

# 9

# L'intervention thérapeutique en petite enfance

## Les psychothérapies parent(s)-bébé/jeune enfant

par Jaqueline Wendland

Les psychothérapies parent(s)-bébé constituent, avec les consultations thérapeutiques et les approches groupales, une des principales modalités thérapeutiques en périnatalité et petite enfance. Ces thérapies partent du principe que la plupart des troubles de la petite enfance peuvent être considérés comme relationnels, c'est-à-dire, comme ayant une origine dans la relation ou entraînant des conséquences sur celle-ci. Des dysfonctionnements dans les interactions parents-enfant sont souvent présents bien avant qu'un trouble caractérisé ne se manifeste chez le bébé ou le jeune enfant. De même, des difficultés dans la parentalité ou des troubles psychopathologiques chez les parents interfèrent dans leur interaction avec le bébé. Ainsi, travailler sur la relation parent-bébé paraît incontournable.

Le travail thérapeutique au cours de la période périnatale et de la petite enfance est facilité par le fonctionnement psychique parental plus souple et réceptif et par le développement rapide, dynamique et largement modifiable du nourrisson. Cette période est ainsi considérée comme une fenêtre thérapeutique très favorable non seulement pour sa valeur préventive en matière de psychopathologie infantile, mais aussi parce qu'elle offre une possibilité de changement et de maturation pour les parents eux-mêmes. Il est important de noter, cependant, que ces thérapies ne sont pas destinées à traiter les troubles psychopathologiques des parents ; ce serait perdre de vue le bébé et la spécificité de cette période sensible, tant pour l'enfant comme pour l'adulte devenu parent. Leur visée thérapeutique porte sur trois domaines : la parentalité, les interactions parents-bébé et le développement du bébé.

### Un développement récent

Depuis les travaux bien connus de Selma Fraiberg, Stanley Greenspan, Arietta Slade et Alicia Lieberman aux États-Unis, de Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa en Suisse, d'Alice Doumic-Girard, Léon Kreisler,

Rosine Debray, Serge Lebovici en France, les thérapies parent-bébé se sont diversifiées et adaptées non seulement en fonction des options personnelles ou théoriques des thérapeutes, mais surtout des spécificités des familles auxquelles elles s'adressent. À l'origine, ces thérapies concernaient essentiellement les mères et leur bébé, elles pouvaient être limitées dans le temps (les thérapies brèves) et étaient indiquées plutôt aux troubles de la relation mère-bébé et aux troubles fonctionnels légers (sommeil, alimentation, Debray, 1995). Ce cadre excluait les enfants présentant des symptômes majeurs ou un trouble du développement, tout comme les parents ayant des pathologies psychiatriques. Les thérapies mère-bébé étaient (et sont encore) un traitement de choix pour les dépressions maternelles périnatales (Cramer, 1993 ; Milgrom *et al.*, 1999 ; Guedeney *et al.*, 2013). Progressivement, les thérapies mère-bébé sont devenues des traitements « parents-bébé » car les pères y participent ou y sont conviés volontiers. Ces thérapies peuvent être proposées aux familles très carencées, familles à problèmes multiples, et aux parents psychotiques et avec autres troubles graves (troubles bipolaires, trouble de la personnalité borderline ; auparavant considérés comme « ayant de faibles capacités d'insight » ; Rabain *et al.*, 2004 ; Wendland *et al.*, 2014a). Elles peuvent avoir lieu à domicile (Stoléru et Morales-Huet, 1989), avec des familles qui n'expriment aucune demande explicite au départ, vivant en très grande précarité (Berg, 2007), se faire dans un cadre de cothérapie (deux thérapeutes, Aidane *et al.*, 2009 ; Wendland *et al.*, 2014 b), ou encore s'adresser à une fratrie d'enfants. L'ethnopsychiatrie s'est également adaptée au contexte de la psychopathologie de la petite enfance, bien qu'elle propose le plus souvent des consultations et non des thérapies parents-bébé. Enfin, le thérapeute se retrouve souvent face à une famille entière et une expérience des approches familiales systémiques lui sera fort utile (Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery, 1999).

## Des situations variées

Ainsi, les thérapies parents-bébé se sont développées vis-à-vis de situations cliniques plus variées, parfois particulièrement ardues, qui ne rentrent pas dans le cadre *stricto sensu* de la psychothérapie conjointe brève. Les thérapies brèves avec limite de temps fixée à l'avance sont en fait très rares en France. Cette durée est très variable, allant de quelques semaines à 2 ou 3 ans. Le rythme des séances sera fixé et ajusté en accord avec la famille, en fonction de leur demande, de l'évolution et de ce qui semble raisonnable au thérapeute compte tenu de ce qu'il perçoit de la situation (évaluation des risques).

On peut en déduire que les thérapies parents-bébé se prêtent peu à une approche puriste, mono-théorique, préétablie, à moins de vouloir se réserver une clientèle particulière. De nombreux thérapeutes utilisent en fait différentes

techniques et cherchent à trouver avec chaque famille sa « porte d'entrée » (Stern) et les stratégies qui peuvent faire levier thérapeutique. Le cadre n'est pas figé, mais co-construit, il s'adapte à la situation, à la demande. On pourrait dire de manière antinomique que « la souplesse est de rigueur ». Ce n'est pas à la famille de s'adapter à notre pensée, à notre cadre théorique, mais à nous de saisir sa manière de fonctionner et de trouver avec elle comment l'aider au mieux.

Les thérapies parents-bébé peuvent avoir différents focus ou « portes d'entrée ». Stern et Brushweiler-Stern (1989) situent les trois axes essentiels : les représentations parentales, la qualité des interactions et les comportements du bébé. Les approches psycho-dynamiques et psychanalytiques ciblent principalement les représentations parentales, et ce de manière trans-générationnelle. Le monde interne du parent déterminerait la façon dont il perçoit et se comporte avec le bébé (bébé imaginaire, projections faites sur l'enfant, « fantômes du passé » ; Lebovici, 1992 ; Fraiberg, 1980), ce qui affecterait les interactions (scénarii interactifs) et le bébé lui-même dans son développement (symptômes). Les conflits non élaborés du parent pourraient s'actualiser dans un pattern interactif typique et répétitif avec l'enfant (les « séquences interactives symptomatiques », Cramer et Palacio-Espasa, 1993). Dans une approche attachementiste, l'accent est mis plutôt sur les représentations des relations d'attachement, les modèles internes opérants (MIO) (Steele et Baradon, 2004). Il s'agit de représentations que les parents ont élaborées de la relation avec leurs figures d'attachement, en termes de ce qu'ils peuvent attendre de ces figures en cas de détresse (disponibilité, réconfort, régulation émotionnelle, en cas d'un style d'attachement sécure). Le thérapeute cherche à comprendre comment ces représentations modèlent les interactions du parent avec le bébé et à favoriser la construction de (nouveaux) modèles relationnels qui étayent la sécurité de l'attachement et diminuent sa désorganisation (associée à un risque psychopathologique élevé).

## Différents points d'entrée

Dans les approches centrées sur l'interaction, l'attention est focalisée sur la façon dont les deux partenaires interagissent et leurs effets réciproques. Les interactions sont à la fois la source des troubles et la cible principale sur laquelle on peut agir. La guidance interactive développée par Susan McDonough (1993) aux États-Unis et reprise par Sandra Serpa-Rusconi (Serpa-Rusconi *et al.*, 2009) à Genève est une technique de ce type. Il s'agit de travailler principalement sur « l'ici et maintenant » des comportements interactifs, dans une perspective cognitivo-comportementale. L'utilisation de la vidéo comme outil thérapeutique est une des caractéristiques de ces thérapies. À partir de séquences de jeu filmées et visionnées ensemble, le thérapeute cherche à augmenter la sensibilité du parent aux signaux de l'enfant (compréhension du « langage interactif du bébé »)

et guide le parent dans la lecture des comportements réciproques. L'accent est mis sur les comportements et séquences que le thérapeute cherche à promouvoir, les compétences des partenaires, plutôt que sur les difficultés ou comportements non ajustés. Pour certains parents, ce sera l'occasion de « se voir en train d'être parent » ou d'avoir une « autre image de leur enfant ». Il s'agit d'un support concret qui peut aussi faciliter le processus associatif lorsqu'il est intégré à une thérapie psycho-dynamique (Beebe, 2003).

