâts psychologiques fortement dommageables, notamment à l'adolescence (de Becker, 2011). Toutefois, si elle implique une veille sur l'adulte, une préoccupation des besoins matériels et affectifs, elle peut donner à l'enfant le sentiment d'exister et de compter. Ces comportements de parentification sont le plus souvent vus chez les aînés



de la fratrie et chez les enfants dotés d'une intelligence supérieure ainsi que d'une grande capacité d'empathie (Berry et al 2007; Wan et al, 2008). L'enfant peut ressentir une valorisation narcissique qui compenserait le sentiment d'insécurité et de solitude, faisant barrage à l'anxiété et à la dépression. L'enfant sacrifierait ses activités personnelles qu'il estime alors secondaires.

Dans ces situations, le rôle de l'autre parent est très important dans l'implication ou non de l'enfant dans un rôle parentifié : certains parents s'en accommodent aisément, ceci leur évitant de prendre directement position face au conjoint malade et abdiquant par-là de leur rôle vis-à-vis de l'enfant. Le risque de développement psychopathologique pour l'enfant serait fortement majoré dans les situations de parent unique, en l'absence de tiers, ou d'isolement du parent malade avec l'enfant et de relation fusionnelle (de Becker, 2011).

Risques familiaux

Outre les effets directs de la maladie parentale, bien souvent les enfants grandissent dans un système familial dysfonctionnel et au sein d'un réseau relationnel multi-carentiel (isolement social, difficultés conjugales et familiales, marginalisation, stigmatisation, honte, difficultés d'ordre socio-économique; Maire-Declusy, 1990). En parallèle, la présence d'un trouble psychique chez le père est un facteur péjoratif fréquent. Lovestone et Kumar (1993) trouvent que 50% des partenaires de femmes hospitalisées pour des troubles mentaux puerpéraux présentent eux-mêmes une pathologie psychiatrique. David (1987) souligne également la fréquence des troubles de la paternité (père absent, intermittent, peu fiable) qui seraient de mauvais pronostics pour le maintien du contact de la mère avec l'enfant. King-Hele et al (2007) ajoutent que les enfants de parents présentant une pathologie mentale présentent un risque plus élevé de décéder précocement, particulièrement lorsque la mère présente aussi des conduites addictives.

Par ailleurs, les risques de passage à l'acte et d'homicide sont également fréquents (Webb et al, 2007). La vulnérabilité des femmes atteintes de pathologies mentales dans leurs relations est reconnue : elles ont un risque significativement plus élevé de subir la violence sexuelle, physique, voire l'homicide, de la part de leur partenaire que les femmes sans pathologie. De plus, elles montrent une certaine inaptitude à se protéger et à protéger leurs enfants des maltraitances physiques ou sexuelles lorsqu'elles sont en couple avec des partenaires violents et abusifs.



Approches préventives et thérapeutiques

L'intensité et la précocité des perturbations des relations mère-enfant témoignent des dysfonctionnements majeurs de la parentalité chez les mères souffrant d'un trouble psychotique. Cependant, notre expérience clinique montre que le diagnostic n'est pas à lui seul prédictif des capacités parentales. La sévérité et la chronicité des troubles, ainsi que l'existence ou non d'un cadre de vie stable, d'un conjoint (atteint ou non de troubles mentaux), d'un réseau social et familial autour de la mère lui apportant un support concret et émotionnel seront déterminants. Différentes formes d'aide peuvent être proposées aux parents et à l'enfant en fonction de l'âge de celui-ci. Un travail nécessairement pluridisciplinaire et en réseau devra être proposé pour accompagner au mieux ces femmes dans leur processus de parentalité et dans la relation parent-enfant.

Lors de la première rencontre, idéalement en prénatal ou en consultation pré-conceptionnelle et au sein même du lieu dans lequel le suivi de grossesse aura lieu, il convient d'aborder les antécédents, notamment psychiatriques, afin d'évaluer les risques et ainsi estimer les étayages nécessaires. Il est de même nécessaire de rechercher les ressources de l'entourage familial sur lesquels s'appuyer en cours de grossesse et lors de l'accueil du nouveau-né. Aussi, le traitement pharmacologique doit-il être adapté en collaboration avec le psychiatre habituel, en coordination avec le psychiatre de la maternité (Grangé et Boileau, 2015). Il est préférable que le psychiatre habituel assure le suivi tout au long de la grossesse et après. Ne pas rompre le lien entre le médecin habituel et la patiente est important. Le psychiatre de la maternité assurera, au cours du post-partum, les prescriptions ainsi que la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge.

Après la naissance, le suivi proposé dépendra de la situation et de la gravité des difficultés de la mère, incluant l'accompagnement en ambulatoire (si possible en unité de soins spécialisés en périnatalité et petite enfance, en parallèle à un suivi en psychiatrie adulte), l'hospitalisation conjointe en unité mère-bébé, la mise en place précoce d'un mode de garde, les visites à domicile, la garde partielle de l'enfant, et enfin, l'hospitalisation de la mère avec ou sans le placement de l'enfant (soins et placement n'étant pas des mesures opposées). Le suivi en ambulatoire, si possible en co-thérapie psychologue-puéricultrice/éducatrice de jeunes enfants (Wendland et al, 2015), s'adaptera aux capacités de mentalisation du parent et se focalisera plus souvent sur l'ici et le maintenant des interactions mère-bébé (guidance interactive), le soutien à la parentalité (compétences parentales) et la reconnaissance et le respect des besoins évolutifs de l'enfant, en tenant compte de sa sécurité physique et affective.



Le pronostic sera d'autant meilleur que la prise en charge sera précoce. Le travail des professionnels impliqués doit se centrer sur le soutien des compétences parentales et éducatives. L'enjeu est de minimiser l'impact de la psychose sur la qualité et le rythme des soins à l'enfant, et ensuite sur le climat éducatif et relationnel en famille. L'importance d'une relation proche avec un autre parent sain est primordiale (l'autre parent, un grand-parent ou tout autre membre de la famille), et ce afin de permettre une expérience de relations chaleureuses, aidantes et consistantes pouvant constituer un point d'ancrage essentiel.

Le principal objectif est d'aider la mère à établir une relation suffisamment bonne avec son enfant et de garantir le bon développement de ce dernier. Il consiste en un travail du lien entre l'enfant et le parent malade, avec toutes les représentations parfois contradictoires et très chargées émotionnellement qui y sont associées (Van Leuven, 2008). La prise en charge doit revêtir l'opportunité d'échange sur toutes les émotions liées aux difficultés de se comprendre, d'accéder à la logique de l'autre. Enfin, des programmes d'intervention précoce peuvent diminuer le risque de mauvais traitements ou leur récurrence (Mullick et al, 2001), contribuer à stabiliser la maladie et à améliorer les capacités parentales.

LA RELATION MÈRE-ENFANT DANS LE CONTEXTE D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE MATERNEL

Parmi les troubles de la personnalité, le trouble de la personnalité borderline (TPB) figure parmi les plus répandus et potentiellement préjudiciables pour la relation parent-enfant. Dans cette section, après avoir défini le TPB, nous examinerons comment les mères borderline traversent la période périnatale, en quoi leur trouble mental accentue les risques de difficultés et de décompensations et impacte la qualité des premières interactions avec leur bébé. Puis, nous aborderons les possibles effets sur le développement du bébé et de l'enfant du fait de grandir avec une mère avec TPB. Enfin, nous terminerons en exposant les particularités de la prise en charge de ces mères et de leur enfant.

Le TPB touche environ 2% de la population générale et 10% des patients vus en psychiatrie. Sa prévalence est plutôt féminine, à raison de deux femmes pour un homme. Cette pathologie constitue un phénotype hétérogène et se caractérise par des troubles de la régulation émotionnelle importants, des colères mal maîtrisées et de l'impulsivité, des troubles de l'identité, des relations interpersonnelles instables, des sentiments chroniques de vide, d'ennui, d'errance, une humeur dysphorique, des comportements et menaces d'automutilation et de suicide, des épisodes transitoires d'idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs. Kernberg (1984) remarque que les personnalités borderline, bien que gardant le contact avec la réalité et les limites de soi, peuvent présenter lors de stress intenses des épisodes



de dépersonnalisation ou de déréalisation, mais la rupture avec la réalité dans ces cas est généralement de courte durée.

Il existe néanmoins une comorbidité importante avec les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxieux (phobie sociale, état de stress post-traumatique), les addictions, les épisodes dépressifs majeurs (70 à 80%), ainsi qu'avec d'autres troubles de la personnalité (dépendante, évitante et paranoïaque; Barnow et al, 2006). Du fait des difficultés relationnelles, les personnes avec TPB vivent fréquemment des relations conjugales instables, sont séparées ou célibataires, ce qui risque d'exposer l'enfant à des conflits et/ou des discontinuités de garde parentale.

Difficultés accrues dans la transition à la parentalité

L'accès à la parentalité est généralement un moment de vie très critique et hautement déstabilisant pour les parents avec TPB et le suivi peut s'avérer particulièrement ardu pour le clinicien (Wendland, 2011). Il est important de noter qu'à la différence des troubles psychotiques, dont la symptomatologie ne passe pas inaperçue et induit un traitement suivi, le TPB peut être ignoré du malade et de son entourage. La grande instabilité, les colères, les comportements impulsifs et la forte dépendance peuvent être perçus comme des traits de caractère. Ainsi, il n'est pas rare que la transition à la parentalité, de par la désorganisation et les difficultés massives à faire face aux besoins du nouveau-né, coïncide avec l'annonce du diagnostic et le premier contact avec les services de psychiatrie.

Les particularités du TPB représentent un risque majeur pour la relation parent-enfant et pour le développement de l'enfant. En effet, les adultes borderline ont des difficultés singulières à comprendre leurs états internes (sentiments, émotions, pensées, croyances) et ceux des autres (Wolff et al, 2007). Kernberg (1967) a observé que ces personnes tendent à avoir une vision hostile, parfois paranoïaque du monde qui les entoure, ce qui les amène à être très méfiants dans leurs relations aux autres. Les relations interpersonnelles sont conflictuelles et instables (relations amoureuses tourmentées, rapports tendus ou coupés avec la famille élargie, conflits au travail ou avec le voisinage...). Enfin, la dysrégulation émotionnelle apparaît comme une caractéristique centrale du TPB (Putnam et Silk, 2005). L'ensemble de ces dysfonctionnements émotionnels, cognitifs et comportementaux exerce inévitablement un impact négatif sur la parentalité de l'adulte borderline.

Notre expérience clinique montre qu'il s'agit souvent de situations complexes où des événements traumatiques du passé maternel resurgissent de manière crue et brutale lors de la naissance d'un enfant et rendent difficile l'élaboration de la parentalité. Ces mères ont fréquemment une histoire d'enfance douloureuse et carentielle, marquée par l'abus sexuel, l'inceste, la maltraitance, les violences domestiques et/ou des pertes



non élaborées, comme le confirment des études sur le passé d'adultes borderline (Rogosh et Cicchetti, 2005). Zanarini et collègues (1997) ont observé que 70% des adultes borderline rapportaient, rétrospectivement, un manque de relations émotionnelles avec leur mère et 50% jugeaient que leur mère était distante d'eux sur le plan émotionnel, les avaient traités de façon inconsistante et ne les avaient pas protégés.

A leur tour, les études prospectives montrent que leurs enfants présentent un risque élevé de développer également un trouble de la personnalité borderline: 11,5% des personnes ayant un apparenté de premier degré avec un TPB en souffriraient également (Nigg et Goldsmith, 1994). Comparés à des témoins, les enfants et adolescents de parents borderline reçoivent significativement plus de diagnostics psychiatriques (Weiss et al, 1996). Parmi leurs symptômes et troubles principaux se dégagent les troubles de l'attention (ADHD) et du comportement, les troubles anxieux et dépressifs, les pensées et actes suicidaires, ainsi qu'une faible estime de soi (Barnow et al, 2006; Weiss et al, 1996).

L'ensemble de ces études montre que les parents borderline ont souvent souffert de la *dysparentalité* de leurs propres parents, souvent eux-mêmes présentant aussi une personnalité borderline. Ces familles semblent donc particulièrement à risque de répétition de troubles psychopathologiques, de négligences, de mauvais traitements et de dysfonctionnements familiaux graves.

Grossesse et post-partum

Ayant connu abus et traumatismes de la part de leur figure d'attachement, ces adultes risquent de vivre leur parentalité comme une expérience traumatique. Ils sont susceptibles de traumatiser leur enfant à travers des interactions inconsistantes, effrayantes et/ou confuses. Ils ont aussi des difficultés accrues à assurer les tâches essentielles de la parentalité (promouvoir la sécurité physique et psychique du bébé notamment), à reconnaître l'individualité de leur enfant, dont le besoin d'autonomie leur paraît insupportable, et enfin, à détecter et à interpréter correctement les signaux de leur enfant (Wendland et al, 2014).

