

J'ai travaillé 25 ans à l'A S E de Paris dans une pouponnière à caractère social en tant que puéricultrice.

Pour rappel : La pouponnière est un établissement de l'ASE ayant pour objet de garder jour et nuit des enfants de moins de trois ans qui ne peuvent rester au sein de leur famille. Son rôle : accueillir, observer, évaluer, travailler un retour au domicile ou orienter (en famille d'accueil par exemple.)

Mon travail consistait essentiellement à

- Soutenir, et accompagner au quotidien les auxiliaires qui assurent le maternage des enfants.
- Accompagner, animer les rencontres entre les parents et les enfants.

Tout au long de ma pratique j'ai senti combien il était parfois difficile, voire douloureux pour les équipes hospitalières ou celles qui accompagnent les familles, de prendre la décision de demander un placement. J'aimerais insister sur le fait que l'accueil d'un enfant dans une structure telle que la nôtre ne signifie pas mettre un terme au lien parent/ enfant mais que conformément aux missions de l'A S E nous sommes là pour apporter un soutien tant à l'enfant qu'à ses parents et travailler chaque fois que cela est possible un retour au domicile. Néanmoins, l'expérience nous montre que certaines difficultés parentales peuvent mettre gravement en danger la santé et la sécurité affective de l'enfant et que lorsque nous doutons, c'est l'intérêt de l'enfant qui doit nous guider.

Un petit mot sur les 3 types de placements :

1. L'enfant P E (pupille de l'état) : cet enfant nous est confié en vue d'adoption. Nous travaillons en lien avec l'espace Paris Adoption. L'adoption se fait à la pouponnière (pour rappel : le délai légal de rétractation pour les parents est de 2 mois.)
2. L'Accueil provisoire : A P : Un contrat d'accueil est signé entre l'A S E et la famille. Il peut s'agir de mères isolées devant se faire hospitaliser ou devant accoucher d'un deuxième enfant qui n'ont personne pour garder le premier. Il peut s'agir également de parents, conscients de leurs difficultés et qui acceptent ce statut pour mettre leur enfant à l'abri de leurs difficultés et /ou pour éviter un placement judiciaire.
3. Les enfants placés par O P P (ordonnance de Placement Provisoire): c'est un placement judiciaire et c'est le statut du plus grand nombre des enfants que nous accueillons.

Nous voyons donc que dans une même section on met des enfants dont le projet de vie est différent ce qui est compliqué puisqu'ils ne sont pas dans la même attente.

J'ai choisi de faire 3 parties distinctes dans mon exposé :

- Décrire 1 nouveau -né « type » porteur d'un syndrome de sevrage et les difficultés que rencontrent les auxiliaires à le materner,
- Décrire 1 enfant « type » plus grand, qui a vécu avec des parents dont les parents présentent 1 pathologie psy et/ou une addiction
- parler de Léo arrivé dans un état très préoccupant à la pouponnière.

Dans un premier temps je vais donc vous parler de l'enfant porteur d'un syndrome de sevrage et des difficultés que sa souffrance psychique et physique engendre dans la mise en place d'un maternage individualisé et bienveillant (Nous parlons des syndromes dus à la prise d'alcool, d'opiacés, de neuroleptiques, de méthadone.)

Le nouveau-né, porteur d'un syndrome de sevrage présente sensiblement les mêmes signes, (d'une intensité très différente bien sûr) selon qu'il a bénéficié, ou non, d'un traitement. Nous avons même vu des signes de syndrome de sevrage apparaître chez des enfants d'une dizaine de jours qui n'avaient pas été traités n'ayant rien manifesté à la naissance.

