



M PRESENTATION D'UN DISPOSITIF EXPERIMENTAL A LA POUPONNIERE DE L'ERMITAGE : LES APAJE (ATTENTION PARTAGEE AUTOUR DU JEUNE ENFANT)

Texte extrait de la présentation d'Anne-Elodie BRONISZ, de Christine DELBAERE-BLERVACQUE et du Dr Catherine ELSASS lors du congrès du GEPSO le 30 mars 2018 à Paris « Bien grandir en pouponnière aujourd'hui ».

Le dispositif que nous allons vous présenter est en cours d'expérimentation au sein de notre pouponnière, la pouponnière de l'Ermitage à Mulhouse. Il s'agit de l'un des quatre établissements de l'association qui comprend également un Centre Maternel et Parental pour majeures, un Centre Maternel pour mineures et un Accueil de Jour. Notre établissement, qui existe depuis 1922, est une pouponnière associative qui accueille 29 enfants pour des séjours d'une durée moyenne de 18 mois. Nous avons deux places d'urgence et nous accueillons également des bébés confiés à l'adoption. Mais notre travail d'accompagnement concerne donc principalement des placements longs, certains de nos enfants séjournant à la pouponnière de la naissance à leur entrée en CP.

Le dispositif que nous allons vous présenter s'inscrit donc dans une prise en charge s'étendant souvent sur plusieurs années. Il est un outil complémentaire à l'existant, qui s'articule au cadre de soin global qui est proposé aux enfants et à leurs familles. Ce cadre de soin se réfère de manière étroite à l'approche développée par la pédiatre hongroise Emmi Pikler à Lóczy. Nous allons commencer par vous en décrire les grandes lignes.

Du côté de la prise en charge directe de l'enfant, toute l'organisation de son quotidien est conçue pour préserver au mieux son sentiment de continuité et son besoin de repères stables, fiables et prévisibles permettant d'assurer sa sécurité affective. Le prendre soin de l'enfant s'appuie principalement sur trois fondamentaux, que nous allons rapidement présenter :

D'abord et avant tout notre travail se fonde sur l'observation de l'enfant dans tous les aspects de sa vie quotidienne. Cette observation est pratiquée à tous les niveaux et par tous les professionnels : les auxiliaires dans les groupes, les coordinatrices, l'infirmière, les deux psychologues, la chef de service. L'observation est un soin. Elle tisse une enveloppe autour de l'enfant et permet de s'ajuster de façon très fine à sa singularité, son rythme de développement, ses particularités interactives, à la manière dont il vit et réagit à ce qui l'entoure.

Ensuite, les soins corporels. Ils ont une valeur essentielle. C'est au travers des soins corporels qu'une relation authentique et chaleureuse va se construire entre la professionnelle et l'enfant. Ces temps de soin sont donc pensés avec précision, toilettes, change, repas... pour offrir à l'enfant des repères stables, fiables et prévisibles sur lesquels il puisse compter, et ce quelque soit l'auxiliaire qui effectue le soin. Ils sont élaborés autour d'une chorégraphie des gestes de soin, mais aussi autour des échanges verbaux, véritables conversations entre l'adulte et l'enfant, quelque soit son âge. Ces soins individualisés sont là pour permettre à l'enfant, séparé de ses parents, de se construire, de se restaurer et de vivre sereinement les temps d'activité autonome.

L'activité autonome, troisième fondamental piagétien, qui vient répondre au besoin de liberté de mouvement de l'enfant et à son plaisir d'agir. Liberté de mouvement et plaisir d'agir qui sont considérés comme les moteurs du développement de l'enfant.

Ce travail d'observation, d'attention, la quête permanente d'ajustement au plus près des besoins de l'enfant et de la personne qu'il est (aménagement des protocoles de soin, des espaces de jeux), est un travail extrêmement exigeant et complexe qui nécessite un portage institutionnel et l'existence d'espace de pensée et d'élaboration tels les réunions d'équipes, le soutien apporté par les coordinatrices, par la psychologue, par le cadre pédagogique : une double enveloppe « qui contient les soins et qui permet leur mise en œuvre » (Golse, 2015).