La traversée de la période périnatale et des premières années de vie de leurs enfants représente un défi majeur pour les mères avec TPB (Wendland et al, 2014). Notre expérience clinique avec ces patientes montre que la grossesse chez la femme avec TPB n'entraîne généralement pas les réaménagements psychiques préparatoires à la transition à la parentalité. Elle est parfois vécue sur un mode idyllique, hautement idéalisée, avec des sentiments de plénitude et de fusion avec le fœtus, idéalisation qui ne les prépare guère à l'accueil de leur nouveau-né réel. Dans d'autres cas, la grossesse est, au contraire, une expérience éprouvante ou étrange, les mouvements fœtaux et les modifications du corps sont mal supportés



(peur d'éclatement, sentiment de persécution ou d'étrangeté) ou ignorés. Le suivi prénatal peut être irrégulier et la femme sera alors faiblement préparée à la naissance du bébé du point de vue obstétrical également.

Dès les premiers jours après la naissance, leur mode de fonctionnement très instable, méfiant et impulsif devient incompatible avec la régularité, l'empathie et le dévouement nécessaires aux soins d'un nouveau-né. Leurs propres besoins et rythmes de vie seront privilégiés au détriment de ceux du bébé. Malgré leur désir d'être de bonnes mères et de réparer leur passé difficile, ces femmes peuvent se sentir rapidement envahies par des sentiments d'intense fatigue, d'irritabilité et de débordement qui mettent le bébé en danger.

La dépendance du bébé est vécue comme excessive, persécutante et ses besoins peuvent être interprétés en fonction des propres états maternels (le bébé pourra être nourri ou couché lorsque la mère est elle-même affamée ou fatiguée). L'enfant est alors soumis à un rythme de soins inadapté sur lequel il faudra rapidement intervenir afin de prévenir, en particulier, l'installation de troubles du sommeil et de l'alimentation.

Interactions précoces et impact sur l'enfant

Notre pratique clinique de suivi de ces dyades montre que les interactions mère-enfant sont généralement disharmonieuses, donnant souvent l'impression d'une succession de rencontres ratées. Elles témoignent de la faible sensibilité maternelle aux comportements du bébé dont les initiatives et besoins de réciprocité sont frustrés. Les efforts de communication et l'expression émotionnelle du bébé ne sont pas reconnus ni validés. Du côté maternel, les comportements se caractérisent soit par des mouvements intrusifs, imprévisibles, voire paradoxaux et effrayants, soit par un retrait et une mise à distance du bébé (souvent expliquée comme un mécanisme de protection vis-à-vis de leur propre violence).

En fait, ces mères semblent ne pas trouver la bonne distance avec leur enfant et vont de l'hyperstimulation intrusive au retrait avec démission de leur rôle. Ces interactions n'aident pas l'enfant à organiser ses expériences affectives et cognitives, à anticiper ses actions et ses conséquences, et à former ainsi une vision cohérente et sécurisante du monde qui l'entoure.

Tout au long de l'enfance et de l'adolescence, les pratiques éducatives des parents avec TPB vis-à-vis de leurs enfants oscillent généralement entre laxisme, non-intervention et débordement. Ils peuvent avoir recours à des gestes ainsi que des paroles abrupts. En comparaison avec les parents atteints d'autres pathologies psychiatriques, l'inconsistance des comportements constitue certainement l'élément le plus saillant permettant de les différencier.



Newman et al (2007) ont décrit les mères borderline comme étant non seulement peu sensibles et organisant peu l'interaction avec leur bébé, mais aussi comme étant peu satisfaites, se sentant peu compétentes et plus stressées dans leur parentalité que des mères témoins sans pathologie. Les bébés, âgés en moyenne de 15 mois, se montraient moins attentifs, moins intéressés et moins désireux d'engager des interactions avec leur mère. Ce désengagement du bébé a pu aussi être observé dans une étude portant sur les comportements de retrait relationnel du bébé évalués à l'aide de l'échelle ADBB (échelle permettant d'évaluer le retrait relationnel chez les enfants de 2 à 24 mois; Guédénéy et Fermanian, 2001).

Comparés à des bébés élevés par des mères ne souffrant pas d'une pathologie psychiatrique, les bébés de mères avec TPB montrent significativement plus de retrait relationnel (Wendland et al, 2010). Plus tard, face à la défaillance parentale, ces enfants peuvent développer un mode relationnel impliquant le renversement des rôles avec le parent (MacFie and Swan, 2009).

Enfin, les enfants de mères avec TPB ont un risque accru de développer un pattern d'attachement désorganisé vis-à-vis de leur mère (8 sur 10 dans l'étude de Hobson et al, 2005). Après une brève séparation, ces enfants semblent pris entre leur désir et la peur de retrouver le contact avec leur mère. Ils montrent alors des comportements alternés d'approche et de recul, ou restent figés sur place. La figure d'attachement est à la fois source de réconfort et de peur. Ces comportements atypiques sont caractéristiques des enfants présentant un attachement désorganisé.

D'autre part, de nombreuses études relient l'attachement désorganisé, les traumatismes précoces et la présence de comportements maternels atypiques de type *effrayé / effrayant, impuissant* ou *dissocié* (Buchheim & George, 2011; Hobson et al, 2009). Or, ces mêmes antécédents lors de la petite enfance permettent de prédire la présence de symptômes borderline à l'adolescence (Lyons-Ruth, 2005), attestant de la trajectoire développementale à haut risque de ces enfants et d'une *boucle* psychopathologique intergénérationnelle. Ces données soulignent l'intérêt de la prise en charge précoce de ces mères et de leurs bébés afin d'éviter que ces comportements de retrait ou de désorganisation s'installent durablement et compromettent le développement socio-émotionnel ultérieur de l'enfant.

Prise en charge périnatale

La prise en charge de ces situations est de règle difficile, un véritable défi, marquée par la discontinuité, les difficultés d'élaboration, la faible compliance au cadre proposé et le risque de rupture abrupte des soins (Wendland, 2014a). En dehors des périodes de crise aigüe, le suivi des mères avec TPB apparaît plus ardu que celui des mères psychotiques en raison de leur grande instabilité, des rapports conflictuels et du risque de passage à l'acte sur soi et sur l'enfant.



Le caractère erratique et méfiant de leur engagement dans une relation de soin découle non seulement de leur profonde insécurité interne, instabilité, impulsivité et crainte d'abandon, mais aussi de leurs mécanismes de défense prédominants, à la fois rigides et fragiles tels que le déni, le clivage et l'idéalisation (Kernberg, 1984).

Il est alors essentiel que ces familles soient identifiées et suivies très tôt, idéalement avant même la naissance du bébé. Ceci permet d'accompagner la transition à la parentalité durant toute la période périnatale, de diminuer le risque de décompensation maternelle post-natale et de pallier les difficultés majeures d'ajustement aux besoins du nouveau-né durant les premiers temps par un suivi rapproché et des aides à domicile (visites de la puéricultrice, aide pour les tâches ménagères). Intervenir tôt peut aussi contribuer à une meilleure alliance thérapeutique, un point toujours fragile avec ces familles. Lorsque ceci est possible, il est important de faire participer le père de l'enfant au suivi thérapeutique, car ce dernier peut constituer une figure-relais primordiale pour l'enfant, avec lequel il pourrait nouer une relation d'attachement plus saine et sécurisée (Wendland, 2014a).

Un suivi dans un cadre institutionnel est préférable à un suivi en libéral. En effet, les mécanismes de clivage et de projection ainsi que la discontinuité psychique sont difficilement contenus dans des espaces thérapeutiques classiques (Aidane et al, 2009).

L'accès à un récit cohérent de leur histoire est difficile, le discours est souvent logorrhéique et les affects liés à leurs expériences traumatiques semblent rester à l'état de traces mnésiques sans représentation. Les difficultés d'introspection, le défaut d'élaboration et de mentalisation laissent la voie libre à la répétition des traumatismes subis (Wendland et al, 2014).

La pratique clinique montre que l'accompagnement des parents lors des périodes clés du développement de l'enfant est primordial, car elles constituent des moments particulièrement critiques, tels que les expériences de séparation et d'autonomisation (sevrage, début de la marche et exploration active, mode de garde extrafamilial, période d'opposition, transitions du parcours de scolarité, adolescence, etc.). Pour le parent borderline, les expériences de séparation, en ravivant les craintes d'abandon et le manque affectif, peuvent être vécues comme menaçantes. Paradoxalement, le parent peut alors encourager la dépendance et la régression chez l'enfant, tout en affirmant son sentiment d'être débordé par les demandes de l'enfant et souhaitant qu'il se débrouille seul (Wendland, 2014a). Les comportements d'opposition peuvent, quant à eux, susciter des attitudes brutales et violentes, et parfois des passages à l'acte maltraitants.



Il est essentiel de soutenir l'empathie, la compréhension des besoins évolutifs de l'enfant, la relation d'attachement, la notion d'intersubjectivité, les sentiments de compétence et de responsabilité parentale. Le travail, souvent ardu et de longue haleine, autour de la reconnaissance par la mère du point de vue de l'enfant, la différenciation mère-enfant et la construction de l'identité de soi en tant que parent peut être appuyée par l'utilisation (avec prudence) de la méthode de video-feedback. Les techniques de guidance parentale autour du développement et de l'éducation de l'enfant, assurée en consultation individuelle ou en petit groupe, éventuellement par une éducatrice de jeunes enfants ou une puéricultrice, peuvent s'avérer très efficaces. Dans tous les cas, l'intervention auprès des parents avec TPB et leurs enfants exige souplesse, rigueur, disponibilité, stabilité et créativité de la part des professionnels. Ces derniers doivent être vigilants à ne pas être submergés et tentés de traiter la pathologie maternelle en perdant de vue la priorité, l'urgence du développement de l'enfant.

CONSIDÉRATIONS FINALES

Bien qu'il n'existe pas de causalité linéaire, fort heureusement, les enfants dont les parents présentent une maladie mentale sont particulièrement vulnérables. Les caractéristiques développementales et psychoaffectives de ces enfants peuvent s'articuler de manière significative et symptomatique aux troubles psychopathologiques de leur(s) parent(s). Quelle qu'en soit l'étiologie, les troubles psychiques parentaux constituent un indicateur de risque susceptible de favoriser chez l'enfant la survenue d'une pathologie mentale durant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte. Par ailleurs, le mode de fonctionnement familial, ou encore l'expérience de la maladie mentale, sont autant de facteurs bien établis de souffrances psychiques plus diffuses mais réelles.

Le principal intérêt des recherches actuelles portant sur les pathologies psychiatriques parentales réside dans le fait qu'elles s'attachent tant à mettre en lumière le fondement de ces troubles, qu'à comprendre les facteurs pathogènes susceptibles de se répercuter dans le milieu familial. Ainsi, elles permettent la mise en place d'interventions préventives pour les enfants concernés. Toutefois, davantage d'études seraient souhaitables afin d'élargir l'horizon des mécanismes possibles et d'éviter de reposer notre réflexion uniquement sur des travaux d'héritabilité et de vulnérabilité qui laissent de côté les aspects développementaux spécifiques à l'enfance et à l'enfant.



L'impact d'une maladie mentale d'un parent sur son enfant est d'autant plus considérable qu'elle n'est pas toujours diagnostiquée avec rigueur. En effet, il est particulièrement important de diagnostiquer et d'agir suffisamment tôt sur les difficultés parentales afin de favoriser une issue favorable pour la parentalité de l'adulte et pour le devenir de l'enfant. La prévention est toujours la meilleure stratégie de soin.

Dans le cas d'un trouble mental avéré et chronique, des stratégies de prévention doivent avoir lieu dès la grossesse, voire avant la conception, afin de permettre la mise en place le plus précocement possible d'un réseau de soins autour des parents et de l'enfant (Cognard et Wendland, 2015). Au-delà du jeu des identifications des soignants penchant davantage du côté du parent (à *soutenir*) ou de celui de l'enfant (à *protéger*), il appartient à chaque équipe d'évaluer avec la patiente et son entourage, en particulier le futur père, les ressources disponibles et les risques tant pour la mère que pour l'enfant à naître dans chaque situation individuelle.

La manière dont l'enfant se développe dans la relation avec un parent souffrant d'une maladie mentale est influencée par différents facteurs. Il pourra connaître une existence marquée par des moments de turpitude, d'instabilité, de stress émotionnel ainsi que par toutes sortes d'aléas chaotiques. Le vécu dans un tel contexte familial contribuera à façonner le rapport de l'enfant non seulement à son parent, mais aussi aux autres. Toutefois, la capacité de l'enfant à résister aux difficultés, son tempérament, le soutien d'un entourage bienveillant, ou encore la présence de facteurs protecteurs divers, et ce en dépit d'un contexte de maladie mentale parentale, lui permettront d'apprendre à faire face et à vivre quotidiennement plus facilement. En comprenant mieux le processus de la maladie psychique, l'enfant parviendra à traiter d'une façon plus appropriée ce qui lui échappe.