- C'est un enfant qui présente des troubles de l'alimentation. Sa succion est excessive, désorganisée : la coordination succion/déglutition est imparfaite donc il s'étrangle facilement, s'affole. Il a faim, mais ne parvient pas toujours à s'alimenter. Il se met à pleurer, hurler, il s'énerve, bouge dans tous les sens, se raidit, son auxiliaire a souvent bien du mal à le calmer. Cela provoque chez les autres enfants de la section de l'énerverment, de l'agitation ce qui ne fait qu'accroître son mal être. Parfois le contenir assez fermement (enroulé dans un drap de bain) peut le soulager, le calmer et il peut se remettre à boire. D'autres fois il faut attendre qu'il s'apaise, en le portant, en le berçant, et en lui parlant très doucement si toutefois il est accessible à la parole. Très étonnement c'est parfois un autre adulte moins connu qui parvient à le calmer. Il peut arriver que l'on choisisse de réveiller le bébé un peu avant l'heure, quand la section est calme et l'auxiliaire disponible. Le fait d'anticiper la demande de la tétée contribue à installer une atmosphère plus sereine, moins anxiogène pour l'auxiliaire qui ne pense pas par exemple à un autre enfant susceptible lui aussi de réclamer son repas.
- Son transit est perturbé, il a des coliques et régurgite souvent. Les auxiliaires mettent des petites bouillottes, leur massent le ventre, malheureusement, les normes de sécurité en collectivité ne permettent pas qu'on le couche sur le ventre. Il refuse d'être dans son lit, il dort le plus souvent dans la section au milieu de l'agitation des autres enfants.
- Les troubles du sommeil sont fréquents, il dort très peu et par petites coupures. De jour comme de nuit son sommeil n'est pas réparateur. Ce bébé aux « aguets » passe de nombreuses heures dans les bras de ses maternantes lorsqu'elles ne sont pas occupées avec d'autres. Elles peuvent aussi utiliser des « sacs de portage » ou des écharpes qui permettent à l'enfant de se mettre en position fœtale, d'être bercé et parfois de s'endormir un peu. Il nous arrive de mettre des réducteurs de lit pour qu'il puisse sentir des limites au niveau de sa tête et de ses membres.
- C'est un enfant qui semble avoir peur, il est hyper vigilant, et se cramponne aux vêtements de son auxiliaire.
- Ses tremblements sont fréquents, il trémule, il sursaute au moindre bruit, ses cris sont aigus et excessifs. Pour l'apaiser, quand rien d'autre ne marche, on essaye de l'emballoter pour qu'il se sente contenu. (Enfant « éparpillé » « morcelé »)

- Il est effrayé par le bruit, par une lumière trop forte mais paradoxalement il peut trouver le sommeil dans la section au milieu de l'agitation des autres enfants.
- Les moments de soins sont compliqués. C'est un bébé qui supporte mal qu'on le touche. A son arrivée les auxiliaires sont amenées à le baigner avec son body ou entouré d'une serviette de bain. Pendant de longues semaines parfois, il ne supporte pas non plus qu'on le masse.
- Le portage est difficile et inconfortable, Il prend des postures d'évitement (se laisse aller comme une poupée de chiffon, ou au contraire se raidit comme une planche de bois.)
- Lorsqu'il grandit un peu, il a peu d'interaction avec les adultes. Son regard, est figé. Il détourne les yeux, il est centré sur lui, sur son mal être, sa douleur.
- C'est un bébé imprévisible dans ses réactions ce qui demande auxiliaires une adaptation constante de leur maternage.

Les auxiliaires bercent beaucoup ces tous petits, les câlinent, les portent, les emmaillotent. Certains pourtant supportent mal le contact physique surtout au début du placement, les bercements se font alors « à distance », dans le transat par exemple. Elles anticipent autant que faire se peut leurs besoins pour éviter qu'ils ne se désorganisent si la réponse à leur demande n'est pas immédiate. Car la moindre attente, la moindre frustration augmente l'excitabilité, décuple les problèmes de suctions, de tensions extrêmes, de peur. Les auxiliaires ont l'habitude de beaucoup parler aux enfants : il est très important de se placer devant eux, à leur hauteur, de les regarder, de mettre des mots sur ce qu'elles vont faire. (Lui donner un bain, le mettre dans son lit etc.) Il est important que ces enfants se sentent portés psychiquement avant d'être portés physiquement. Soyons donc vigilants à ne pas les prendre dans les bras sans les regarder en ayant comme seul objectif de ne plus les entendre pleurer. Ils doivent comprendre que l'on a entendu leur souffrance et que l'on va essayer de faire quelque chose pour eux.

Au vu de ces descriptions nous voyons que la prise en charge de ces nouveaux nés est particulièrement compliquée et demande une attention toute particulière de l'équipe. Leur souffrance et leur détresse est difficile à vivre pour le personnel. Ces enfants sont « des puits sans fonds ». L'angoisse et la culpabilité de ne pas arriver à les apaiser, liée à la sensation d'être de mauvaises professionnelles peuvent provoquer ce que l'on veut éviter à tout prix : à savoir : ne plus les entendre pleurer. Il est de la responsabilité de chacun dans l'équipe de veiller à cela, ce qui demande au personnel encadrant : écoute, vigilance et empathie.