Les thérapies centrées sur le comportement du bébé dérivent principalement des travaux de Brazelton autour des compétences précoces du nourrisson, de l'intérêt de sensibiliser les parents à l'individualité de leur bébé et à la nécessité de s'adapter à ses rythmes et ses besoins, en particulier autour des périodes sensibles (les « *Touch Points* », les points forts de Brazelton, 1997 ; Brazelton et Nugent, 2001). La valorisation des compétences du bébé, mais aussi celles des parents, permettrait une restauration du narcissisme parental, un meilleur investissement affectif du bébé réel et des interactions plus ajustées.

Dans une perspective d'intervention préventive et de recherche, différents modèles psychothérapeutiques ont été décrits et manualisés. Ils intègrent à différents degrés des stratégies thérapeutiques variées comme la vidéo *feedback*, la guidance interactive, la promotion de la sensibilité parentale et des comportements qui favorisent la sécurité de l'attachement. Le nombre et le format des séances sont généralement préétablis. Les programmes plus connus sont : le STEEP (*Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting*, Erickson et Egeland, 2004) ; le WWW (*Watch, Wait and Wonder*, Cohen et al., 1999), le COS (*Circle Of Security*, Marvin et al., 2000) et le VIPP (*Video-Feedback Intervention To Promote Positive Parenting*, Velderman et al., 2006). Ils restent toutefois peu connus et utilisés en France.

Afin de favoriser la compréhension du langage du bébé et la sensibilité parentale aux signaux et besoins du bébé, le thérapeute peut fournir des notions sur ce que l'on peut attendre d'un bébé en fonction de son âge et des étapes de son développement. Mais certaines situations montrent que « parler » ne suffit pas toujours, certains parents nous amènent « à faire ». Une mère peut nous tendre dans les bras un enfant inconsolable, une autre peut nous demander de l'aider à nourrir son bébé : « *mais ça ne suffit pas du tout pour une mère qui vient d'accoucher, de l'écouter ; le dire n'a pas tellement de rapport avec le vécu, la motricité, le fonctionnel en jeu [...] il s'agit d'un "vivre avec" et surtout d'un "faire avec" pour la personne qui s'occupe de cette mère et de ce nourrisson* » (Dolto, 1977). Les parents observent souvent attentivement le comportement du thérapeute en interaction directe avec le bébé. De manière générale, le thérapeute doit éviter d'adopter une attitude pédagogique et normative, une vision rigide qui pourrait être reprise telle quelle par les parents avec l'enfant, ou qui pourrait blesser leur estime de soi en tant que parents. Il s'agit plutôt de transmettre de la souplesse et de la sensibilité, et de favoriser le

sentiment de compétence chez les parents. Une stratégie couramment utilisée par le thérapeute, quelle que soit son approche, est le fait de verbaliser ce qu'il perçoit du vécu du bébé, en se faisant son porte-parole, et de demander ensuite aux parents de se prêter également à cet « exercice d'empathie ». Il est aussi très précieux de noter les moments où le bébé se manifeste par des pleurs, se réveille, s'assoupit, de comprendre comment le bébé interfère dans le discours des parents et dans le déroulement de la séance. Le bébé ne parle pas, il montre. On peut aussi demander aux parents de se rappeler une comptine de leur enfance, une chanson dans leur langue maternelle s'il s'agit de parents immigrés, comme processus facilitateur (Couëtoux *et al.*, 2010). Enfin, on peut assister à des moments de régression du côté des parents, dans une recherche de compréhension du bébé ou parfois de rivalité avec lui, et ce n'est que dans un deuxième temps qu'ils pourront adopter une position d'adulte, parent et responsable.

## Les thérapies brèves

D'après Cramer et Palacio-Espasa (1993), les thérapies brèves d'orientation psychanalytique (quatre à douze séances) sont préconisées en cas de difficultés relationnelles parent-enfant, avec ou sans symptômes chez l'enfant ou de troubles de la parentalité (notamment dépression maternelle postnatale) liés à un conflit parental sectorisé, spécifique à la transition à la parentalité. Il s'agit de la « période conflictuelle de la parentalité », une néoformation psychique propre à la période périnatale dans laquelle l'enfant serait « englouti ». Le bébé ferait l'objet de projections liées aux conflits intra-psychiques ou traumatismes non résolus du parent (deuil pathologique, problématique œdipienne, rivalité fraternelle, etc.). La thérapie intervient sur le secteur affecté (vicissitudes de la parentalité) et non sur la totalité de la personnalité du parent. L'intervention se fait au niveau des représentations parentales et des interactions parent-enfant qui matérialisent, mettent en scène les conflits du parent (« séquences interactives symptomatiques »). Progressivement, on assisterait à une séparation entre les troubles du parent et ceux de l'enfant (puis leur disparition), et entre la psychopathologie parentale périnatale et la structure psychique préexistante chez le parent. Dans la plupart des cas, les troubles sont circonscrits à la relation parent-enfant et n'exigent pas de prise en charge individuelle par la suite, ni pour le parent ni pour l'enfant. On en déduit que ces thérapies s'appliquent à des situations particulières, presque optimales, ne comportant pas de pathologie lourde, ni chez le parent, ni chez le bébé. Les indications pour ces thérapies incluent : absence de projection massive sur l'enfant ; transfert initialement positif sur le clinicien ; investissement positif important de l'enfant de la part des parents ; absence de trouble grave du développement chez l'enfant (traits psychotiques ou autistiques, tableaux psychosomatiques avérés, dysharmo-

nies du développement, troubles carenciels, maltraitance avérée) ; absence de psychopathologie grave chez le parent (psychose ou trouble de la personnalité borderline, dépression mélancolique, trouble narcissique). Outre ces critères, les thérapies brèves psychanalytiques seraient contre-indiquées aux parents présentant de faibles capacités d'insight, une incapacité à évoquer leur passé, ou une fragilité narcissique importante rendant difficile l'acceptation des interventions et des interprétations du clinicien (transfert persécuteur).

Les psychothérapies parents-bébé ont la particularité de se situer à la frontière entre la psychiatrie de l'adulte et celle du bébé. Elles exigent donc une formation solide dans ces deux champs, outre des connaissances de puériculture et de pédiatrie. À un niveau plus personnel, le thérapeute doit se sentir à l'aise avec le monde de l'enfance, et celui du bébé en particulier, souvent dépourvu de langage. Il doit pouvoir se mettre au niveau du bébé avec empathie et s'adresser à lui en tant que sujet, dans un travail de subjectivation et de différenciation. Annette Watillon-Naveau (1994) soutient ainsi que « *le thérapeute doit être capable de pouvoir entrer en contact avec l'enfant (...) ceci requiert d'être en contact avec ses propres parties infantiles* ». Pouvoir s'identifier aux parents est tout aussi indispensable. Le fait de se centrer sur le bébé peut favoriser l'instauration de l'alliance thérapeutique avec les parents, notamment lorsque ceux-ci redoutent leur culpabilité ou l'expérience intime de livrer leurs pensées et ressentis affectifs à un thérapeute. Comme l'observait Fraiberg (1980), le bébé est le « catalyseur » des problèmes mais aussi de tous les espoirs des parents, et ils peuvent être prêts à faire pour lui plus d'efforts qu'ils n'auraient faits pour eux-mêmes.