Du côté de l'accompagnement du lien entre l'enfant et ses parents, les coordinatrices assurent tout le quotidien de la relation avec les parents: admission de leur enfant, entretiens réguliers, échanges téléphoniques, suivi des TISF... Le rôle de l'infirmière est central, elle invite les parents à des visites médicales régulières avec notre médecin référent. Le rôle de la CDS est tout aussi essentiel dans les rencontres régulières qu'elle a avec les parents, en particulier au moment de l'élaboration des rapports. C'est dans ce tissage au quotidien que s'inscrit l'outil central du travail avec les parents, à savoir les visites enfant-parents. Les premières visites, au début du placement, sont systématiquement médiatisées, même si le juge n'a pas demandé la médiatisation. Les visites médiatisées sont assurées par une psychologue présente en salle tout le temps de la visite. Toutes les visites, qu'elles soient médiatisées ou non, durent une heure et toutes sont encadrées. Elles sont toutes encadrées car, même lorsque les visites ne sont pas médiatisées, nous les accompagnons: c'est-à-dire que les parents sont accueillis à leur arrivée dans la pouponnière par la psychologue ou une coordinatrice qui les accompagne jusqu'à la salle de visite en compagnie de leur enfant. De même, à la fin de la visite, la même professionnelle qui a fait l'accueil les raccompagne avec leur enfant de la salle de visite à la porte du groupe de vie de l'enfant, puis jusqu'au seuil de la pouponnière. Ces temps accompagnés, à l'aller et au retour de la visite, bien que courts, sont essentiels dans le travail de lien entre l'enfant et ses parents, et entre les parents et la pouponnière.

Ces quelques mots sont là pour vous broser les grands traits de notre travail tel qu'il existe aujourd'hui. Sachant que tout cela ne fonctionne que parce que inscrit dans une volonté de notre institution de faire exister un travail de lien permanent entre les professionnels via des réunions d'équipe de coordination, des réunions cliniques ou de pratiques professionnelles, ou encore les transmissions quotidiennes entre pairs.

C'est ce travail institué de liens entre professionnels qui donne corps à une réflexion permanente dans la pouponnière pour s'ajuster au plus près des besoins de l'enfant et penser de nouveaux outils. Ainsi, pour notre institution qui accueille des enfants sur un temps long, se pose la question insistante des enfants dont la souffrance est persistante. Cette souffrance, qui apparaît dans leurs symptômes somatiques ou comportementaux, questionne les professionnels et les parents, renvoyés à un sentiment d'impuissance et d'incompréhension qui génère une souffrance en écho à celle des enfants. D'où cette question pour nous, quel nouvel outil clinique complémentaire à l'existant (que nous venons de vous décrire) pourrions-nous élaborer pour tenter de venir en aide à ces enfants à travers le lien à leurs parents et à leurs auxiliaires de puériculture?

C'est de là qu'est partie l'idée d'un dispositif particulier que nous avons dénommé APAJE pour Attention Partagée Autour du Jeune Enfant. Ce dispositif veut accueillir la souffrance de l'enfant en le

recevant avec ses parents (on parle d'APAJE Parents) ou, si les parents sont délaissant, en le recevant avec l'auxiliaire qui prend soin de lui (on parle d'APAJE Auxiliaire).

La première spécificité de cet outil, comme le montre le « Partagée de l'Attention partagée autour du jeune enfant » est de proposer un double regard et une double écoute, mieux à même d'accueillir les émotions toujours très complexes que la souffrance de l'enfant convoque. Double regard et double écoute car les APAJE mettent en place un binôme médecin-psychologue, à la différence des visites médiatisées où le psychologue est seul. L'objectif de ce binôme est de nouer soma et psyché, somatique et psychique, et de prendre du recul à deux. Nous nous sommes inspirés, dans notre réflexion, de trois dispositifs existants: d'une part les APAB, Attention partagée autour du bébé, pensée avec la collaboration du Pr Bernard GOLSE, et déjà pratiquée dans les deux centres maternels de l'Ermitage, d'autre part des consultations conjointes créées il y a 20 ans dans le centre de Santé de Belfort par Marie Odile SIBRE et le Dr ELSASS avec la supervision du Pr Bernard GOLSE, et enfin des consultations en binôme médecin psychanalyste, dénommées consultations spécialisées, proposées par la PMI de Côte d'Or depuis 30 ans. Au sein de notre pouponnière, les APAJE sont donc assurées par un binôme composé du médecin référent de la pouponnière, et d'une des deux psychologues de l'établissement, toutes deux d'orientation psychanalytique.

Orientation psychanalytique : pourquoi? Cela nous permet d'amener la deuxième spécificité de notre outil, à savoir qu'il s'agit d'un lieu de soin psychique sans aucune visée évaluative ou diagnostique. Un outil ancré dans la psychanalyse et aussi dans la clinique du trauma. Il s'agit d'un dispositif analytique car l'écoute et le regard du binôme ne cherche pas à faire disparaître le symptôme de l'enfant, mais plutôt à entendre la vérité inconsciente que ce dernier crie à travers ses signes de souffrance. Nous ne sommes donc pas dans une démarche de guidance parentale ou de rééducation. Dans une APAJE Parents, il s'agit, en s'appuyant sur les transferts multiples entre les différents protagonistes, d'être à l'écoute de l'inconscient qui peut surgir à tout moment et venir dire quelque chose du symptôme, de son sens, qui était resté jusque là, indicible. Il s'agit d'un dispositif analytique qui ne vise pas à lever des refoulements, mais à réinstaurer du vivant là où tout semblait mort.