L'accompagnement et la prise en charge des parents vivant avec une maladie mentale et de leurs enfants se fait nécessairement en équipe, en incluant les professionnels les plus expérimentés. La réussite de la prise en charge repose sur le dialogue entre les différents intervenants sociaux et soignants.

Il n'existe pas de modèle unique de prise en charge ou d'accompagnement des enfants confrontés à la maladie mentale parentale. Différentes formes d'accompagnement et de soutien, mais aussi psychothérapie, groupes d'entraide ou encore guidance socioéducative peuvent être proposés. Le rôle du professionnel de santé est d'aider l'enfant à comprendre et à appréhender autrement la pathologie de son (ses) parent(s), en favorisant un lien d'attachement suffisamment sécurisé et lui permettant de se dégager des tensions qui pèsent sur ses épaules et du regard parfois peu compatissant des autres et de la société.

Enfin, il semble que les recherches actuelles sous-évaluent les circonstances de vie de l'enfant, ainsi que l'impact de ce type de traumatisme précoce sur la structuration psychique de l'enfant. En effet, les études s'attachent préférentiellement à explorer les aspects neurobiophysiologiques, voire héréditaires de la maladie mentale, plutôt qu'à évaluer les processus psychopathologiques de développement de l'enfant grandissant dans un contexte de psychopathologie parentale, pourtant très spécifiques. Ces enfants connaissent, en effet, mieux que quiconque, l'univers si particulier de la maladie mentale et invitent à porter un regard différent sur la folie humaine.





RÉFÉRENCES

- Aidane, E.; Wendland, J.; Rabain, D.; Marie, P. (2009). Un suivi thérapeutique atypique : Co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, 52 : 131-166.
- Allegaert, H. (2007). L'unité « Fil-à-Fil ». Le tissage du lien parent-enfant lorsque le parent souffre de troubles psychiatriques. *Enfance et Psy*, 37 : 101-107.
- Anthony, E. J. (1980). Modèle d'intervention au niveau du risque et de la vulnérabilité pour enfants de parents psychotiques. In: Anthony, E. J., Chiland, C., Koupernik, C., editors. *L'enfant à haut risque psychiatrique; l'enfant dans sa famille* [Tome 3]. Paris, PUF.
- Barnow, S.; Spitzer, C.; Grabe, H. J.; Kessler, C.; Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 : 965-972.
- Baracco, M.; Denis, P. (1999). Quand la mère se déprime : le bébé et sa mère déprimée. *Dialogue*, 145 : 63-68.
- Berry, K.; Barrowclough, C.; Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27 : 458-475.
- Bijl, R.V.; Cuijpers, P.; Smit, F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 : 7-12.
- Buchheim, A. & George, C. (2011). Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. In J. Solomon & C. George (Eds). *Disorganized attachment and caregiving* (pp. 343-382). New York, Guilford Press.
- Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burden in families with insecure attachment patterns. *Family Process*, 41 : 375-388.
- Cazas, O. (2007). Femmes psychotiques et maternité : quels risques pour l'enfant ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35 : 1055-1059.
- Cognard, M.; Wendland, J. L'expérience de la parentalité chez des mères psychotiques. *Dialogue*, 210 : 99-110.
- Darves-Bornoz, J.-M.; Lemperière, T.; Degiovanni, A.; Sauvage, D.; Gaillard, P. (1995). Les femmes psychotiques et leurs enfants. *Annales Médico-Psychologiques*, 153 : 286-289.
- David M.; Castex E.; Léger E.M.; Merlet A.M. (1981). Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique. Une tentative de réponse. *Psychiatrie de l'Enfant*, 24 : 151-96.
- David, M. (1987). Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel », *Perspectives Psychiatriques*, 6 : 7-22.
- de Becker, E. (2011). Avoir un parent malade mental : repères diagnostiques et thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59 : 348-355.
- Gandillot, S.; Wendland, J.; Wolff, M.; Moisselin, P. (2012). Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir*, 24 : 141-169.
- Grangé, G., Boileau, B. (2015). Prise en charge des patientes ayant des troubles psychiatriques à la maternité. In Vacheron, M.N., *Maternité et psychiatrie* (pp.111-120) Paris, Lavoisier.
- Guedeny, A., Fermanian J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 5 : 559-575.
- Guilé, J. M. (2006). Approches neurobiologiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Médico-Psychologiques*, 164 : 547-556.



- Guilé, J. M.; Cohen, D. (2010). Les perturbations de l'empathie sont au cœur des troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58 : 241-247.
- Henshaw, C. (2010). Psychopathological states in the pregnant mother. In S.Tyano, M. Keren, H. Hermann et J. Cox, *Parenthood and Mental Health* (pp. 79-88). Chichester (UK), Wiley-Blackwell.
- Hobson, R. P.; Patrick, M.; Crandell, L.; Garcia-Perez, R.; Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development & Psychopathology*, 17 : 329-347.
- Hobson, R. P.; Patrick, M. P. H.; Hobson, J. A.; Crandell, L.; Bronfman, E.; Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195 : 325-330.
- Holzer, L.; Jaughey, L.; Sofia, C.; Corthésy, Y. (2013). Les enfants de parents souffrant de psychose. *Annales Médico-Psychologiques*, 171 : 618-622.
- Howard, L.M.; Goss, C.; Leese, M.; Appleby, I.; Thornicroft, G. (2004). The psychosocial outcome of pregnancy in women with psychotic disorders . *Schizophrenia Research*, 71: 49-60.
- Jablensky, A.V., Morgan, V., Zubrick, S.R., Bower, C., Yellachich, L.A. (2005). Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162 : 79-91.
- Lamour, M. (1985). Des nourrissons avec leurs mères psychotiques. *Pédiatrie*, 21 :327-334.
- Lamour, M.; Barraco, M. (1990). Le nourrisson et sa mère psychotique : modes d'abord thérapeutiques des interactions précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38 : 385-391.
- Lovestone, S.; Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness : the impact on partners. *British Journal of Psychiatry*, 163 : 210-216.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15 : 641- 685.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, Yale University Press.
- King-Hele S.A.; Abel K. M.; Webb R. T.; Mortensen P. B.; Appleby L.; Pickles A. R. (2007). Risk of sudden infant death syndrome with parental mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 64 : 1323-1330.
- Kumar, R.; Hipwell, A.E. (1994). Implications for the infant of maternal puerperal psychiatric disorders. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry 3rd Edition* (pp. 759-775) Oxford, Blackwell.
- Lyons-Ruth, K. (2005). L'interface entre attachement et intersubjectivité: Perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement désorganisé. *Psychothérapies*, 25 : 223-234.
- Macfie, J.; Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development & Psychopathology*, 21 : 993-1011.
- Maire-Decluzey, L. (1990). Témoignages d'adultes élevés par des parents psychotiques; conséquences affectives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38 : 355-358.
- Mickelson, K.D.; Kessler, R.C.; Shaver, P.R. 1997. « Adult attachment in a nationally representative sample », *Journal of Personality & Social Psychology*, 73 : 1092-1106.
- Miller, LJ (1990). Psychotic denial of pregnancy. *Hospital and Community Psychiatry*, 41: 1233-1237.



- Mullick, M.; Miller, L.J.; Jacobsen, T. (2001). Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatry Services*, 52 : 488-492.
- Newman L.K.; Stevenson C.S.; Bergman L.R.; Boyce P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions : preliminary findings. *The royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 41 : 598-605.
- Niemi, L. T.; Suvisaari, J. M.; Tuulio-Henriksson, A.; Lonnqvist, J. K. (2003). Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophrenia Research*, 60 : 239-258.
- Nigg, J.T., & Goldsmith, H.H. (1994). Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 115 : 346-380.
- Putnam, K.M., & Silk, K.R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development & Psychopathology*, 17 : 899-925.
- Riordan, D.; Appleby, L.; Faragher, B. (1999). Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. *Psychological Medicine*, 29 : 991-995.
- Rogosh, F. A.; Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development & Psychopathology*, 17 : 1071-1089.
- Ross, R. G.; Compagnon, N. (2001). Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophrenia Research*, 50 : 121-129.
- Sutter-Dallay, A.L (2009). Retentissement des pathologies psychiatriques parentales sur le développement de l'enfant : une revue de la littérature. In F. Poinso & N. Glangeaud-Freudenthal, *Orages à l'aube de la vie* (pp 81-94). Paris , ERES.
- Van Leuven, F. (2008). Trois repères pour aborder, avec un enfant ou un adolescent, la question de la maladie mentale d'un parent. *Mental Idées*, 12 : 33-34.
- Wan, M.W.; Salmon, M. P.; Riordan, D. M.; Appleby, L.; Webb, R.; Abel, K. M. (2007). What predicts poor mother-infant interaction in schizophrenia ? *Psychological Medicine*, 37 : 537-546.
- Wan, M. W.; Warren, K.; Salmon, M. P.; Abel, K. M. (2008). Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia. *Infant Behavior and Development*, 31 : 532-538.
- Webb, R. T.; Pickles, A.; Appleby, L.; Mortensen, P. B.; Abel, K. M. (2007). Death by unnatural causes during childhood and early adulthood in offspring of psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 64 : 345-352.
- Weiss M.; Zekowitz P.; Feldman R.B.; Vogel J.; Heyman M.; Paris J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder : A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 : 285-290.
- Wendland, J. (2011). The transition to parenthood in women with borderline personality disorder. In Masse, L., Pullin, W., Hughes, E., Shankland, R. (eds.), *Anglais pour psychologues : textes, audio, vidéo*, (p. 86-89) Paris, Dunod.
- Wendland, J. (2014a). Mères avec trouble de la personnalité borderline et leurs jeunes Enfants. In A. Guédénéy, J. Le Foll, L. Vannier, S. Viaux-Savelon et J. Wendland, *Petite enfance et psychopathologie* (p.204-213). Paris, Masson Elsevier.
- Wendland, J. (2014b). Mères souffrant de troubles psychotiques et leurs jeunes enfants. In A. Guédénéy, J. Le Foll, L. Vannier, S. Viaux-Savelon et J. Wendland, *Petite enfance et psychopathologie* (p.213-220). Paris, Masson Elsevier.
- Wendland, J.; Brisson, J.; Medeiros, M.; Serres, J.; Rabain D.; Aidane, E. (2010). Sustained withdrawal behavior in infants of mothers with borderline personality disorder. Poster présenté au 12th World Congress of the World Association for Infant Mental Health, 29 juin - 3 juillet 2010, Leipzig, Allemagne.



- Wendland, J.; Brisson, J.; Medeiros, M.; Camon-Senechal, L.; Aidane, E.; David, M.; Serres, J., D. Cohen; Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent-infant interaction and preventive/therapeutic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21 : 141-155.
- Wendland, J.; Couëtoux-Jungman, F.; Khun-Franck, L.; Camon-Sénéchal, L.; Cautru, F.; Ollivier, C.; Didane, N.; Dubois, C.; Messan-Dion, P.; Aidane, E.; Cohen, D.; Rabain, D. (2015). La cothérapie : Un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé / jeune enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 58 : 53-84 .
- Wolff, S.; Stiglmayr, C; Bretz, H.J.; Lammers, C-H.; Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46 : 347-360.
- Zanarini, M.C.; Williams, A.A.; Lewis, R.E.; Reich, R.B.; Vera, S.C.; Marino, M.F.; Levin, A.; Yong, L.; Frankenburg, F.R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154 : 1101-1106.

QUAND LA RECHERCHE ET LA CLINIQUE SE RENCONTRENT : PRESENTATION DU PROGRAMME CES ANNEES INCROYABLES COMME EXPERIENCE PILOTE AU SEIN D'UNE EQUIPE SOS- ENFANTS

CÉCILE MATHYS, UNIVERSITÉ DE LIÈGE ET ÉQUIPE SOS-ENFANTS AIDE ET PRÉVENTION
ET AUREORE BOULARD, UNIVERSITÉ DE LIÈGE ET INSTITUT POUR LE DÉVELOPPEMENT
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ASBL²

Résumé

Le travail avec les parents est un des enjeux majeurs des équipes SOS-Enfants. Cet article se propose de présenter le contenu d'une intervention cognitivo-comportementale destinée à développer les habiletés parentales (le programme *Ces années incroyables*) et les premières observations liées à son implantation au sein d'une équipe SOS-Enfants. 5 mères (X âge = 40 ans, Ec.type = 7,1) ont participé à cette expérimentation sur une durée de 12 semaines avec pour objectifs :

1. Le développement d'une relation parent-enfant harmonieuse;
2. L'apprentissage de stratégies éducatives efficaces et utilisées de façon cohérente;
3. L'amélioration des processus de résolution de problèmes et de la communication au sein de la famille.

Les éléments de contenu et du dispositif de l'intervention qui ont été mis en évidence par les mères comme étant significatifs pour atteindre ces objectifs sont exposés. L'article se termine par une mise en perspective et des propositions concrètes pour développer ce type d'intervention au sein des équipes SOS-Enfants.