Dans ce deuxième temps je vais vous parler de l'enfant plus grand qui arrive à la pouponnière après avoir vécu avec une mère ou un père ayant des troubles psychiatriques et/ ou des problèmes d'addictions. Ces troubles ne leur permettent pas de répondre de façon satisfaisante aux besoins de leur enfant. A ces problématiques s'ajoute fréquemment une grande précarité sociale et une absence de soutien familial. (C'est souvent l'association de ces difficultés qui ont d'ailleurs amené à faire le signalement.)

Néanmoins, il est compliqué au début d'un placement de distinguer chez un enfant les problématiques liées à la séparation et celles dues à ce qui a pu être traumatique pour lui avant le placement. Il nous faut donc être très prudent. Son comportement dans sa section et lors des visites avec ses parents nous permettra de voir s'il est sécurisé ou non, si les réponses à ses besoins fondamentaux ont été suffisamment bonnes pour lui garantir un bon développement physique, neurologique, cognitif et relationnel. Ce sont ces observations qui nous aiderons à construire un type de maternage pour cet enfant là et pas un autre.

Nous avons donc le plus souvent devant nous un enfant en souffrance, insécurisé, hyperactif, dont le seuil de tolérance à la frustration est extrêmement bas et dont le mode de communication est particulier. Il n'a aucune confiance dans les adultes, il est agressif. Ses colères sont disproportionnées par rapport à leur cause. Il est insatisfait, rien ne lui fait plaisir. Il ne sait pas jouer, tourne en rond, ne peut écouter une histoire. Il présente souvent un retard psychomoteur.

- Ce mode d'expression bruyant signifie qu'il lutte activement, qu'il se bat et qu'il ne se sent pas en sécurité.
- D'autres fois, nous avons un enfant en retrait, passif, peu tapageur. Ceci montre que l'enfant ne se bat plus, il cesse de lutter, il se « retire » Cette expression de sa souffrance est beaucoup plus dangereuse pour lui, car mieux supportée par son entourage au risque de passer inaperçue.

Beaucoup de parents au début du placement de leur enfant sont dans le déni de leurs difficultés, Mais « on l'aime » nous disent-ils. Nous savons que l'amour ne suffit pas, et que l'attachement peut être destructeur, étouffant. Beaucoup de parents que nous côtoyons sont envahis par l'angoisse, débordés par leurs émotions, par leurs difficultés. Ils ne peuvent donc être dans l'empathie ni être présents psychiquement pour leur enfant. Le placement peut parfois être « salvateur » pour le parent qui vit son enfant comme persécuteur. On le voit par exemple au lendemain d'une audience qui réduit les droits des parents. Ceux-ci, loin de s'effondrer, semblent s'apaiser dans la relation avec leur enfant. Ce qui nous fait penser que parfois, au nom d'une certaine idéalisation de la parentalité dans la société, nous avons tendance à désirer à la place des parents, à occulter leur détresse, leurs difficultés, leur incapacité parentale momentanée (ou non), et que, par la même, nous les mettons en difficulté. Le juge et l'institution sont devenus les mauvais objets, responsables de la diminution de leurs droits, mais ont fait disparaître la culpabilité chez ces parents qui sont alors en capacité de passer de bons moments avec leurs enfants parce qu'ils les voient moins souvent et moins longtemps.

Rappel simpliste du schéma de la sécurité de base :

bb dort

bb pleure « on » va donner une réponse immédiate, adaptée, chaleureuse, prévisible (le biberon par ex)

bb est apaisé

bb dort

Il est donc important et vital de donner la même réponse « sécurisante » à l'enfant pour qu'il ait une bonne représentation des adultes, du monde et de lui-même OR certaines pathologies de la mère l'empêchent d'identifier les besoins de son enfant, de les prioriser, de faire passer les besoins de son enfant avant les siens et de maîtriser ses impulsions. (Violence par exemple) : C'est ce qu'on peut appeler : L'INCAPACITE PARENTALE.

La pire chose pour un tout petit est de dépendre d'une personne dont l'état émotionnel est imprévisible : et c'est ce que nous observons très souvent en visite.

- Tantôt calme, adaptée réconfortante,
- Tantôt hors d'elle, délirante, indisponible, rejetante

Nous opposerons cette INCAPACITE PARENTALE à L'IMCOMPETENCE PARENTALE. Lorsqu'il y a incompetence parentale, l'aide éducative est tout à fait indiquée : (à condition qu'il n'y ait pas de troubles psychiques,) la mère peut apprendre, reproduire : elle peut profiter de l'aide proposé.

On peut dire que l'incapacité empêche de mettre en œuvre les compétences apprises.

Dans notre pratique il nous a semblé à maintes reprises que les juges n'étaient pas suffisamment formés à faire cette distinction.