## Point de départ : la demande

Quoi qu'il en soit, il est essentiel de partir de ce qui est considéré comme problématique par la famille et non par les professionnels. Toute relation thérapeutique commence par un « besoin » et quelqu'un qui « répond à ce besoin ». Le parent se sent ainsi reconnu dans sa demande d'aide. Comme dans toute thérapie, le premier pas sera d'établir une alliance thérapeutique qui permettra l'engagement des parents et conditionnera l'accès à l'enfant. Certains parents peuvent d'ailleurs se présenter sans l'enfant, à la recherche de conseils qui seraient appliqués indirectement, ne voyant pas l'intérêt d'amener un bébé à un psychothérapeute. Les parents peuvent aussi être persuadés que le patient est seulement leur enfant, et ils se positionnent dans une démarche d'aide par procuration. Il est clair cependant que les interventions thérapeutiques s'adressent autant au(x) parent(s) qu'à l'enfant. Il est d'ailleurs probable que les interventions les plus efficaces soient celles qui concernent la relation, le lien, sans mettre l'accent sur le comportement des parents ou de l'enfant. De même, leur portée dépend sans doute plus de leur contexte, du moment opportun ou non, du « climat relationnel », que de leur contenu explicite.

## Guidance interactive

Parallèlement aux interventions psychothérapeutiques proprement dites, le travail clinique auprès des parents peut inclure des techniques de guidance parentale ou de guidance interactive. Il s'agit d'interventions visant à soutenir les parents dans leur fonction parentale, à faire émerger et à renforcer leur sentiment de compétence parentale (Mc Donough, Fraiberg). La guidance parentale, telle qu'elle est pratiquée à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi (H. Pitié-Salpêtrière), suppose que les parents soient acteurs des changements, soutenant l'idée qu'ils ont un impact sur le développement de l'enfant, et qu'ils peuvent prendre en charge l'éducation de leur enfant et les défis qu'elle comporte (notion d'*empowerment*). Elle peut se décliner sous la forme d'informations et de conseils ciblés concernant la gestion de difficultés particulières (situation de crise familiale-divorce, recomposition familiale, deuil -, difficultés éducatives avec un enfant opposant, attitudes face à des difficultés de sommeil d'un enfant, etc.). Les objectifs sont au mieux définis ensemble avec les parents (et l'enfant), parfois sous forme d'un « contrat », réévalué et réajusté selon l'évolution des difficultés. D'autre part, le travail passe souvent par un renforcement de l'alliance coparentale, afin que les parents soient cohérents entre eux et fassent front commun pour résoudre les problèmes liés à la parentalité. Cependant, il va de soi que donner des conseils ne suffit pas. Ce type d'intervention n'a de sens que s'il s'insère dans un travail de réflexion autour des difficultés et des attitudes parentales, des liens avec leur histoire, des relations parents-enfants, y incluant une compréhension adéquate des besoins évolutifs de l'enfant. La guidance parentale peut alors s'apparenter à une psychothérapie de soutien parental, dans la mesure où elle peut amener des changements au-delà du niveau comportemental : « *la guidance parentale ne peut changer les attitudes parentales qu'en induisant, au moins indirectement, une évolution du parent lui-même* » (Laupies, 2004).

## Au cœur du transgénérationnel

La plupart des approches accordent une place importante aux contenus transgénérationnels. Inscrivant le bébé dans la succession des générations de la famille, les parents sont amenés à évoquer l'histoire de leur enfance et de leurs relations avec leurs parents. À partir de l'alliance thérapeutique, dans une approche psychanalytique, le thérapeute pourra alors servir de support aux projections des imagos parentales : il sera tantôt le bon parent, souvent idéalisé, un modèle parfois inatteignable en lien avec une problématique narcissique chez le parent ; tantôt le mauvais parent, où les images d'un passé carenciel ou traumatique se mêlent aux sentiments actuels d'incompétence, de rejet, de méfiance ou de culpabilité du

parent. Selma Fraiberg (1980) a été une pionnière non seulement des thérapies mère-enfant, mais elle a aussi profondément marqué ce domaine à travers la notion de « fantômes dans la chambre de l'enfant » (*Ghosts In The Nursery*). Elle y fait référence aux expériences douloureuses ou traumatiques du passé de la mère non résolues qui viendraient hanter la relation actuelle avec le bébé. L'alliance thérapeutique sera la base sûre à partir de laquelle le parent s'autorisera à faire des « va-et-vient » entre le passé et le présent, entre le parent qu'il est, l'enfant qu'il a été, et le bébé qu'il a dans ses bras. L'accès aux souvenirs douloureux et aux émotions qui s'y relie serait primordial, selon Fraiberg, pour protéger le bébé de la répétition des expériences traumatiques du parent, alors que le déni et l'isolation des affects empêcheraient le parent de s'identifier à l'enfant et de le protéger. Plus qu'un travail d'interprétation, il s'agirait plutôt d'un travail de liaison. Cramer et Palacio-Espasa (1993) soulignent le caractère projectif des représentations parentales du bébé. Le travail thérapeutique consisterait en partie à « décontaminer » la relation à l'enfant des projections déformées et déformantes venant de l'histoire transgénérationnelle des parents. Le bébé révélerait la « préhistoire des parents », on pourrait prédire le passé des parents par ce qui se réédite dans le présent avec le bébé.

La prise en compte des modèles internes opérants (MIO) que les parents ont construits à propos de leurs figures d'attachement pendant leur enfance est centrale dans les thérapies qui s'appuient sur la théorie de l'attachement (Steele et Baradon, 2004 ; Toth, Rogosch et Manly, 2006). Ces thérapies sont d'autant plus profitables que le thérapeute peut devenir une figure d'attachement stable et fiable pour le parent, ce qui lui offre l'occasion d'avoir une expérience émotionnelle potentiellement correctrice. Le parent est aussi invité à réfléchir sur la manière dont ses MIO peuvent influencer son comportement en tant que parent et ses interactions avec l'enfant. Un des objectifs majeurs sera de soutenir les comportements parentaux sensibles qui favorisent la sécurité de l'attachement chez l'enfant et, à l'inverse, de diminuer les comportements susceptibles de désorganiser l'attachement (effrayants-effrayés, dissociés ; Cicchetti, Toth et Rogosch, 1999, Lyons-Ruth et Spielman, 2004).

## L'utilisation du génogramme

Quelle que soit l'approche, l'utilisation de la technique du génogramme, surtout en début de thérapie, peut s'avérer très précieuse. Cette représentation graphique, chronologique et dynamique de la configuration familiale que les parents dessinent sur une feuille permet de situer la place que l'enfant occupe dans l'arbre de vie familial. Dans une analyse conjointe avec les parents, on sera attentif aux branches familiales peu ou sur-représentées, aux répétitions, coïncidences, dates et réactions associées aux anniversaires, aux prénoms, aux alliances et aux ségrégations, aux questions autour de la

filiation, à la présence de secrets, etc. Le génogramme peut se prêter à une double lecture : le contenu manifeste et la forme (tel un test projectif).

Dans les situations les plus à risque (psychopathologie parentale, familles très carencées, à problèmes multiples, négligentes ou maltraitantes), il n'est pas rare que la mère ou les deux parents n'aient jamais connu de relations de confiance, de sécurité, de disponibilité affective, pendant leur enfance, voire toute leur vie. L'idée de s'engager dans une thérapie aura alors toutes les chances de susciter des sentiments de méfiance, d'inquiétude, ou d'inutilité. Comment être disponible pour entendre les besoins d'attachement du bébé quand ses propres besoins n'ont pas été (et ne sont pas) satisfaits ? Pourquoi et comment donner ce qu'on n'a pas reçu ? L'attitude sécurisante et l'empathie du thérapeute, assurées dans la continuité, seront alors déterminantes pour « nourrir », porter le parent, et l'aider à construire une autre manière d'être en relation avec les autres. C'est une notion qui rappelle le holding de Winnicott : porter le parent pour qu'il puisse en faire de même pour son bébé. La fonction contenante du cadre pourrait également aider le parent à exercer son rôle de régulateur des états d'excitation du bébé.