Mots clés : intervention cognitivo-comportementale, habiletés parentales, programme *Ces années incroyables*

Abstract

Working with families is challenging for child protection services. This study aims to present the content of a cognitive-behavioural intervention, a parent training program (Incredible years) to improve parenting practices, and the first observations related to the implementation in a child protection service. 5 mothers (X age = 40 years old, SD = 7,1) participated in this intervention lasted 12 weeks and aimed :

2 Auteur correspondant : Cécile Mathys, Département de criminologie, Université de Liège - Bât. B33 - Quartier Agora - Place des Orateurs 1 4000 Liège - E-Mail : cecile.mathys@ulg.ac.be



1. To develop a harmonious parent-child relationship;
2. To support parents in learning and consistently applying effective practices;
3. To improve problem solving and communication skills within families.

Relevant elements from mothers to reach their goals have been exposed, associated to both content and design of this intervention. This study concluded with a discussion and concrete propositions to develop this kind of intervention in child protection services.

Keywords : cognitive-behavioural intervention, parenting practices, *Incredible years* program

L'APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE AVEC LES ENFANTS EN DIFFICULTÉ ET LEURS FAMILLES

Les troubles du comportement occupent une place particulière dans la psychopathologie de l'enfant, à la fois parce qu'ils sont fréquents et parce qu'ils sont bruyants (Dumas, 2013). De plus, ces troubles sont rarement rencontrés seuls et il existe une grande comorbidité avec d'autres troubles tels que le TDAH (Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité), la dépression ou encore les troubles anxieux assortis d'un retard et d'un rejet scolaire.

Les troubles du comportement figurent ainsi parmi les motifs de consultation les plus fréquents dans les services pédopsychiatriques (Favre et al., 2005). Au sein de ces comportements, nous pouvons citer les comportements de désobéissance et/ou de défiance vis-à-vis de l'autorité (parents, professeurs), les colères subites, l'opposition régulière aux demandes et aux règles des adultes et enfin, de la susceptibilité ou de l'agacement face aux comportements des pairs.

Parmi les facteurs de risque de cette pathologie, outre les facteurs biologiques et développementaux et par la suite les facteurs scolaires et ceux liés aux pairs, les facteurs familiaux figurent en place centrale (Webster-Stratton et al., 2006). Ainsi, sont relevés comme facteurs de risque familiaux, les familles à faibles revenus, un niveau d'éducation parentale faible, un niveau élevé de stress et/ou de conflits, les familles monoparentales mais également la présence de désordres psychiatriques tels que la dépression ou l'abus de substances (Farrington, 1992). Au sein de ces facteurs familiaux, les habiletés parentales sont directement concernées (peu de stimulation, peu de surveillance, présence d'inconsistance disciplinaire, attitudes négligentes et/ou trop sévères...) par les comportements observés chez l'enfant (peu de capacité à gérer les conflits, peu de compétences sociales, impulsivité (TDAH), peu de compétences scolaires, difficultés de langage). Aussi, il s'avère nécessaire de pouvoir aider ces enfants à réguler leurs comportements et le contrôle d'eux-mêmes, afin d'éviter le



développement ultérieur de problèmes comportementaux, sociaux et cognitifs. Ceci rejoint les travaux de Richard Tremblay et ses collègues (1999; 2001) qui postulent que la présence d'agressivité est intrinsèquement liée au développement des compétences motrices chez le jeune enfant (entre 17 mois et 3 ans), dénotant d'un caractère normatif et développemental. Sans régulation mise en place par un cadre extérieur (parents, école...), les enfants, pour la plupart, continueront à manifester des attitudes et comportements agressifs dans leur mode d'interaction à eux-mêmes et à autrui, particulièrement les enfants qui présentent des comportements agressifs très élevés, pouvant se cristalliser en conduites antisociales à l'adolescence.

Même si l'intervention optimale est difficile à identifier, il semble que les méthodes cognitivo-comportementales sont celles qui sont les plus évaluées concernant l'intervention auprès d'enfants (Furlong et al., 2010). Des évaluations menées, les composantes cognitives, comportementales et celles liées à l'apprentissage social apparaissent comme les plus efficaces pour réduire les problèmes de comportement chez l'enfant (Brestan et al., 1998). La thérapie dite cognitivo-comportementale est un type de thérapie qui se concentre sur la modification des comportements et des cognitions des individus (Parent et al., 2012), s'inspirant des théories de l'apprentissage (Cottraux, 2004). Dans le but de comprendre et modifier les problèmes d'adaptation que peuvent rencontrer les individus, elle pointe l'importance de l'utilisation d'une méthodologie expérimentale et utilise principalement des techniques de brainstorming, modeling, jeux de rôles, feedback et attribution de tâches ou devoirs (Vera, 2009). Plus concrètement, les objectifs poursuivis sont d'aider l'enfant à identifier les stimuli liés à des comportements agressifs et antisociaux, à faire face à des distorsions cognitives, à développer des compétences de résolution de problèmes, et à faire face à la colère et la frustration (Nock, 2003 cité par Gatti et al., 2014, p.292). Dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale, ces objectifs peuvent être poursuivis directement avec l'enfant ou indirectement via un travail axé sur les compétences parentales.

En effet, il est reconnu qu'avant 11 ans, les interventions centrées sur les parents apparaissent comme les plus efficaces dans le traitement des enfants qui présentent des troubles du comportement (Gatti et al., 2014). Les parents étant les premiers agents de socialisation de l'enfant, il est pertinent de penser que ce type d'intervention demande la participation effective des parents et dès lors, que ce sera au travers des parents que la régulation des comportements de l'enfant sera possible. Il a d'ailleurs été observé que des compétences parentales adéquates permettaient de médier la relation entre les facteurs biologiques propres à l'enfant et le développement ultérieur de troubles du comportement (Paulussen-Hoo-geboom et al., 2008). Ainsi, les interventions utilisant les principes des théories du conditionnement opérant et de l'apprentissage social aident



les parents à mieux comprendre les enjeux des renforcements positifs et négatifs et notamment à se centrer davantage sur les comportements positifs de l'enfant (en lui donnant de l'attention) et à ignorer ou à diminuer le focus sur les comportements non souhaités (Webster-Stratton, 2004). De même, la composante cognitive est investiguée au travers des distorsions et pensées automatiques que peuvent véhiculer les parents (telles que mon enfant ne fait jamais rien de bon, je suis un mauvais parent) en travaillant sur des techniques de résolution de problèmes et de gestion de la colère (Macdonald et al., 2012).

Le programme *Ces années incroyables* (CAI) a été développé par Carolyn Webster-Stratton et ses collègues (2008) et implanté aux Etats-Unis, au Canada, en Norvège, au Danemark, en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande. Il est l'un des plus utilisés concernant l'intervention avec des enfants présentant des difficultés de comportement et a été soumis à une évaluation scientifique rigoureuse, avec conditions de groupe expérimental et contrôle (Letarte et al., 2010; Webster-Stratton et al., 2011). Ce programme utilise des fondements théoriques provenant de plusieurs théories, dont celles de l'attachement (Ainsworth, 1974; Bowlby, 1980), de l'apprentissage social et du modèle coercitif réciproque (Patterson et al., 1989) et celles associées au sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1989). Plusieurs objectifs sont poursuivis, s'axant sur le développement de facteurs de protection associés à la famille tels que développer une relation parent-enfant harmonieuse; soutenir l'apprentissage de stratégies éducatives efficaces et utilisées de façon cohérente; améliorer les processus de résolution de problèmes et la communication au sein de la famille. Ces objectifs permettent, à terme, et de façon directe, de stimuler la relation parent-enfant et de développer les compétences de chacun, et de façon indirecte, d'agir sur les situations de maltraitance et de négligence ainsi que sur le développement ultérieur de trajectoires déviantes chez l'enfant. De façon succincte, le programme *Ces années incroyables* utilise une approche collaborative, impliquant différents modules concernant les parents, les enfants et l'école, et comportant plusieurs séances, à raison d'une fois par semaine pendant 2h (incluant discussions de groupes, analyse de vidéos, jeux de rôles et devoirs à la maison).

Nous savons qu'un écart existe entre la connaissance acquise à travers la recherche empirique et la pratique clinique (Garland et al., 2008). Aussi, la description fine du contexte d'implantation d'une intervention reconnue comme efficace prend tout son sens, notamment pour en promouvoir sa diffusion.



CONTEXTE D'IMPLANTATION DU PROGRAMME CAI

1. Contexte et équipes SOS-Enfants

Le 29 avril 1985, la Communauté française de Belgique a adopté un décret relatif à la protection des enfants maltraités, abrogé depuis par le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance et suivi par un arrêté le 14 juin 2004 du Gouvernement de la Communauté française relatif à l'agrément et au subventionnement des équipes SOS-Enfants. De façon générale, les équipes SOS-Enfants ont la mission de faire avancer les connaissances dans le domaine du traitement et de la prévention des situations de maltraitance. Pour assurer la prise en charge des familles, les équipes SOS-Enfants ont développé différents outils de travail tels qu'établir un bilan pluridisciplinaire de la situation de l'enfant et de son milieu de vie et leur apporter une aide appropriée en créant si nécessaire des synergies avec le réseau psycho-médico-social (Office de la Naissance et de l'Enfance, 2013). Actuellement, 14 équipes SOS-Enfants existent en Fédération Wallonie-Bruxelles. C'est l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention de Liège qui a pris l'initiative de développer et d'implanter le programme CAI en tant que première expérience pilote.

La finalité de ce projet découle d'une observation de terrain. En effet, la majorité des enfants pris en charge par les équipes SOS-Enfants, notamment celle qui nous occupe, l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention, qui fonctionne uniquement en ambulatoire, sont maintenus dans leurs familles. Aussi, il nous semblait essentiel de soutenir les parents dans le développement de leurs habiletés éducatives et de développer un axe thérapeutique associé. A cet effet, l'expérience menée au Québec par l'équipe de Létarte et Normandeau (2010) au sein de services mandatés en protection de l'enfance s'est avérée concluante, notamment car l'une des originalités de cette étude était d'associer chercheurs et intervenants de terrain, spécialisés en protection de l'enfance. Ceci faisant écho à la difficulté que connaissent certains programmes préventifs ou curatifs efficaces, nommés Brand name program (Howell et al., 2014) qui peinent à reproduire leur efficacité au sein de milieux de terrain, en dehors des conditions strictes dans lesquels ils ont été éprouvés une première fois.

2. Descriptif du programme

Comme énoncé précédemment, le programme *Ces années incroyables* comporte différents modules destinés aux enfants, aux professeurs et aux parents. Notre choix s'est porté sur la mise en place du programme destiné aux parents d'enfants âgés de 3 à 9 ans; population majoritairement prise en charge par l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention au moment de la mise en place de cette expérimentation.

Dans les prochaines lignes, nous allons dresser un compte-rendu de la démarche d'implantation du programme CAI, qui s'est réalisée au sein de



l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention de mars à juin 2015. 12 rencontres ont ainsi été programmées et réalisées, du 6 mars au 26 juin 2015. La plage horaire choisie était le vendredi matin, de 9h30 à 11h30, chaque semaine pendant douze semaines environ (en fonction des jours fériés et vacances scolaires). Le programme de base comporte 16 séances, toutefois les dernières séances s'intéressent aux liens avec le réseau et l'école notamment, ce qui n'était pas l'enjeu premier de cette expérimentation. Les objectifs travaillés se sont présentés comme suit :

- Semaine 1 :** Avoir du plaisir avec son enfant.
- Semaine 2 :** Aider votre enfant à apprendre par le jeu.
- Semaine 3 :** Aider votre enfant à apprendre par le jeu (suite).
- Semaine 4 :** Félicitations, faire sortir le meilleur de votre enfant.
- Semaine 5 :** Félicitations, récompenses spontanées.
- Semaine 6 :** Programme de récompenses.
- Semaine 7 :** Etablir des limites efficaces - commandes.
- Semaine 8 :** Etablir des limites efficaces - aller jusqu'au bout.
- Semaine 9 :** Ignorer.
- Semaine 10 :** Retrait.
- Semaine 11 :** Résolution de problèmes face au conflit.
- Semaine 12 :** Clôture.

Ces séances se sont réalisées dans un local de l'équipe, la salle de réunion, qui n'est pas un espace que les familles et bénéficiaires ont l'habitude de fréquenter. Nous voulions en effet offrir un environnement d'échanges et de travail le plus neutre possible afin de renforcer l'axe thérapeutique, basé sur une confiance mutuelle, associé au programme.