Selon ce que l'enfant a vécu avec son parent :

Il va vivre les adultes comme bienveillants et fiables, et s'il est en détresse : il appellera l'adulte **OU** Il va vivre les adultes comme malveillants, absents, dangereux, peu fiables....

D'où la difficulté pour les maternantes à prendre en charge ces bébés peu sécurisés. Il leur faudra du temps, beaucoup de bienveillance, d'écoute, de patience. Un « bon maternage » permettra à l'enfant d'avoir des demandes ENTENDUES, il pourra alors avoir confiance en lui (=estime de soi), se sentir en sécurité, s'apaisera, aura du plaisir. Grâce à cela cet enfant pourra vivre un lien satisfaisant, s'attacher, ce qui fera de lui un petit être curieux du monde et des autres. Il est indispensable que les auxiliaires ne baissent pas les bras car l'enfant va rejouer avec elles ce qu'il a toujours connu jusque-là, et ce, même si les expériences passées n'ont pas été structurantes.

Le risque pour les auxiliaires ou les assistantes familiales est de « s'adapter » au comportement « anormal » de l'enfant.

Troisième partie de mon propos : les 6 premiers mois de vie de Léo arrivé à la pouponnière à l'âge d'un an.

Léo a vécu avec sa mère depuis sa naissance.

Sa mère est atteinte d'une pathologie psychiatrique. Un étayage important a été mis en place à domicile pour soutenir le lien mère enfant (des travailleuses familiales présentes toute la journée, la PMI, la visite régulière d'une puéricultrice, et un suivi pour la mère). L'étayage ne suffit pas et les équipes sont inquiètes.

La mère de Léo est une jeune femme agréable, ralentie par son traitement, qui n'est pas dans la revendication tout en ne comprenant pas le placement. Elle est dans le déni de ses difficultés et dans l'impossibilité de réaliser l'impact que son état peut avoir sur le bon développement de son enfant.

A son arrivée Léo se présente comme un très bel enfant en bonne santé. Il sourit beaucoup, ouvre grand les yeux mais ne cherche pas le regard de ses auxiliaires, il ne semble pas les voir. A un an il tient tout juste assis et se déplace très peu. Il tend les bras à toute personne qui s'approche de lui : mais ne râle pas s'il on ne le prend pas. Si son auxiliaire le porte, il ne la regarde pas, il fixe quelque chose au loin l'air absent. Il se laisse nourrir comme un nouveau-né, s'allonge sur les auxiliaires pour prendre un biberon, n'essaye pas de manger seul ni même de toucher la nourriture. Il ne manifeste ni plaisir ni déplaisir. C'est un enfant difficilement décodable.

Léo va mettre des mois à sortir de cet état de sidération au terme desquels, une réelle interaction s'installe avec son auxiliaire référente. Parallèlement une prise en charge thérapeutique débute. Léo va commencer à faire des progrès psychomoteurs, à montrer ses émotions, à exprimer ses désirs et ce au début d'une façon très tapageuse ! Il va s'autoriser à s'opposer. Les encouragements de ses auxiliaires et le plaisir qu'elles montrent à s'occuper de lui procure joie et fierté et lui permettent de découvrir le monde.

Mais tout cela est encore bien fragile et lorsque sa mère vient lui rendre visite, il redevient ce petit garçon docile, non communicant, absent qui répond aux désirs de sa mère. Lorsque nous essayons d'intéresser celle-ci aux progrès de son fils et que nous l'incitons à le mettre au sol pour qu'il puisse lui montrer ce qu'il sait faire, les réponses sont toujours les mêmes : « je l'aime, il m'a manqué, j'ai besoin de le garder dans mes bras ». « Je suis triste qu'il ne dorme plus dans mon lit, alors j'ai mis une photo de lui à côté de moi et je l'embrasse ». Pas une seule fois elle ne parviendra à nous poser des questions sur ce qu'est la vie de Léo à la pouponnière et si la séparation est difficile pour lui.

La visite terminée, Léo parvient à redevenir le petit garçon qu'il est devenu. Le juge, au vu de ses progrès, accorde des droits d'hébergements à la mère de Léo. Au retour des hébergements nous retrouvons pendant 1 jour ou 2 le petit enfant que nous avons connu, incapable de manifester ses propres désirs. Il nous semblait bien prématuré de remettre Léo au contact de sa mère 2 jours consécutifs. Il n'était pas encore en capacité de se protéger de l'amour dévorant de cette mère qui du fait de sa pathologie faisait passer ses désirs avant ceux de son enfant et le niait en tant que sujet