Le cadre de co-thérapie, associant un psychothérapeute référent du parent et un co-thérapeute référent du bébé (puéricultrice, éducatrice de jeunes enfants, psychomotricien), peut mieux correspondre aux besoins des situations à haut risque, notamment de dysfonctionnements graves de la relation parent-enfant (négligence, maltraitance, rivalité du parent avec le bébé) ou de psychopathologie parentale (troubles psychotiques et de la personnalité ; Aidane *et al.*, 2009 ; Wendland *et al.*, 2014a ; 2014b). D'autres situations peuvent parfois être mieux appréhendées dans une thérapie à domicile (Stoléru et Morales-Huet, 1989). Il s'agit généralement de familles en très grande souffrance, en situation d'isolement, qui auraient beaucoup de difficultés à assurer une présence régulière en institution et qui peuvent ainsi garder le « contrôle » de la situation (les « *hard to reach families* », mères très déprimées et ralenties qui se retirent de la vie sociale tout comme de l'interaction avec le bébé ; familles très carencées et exclues du réseau social).

## Évaluation spécifique des traumatismes graves

Enfin, les situations de traumatismes graves vécus dans la petite enfance méritent une évaluation et des soins tout à fait spécifiques. Il s'agit de bébés et jeunes enfants ayant été exposés à la violence domestique, à l'abus et à la maltraitance sévères, aux attentats, aux conflits inter-ethniques ou territoriaux, à une séquestration, à la guerre, ou vivant des séparations répétées lorsque les parents sont militaires, ou encore ayant perdu un ou les deux parents au cours de leurs premières années de vie, situation emblématique du traumatisme majeur à cet âge. Nous recommandons vivement au lecteur les travaux d'Alicia Lieberman qui a développé une expertise dans le domaine de l'évaluation et de la prise en charge dans ce domaine, et tout particulièrement le livre

bouleversant *La mort d'un parent dans la petite enfance* (2003, traduit en français en 2009), de Lieberman (2007, 2011), de Lieberman et Van Horn (2013), et d'Osofsky et Lieberman (2011). À la suite de Bowlby, le premier à avoir décrit le deuil chez le jeune enfant, elle et ses collègues y décrivent comment la mort d'un parent pour un bébé représente une perte abyssale, car à cet âge un parent est celui qui garantit tout son bien-être physique et émotionnel. Toutes les étapes de l'évaluation et de la prise en charge y sont décrites et illustrées par de nombreuses vignettes cliniques, selon que la mort du parent est due à une maladie (longue, brutale, stigmatisée), un suicide, un meurtre, un accident ; que l'enfant ait été ou non témoin ; ses réactions et aussi celles du parent survivant, sans oublier la formation et la supervision essentielles des soignants amenés à aider ces enfants. Lieberman emploie une approche intégrative face à ces situations complexes, s'appuyant sur les modèles développementaux, psychodynamiques et de la théorie de l'attachement.

En définitive, quel que soit leur modèle, les psychothérapies parents-bébé visent à traiter les difficultés et troubles de la parentalité, à améliorer la qualité du lien d'attachement et des interactions parents-bébé, à enrayer la symptomatologie chez le bébé et, dans les situations à haut risque, à éviter la répétition des dysfonctionnements sévères des relations parents-enfants et à diminuer le risque psychopathologique chez l'enfant.

## Références

- Beebe B. Thérapie brève mère-nourrisson et utilisation psychanalytique d'enregistrements vidéo. In: Anzieu-Premmereur C, Pollak-Cornillot M, editors. *Les pratiques psychanalytiques auprès des bébés*. Paris: Dunod; 2003. p. 237-71.
- Berg A. Ten years of parent-infant psychotherapy in a township in South Africa. What have we learnt ? In: Pozzi-Monzo ME, Tydeman B, editors. *Innovations in parent-infant psychotherapy*. London: Karnac Books; 2007. p. 215-30.
- Brazelton TB. De la NBAS aux Touch Points. In: Dugnat M, editor. *Le monde relationnel du bébé*. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 1997. p. 87-93.
- Brazelton TB, Nugent JK. Utilisations cliniques de l'échelle de Brazelton. In: Brazelton TB, Nugent JK, editors. *Échelle de Brazelton*. Genève: Médecine et Hygiène; 2001. p. 101-10.
- Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy in increasing attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and human development* 1999;1:34-66.
- Couëtoux F, Wendland J, Aidane E, Rabain D, Plaza M, Lecuyer R. Bilinguisme, plurilinguisme et petite enfance. Intérêt de la prise en compte du contexte linguistique dans l'évaluation et le soin des difficultés de développement précoce. *Devenir* 2010;4:293-307.
- Cohen NJ, Muir E, Lojkasek M, Muir R, Parker CJ, Barwick M, Brown M. Watch, wait, and wonder: testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant mental health journal* 1999;20(4):429-51.
- Cramer B. Are post-partum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant mental health journal* 1993;14(4):283-97.

- Cramer B, Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et techniques. Paris: PUF; 1993.
- Debray R. Les principes des consultations et thérapies de bébés d'atteints de troubles somatiques. *Devenir* 1995;7:25-33.
- Dolto F. Naître... et ensuite ? Les cahiers du nouveau-né. Paris: Stock; 1977. 293-294.
- Erickson MF, Egeland B. Linking theory and research to practice: the minnesota longitudinal study of parents and children and the STEEP program. *Clinical psychologist* 2004;8(1):5-9.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. The Primary Triangle: A developmental systems view of mothers, fathers and infants. New York: Basic Books; 1999. (Trad française: Le triangle primaire. Le père la mère et le bébé. Paris: Odile Jacob; 2001.) (Le nouveau paradigme: de la dyade à la triade.)
- Fraiberg S. Clinical studies in infant mental health. The first year of life. London: Tavistock publications; 1980.(Trad. française: Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: PUF; 1999.)
- Guedeney A., Guedeney N., Wendland J., Burtchen J. Treatment of perinatal depression with mother-infant relationship psychotherapy. Best practice & research clinical obstetrics & gynecology. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.011>.
- Laupies V. La guidance parentale: ses liens avec la psychothérapie et la bientraitance. *Thérapie familiale* 2004;25(4):521-9.
- Lebovici S. En l'homme le bébé. La question interview d'Émile Noel. Paris: Eshel; 1992.
- Lieberman AF. Ghosts and angels: Intergenerational patterns in the transmission and treatment of the traumatic sequelae of domestic violence. *Infant mental health journal* 2007;28(4).
- Lieberman AF. Infants remember: War exposure, trauma, and attachment in young children and their mothers. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry* 2011;50(7):640-1.
- Lieberman AF, Compton NC, Van Horn P, Ghosh Ippen C. Losing a parent to death in the early years: Guidelines for the Treatment of Traumatic Bereavement in Infancy and Early Childhood. Washington: Zero To Three; 2003. (Trad. française: Guedeney A. La mort d'un parent dans la petite enfance. Guide du traitement du deuil traumatique du bébé et du très jeune enfant. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008.) (Un livre indispensable: technique de l'abord thérapeutique du jeune enfant en cas de mort d'un parent.)
- Lieberman AF, Van Horn P. Infants and young children in military families: A conceptual model for intervention. *Clinical child and family psychology review* 2013;16(3):282-93.
- Lyons-Ruth K, Spielman E. Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention. *Infant mental health journal* 2004;25:318-35.
- Mc Donough SC. Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances. In: Zeanah CH Jr, editor. *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press; 1993. p. 414-26.
- Marvin R, Cooper G, Hoffman K, et al. The circle of security project: attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads. *Attachment and human development* 2000;4:107-24.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. Treating post-natal depression. A psychological approach for health care practitioners. Chichester: John Wiley and Sons; 1999.