Toutes les sessions ont été organisées selon une structure identique et un tableau présentant le contenu de la session a été complété chaque semaine par les formateurs. Après le temps de l'accueil des participants, les formateurs revenaient sur les activités réalisées la semaine. Un moment d'échange était également consacré aux félicitations, encouragements et réflexions du groupe, notamment si un membre du groupe s'était trouvé en difficulté face à l'activité proposée. Venait ensuite, le thème/l'objectif du jour (cfr ci-dessus). La session se poursuivait par le visionnage des vidéos en lien avec la thématique du jour et les commentaires et observations des participants. Après la pause, un temps était réservé aux jeux de rôles. Enfin, les formateurs présentaient les nouvelles activités à réaliser avec l'enfant pendant la semaine, activités en lien direct avec la thématique du jour. Un débriefing de la session était également prévu avant de prendre un temps pour clôturer la séance.



3. Présentation de la démarche d'implantation et des participantes

Nous avons organisé cette expérience pilote avec un groupe de mères, en raison d'un nombre plus important de mères disponibles à ce moment-là au sein de l'équipe SOS-Enfants Aide et Prévention. Cette intervention pourrait également se dérouler avec un groupe de pères. En effet, la mixité des membres du groupe (hommes et femmes sans être couple parental par exemple) est possible mais il est souhaitable alors que les deux sexes soient représentés de manière équilibrée. Initialement, nous aurions souhaité pouvoir entamer le groupe de mères avec 12 à 16 participantes, déjà en contact avec notre équipe, tel qu'initialement prévu par le programme et anticipant sur le désistement de quelques mères en début du programme.

Avant de constituer le groupe de mères, certains critères de participation ont été établis afin de garantir la cohésion du groupe et la qualité du programme. En effet, il est par exemple démontré que la dépression de la mère, ou encore une consommation de substances psychoactives chez le père, sont des facteurs (modérateurs) qui altèrent l'efficacité de l'intervention CAI (Beauchaine et al., 2005) et nécessiterait une prise en charge spécifique en parallèle. Ces critères, associés au programme de base, étaient les suivants :

1. Vivre avec son enfant (pas d'internat ou de placement).
2. Avoir au moins un enfant dans la tranche d'âge 3-10 ans.
3. Rencontrer des difficultés dans le parenting (famille à risque de maltraitance ou négligence, mère dépassée par l'éducation de son ou ses enfants, enfant agressif...).
4. Ne pas faire la formation avec un membre de sa famille (mari, mère, sœur...).
5. Ne pas être dans une situation de crise familiale aiguë nécessitant la mise en place d'interventions de la part de différents services d'aide (placement, hospitalisation...).
6. Pas de psychopathologie lourde chez la mère (dépression, mania-co-dépression, toxicomanie impliquant un sevrage et un traitement médicamenteux lourd...) ni de déficience mentale sévère.
7. S'engager à être présent à toutes les séances.
8. Accepter de suivre le programme.
9. Participation volontaire.

Nous avons finalement débuté le 6 mars 2015 avec 7 mères. Cette situation montre combien il peut être difficile d'intégrer ce public, en grande vulnérabilité, dans le cadre d'un suivi thérapeutique collectif. En effet, la collaboration avec une équipe SOS-Enfants, qui n'est pas neutre aux yeux



des bénéficiaires, peut en alarmer certains (confidentialité des dossiers). Soulignons également l'importance de tenir compte des critères de participation dans la première sélection des mères. Le critère concernant la santé mentale a pu constituer une limite inhérente aux particularités des suivis SOS.

Sur ces 7 mères, 6 sont venues à la première rencontre, une mère ayant confirmé ne s'est jamais présentée (sa situation personnelle s'étant complexifiée). Suite à cette rencontre, nous avons continué avec 5 mères car une autre mère a dû être hospitalisée. Les caractéristiques de ces 5 mères sont les suivantes : elles présentent une moyenne d'âge de 40 ans (Ec. type : 7,1; min. 29,4 et max. 47,9), avec un enfant visé par ce programme, respectivement 4 garçons et 1 fille, avec une moyenne d'âge de 6 ans et 4 mois (Ec.type : 1,5; min. 4,1 et max. 8,1). Ces 5 mères sont séparées du père de l'enfant et avaient la garde principale de leur enfant, avec pour deux d'entre elles, une absence de contact avec le père et pour les trois autres, des temps de week-ends. Deux des mères avaient un autre enfant au domicile familial. Dans le décours du programme, nous avons terminé avec 3 mères sur les 5 (changement de domicile et nouvel emploi pour une, pas de nouvelle de l'autre).

Une halte-garderie était également initialement prévue afin de garder les enfants en bas âge et permettre aux mères de se libérer pendant 2 heures chaque semaine. Toutefois, ce type de service n'a pas été mobilisé car les mères ayant intégré le groupe avaient des enfants en âge d'être scolarisés. Les trajets en transport en commun étaient aussi remboursés mais cela n'a pas été non plus nécessaire. Ces différentes ressources peuvent permettre de fidéliser les participants (Letarte et al. 2010).

PRÉSENTATION DES PREMIÈRES OBSERVATIONS

1. Contenu

Au travers des observations hebdomadaires réalisées durant les séances et au débriefing associé entre formateurs, nous avons pu relever une évolution chez les mères ayant participé et terminé le programme CAI; évolution propre à chacune, en fonction de leurs objectifs de départ.

1.1. Réactions et feedback des participantes

Globalement, les mères ont, à chaque séance, formulé un feedback positif à l'aide des auto-évaluations prévues à cet effet. Ces auto-évaluations intégraient quatre volets comprenant : le contenu de la session, les compétences des formateurs, les interactions et les discussions et enfin, les jeux de rôles. Pour chacun de ces volets, les possibilités de réponses variaient *de ne m'a pas aidé, neutre, m'a aidé, m'a fortement aidé*. Les mères ont ainsi coché pour ces quatre volets *m'a aidé à m'a fortement aidé*, renvoyant aux résultats descriptifs obtenus par Letarte et ses collègues dans leur expérimentation de ce programme au Québec (2010).



Plus particulièrement et concernant des remarques qualitatives écrites par ces mères, nous pouvons relever : jouer avec son enfant en étant soutenant et non dans la critique (le cas par exemple d'une mère qui jouait beaucoup avec son enfant, en adaptant le jeu selon ses critères à elle, et notamment ses règles et non celles provenant de l'imaginaire et la construction de son enfant qui étaient alors perçues comme mauvaises); apprendre à mettre son attention sur les talents et compétences de son enfant plutôt que sur ses mauvais coups (nombre sont les mères dans le groupe qui utilisaient leur énergie pour commenter les comportements de désobéissance de leur enfant plutôt que valoriser les moments de calme ou les attitudes attendues que celui-ci manifestait); perception du jeu comme un moment de partage qui permet d'en connaître davantage sur son enfant et renforce la confiance mutuelle (une mère a ainsi pu raconter que son enfant lui avait parlé de son père biologique lors d'un moment de jeu; sujet que l'enfant n'abordait pas jusqu'alors, et a pu se confier sur ce qu'il ressentait); comprendre les limites à poser à son enfant et comprendre qu'il en a besoin (particulièrement pour une mère qui, dans sa représentation de l'enfant, imaginait que celui-ci intégrait les mises en garde et attitudes préventives de sa mère comme étant des limites, et s'offusquait quand l'enfant n'obéissait pas).

Ainsi, cette mère utilisait la plupart du temps une argumentation qui lui convenait à elle et pas au stade de développement et aux capacités de son enfant telle que *si tu ne mets pas ta casquette pour aller jouer dehors, tu vas être brûlé et développer de graves maladies* ; établir des limites claires (notamment pour une mère d'origine marocaine qui a été élevée elle-même sans limites clairement identifiées car dans sa culture, il est attendu que les enfants développent eux-mêmes des limites, aidés en cela par la communauté). Les mères ont aussi exprimé à certains moments les difficultés que représentaient cette formation pour elles : c'est dur ou encore nécessite des efforts pour tenir les objectifs sur la durée, leur permettant de conscientiser et d'identifier où se situaient réellement leurs challenges dans la relation avec leur enfant. Généralement, ces moments de partage (en groupe ou sous forme d'introspection) ont constitué un tournant dans la formation, permettant non pas aux mères de se décourager, mais plutôt de chercher du soutien et des ressources auprès du groupe et des formatrices afin de se mobiliser et atteindre leur objectif.

Par exemple, pour une mère, tenir le coup lors d'une sanction, prenant la forme d'un retrait de 5 minutes pour son enfant suite à une crise, était particulièrement difficile. Une attention particulière lui a été ainsi accordée, notamment au niveau des jeux de rôles face à cette situation, lors des appels téléphoniques hebdomadaires et des débriefings suivants. Les mères pouvaient également signaler qu'elles se sentaient reboostées suite à la séance.



1.2. Compétences globales développées durant le programme

Nous avons constaté une relation mère-enfant plus forte, avec des confidences spontanées de la part des enfants et des moments de partage et d'échange, qui étaient absents auparavant pour certaines mères. D'autres ont développé de réelles compétences à fixer et maintenir des limites par rapport à leur enfant et gérer les émotions que cela suscitait chez elles. Une autre mère a pu apprendre à être dans une résolution de problèmes plus optimale et mettre en place des stratégies efficaces pour prendre de la distance quand des tensions apparaissaient avec son enfant. Nous avons également relevé davantage de confiance au niveau des mères, dans leur rôle de mère et de femme, et le développement d'un climat de soutien et d'entraide entre elles, qui permet de diminuer la solitude dans laquelle elles peuvent être plongées.

1.3. Conclusion

De façon générale, le contenu du programme CAI a permis de créer un lien thérapeutique avec ces mères, où la maltraitance (physique et/ou verbale), si elle apparaissait, pouvait être partagée et discutée, sans déni ni tabou. De façon significative, les 3 mères ayant terminé le programme ont diminué le recours à la gifle ou à l'empoignade lors de moments de tension avec leur enfant afin d'utiliser d'autres stratégies. L'initiative de l'introspection et la remise en question de ses propres attitudes éducatives et leur adéquation par rapport à l'enfant ont aussi été renforcées chez ces mères.

2. Le dispositif comme soutien

Le programme CAI n'est certes pas suffisant pour réguler totalement les difficultés que ces mères rencontrent avec leur enfant et plus globalement dans leur vie, ce qui n'est d'ailleurs pas la prétention du programme, il constitue cependant une ressource importante pour le travail au quotidien avec des parents en situation de maltraitance et/ou négligence. L'intérêt du dispositif repose sur sa structuration, sa régularité (2h chaque semaine, pendant 12 à 16 semaines), ses aspects très opérationnels et concrets (notamment grâce aux vidéos et jeux de rôle, qui permettent de vivre et sentir les choses, pas seulement de les mentaliser), l'implication des formateurs et le climat soutenant développé au sein du groupe qui permet d'ouvrir les perspectives tout en étant respectueux. En outre, l'accent est mis sur les ressources de ces mères comme porte d'entrée au travail, plutôt que d'axer sur leurs difficultés. Nous sommes persuadés que cette façon d'aborder la relation, associée au cadre particulier du dispositif, essentiellement thérapeutique et non diagnostique, a permis d'affilier les mères au travail proposé et d'éviter des attitudes d'évitement ou de déni.



2.1. Le groupe comme levier

Le groupe et le dispositif de formation permettent de prendre de la distance pour ne pas réagir dans l'instant avec son enfant, notamment quand une situation de tension/crise apparaît, ouvrant la possibilité pour trouver des stratégies et anticiper. La technique de brainstorming, présente à chaque nouveau thème abordé, est ainsi pointée par les mères comme étant bénéfique, leur permettant de puiser trucs et astuces chez les autres mères et de façon générale, d'élargir leur répertoire cognitif et comportemental. Le jeu de rôle, autre technique utilisée, est également mis en évidence par les mères, leur permettant d'oser se mettre en scène, vivre et surtout ressentir une position d'enfant (qu'est-ce que c'est agréable de recevoir des compliments, avons-nous entendu de la part d'une mère dubitative sur l'importance de formuler des compliments lorsqu'elle s'est retrouvée à la place de l'enfant dans le jeu de rôle) et également une position différente de mère (par exemple, être dans l'observation et la présence bienveillante, sans être interventionniste). Les mères mettent également en avant l'aspect soutenant d'un groupe composé de peu de membres, qui permet chaleur et encouragements plus personnalisés.

2.2. L'importance du débriefing

Il est également rapporté que les périodes de débriefing permettent d'identifier les avancements des mères, ce qui, pour certaines, leur permet de relever les propres changements réalisés et dès lors, de se centrer sur ce qui évolue et qui est porteur par rapport à leur relation avec leur enfant, plutôt qu'axer sur les difficultés, qui malgré tout restent présentes sur d'autres aspects pas encore ou non travaillés durant cette formation. Ces moments d'échanges et de débriefings offrent également aux mères la possibilité de relativiser leur situation et d'observer que d'autres connaissent également des difficultés dans la relation à leur enfant. Cette conscientisation, loin de les entrainer vers un processus de banalisation, leur permet plutôt de reprendre confiance en elles et participe à leur motivation générale. Les mères nous parlent également d'un effet anti-stress de la formation qui, compte tenu des aspects parfois cathartiques de leurs conditions de vie stressantes, facilitent également la mobilisation de ces mères dans le dispositif mis en place.