- Osofsky JD, Lieberman AF. A call for integrating a mental health perspective into systems of care for abused and neglected infants and young children. *American Psychologist* 2011;66(2):120-8.
- Puura K, Kaukonen P. Parent infant psychotherapies and indications for inpatient versus outpatient treatments (p. 401-14). In: Tyano S, Keren M, Herrman H, editors. *Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
- Rabain D, Aidane E, Couëtoux F, Marie P, Mazet P. Le travail avec des bébés et leurs parents au sein d'une unité spécialisée. In: Angel P, Mazet P, editors. *Guérir les souffrances familiales*. Paris: PUF; 2004.
- Rusconi-Serpa S, Sancho-Rossignol A, Mc Donough S. Video feedback in parent infant treatments. *Child and adolescent psychiatry clinics in America* 2009;18:735-51.
- Steele M, Baradon T. The clinical use of the adult attachment interview in parent-infant psychotherapy. *Infant mental health journal* 2004;25:284-99.
- Stoléru S, Morales-Huet M. *Psychothérapies mère-nourrisson*. Paris: PUF; 1989.
- Toth SL, Rogosch FA, Manly JT. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. *Journal of consulting clinical psychology* 2006;74:1006-16.
- Velderman MK, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Van Ijzendoorn MH, Mangelsdorf Mc, Zevalkink J. Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant mental health journal* 2006;27(5):466-93.
- Watillon-Naveau A. Mise en scène du conflit interactionnel dans les thérapies psychanalytiques de la relation précoce parents-enfant. *Devenir* 1994;6:7-26.
- Wendland J. Les premiers liens: perspectives thérapeutiques et préventives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2005;53:71-7.
- Wendland J, Brisson J, Medeiros M, Camon-Senechal L, Aidane E, David M, et al. Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent-infant interaction and preventive/therapeutic approach. *Clinical psychology: science and practice* 2014;21:141-55.
- Wendland J, Couëtoux-Jungman F, Khun-Franck L, Camon-Sénéchal L, Cautru F, Ollivier C, et al. La cothérapie: un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 2014. (sous presse).

## Les groupes thérapeutiques et accueils parents-bébé

par Jaqueline Wendland

### Les groupes thérapeutiques parent(s)-bébé/jeune enfant

Les modalités de prise en charge groupales parents-bébé sont assez répandues dans les lieux de soin en périnatalité et petite enfance. Les fondements théoriques de leur cadre et leurs techniques thérapeutiques demeurent

encore rarement décrits et discutés, comparativement à la littérature abondante concernant les groupes pour patients adultes. Il est cependant primordial de s'interroger sur l'intérêt d'adresser tel enfant et ses parents à un groupe, plutôt qu'à une prise en charge individuelle. Cette décision doit être bien réfléchie et discutée avec la famille et ne doit pas se faire par défaut (par exemple : manque de places en thérapie individuelle), mais en fonction des bénéfices escomptés pour l'enfant et ses parents. Le groupe doit s'intégrer dans le projet thérapeutique pour l'enfant et ses parents, lequel peut s'associer à d'autres prises en charge en parallèle.

Si le groupe peut représenter un lieu de soins et de soutien pour certains parents et enfants, pour d'autres, la confrontation avec d'autres enfants et/ou parents présentant des difficultés ou des troubles graves (TSA, handicaps) peut être inutile, sans effet thérapeutique, souvent même préjudiciable, parfois un véritable choc. Il est ainsi questionnable l'intérêt de réunir dans un groupe les enfants et/ou les parents présentant les troubles les plus sévères (par exemple : groupe rassemblant des enfants autistes sans accès au langage). L'expérience clinique montre aussi qu'il est plutôt déconseillé d'intégrer dans des groupes parents-bébé des adultes présentant des troubles psychiatriques aigus (psychotiques, trouble de la personnalité borderline, épisode dépressif majeur, etc.). Ces parents non seulement ne retirent pas grand bénéfice de la dynamique groupale, comme peuvent la mettre en danger par leurs attitudes et comportements inadaptés, abrupts, ou peu coopérants (par exemple : commentaires désobligeants sur un autre enfant ou parent, participation très faible, pleurs incontrôlables, rapports tendus avec le groupe, non-respect des tours de parole, nombreuses absences, etc.).

Il est admis que les modalités groupales offrent généralement un espace contenant et soutenant (enveloppe groupale) qui permet une approche plus souple, partagée, suscitant parfois moins de méfiance de la part de parents peu enclins à un travail en individuel avec le clinicien (ils peuvent choisir de garder le silence et d'écouter les autres, bénéficier de l'attention, de l'avis et du soutien des autres familles). Le groupe peut être une étape préalable, préparatoire à une approche individuelle ultérieure. Il est indéniable que les groupes offrent également des supports d'identification, la possibilité de se reconnaître et de se soutenir entre personnes connaissant des difficultés semblables (« *je me reconnais en écoutant ces mères* » ; « *mon enfant ressemble à cet autre enfant* »), et il n'est pas rare que des liens d'amitié se tissent entre les familles en dehors du lieu de soin. Pour l'enfant, outre les interventions thérapeutiques proprement dites, le cadre groupal offre l'opportunité d'interactions nouvelles, une ouverture vers l'autre en milieu protégé, des contacts avec d'autres adultes et un groupe d'enfants de son âge en la présence encadrante des soignants. Les règles et le fonctionnement du groupe permettent une découverte de soi avec et dans le groupe

(la place de chacun, l'acceptation des autres, l'accommodation aux limites de soi et de l'autre, la régulation émotionnelle, etc.).

Les groupes parents-bébé/jeune enfant se limitent généralement à 5 ou 6 enfants maximum et leur(s) parent(s). Le nombre de professionnels peut varier de 2 à un soignant par enfant selon les besoins (classiquement un ou deux psychiatre(s) ou psychologue(s) accompagné(s) de professionnels : psychomotricien, éducatrice de jeunes enfants, puéricultrice, infirmier psychiatrique ou orthophoniste). Les enfants sont adressés aux groupes habituellement après évaluation et sur indication du consultant. Ils peuvent être fermés, sur un temps donné, ou ouverts, permettant l'intégration d'enfants après leur démarrage. Ils s'organisent souvent autour de temps et d'espaces différenciés, incluant des moments de rassemblement (par exemple : au début et avant le départ) et des temps d'activités préétablies (jeux, comptines, parcours psychomoteurs, activités avec différents médias-eau, dessin, peinture-, un goûter) et un groupe de paroles pour les parents.

Le cadre du groupe, et l'aménagement de l'espace en particulier, sont des points essentiels et doivent être murement réfléchis et respectés (jeux adaptés au niveau de développement des enfants, espace suffisant, lieu confortable et sûr, tapis, fauteuils ou coussins pour les parents, etc.). La permanence du cadre, le déroulement à l'identique, prévisible, sont fondamentaux pour assurer la continuité et permettre l'instauration d'une véritable dynamique de groupe au sens thérapeutique. À la surprise de leurs parents, les bébés et les jeunes enfants sont très attentifs aux détails du cadre et au déroulement du groupe, ce qui vient souligner leur besoin de régularité, et la sécurité que celle-ci leur procure. Il est courant que dans les premiers temps de fonctionnement d'un groupe les soignants doivent intervenir plus souvent pour soutenir et encadrer les échanges entre parents et enfants. Puis, progressivement se construit la dynamique qui caractérisera les interactions dans le groupe, comme une identité groupale qui sera la sienne. En effet, il n'y a pas deux groupes qui se ressemblent : « *Le groupe dispose de structures, d'organisations et de processus psychiques qui lui sont propres. Il y a une création psychique propre aux groupes, des entités psychiques qui ne se produisent pas sans le groupement* » (Kaës, 2005, p. 9). Dans un deuxième temps, une fois que le fonctionnement du groupe est bien intégré, les soignants pourront adopter une position plus déagée et se concentrer sur des interventions plus ciblées, en tenant compte du projet thérapeutique de chaque enfant, et en faisant en sorte que le groupe soit l'espace propice aux changements escomptés. Il va de soi que les progrès d'un enfant sont un puissant levier thérapeutique pour l'ensemble du groupe.

Enfin, il est essentiel que les professionnels disposent d'un temps régulier de synthèses cliniques de leurs observations, et si possible d'une supervision, afin de pouvoir ajuster leurs interventions en fonction de l'évolution du groupe et du projet thérapeutique de chaque enfant. D'autre part, les

phénomènes de transfert et de contre-transfert sont singulièrement modifiés par la situation groupale (dilution, diffraction du transfert), y compris dans les relations entre les soignants, et il est indispensable d'en avoir conscience afin de préserver la cohérence et la synergie des interventions.

## Les modalités de groupes parent(s)-bébé/jeune enfant

Selon les cadres de travail (CMP, Unités de Parentalité et Petite Enfance, CAMSP) et la formation des professionnels, différentes modalités de groupes parent(s)-bébé/jeune enfant peuvent être proposées. On retrouve aussi parfois des groupes destinés seulement aux parents, comme des groupes de parents d'enfants avec TSA, des groupes de pères ou de femmes enceintes/futurs parents. Concernant les femmes enceintes, excepté la participation aux séances de préparation à la naissance dispensées en groupe à la maternité par la sage-femme (parfois en binôme avec un psychologue), mais qui ne constituent pas de véritables groupes, l'approche groupale apparaît peu réalisable et bénéfique. En effet, la femme enceinte est naturellement très centrée sur son expérience personnelle et est peu encline à la partager avec un groupe. L'approche individuelle semble donc plus indiquée à ce stade. Dès les premières semaines avec le bébé, cependant, les parents sont avides d'échanges, de conseils, et le partage avec un groupe est souvent très apprécié. Ceci est particulièrement vrai pour des parents isolés, coupés de leurs racines familiales ou culturelles, en difficulté dans la lecture des besoins du nouveau-né, ou présentant des signes de fragilité ou de dépressivité.

Un groupe de guidance parentale autour des signaux et rythmes du bébé peut être alors proposé (Aidane et Camon-Sénéchal ; Rabain *et al.*, 2004). Ces groupes ont pour objectifs de favoriser la compréhension du « langage du bébé », de développer chez les parents une position réflexive vis-à-vis des signaux du bébé et leur capacité de se représenter son monde interne (*insightfulness*, Oppenheim ; *reflective functioning*, Fonagy ; intersubjectivité ; Trevarthen). Les échanges groupaux étayent l'identification au rôle parental, soutenant à la fois les compétences et l'individualité de chaque bébé et le sentiment de compétence parentale qui s'acquiert progressivement. Ces groupes sont généralement menés par deux professionnels (psychologue ou psychiatre et puéricultrice, ou auxiliaire de puériculture).

Des groupes s'appuyant sur les notions de guidance parentale, d'attachement et de soutien au développement de l'enfant peuvent être proposés tout au long de la petite enfance. Ils peuvent s'adresser à des familles carencées, démunies ou désorganisées au plan éducatif, présentant parfois des signes de négligence et de maltraitance potentielle de l'enfant. Un travail important sera fait pour encourager le contact physique et relationnel entre les parents et le bébé ou jeune enfant, pour renforcer la reconnaissance

des besoins et des compétences de l'enfant, pour favoriser le sentiment de compétence parentale, en rendant le parent acteur des changements et de la résolution des difficultés avec leur enfant (*empowerment*).

Les troubles de l'attachement et de l'angoisse de séparation peuvent également être pris en charge dans des groupes parents-nourrisson. Il s'agit de troubles relativement fréquents et qui peuvent s'exprimer au travers de difficultés accrues lors du sevrage, de la séparation autour du sommeil ou encore au moment de la mise en place d'un mode de garde. Cette problématique se retrouve également dans la gestion des limites, de la distance et de l'autorité, dans la protection et l'éducation de leur enfant, et aussi dans des troubles de la relation (lien fusionnel, ambivalent, conflictuel, distant, parfois érotisé). Il s'agit d'enfants ayant déjà acquis la marche et formé un lien d'attachement, âgés de 14-16 mois à 3 ans. Ils peuvent exprimer des manifestations anxieuses aiguës (parfois panique) et persistantes lors des séparations, ou au contraire, avoir développé des stratégies de retrait relationnel et de répression des comportements et affects, de soumission, de mise en danger ou d'inversion des rôles face à un parent peu sensible, incohérent, ou indisponible face à leurs besoins, empruntant la voie des distorsions ou troubles de l'attachement. Nous résumons ici le cadre d'un groupe de ce type amplement décrit ailleurs (*Wendland et al., 2011*). Inspiré de la théorie de l'attachement et proposant un renversement de la « situation étrange » d'Ainsworth (ici c'est l'enfant qui « dépose » le parent ailleurs, puis vient le rechercher, tout en modulant la distance avec des allers-retours possibles), ce groupe s'organise autour de deux espaces : une grande salle, l'atrium, et une salle plus petite, séparées par un couloir. Le groupe se déroule en quatre moments :

1. un premier temps de jeux entre parents, enfants et professionnels dans l'atrium ;
2. puis les enfants accompagnent leurs parents dans une autre pièce où se déroulera un groupe de paroles des parents avec la psychologue ;
3. les enfants retournent ensuite à l'atrium et reprennent les jeux avec la puéricultrice et l'éducatrice de jeunes enfants alors qu'en parallèle a lieu le groupe de paroles des parents ;
4. enfin, les enfants viennent rejoindre leurs parents et des retrouvailles ont lieu dans la salle du groupe de paroles. Chaque moment est riche de renseignements et sera l'occasion d'interventions soutenant la reconnaissance des émotions et des comportements d'attachement, d'exploration et d'autonomie de l'enfant, en parallèle avec le travail thérapeutique réalisé avec les parents (sensibilité, empathie, régulation émotionnelle), en résonance avec leur propre histoire d'attachement et de séparation.

Enfin, les approches groupales sont également assez répandues pour les enfants présentant des retards, handicaps ou troubles du développement (incluant des TSA et des troubles de la communication). Ces enfants

peuvent présenter des difficultés importantes à communiquer et à interagir avec les autres enfants et adultes (faible tolérance à la frustration, agressivité mal maîtrisée, stéréotypies, peu ou pas d'accès au langage préverbal et verbal). Il peut s'agir aussi de handicaps de découverte périnatale ou plus tardive. Les parents sont souvent en grande difficulté dans leur parentalité, parfois désorganisés et ne sachant pas comment entrer en relation avec leur enfant, ce qui peut aggraver l'isolement de ce dernier. Il est fréquent que les parents eux-mêmes se sentent seuls et désemparés, surtout lorsqu'ils doivent faire face aux critiques ou au manque de l'entourage et au choc de l'annonce d'un diagnostic lourd concernant l'avenir de leur enfant. Ces groupes incluent typiquement la présence d'un ou deux psychologue(s) ou psychiatre(s) accompagné(s) d'un ou plusieurs professionnels de la petite enfance : psychomotricien, orthophoniste, éducateur de jeunes enfants. Ces groupes sont parfois à visée d'évaluation et la participation de l'enfant est alors limitée à quelques semaines destinées à observer son développement et à affiner le diagnostic et le projet thérapeutique. Les stratégies thérapeutiques visent à soutenir le développement psychomoteur (parcours moteurs, manipulations de différents matériaux permettant d'agir sur les hypo-ou hypersensibilités sensorielles, jeux adaptés), à favoriser les interactions avec les pairs et les adultes (comptines, jeux avec les mains, partage d'un goûter) et à encourager toute forme de communication (avec des aides à la communication de type PECS ou MAKATON lorsque cela est nécessaire et possible). Des temps de jeux avec et sans les parents organisent le cadre spatio-temporel du groupe. Pour les parents, il est essentiel de leur permettre de formuler et d'élaborer leurs inquiétudes au sujet de leur enfant et de leurs difficultés en tant que parent dans un climat de compréhension empathique et de partage avec les autres parents et les professionnels.

## **Les lieux d'accueil parents-bébé**

Des lieux d'accueil parents-bébé se sont développés dans toute la France et ailleurs à la suite de l'initiative originale de Françoise Dolto d'ouverture de la Maison Verte en 1979 à Paris. Ces lieux possèdent une approche essentiellement préventive en tant que lieux de parole, d'échanges, de socialisation, de préparation à un mode de garde extra-familial, comme un espace transitionnel entre l'enfant et ses parents. Ils permettent aussi à des nombreuses familles de rompre avec l'isolement. Elles peuvent y recevoir guidance et une orientation thérapeutique si besoin. Les enfants y sont accompagnés par les parents ou un autre adulte tuteur (nourrice, grands-parents) et sont reçus par des « accueillant(e)s » qui peuvent être de différentes formations professionnelles. Ils travaillent sous la supervision d'un psychanalyste. Dolto soutenait l'idée d'un « transfert sur l'institution » plutôt que sur un professionnel donné. De nombreuses structures d'accueil parents-bébé ont été depuis ouvertes, fonctionnant

sur les principes d'un accueil sans rendez-vous, non médical, anonyme et gratuit (ou avec une faible participation financière). Ces accueils peuvent avoir lieu au sein de structures spécifiques créées à cette fin ou sur des plages horaires au sein de services plus classiques, tels que la PMI (éveil des bébés), les CMP, les relais parents-enfants, les points de rencontre de quartier. À ce titre, ils peuvent être intégrés au dispositif de prévention et de soins, comme un premier contact avec le service, un lieu d'observation avant ou après une première consultation sans rendez-vous (Couëtoux, 2003). Les familles y sont reçues par une équipe pluridisciplinaire, avant tout contact avec un médecin, parfois vécu comme rédhibitoire pour certaines familles.