2.3. Conclusion

Le dispositif de groupe et ses différentes composantes apparaissent dès lors comme un facilitateur dans le développement des habiletés parentales et la régulation des comportements de l'enfant en aval. La méta-analyse réalisée par Furlong et son équipe (2010) a pu démontrer la plus-value du dispositif de groupe dans ce cadre, participant à diminuer les troubles intériorisés des parents (dépression, anxiété) et réduire le sentiment de stigmatisation et d'isolation dont ils peuvent souffrir.



Ces différentes observations ont également été mises en évidence par l'équipe de Letarte et Normandeau (2010) et renvoient à l'intérêt de prendre en compte tant des éléments d'évaluation liés au contenu que des éléments associés à la qualité d'implantation du dispositif et des différents facteurs pouvant contribuer à son succès; ou autrement nommés, concernent les aspects *programmés* et *non programmés* d'une intervention (Andrews, 2011).

PERSPECTIVES ET CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Le contexte de l'équipe SOS-Enfants de Liège s'intègre bien avec le dispositif du programme CAI, où le volet thérapeutique concernant la parentalité peut être investigué. Toutefois, il nous semble important, au vu de cette première expérience et des observations réalisées sur sa mise en œuvre, d'être attentif à une série d'ajustements.

Premièrement, nous insistons sur la clarté des rôles et missions pour les formateurs d'un prochain groupe CAI. Il est, en effet, essentiel de dissocier les différentes missions et de garantir le secret professionnel associé à un cadre thérapeutique, et de fonctionner, dans la mesure du possible, de manière indépendante par rapport au travail quotidien des équipes SOS-Enfants ou plus généralement du service au sein duquel est associé le programme CAI. Rappelons en effet que ce programme repose, entre autres, sur la confiance, le partage et le respect au sein du groupe et avec les formateurs. Cette prise de position a pu être facilitée avec la présence d'un formateur externe. De même, l'aval du conseil d'administration, le soutien de la coordination de l'équipe SOS-Enfants concernée par cette expérience pilote ainsi que l'équipe elle-même ont facilité l'implantation et le bon déroulement de ce programme. En effet, comme souligné par Lanctôt et Chouinard (2006), un positionnement clair des directions est nécessaire dans le développement d'un nouveau projet, citant d'ailleurs Serin et Preston (2001, cité par Lanctôt et al., 2006, p.117) qui précisent que les intervenants accordent de la crédibilité à la démarche d'implantation si elle est intégrée à la routine de l'institution et dans la structure de sa programmation. Ce positionnement a sans doute été favorisé par la participation volontaire attendue pour cette expérience pilote. À l'avenir, la possibilité de dispenser ce type d'intervention en collaboration avec des partenaires mandatés, comme les services d'Aide et de Protection de la Jeunesse, pourrait s'envisager, fonctionnant alors davantage sous le principe d'aide contrainte. Cela nécessiterait toutefois, à notre sens, de mener davantage des expérimentations sur une base volontaire et d'en tirer des observations permettant soit de conserver cette modalité, car elle satisfait tant les bénéficiaires que l'équipe, soit d'entamer une discussion avec les partenaires décisionnels extérieurs sur l'adéquation ou non d'envisager une modalité contraignante de participation et le cadre associé. Il est à noter que des expériences sur base d'une participation obligée ont été menées à Montréal. La participation des parents à ce programme a



aidé au maintien ou au retour de l'enfant dans son milieu familial, avec 80 % de dossiers ayant été fermés dans l'année suivant l'inscription au programme CAI comparativement à 54,7 % pour le groupe contrôle n'ayant pas participé à l'intervention (Normandeau et al., 2007).

Deuxièmement, veiller à l'intégrité du programme et à la formation continue des intervenants qui le dispensent nous semblent indispensable; rejoignant les considérations de plusieurs auteurs sur le sujet, en faisant un élément clé d'une démarche d'implantation réussie (Mihalic et al., 2004). Ce facteur a pu être facilité par la présence d'un formateur externe agréé pour dispenser le programme CAI ainsi que par la participation d'un deuxième formateur, intervenant de terrain, qui a été sensibilisé à ce programme grâce à une observation précédente de cette intervention, derrière une vitre sans tain, en partenariat avec l'équipe du Québec.

Troisièmement, une mixité au sein du groupe de mères (ou des pères) serait un avantage, permettant la diversité des points de vue, expériences et ressources; mixité entendue ici comme une ouverture à d'autres participants, hors suivis équipes SOS-Enfants, voire à des services de protection de l'enfance, et par là-même élargir le nombre initial de participants au programme tout en veillant au respect des critères de sélection. Ceci pourrait aussi participer à dédramatiser les représentations anxiogènes des bénéficiaires associées aux équipes SOS-Enfants et plus généralement aux services de protection de l'enfance. Précisons toutefois que la moyenne d'âge de notre échantillon est relativement élevée (40 ans), tout comme celle des parents (37 ans pour la condition de groupe expérimental) ayant participé à l'étude de Letarte et Normandeau (2010). D'autres expérimentations permettraient de vérifier que ce programme est également bénéfique pour un groupe de participants plus jeunes. Des possibilités de recherches évaluatives, avec constitution de conditions de groupe expérimental et contrôle (notamment les parents en attente du programme CAI) pourraient également constituer une perspective intéressante, à la condition que l'implantation du programme soit bien développée au sein de l'équipe.

En lien, il serait également nécessaire de rediscuter l'opérationnalisation du programme CAI au sein de l'équipe, notamment concernant la réorientation des mères (ou pères) et la pertinence de continuer ou non un autre type de suivi concernant la parentalité; une multiplication des suivis pouvant notamment participer à augmenter les contraintes logistiques pour les participants et à complexifier la clarté de l'intervention les concernant. Cette observation est en lien avec celle réalisée par l'équipe de Letarte et Normandeau (2010) qui invite à davantage de partage et compréhension mutuelle entre les chercheurs et les intervenants de terrain, notamment concernant l'intérêt et les implications cliniques d'une telle intervention.

Enfin, et de façon transversale par rapport à ces différentes implications,



il serait pertinent, pour d'autres expérimentations, de bénéficier d'un local externe. En effet, notre première intervention s'est réalisée au sein d'un local de l'équipe, qui bien qu'étant non habituel pour les mères impliquées, n'en demeurerait pas moins tributaire du bâtiment, de son entrée, voire de sa salle d'attente. Aussi, même si l'infrastructure interne se prête au développement d'une telle intervention, celle-ci peut aussi entraver son bon fonctionnement, et notamment l'affiliation de quelques participants de par une méfiance et/ou une impression de cumuls de suivis similaires.

Au terme de cet article et avant de conclure, nous voudrions présenter quelques recommandations qui permettent d'optimiser les collaborations entre milieux de terrain et recherche. Ces recommandations proviennent d'une nouvelle approche qui encourage l'utilisation de programmes d'intervention reconnus comme probant par la littérature scientifique, tout en offrant à la pratique la possibilité de moduler l'intervention choisie à sa réalité de terrain. Ce type de dispositif est appelé *adapted intervention* (August et al., 2010) et propose six lignes directrices.

Premièrement, identifier quels composants du programme d'intervention sont centraux et lesquels sont optionnels (dans notre cas, les 12 séances de base ont été préservées car cela impliquait une progressivité dans les objectifs tandis que les séances en lien avec l'école ont été supprimées car elles se prêtaient moins aux objectifs associés à la formation et auraient été plus laborieuses à mettre en place).

Deuxièmement, privilégier les composants centraux et permettre des adaptations dans la procédure utilisée pour réaliser l'intervention (comme notre groupe de mères était relativement restreint, nous avons pris la décision de prendre davantage de temps pour les discussions informelles en début de la séance que ce qui était initialement prévu par le programme).

Troisièmement, évaluer la capacité du service de terrain à soutenir l'implantation de l'intervention (nous avons reçu le soutien de notre équipe, y compris coordination et conseil d'administration, et une personne de l'équipe a également été désignée comme responsable pour cette intervention avec des plages horaires spécifiquement dédiées à celle-ci).

Quatrièmement, collaborer avec le service pour tenir compte des conditions qui pourraient requérir des adaptations à apporter à l'intervention (nous avons eu des discussions concernant l'espace à aménager et notamment le local pour recevoir les mères, la possibilité dans le quartier de bénéficier d'une halte-garderie ou encore l'adaptation des horaires).

Cinquièmement, fournir des services de soutien à l'implantation qui en assurent sa qualité (nous avons profité d'une supervision de la part du formateur agréé pour le programme CAI, qui était lui-même en contact avec l'équipe du Québec).



Enfin, procéder à des vérifications en continu pour maintenir l'intégrité du modèle d'intervention qui a été adopté (les auto-observations ont notamment été utilisées avec cette volonté).

En conclusion, ce programme d'intervention *Ces années incroyables* nous semble présenter de belles perspectives de réflexions et d'actions pour les services de protection de l'enfance. En effet, de notre point de vue, ce programme allie tant les principes de la recherche basée sur l'évidence (evidence based-research) qui intègre des éléments d'intervention concluants et efficaces (Holzer, 2014), que les principes de la recherche basée sur le terrain (practice based-research) qui se centre sur les préoccupations et l'expertise des intervenants; permettant de tendre vers davantage de rigueur méthodologique et de pertinence clinique.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. Richards (Ed.), *The Integration of the Child into a Social World* (pp. 99-135). Cambridge, Cambridge University Press.
- Andrews, D. A (2011). The impact of nonprogrammatic factors on criminal-justice interventions. *Legal and Criminological Psychology*, 16: 1-23.
- August, G. J.; Gewirtz, A.; Realmuto, G. M. (2010). Moving the field of prevention from science to service: Integrating evidence-based preventive interventions into community practice through adapted and adaptive models. *Applied and Preventive Psychology*, 14: 72-85.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*, 25: 729-735.
- Beauchaine, T. P.; Webster-Stratton, C.; Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73: 371-388.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brame, B.; Nagin, D. S.; Tremblay, R. E. (2001). Developmental trajectories of physical aggression from school entry to late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42: 503-512.
- Brestan, E. V; Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27:180-9.
- Cottraux, J. (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Collection médecine et psychothérapie. Paris, Masson.
- Dumas, J. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles, De Boeck.
- Farrington, D. P. (1992). Explaining the beginning, progress, and ending of antisocial behavior from birth to adulthood. *Facts, frameworks, and forecasts*, 3: 253-286.
- Furlong, M.; Mcgilloway, S.; Bywater, T.; Hutchings, J.; Smith, S. M.; Donnelly, M. (2010). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.



- Garland, A. F.; Hawley, K. M.; Brookman-Frazee, L.; Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47: 505-514.
- Gatti, U.; Rocca, G.; Graap, C.; Tremblay, R. E. (2014). Traitements psychosociaux fondés sur les preuves pour les problèmes de conduite chez les enfants et les adolescents. In L. Holzer (Ed.), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Une approche basée sur les preuves* (pp. 283-321). Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Holzer, L. (2014). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Une approche basée sur les preuves*. Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Howell, J. C.; Lipsey, M. W.; Wilson, J. J. (2014). *A Handbook for Evidence-Based Juvenile Justice Systems*. Lanham, Lexington Books.
- Lanctôt, N.; Chouinard, J. (2006). Comment favoriser la réussite d'une démarche d'implantation d'un programme au sein d'un milieu d'intervention: leçons tirées d'une étude de cas. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21: 105-131.
- Letarte, M. J.; Normandeau, S.; Allard, J. (2010). Effectiveness of parent training program « Incredible Years » in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*, 34: 253-261.
- Faivre, F. L.; Rossignol, A. S.; Serpa, S. R.; Knauer, D.; Espasa, F. P.; Robert-Tissot, C. (2005). Troubles du comportement entre 18 et 36 mois: symptomatologie et psychopathologie associées. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53: 176-185.
- Macdonald, G.; Higgins, J. P. T.; Ramchandani, P.; Valentine, J.C.; Bronger, L.P.; Klein, P.; O'Daniel, R.; Pickering, M.; Rademaker, B.; Richardson, G.; Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Campbell Systematic Reviews*, 14.
- Mihalic, S.; Irwin, K.; Fagan, A.; Ballard, D.; Elliott, D. (2004). *Successful program implementation: Lessons from blueprints*. Washington, DC: U. S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Normandeau, S.; Allard, J. (2007). Évaluation des effets du programme CAI au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : une étude de dossiers. Rapport de recherche no 3, Université de Montréal.
- Office de la Naissance et de l'Enfance (2013). *Les équipes SOS-Enfants: A l'Attention des professionnels*. Bruxelles, ONE.
- Parent, S.; Turgeon, L. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents: Troubles intériorisés*. Québec, Presses Université du Québec.
- Patterson, G. R.; DeBaryshe, B. D.; Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychological Association*, 44 : 329-335.
- Paulussen-Hoogeboom, M. C.; Stams, G. J. J. M.; Hermanns, J. M. A.; Peetsma, T. T. D.; van den Wittenboer, G. L. H. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *Journal of Genetic Psychology*, 169 : 209-226.
- Tremblay, R. E.; Japel, C.; Perusse, D.; McDuff, P.; Boivin, M.; Zoccolillo, M.; Montplaisir, J. (1999). The search for the age of 'onset' of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9: 8-23.
- Vera, L. (2009). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS.



- Webster-Stratton C.L. (2004). Quality training, supervision, ongoing monitoring and agency support: Key ingredients to implementing the Incredible Years Program with fidelity. Repéré à www.incredibleyears.com
- Webster-Stratton, C.; Reid, M. J. (2006). Treatment and prevention of conduct problems: Parent training interventions for young children (2-7 years old). In K. McCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp.616-641). Malden, Blackwell Publishing.
- Webster-Stratton, C.; Reid, M. J.; Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49: 471-488.
- Webster-Stratton, C.; Rinaldi, J.; Reid, J. M. (2011). Long-Term Outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of Adolescent Adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16: 38-46.



COMME UNE FOLIE À TROIS

EMMANUEL de BECKER, PÉDOPSYCHIATRE ET NATHALIE CHATELLE, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, ÉQUIPE SOS-ENFANTS, UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN³

THÈME

La vignette illustre toute la complexité de la prise en charge des processus de folie parentale et des retombées sur les enfants. Il est bien délicat de vouloir préserver un lien thérapeutique au-delà des notions de protection, d'aide et de soins.

CONTEXTE

Notre équipe est contactée par le Centre PMS (psycho-médico-social) de l'école que fréquentent Sophie et Ana. Ce contact fait suite à une rencontre avec leur mère qui a sollicité l'intervention des professionnels scolaires. Elle souhaite porter à leur connaissance des faits graves et répétés d'abus sexuel subis par ses filles, depuis leur plus jeune âge, de la part de leur père. Sophie, 12 ans et Ana, 16 ans, vivent toujours avec leurs deux parents sous le même toit. Ni Monsieur, ni Madame ne travaille et la situation socio-économique de la famille est assez précaire. Si Monsieur vit encore avec Madame et les enfants, il n'y a pratiquement aucun contact entre lui et elles. C'est une sorte de cohabitation silencieuse.

Suite à l'entretien avec la mère, la psychologue du PMS rencontre individuellement les jeunes filles; celles-ci confirment les propos de leur mère. Dès le premier contact, l'agent PMS fait part de sa perplexité et de ses interrogations par rapport aux allégations. Le discours de la mère est loin d'être cohérent et les raisons de son inaction jusqu'alors, assez interpellantes. En effet, Madame et ses filles parlent de faits répétés depuis la petite enfance. Madame explique savoir les transgressions depuis le début mais avoir attendu les 12 ans de sa cadette pour ces révélations car elle était persuadée qu'avant cela, elle ne serait pas crue et on placerait automatiquement les filles. Elle a donc accepté que les abus se poursuivent.

PREMIÈRES RENCONTRES

Les premières rencontres dans notre équipe se passent sans heurt : Madame et ses filles semblent en confiance. Néanmoins, chaque fois qu'un professionnel émet l'idée que les faits doivent être évalués (ce qui est immédiatement compris comme susceptibles d'être remis en question) et

3 Cliniques universitaires Saint-Luc - Avenue Hippocrate, 10 à B-1200 Bruxelles



qu'ils pourraient ne pas avoir eu lieu, la réaction est brutale, voire agressive. La demande d'aide et de soins concerne exclusivement les retentissements psychologiques des abus sur les filles. Or, tout comme les intervenants du PMS, nous sommes très vite mal à l'aise avec le discours tenu par la mère et ses filles. Nous prenons conscience que depuis leur plus jeune âge, Madame répète inlassablement à ses enfants qu'elles sont victimes de leur père. Elle nous dira d'ailleurs : Monsieur est un pédophile, je le savais bien avant de l'épouser. Il s'avèrera vain de vouloir questionner son choix d'avoir épousé malgré tout cet homme.

Dès le début de la prise en charge, nous rencontrons ce père qui est soulagé qu'une équipe comme la nôtre intervienne. S'il se montre inquiet de la dynamique mère-enfant, il s'est totalement désinvesti de la vie familiale et n'a pu réussir à tisser de lien avec ses filles. C'est un homme passif qui semble avoir renoncé à assumer une place et une fonction. De plus, il ne paraît pas surpris d'être ainsi accusé. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une éventuelle dépression chronique non reconnue et non traitée. Par ailleurs, Monsieur est le premier à nommer sans détour la question de la santé mentale de Madame : ma femme est folle, depuis toujours. Elle est totalement parano, nous dira-t-il. Ici également nous nous interrogeons sur les raisons qui ont conduit Monsieur à épouser Madame.

Les jeunes filles, quant à elles, semblent totalement inféodées à leur mère. Ana, l'aînée, est plus sereine que sa sœur. Elle a un petit réseau amical mais passe la plus grande partie de son temps à veiller sur sa sœur. Sophie quant à elle présente des traits beaucoup plus dépressifs. Très isolée socialement, elle se méfie de tout et de tous. Bien qu'entrant pleinement dans l'adolescence, elle adopte en entretien un comportement très infantile. Même dans sa façon de parler et de s'exprimer, elle fait le bébé.

Au niveau scolaire, les résultats sont corrects pour l'une comme pour l'autre. Elles n'ont aucune activité extra-scolaire.

Lors des premiers entretiens, tant Ana que Sophie expliquent avec précision les faits dont elles auraient été victimes. Les récits sont globalement cohérents et précis sauf pour certains abus qui apparaissent tels des rêves pour Sophie. Par ailleurs, les jeunes filles prétendent avoir des souvenirs, même des faits les plus anciens, lorsqu'elles n'avaient que quelques mois.

QUAND LA CONFIANCE PERMET LA CONFIDENCE... ET NOUS INQUIÈTE

On pouvait aisément imaginer que mère et filles, ayant attendu si longtemps pour parler, investiraient au maximum le lieu et les professionnels qui les entendraient. Et c'est effectivement ce qui s'est produit. Madame, comme ses enfants, attendent avec impatience chaque rencontre. Elles se sentent accueillies et écoutées. Cette attention bienveillante favorise d'autres confidences. C'est pourquoi très vite, s'autorisent-elles à parler d'autres



faits. Madame serait victime d'un réseau qui l'exploiterait sexuellement en la droguant régulièrement. Ce réseau s'appuierait sur des complicités médicales.

Si nous devons toujours rester attentifs à la possibilité que des abus aient eu lieu, les modalités et les contenus du discours de Madame (scénarios dignes des plus grands thrillers, incohérences voire propos délirants...) nous amènent à mettre en doute la matérialité des faits. Notre inquiétude ne concerne pas uniquement la mère mais bien évidemment les deux enfants. Notre préoccupation à l'égard des filles s'intensifie d'autant plus lorsque Madame nous explique qu'elle les prend à témoin en leur relatant en détail les faits dont elle est victime. Elle nous dit leur avoir montré les lésions, notamment génitales, dont elle souffrirait. De plus, elle a multiplié également les examens gynécologiques sur les jeunes filles, en dehors de toute consultation médicale. Sophie et Ana confirment : elles n'expriment aucun malaise face à ce qui leur semble normal mais peuvent dire leur angoisse massive face à ce que vit leur mère et à la menace que représente le monde extérieur. Ce dernier comprend le monde des soignants, ... même celui qui est supposé prendre soin. Notre hypothèse s'oriente alors vers un processus de trouble psychotique partagé. Mère et filles semblent embarquées dans une sorte de folie à plusieurs autour d'un délire maternel de type paranoïaque. Cette situation entraîne une détresse psychique importante surtout chez Sophie qui évoque en entretien des idéations suicidaires et adopte des comportements d'automutilation.

LES QUESTIONS QUI ANIMENT NOTRE ÉQUIPE

Par sa complexité mais aussi sa particularité, cette situation suscite énormément de questions au sein de l'équipe : d'un côté, comment, en intervenant (c'est-à-dire en évaluant, en questionnant la matérialité des allégations et donc en remettant en cause la réalité de l'abus) ne pas alimenter la conviction que le monde extérieur est malveillant ? Le risque est grand de confirmer à ces trois femmes ce qu'elles craignent au plus haut point, c'est-à-dire que, même les soignants spécialistes de la protection de l'enfance maltraitée, sont des ennemis qui participent à la conspiration ? D'un autre côté, comment exclure totalement qu'il n'y a pas eu abus sexuel de la part du père ? On peut en effet raisonnablement s'interroger sur le choix maternel de son conjoint : n'aurait-elle pas pu choisir un conjoint abuseur ?

Au niveau des jeunes filles, celles-ci sont-elles réellement capables de se différencier du discours de leur mère ? Ont-elles pu développer une capacité d'autonomie psychique pour faire la part des choses ? Faut-il pour cela envisager une séparation mère-enfants ? N'est-il pas essentiel de pouvoir nommer la folie maternelle à ces jeunes, même si la portée thérapeutique ne pourra vraisemblablement être actée qu'ultérieurement ?



En cas de distanciation des enfants par rapport à leur mère, pouvons-nous concevoir un délai entre l'énonciation de nos questions et la séparation proprement dite ou existe-t-il une menace de fuite à trois, loin du milieu de vie ou dans un passage à l'acte suicidaire (suicide collectif) ?

VERS UN DISPOSITIF À PLUSIEURS

Au fur et à mesure de nos réflexions, la nécessité de constituer une enveloppe partenariale⁴ en s'entourant d'autres professionnels se fait plus manifeste. D'une part, nous décidons de demander l'ouverture d'un dossier au SAJ (Service d'Aide à la Jeunesse). En effet, quelles que soient les suites données à notre intervention, il semblait évident que d'autres services d'accompagnement et/ou de placement devaient être sollicités et la présence du SAJ nous permettait de l'anticiper. D'autre part, il paraissait important que Madame puisse trouver un soutien inconditionnel en dehors de l'équipe SOS-Enfants, professionnel qui pourrait ainsi se différencier de nos prises de position à venir. En nous appuyant sur la confiance établie avec la mère et sur les bonnes collaborations avec le service de psychiatrie de notre hôpital, un suivi individuel a pu être mis en place pour Madame chez un psychiatre adulte. Par ailleurs, des contacts réguliers ont été maintenus avec l'envoyeur, agent PMS de l'école.

Par contre, nos tentatives de mobilisation du père sont vaines. Monsieur s'est désengagé de la vie de ses filles depuis longtemps et son seul objectif consiste à voir son honneur rétabli. L'attachement à ses filles est bien fragile, le lien n'ayant pu se construire étant donné les fragilités parentales respectives.

QUAND LA CRISE EST INÉVITABLE

Les différentes tentatives, lors d'entretiens individuels et de fratrie, d'accompagner les jeunes filles vers plus de différenciation et la prise de conscience des difficultés psychiques de la mère s'avèrent infructueuses. Comme on pouvait le craindre, nos interventions déstabilisent le système et le niveau d'angoisse augmente. Progressivement, l'équipe a la conviction clinique qu'il faut s'énoncer afin de donner la possibilité à ces jeunes filles de vivre une vie plus sereine, moins angoissante... et plus libre. Nous pensons aussi qu'il est important d'ouvrir chez elles la possibilité de penser qu'elles ne sont pas des victimes d'abus sexuel depuis toujours. Nous estimons aussi qu'il est capital et structurant qu'elles puissent entendre que leur mère souffre de troubles psychiques et que leur père présente une fragilité psychologique.

Nous participons à une réunion d'équipe de nos collègues, psychiatres adultes, afin d'évaluer les risques de passage à l'acte de Madame si nous

⁴ Parret, C. (2001). *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*. Dunod.



la confrontons à notre conviction de l'absence d'abus sexuel. Pour le psychiatre qui suit Madame, ce risque ne peut être exclu. Nous devons alors envisager un dispositif de crise qui prévoit la remise de nos conclusions au SAJ avec éloignement immédiat des jeunes filles et, éventuellement, accompagnement spécialisé de Madame, si celle-ci devait décompenser. Ce sont des perspectives difficiles à envisager car nous pouvons anticiper un impact très violent et douloureux tant pour les filles que pour leur mère et nous devons assumer d'être les agents de cette crise. Ce n'est qu'en nous appuyant sur la conviction de l'intérêt à moyen et long termes pour le développement de ces jeunes filles que nous pouvons maintenir cet objectif. C'est aussi grâce à la construction d'un dispositif cohérent et efficace mis en place avec le SAJ. Nous anticipons notamment avec eux le passage vers le signalement au Parquet, tant la perspective d'accord de la part de Madame et de ses filles est faible.