## Références

- Couëtoux F. Le temps de l'accueil. *Le Journal des psychologues* 2003; (n° 211.)
- Kaës René. Groupes internes et groupalité psychique: genèse et enjeux d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2005;45:9-30.
- Rabain D, Aidane E, Couëtoux F, Marie P, Mazet P. Le travail avec des bébés et leurs parents au sein d'une unité spécialisée. In: Angel P, Mazet P, editors. *Guérir les souffrances familiales*. Paris: PUF; 2004.
- Wendland J, Camon-Senechal L, Khun-Franck L, Maronne C, Rabain D, Aidane E. Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement: un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. *Devenir* 2011;23(1):7-32.

## L'abord direct du bébé : psychomotricité, orthophonie de communication, groupes thérapeutiques pour jeunes enfants

La thérapie psychologique du jeune enfant ne se résume pas à la consultation dite thérapeutique parents/jeune enfant, ni aux soins apportés à la relation. L'abord direct du jeune enfant est essentiel, à la fois dans l'évaluation diagnostique et pronostique, et dans la stratégie thérapeutique.

Sur le plan de la communication, une rééducation doit être entreprise précocement et de façon intensive dès lors qu'il existe un trouble de la communication manifeste (TED). Elle est au mieux faite de façon individuelle, par une orthophoniste formée, avec des séances brèves, répétées autant que possible, et centrées sur la mutualisation de l'expression orale. Dès que possible, l'orthophoniste mettra en place un système d'aide à la communication utilisant des images, qui permettent à l'enfant d'exprimer ses besoins et désirs. Il est important que la mise en place de ce système

d'aide à la communication sociale (PECS ou MAKATON) se fasse de façon coordonnée entre l'orthophoniste, les parents et le lieu de garde de l'enfant s'il en est. Un petit groupe de langage et de communication, avec des enfants de niveau à peu près homogène peut être une aide importante, et renforcer le dispositif, dont on vérifiera à terme qu'il est bien coordonné et synergique.

La même stratégie s'applique pour le traitement des troubles sévères du langage : bilan quantitatif et diagnostic, étiologique, puis rééducation individuelle la plus fréquente et la plus continue possible, en individuel et en petit groupe. On peut être amené à utiliser la langue des signes pour aider une jeune enfant avec un trouble important de l'expression orale. Le recours à un centre référent du langage est nécessaire à chaque fois qu'un doute se pose entre TED et trouble du langage, ou devant un trouble du langage sévère et possiblement syndromique chez un jeune enfant.

La psychomotricité joue un rôle essentiel dans la capacité d'évaluation et d'intervention des centres de la petite enfance, comme ceux du CAMPS (qui assurent le suivi des prématurés et des retards mentaux jusqu'à 6 ans). Le bilan psychomoteur du jeune enfant est indispensable devant tout trouble du développement. Il permet de donner une idée du niveau de développement psychomoteur, de l'existence de signes d'orientation étiologiques (hypotonie importante, mouvements anormaux, syncinésies), tant en motricité fine que globale. Il est surtout très utile pour la recherche systématique de troubles de l'intégration sensorielle, qu'ils soient auditifs, vestibulaires, tactiles, et qui peuvent se traduire par une hypersensibilité, ou une hyposensibilité. Le profil sensoriel de Dunn est ici très utile, et il pourra guider l'abord thérapeutique.

Le bilan explore aussi la durée de l'attention et l'effet de la mobilisation sur la relation à l'autre. Il explore chez l'enfant plus grand les praxies visuo-spatiales. Le bilan psychomoteur est particulièrement utile dans les TED : il permet de mesurer les difficultés d'expression, de communication et de coopération par le mouvement, d'observer les modes de retrait et de protection devant les angoisses suscitées par la difficulté de la relation à l'autre, la difficulté à se laisser tomber, à sauter, à quitter les pieds du sol, à rentrer dans un parcours clos ou sombre, ou au contraire, l'apaisement sur une surface douce et molle. La relation à la psychomotricienne est souvent la première relation thérapeutique pour un jeune enfant avec un retard mental, ou un TED, mais aussi une mise en relation pour un jeune enfant avec un trouble sévère du langage.

L'intervention de la psychomotricienne ou du psychomotricien est aussi souvent la première aide effective que reçoivent les parents pour comprendre les réactions de leur enfant et savoir comment mieux les aider. Le petit groupe est moins souvent utile en psychomotricité, sauf avec deux enfants de niveau proche, et capables de coopérer. L'abord individuel en psychomotricité est précieux pour l'évolution des enfants avec un trouble important

du langage, même en l'absence de troubles spécifiques du développement psychomoteur.

Les petits groupes de jeunes enfants sont très profitables quand ils peuvent associer psychomotricienne, psychologue et orthophoniste, avec trois ou quatre au maximum jeunes enfants, avec un adulte par enfant. Ces groupes permettent d'abord de juger de la tolérance du jeune enfant à la sollicitation sociale et langagière par les pairs et par les adultes, et jugent de la capacité de l'enfant à intégrer les règles de fonctionnement, de jeu, de début et de fin. Ils peuvent avoir un effet contenant pour des enfants agités, anxieux, insécures.

Pour l'évaluation et le soin des TED, le CATTP (Centre d'action thérapeutique à temps partiel), représente un format proche de l'hôpital de jour, par la présence de l'enfant deux à trois fois par semaine, pendant deux à trois heures, dans des activités structurées, alternant le groupe et l'individuel, avec temps de repas et de repos. Il s'agit là de groupes fermés, utilisant des médias variés, avec observation initiale avant l'entrée et suivi parallèle des parents, utilisant la dynamique de groupe (Kaës, 1999). Les synthèses hebdomadaires de l'équipe du CATTP permettent de donner sens aux mouvements défensifs, de régression, de contrôle ou d'imitation des enfants (Fraiberg, 1982 ; Jaquet, 2012).

L'évolution dans le CATTP permet d'affiner le diagnostic des cas difficiles et de préciser les indications thérapeutiques. Le séjour au CATTP se poursuit par l'entrée en hôpital de jour, selon les cas, ou par l'intégration en maternelle avec poursuite d'un dispositif thérapeutique intégré.

Pour les prématurés, l'abord en psychomotricité est précieux. Le massage, avec une technique précise, plutôt appuyée de façon forte et qui rappelle le massage traditionnel africain, a montré ses effets positifs sur la prise de poids, dès que le massage peut être toléré sans désorganisation (Field, 2002). La méthode dite kangourou procure à l'enfant prématuré ou de petit poids des stimulations labyrinthiques, mais dans la proximité de la peau maternelle et en profitant de ses phéromones apaisantes. Le portage kangourou a démontré ses effets positifs sur le développement et la croissance (Charpak, 1994). Rappelons que la stimulation orale, très précoce, améliore la prise de poids des prématurissimes et diminue leurs troubles alimentaires ultérieurs. La rééducation psychomotrice est très utile pour les troubles de la coordination, et aussi pour les dyspraxies visuo-spatiales fréquemment retrouvées chez les prématurés.

## Références

- Ballouard C. L'aide mémoire de psychomotricité. 2e éd. Paris: Dunod; 2012.
- Feldman R. Les programmes d'intervention pour les enfants prématurés et leur impact sur le développement: et trop et pas assez. *Devenir* 2002;14(1):239-63.
- Charpak N, Ruiz-Palaez JG, Charpak Y, Rey-Martinez A. Kangaroo mother program: An alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. *Pediatrics* 1994;94:804-10.