Ainsi, le jour de la remise de conclusions, non seulement un lieu d'accueil est trouvé pour chacune des jeunes, mais un temps est prévu pour leur expliquer le plus clairement possible les raisons de ce dispositif. Cet espace ouvert pour elles au SAJ permet, en tout cas à l'aînée, de confier qu'elle se posait des questions sur la santé mentale de sa mère : l'énonciation, certes explicite et franche, des professionnels, donne enfin la possibilité à cette jeune fille d'exprimer ses doutes. La plus jeune restera davantage dans la sidération et dans une résistance absolue à toute remise en question. La loyauté à la mère, une grande préoccupation à son égard, la mise en doute de ses repères les plus fondamentaux, une inquiétude aussi, l'empêchent de concevoir une distanciation. Madame, quant à elle, ne décompense pas vraiment mais exprime une colère immense et voit dans la tournure des événements la confirmation du grand complot. Elle reste cohérente dans son délire...

Sitôt le Tribunal de la Jeunesse sollicité, l'éloignement des jeunes filles sera confirmé. A la demande des intervenants psycho-sociaux des deux structures d'accueil (un hôpital résidentiel pour adolescent et une institution de l'aide à la jeunesse), nous rencontrerons les jeunes sur place pour échanger sur ce qui s'est mis en place et le contenu de nos conclusions. Nous constaterons alors une relativement bonne évolution de ces jeunes, surtout de l'aînée.

Bien plus tard, nous apprendrons qu'après la mise en place de rencontres médiatisées, les jeunes filles retournent régulièrement chez leur mère, tout en restant dans des structures d'hébergement.

EN GUISE DE CONCLUSION

Comme évoqué dans l'introduction, cette vignette nous montre combien il est difficile de préserver un lien thérapeutique lorsque l'on est amené à dénoncer la qualité des interactions parent-enfants. Au-delà des questions



immédiates de protection, il nous paraît essentiel, dans les situations impliquant des troubles psychiatriques sévères chez les parents, de pouvoir s'énoncer auprès des enfants. Nous faisons l'hypothèse que, même s'ils ne peuvent pas s'appropriier instantanément le diagnostic de folie parentale, l'énonciation de celui-ci permettra tôt ou tard à ces enfants de mieux comprendre et de pouvoir s'extraire des dynamiques délétères dans lesquelles ils sont plongés.

TRAUMA ET RÉSILIENCE. VICTIME ET AUTEUR

Partant du constat de la méconnaissance, de la complexité ou encore du tabou que représente cette problématique, Yves-Hiram Haesevoets nous invite à faire le point sur la situation des enfants de parents en souffrance psychique au sein d'un chapitre de cet ouvrage collectif⁵.

Il est difficile d'imaginer la relation que peut entretenir un enfant avec son parent *fou*. Pourtant l'impact pour l'enfant peut être important. Celui-ci peut être renforcé par le fait que la maladie reste parfois diagnostiquée avec trop peu de *rigueur*.


Chaque histoire reste singulière; cependant peu de ces enfants mènent une existence *ordinaire*. Ils se questionnent notamment très tôt sur le *normal* et le *pathologique*. S'il existe peu d'écrits en la matière, les manières dont l'enfant peut être touché sont multiples : parentification, inversion intergénérationnelle, mécanisme de résilience, identification anxieuse au parent malade...

Quelques recherches se sont toutefois penchées sur la question, dont une réalisée à l'Université de Pittsburgh, qui montre que les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à la maladie mentale. Ces enfants gardent leur souffrance pour eux et ne demandent pas d'aide (*syndrome du survivant*). Pourtant cette situation impacte fortement l'enfant, sur le plan scolaire notamment.

L'enfant peut jouer un rôle thérapeutique auprès de son parent malade. Il est vecteur de réalité mais assume de ce fait une responsabilité matérielle et psychologique qui n'est pas celle d'un enfant de son âge. Ce sont des expériences qui mettent en péril son équilibre psychique.

Selon les théories systémiques, une dynamique familiale psychopathologique repose essentiellement sur l'existence d'un sujet-objet, symptôme d'un trouble du système familial. L'enfant est alors désigné comme *représentant* psychique du symptôme de sa famille. La souffrance psychique née de ce mécanisme devient envahissante et occupe tout l'espace relationnel de la famille. Ces interactions pathogènes empêchent celui qui en est victime d'y faire face. H. Searles évoque l'effort mis en œuvre pour

⁵ *Ouvrage coordonné par Roland Coutanceau, Joanna Smith et Samuel Lemitre qui traite de la question de la résilience sous un triple aspect : théorique, clinique et thérapeutique. Il pose la question de l'évaluation des thérapies de victimes et d'auteurs de violences et se présente comme un plaidoyer pour des stratégies thérapeutiques complémentaires (groupe de paroles, accompagnement systémique, hypnose, EMDR...). 2012. Dunod.*



rendre l'autre fou. Comment le proche peut-il alors survivre ? L'enfant a le droit d'entretenir des relations avec son parent malade mais dans des conditions qui ne mettent pas en péril sa propre santé mentale et son intégrité physique.

Les enfants peuvent être victimes de maltraitements physiques ou psychiques de la part de leur parent malade. En effet, la maladie mentale d'un parent peut être prédictive de risque de maltraitance pour l'enfant. S'il faut être prudent quant au fait que la maladie n'entraîne pas forcément la maltraitance, lorsque la personnalité d'un parent est organisée de manière psychotique ; dès lors, le désir de persécution peut être à l'origine de mauvais traitements.

L'auteur évoque bien évidemment d'autres dimensions que nous vous invitons à approfondir à travers la lecture de ce chapitre. L'auteur y avance différentes propositions comme celles de valoriser des réseaux de soutien, d'aménager les horaires scolaires...

Y.-H. Haesevoets souligne finalement l'importance que les enfants comprennent mieux la maladie et son évolution. En effet, le soutien est souvent difficile, l'enfant est rarement disponible ou demandeur puisque préoccupé par le sort de son parent au détriment de sa propre évolution personnelle.

Aurore Dachy
Gestionnaire de projets – Service SOS Enfants



UN TOUT PETIT RIEN

« Un tout petit rien » est le premier roman de Camille Enseume, publié en 2014.

Cette journaliste de 25 ans met les mots justes sur la découverte de sa grossesse après une relation sans lendemain, ses interrogations, ses doutes, sa souffrance, puis, petit à petit, l'assurance retrouvée, le choix assumé de devenir « maman célibataire », mais tout en conservant des moments de doute et de tristesse.

Le choix entre l'avortement ou la poursuite d'une grossesse imprévue est un véritable dilemme, et ce livre permet de vivre ces moments avec l'auteure.


Camille a 25 ans, c'est une célibataire qui profite de la vie, qui aime faire la fête avec ses amies et qui définit ses relations *comme beaucoup plus que sexuel, beaucoup moins qu'amoureux. C'est nos culs entre deux chaises, c'est suffisant pour faire semblant de faire des bébés, pas pour en avoir.*

Lorsqu'elle se découvre enceinte, son compagnon la quitte : *Puisqu'il n'a eu qu'à quitter la pièce je voudrais n'avoir qu'à quitter mon corps. Si ça ne tenait qu'à une porte, moi aussi je l'aurais claquée.*

S'ensuit alors une longue période de doute, pendant laquelle elle passe de la volonté d'avorter au souhait de garder son bébé. Camille pèse le pour et le contre de chaque option, mais traverse un océan de désespoir. Les réactions de sa famille sont également une souffrance pour la jeune femme.

Après une remise en question totale, Camille se rend compte que la seule évidence pour elle est de garder cet enfant. Commence alors la seconde partie de sa grossesse, entre le rire et les larmes, entre l'espoir et la peur, les doutes sur sa possibilité d'être à la fois la maman et le papa de cet enfant (*Merde, je viens de réaliser qu'oedipement parlant, ça ne va pas être simple à gérer. Il faudra que je sois ta mère et ton père à la fois, je me laisserai pousser la moustache pour que tu tombes amoureuse de moi et te répondre qu'on ne peut pas épouser son papa*) et cependant la volonté farouche de faire ce qui est le mieux pour lui : *Avant toi je ne mangeais que des pâtes au beurre. Pour obéir à mon médecin qui voulait que je varie mon alimentation, j'ai ajouté des lardons.*

Comme le démontrent ces quelques courts extraits, les mots sonnent juste, avec humour et fantaisie, mais tout en décrivant de manière parfaite les sentiments de Camille pour son ex-compagnon, pour ses parents, pour sa famille et pour son enfant.



Le lecteur avance avec la future maman, se questionne avec elle, se met à sa place, rit à ses blagues et pleure à ses moments d'émotion et de détresse.

Pour les professionnels de l'enfance, ce petit livre permet de quitter la théorie pour se plonger la tête la première dans la pratique, dans la réalité d'une jeune fille qui pourrait être leur patiente, et de découvrir ses pensées les plus secrètes. Un livre poignant et déconcertant, duquel on ne sort pas indemne !

Bénédicte DELIEGE
Secrétaire au Service SOS Enfants de l'ONE



RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Pour la publication dans le Carnet de Notes
sur les Maltraitements Infantiles

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

LA REVUE PROPOSE 3 RUBRIQUES DISTINCTES :



Article

Il s'agit d'articles scientifiques originaux, de rapports de recherche, de réflexions cliniques ou encore de résumés des connaissances empiriques et de leurs applications pratiques, en rapport ou non avec la thématique proposée pour chaque numéro. Il peut également s'agir d'articles précédemment publiés dans une revue non spécifique à la maltraitance ou dans une autre langue que le français et dont la réédition est justifiée par l'intérêt du texte pour les problématiques actuelles ou par une discussion de l'auteur ajoutée *a posteriori*. Cette rubrique est scindée en deux sous-rubriques : « carnet de recherche » et « carnet clinique ». La distinction vise à différencier les travaux de recherche scientifiques des écrits construits sur base d'une pratique de terrain, par exemple. Pour les articles en langue étrangère, une traduction française est requise. Les articles ne dépassent pas 15 pages, bibliographie comprise (et peuvent donc être plus courts notamment dans le cas de résumés). Ils sont accompagnés d'un résumé en français et en anglais et de 3 à 5 mots-clés dans les deux langues également.



Vignette clinique

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



Incitation à la lecture

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

RECOMMANDATIONS POUR LA PUBLICATION :

Les textes sont rédigés en Times New Roman 12 de simple interligne et sont envoyés en format .doc(x) à l'adresse sos-enfants@one.be. Si le texte est accepté en première lecture par les membres du Comité éditorial, il est analysé sur le principe du Peer Review par au moins deux experts du domaine qui peuvent suggérer à l'auteur des modifications. Pendant toute la durée de l'évaluation, l'anonymat, tant de l'auteur que des lecteurs, est préservé. Quelle que soit la décision, un avis est rendu à l'auteur dans les 3 mois. En soumettant son texte à la revue *Carnet de Notes sur les Maltraitances Infantiles*, les auteurs lui cèdent leurs droits et marquent leur accord pour une publication papier et électronique en open source.

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

NORMES BIBLIOGRAPHIQUES :

Toute référence à un auteur doit être mentionnée à deux reprises : dans le corps du texte et sous le titre « Références » en fin d'article.

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

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

Références en fin d'article : la liste des références est présentée par ordre alphabétique.

Pour les livres, le nom des auteurs est en minuscule, suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre en italique, suivi de la ville et de la maison d'édition :

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

Aubert, N. ; de Gaulejac, V. (1991). *Le Coût de l'excellence*. Paris, Seuil.

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

Overpeck, M.D.; Brenner, R.A; Cosgrove, C.; Trumble, A.C.; Kochaneck, K.; MacDorman, M. (2002). National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics*, 109: 274-283.

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

Deux références d'un même auteur parues la même année sont à distinguer dans le texte et dans la bibliographie comme suit : (2013a) (2013b).

NORMES DE SAISIE :

Saisir en italique, sans mettre de guillemets :

Les mots que l'on souhaite exceptionnellement faire ressortir

L'extrait du discours d'une personne (dans le cas des vignettes cliniques par exemple). Les éléments du contexte ne sont pas en italique.

Les tableaux et les figures sont numérotés en chiffres romains, par ordre d'apparition dans le texte. Leur emplacement doit être précisé dans le texte, entre parenthèses.

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning most of the page width.

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



NOTES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

DOCBU0001
D/2016/74.80/03
N° ISSN 2295-5518



AUX PROCHAINS NUMÉROS...

Dans les rubriques thématiques des prochains numéros du Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles (CNMI), nous proposons de traiter l'accompagnement des services de première ligne et retraiter celle de la périnatalité ; nous invitons également les auteurs à penser : les mécanismes sociaux de paupérisation et les risques de négligence connexes ; la souffrance des professionnels ; la maltraitance à l'école ; et enfin, dans une perspective transdisciplinaire, nous pensons qu'une dialectique entre l'accompagnement thérapeutique et l'impact des procédures judiciaires pour l'enfant pourrait enrichir la réflexion. Parce que la maltraitance soulève et doit toujours soulever de nouvelles questions, le CNMI reste aussi ouvert aux propositions hors des thématiques suggérées...



Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be