- Field T. Massage therapy for infants and children. *J behavioural and developmental pediatrics* 1995;16:105-11.
- Fraiberg S. Pathological defences in infancy. *Psychoanal quarterly* 1982;51:612-35.  
Traduit et reproduit dans *Devenir*.
- Jacquet É. Imitations, intersubjectivité et symbolisation primaire dans des groupes thérapeutiques de jeunes enfants. *La psychiatrie de l'enfant* 2010;53(2):453-508.
- Kaës R. *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris: PUF; 1999.

## L'utilisation de la vidéoscopie en thérapie parents-jeune enfant et en prévention

Outil de première importance en pratique clinique comme en recherche, la vidéo a largement contribué à l'amélioration des connaissances et des pratiques concernant le développement précoce. On se souvient du travail pionnier de René Spitz sur « l'hospitalisme », celui de John Bowlby et de James et Joyce Robertson sur les carences de soins maternels et la séparation et de leurs films. Celui de Spitz, *Grief, A Peril In Infancy*, ceux de Bowlby et des Robertson dont le plus célèbre est *John à la nurserie*, ont eu une grande influence sur notre compréhension des facteurs de la santé mentale du jeune enfant et sur la reconnaissance du champ de la psychopathologie précoce.

L'utilisation de la vidéo dans le cadre thérapeutique s'avère particulièrement intéressante. Ainsi, Bertrand Cramer, Christiane Robert-Tissot, Daniel Stern et leur équipe (1990) ont réalisé ensemble une recherche sur les thérapies parents/enfant dans lequel la vidéo s'est montrée précieuse pour évaluer les changements au cours de la thérapie, mais aussi l'effet des diverses techniques d'intervention. Un groupe informel, constitué d'Edward Tronick, Beatrice Beebe, Bob Marvin et George Downing utilise de façon intensive la vidéo dans des cadres thérapeutiques depuis de longues années. Robert Marvin a développé une utilisation de la Situation Etrange pour permettre, lors de thérapie de groupe, une augmentation de la sensibilité parentale au besoin de sécurité de l'enfant. Il a ainsi développé le paradigme du Cercle de Sécurité (*Circle of Security*®), dans le cadre de la théorie de l'attachement, décrivant les réactions du bébé en termes de haut ou bas du cercle de sécurité, selon qu'il est en absence de stress et en exploration (haut du cercle), ou en stress et en besoin de réconfort (bas du cercle), et développé une formation à l'application de prévention et en intervention de cette technique de façon individuelle ou en groupe. George Downing a proposé une grille d'analyse des vidéos faites avec ou par les parents, qui prend en compte l'ambiance émotionnelle, les positions physiques relatives des uns et des autres, la qualité des échanges et des tours de rôle.

Ainsi la vidéo est devenue, grâce à la diminution des coûts du matériel et à leur facilité d'utilisation, un outil majeur pour la formation, la supervision et l'enseignement, mais aussi pour l'évaluation clinique. La vidéo est devenue facilement utilisable dans les services de santé mentale, mais aussi à domicile. On apprend facilement, par la pratique, à proposer tôt au cours d'un suivi la réalisation d'un clip vidéo, même dans des circonstances cliniques difficiles, dans la mesure où la vidéo permet une alliance de travail de bien meilleure qualité. Il est utile de faire des clips très courts, centrés sur l'enfant, et de ne pas hésiter à demander au parent de tenir la caméra s'ils sont réticents à se voir eux-mêmes en vidéo.

*Le premier but de la vidéo*, comme de l'évaluation en général, est de trouver ce qui va bien, ou pas trop mal, ce qui procure du plaisir, de montrer au parent combien le bébé s'intéresse à lui et apprécie ce qui vient de lui, et de le montrer au parent. Le document peut servir aussi d'archive familiale, d'album du bébé, que nombre de familles à difficultés multiples ne peuvent pas faire ou ne pensent pas à faire. La deuxième étape est donc de regarder le clip, seul, de l'éditer si besoin, et de l'analyser hors de la présence du parent, de façon à préparer la restitution. Ce délai permet le temps de réflexion et d'élaboration. On va ensuite demander au parent ce qu'il s'attend à voir, puis ce qu'il voit, lorsque l'on regarde avec lui le clip vidéo. Ce temps de restitution, après coup, est important, et doit être préparé et donner lieu à une séance spécifique.

Cette utilisation de la vidéo permet l'établissement plus rapide d'une alliance de travail avec les parents, grâce à l'engagement dans un processus de « voir ensemble ». L'utilisation de la vidéo dans ce cadre permet de ménager le narcissisme en permettant aux parents eux-mêmes de se rendre compte de ce qui va bien et de ce qui va moins bien. Ceci est appliqué et développé dans un certain nombre de programmes d'intervention préventive en particulier auprès d'enfants adoptés. La vidéo permet de se centrer sur l'enfant, de guider l'évaluation précoce et surtout de discuter avec les parents de ce qu'ils observent, eux, et de ce que nous observons, nous les professionnels. Enfin, la vidéo est devenue indispensable pour se former à différents outils, en particulier ceux qui font appel à une mise en situation (situation étrange d'Ainsworth, par exemple).

Ajoutons que dans la formation, la vidéo a pris une place de plus en plus importante du point de vue pédagogique, que ce soit pour l'illustration de cas clinique ou de la technique d'entretien, de thérapie, ou pour l'entraînement à la cotation de telle ou telle situation d'évaluation. De même qu'avec les parents lors d'évaluations, elle permet de faire/voir ensemble.

## Règles d'utilisation

L'utilisation de la vidéo suppose un certain nombre de précautions : la première est l'obtention d'un accord écrit de la part des deux parents ou

des titulaires de l'autorité parentale. Cette autorisation permet en fait tout type de diffusion, mais en pratique on s'interdira d'utiliser ces documents lors d'un congrès, encore moins pour une émission télévisée, et on se limitera à la formation de groupes professionnels restreints. Les documents devront être anonymisés, et effacés à la demande des parents. Il est bon de pouvoir en donner une copie aux parents qui le demandent. En clinique quotidienne, l'utilisation de la vidéo obéit aux mêmes règles d'autorisation et d'accès que le dossier médical, dont elle fait partie. La vidéo est donc transmissible sur demande des parents, qui peuvent demander à en avoir une copie, à leurs frais. Dans le cas d'une recherche clinique à financement public de type PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique) du ministère de la Santé, l'utilisation de la vidéo suppose l'autorisation de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Les documents de toute recherche clinique de type PHRC doivent être anonymisés et conservés de façon fiable pendant 15 ans. Il est à noter que les situations de consultation et d'expertise, en particulier lors de conflits parentaux à propos de la garde d'un jeune enfant, ne se prêtent guère à l'utilisation de la vidéo qui risque d'être utilisée par une partie contre l'autre. L'usage de la vidéo dans ces circonstances doit donc être très restreint et très encadré. En revanche, il ne semble pas exister de contre-indications à l'usage de la vidéo qui soit liée à la psychopathologie parentale ou aux troubles de l'enfant, mais on s'abstiendra de le proposer aux parents très projectifs, dans la mesure où la vidéo risque de les inquiéter et d'aller à l'encontre du but envisagé.

## Références

- Guedeney A. La vidéo en évaluation du jeune enfant. In: Tourrette C, Guedeney A, editors. *L'évaluation en clinique du jeune enfant*. Paris: Dunod; 2012.
- Downing G, Wortmann-Fleischer S, von Einsiedel R, Jordan W, Reck C. Video intervention therapy with parents with a psychiatric disturbance. In: Brandt K, Perry B, Seligman S, Tronick E, editors. *Infant and early childhood mental health: core concepts and clinical practice*. Washington DC: American psychiatric association; 2013. p. 261-80.
- Guedeney A, Tereno S. La vidéo dans l'observation d'évaluation et d'intervention en santé mentale du jeune enfant: un outil pour la transmission. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2012;60:261-6.