Concrètement, les parents vont pouvoir, en présence de leur enfant, parler d'un passé traumatique. Ce passé, parce qu'il est traumatique, n'a jamais pu être digéré. Il est resté présent : un « passé présent ». Du coup, il continue à distiller son poison jour après jour. Et c'est bien souvent de ce poison que l'enfant tente de faire savoir quelque chose dans ses symptômes. Et vous voyez certainement de quoi nous voulons parler à chaque fois que vous êtes confrontés à des parents capables de vous évoquer les faits les plus sordides comme nous parlerions du dernier livre que nous avons lu. Comme cette mère qui évoque, en visite médiatisée, comment elle a retrouvé sa mère pendue à 6 ans ou ce père qui explique comment il est devenu ceinture noire de self défense pour protéger sa mère de son père « un peu agressif ».

Avec les APAJE, le pari pris est que le passé va pouvoir s'élaborer, s'historiciser, devenir non plus traumatique mais historique. L'enfant n'aura plus besoin de hurler dans ses symptômes, et la vie pourra reprendre. Ce dispositif analytique s'inscrit aussi dans la clinique du trauma. Car il s'adresse à des familles traumatisées, morcelées, sur plusieurs générations. Avec ces parents et leur enfant, il s'agit d'appliquer les 4 principes de la clinique du trauma proposés par un psychiatre de la première guerre mondiale (Salmon en 1917) : « Proximité, immédiateté, expectancy, simplicité ».

Proximité : être proche de l'enfant et de sa famille sans basculer dans la promiscuité. Immédiateté : être présent dans ce qui vient dans l'immédiateté d'une écoute. Expectancy : substantif sans équivalent dans notre langue, on pourrait dire attention vivante, ouverte à tout ce qui peut advenir et adossée à la certitude que la vie peut l'emporter. Simplicité enfin du dispositif et des mots employés qui évitent toute résonance avec simplisme ou simplification.

Simplicité du dispositif: voilà qui nous permet d'ouvrir la troisième spécificité des APAJE, à savoir qu'elles ont lieu dans un endroit accueillant, dans un lieu familial au sein de la pouponnière, mais différent des salles de visite ou du groupe de vie. C'est une pièce agréable, assez vaste pour accueillir l'enfant, sa famille, avec des sièges confortables pour chacun, mais aussi un grand tapis pour s'y installer. L'enfant y trouve papier et crayons pour les plus grands, pâte à modeler... Des jeux sont proposés : animaux, petits objets à manipuler. L'enfant qui ne marche pas peut être installé sur un tapis de sol.

Voilà pour le dispositif théorique. On peut ajouter qu'une APAJE dure 45 minutes, suivie d'un débriefing entre les professionnels. Leur fréquence n'est pas fixe. En effet, chaque consultation porte sa temporalité en elle-même. Nous ne sommes pas dans un 'suivi'. Nous sommes dans un espace où tout est possible à chaque fois que s'ouvre la consultation.

Nous allons maintenant déployer une vignette clinique où nous retrouverons les éléments principaux que nous venons de développer. Nous avons fait le choix de vous présenter la première APAJE Parents. Pourquoi ? Parce que, par sa force, elle nous a convaincues que notre recherche avait du sens. Elle a eu lieu l'été dernier dans un cadre un peu particulier, celui de la fin de placement d'une fillette de un an qui allait rentrer à domicile la semaine suivante. Il ne s'agissait donc pas d'un enfant en souffrance, mais d'une situation de fin de placement. Nous avons en effet pensé que l'APAJE pouvait aussi être un outil très pertinent pour accompagner psychiquement la fin d'un placement chez nous.

Eve est une petite fille de 1 an qui a été admise à la pouponnière dès sa naissance après un accouchement sous X.. Sa maman, mineure, reviendra sur sa décision rapidement et des visites médiatisées avec la psychologue, seront mises en place, ainsi que, plus tard, des retours à domicile sur des week-ends. Le papa, qui a appris la naissance de sa fille bien après, réapparaîtra quelques mois plus tard.

La psychologue va chercher Eve dans son groupe de vie pendant que les parents et le médecin, attendent leur venue dans la salle de consultation. Pendant ce temps suspendu, le médecin demande aux parents, installés côte à côte sur le canapé, comment ils ont vécu leur propre enfance, quelle tonalité ils en gardent. Le papa de 20 ans raconte ses peluches à qui il parlait et avec lesquelles il construisait des histoires fantastiques. La maman de 18 ans nous dit qu'elle se rappelle de tout depuis qu'elle a 2 ans.

Arrivent Eve et la psychologue qui installe la fillette sur les genoux de sa mère. Le temps s'arrête. Echange de regards : Eve et ses parents, ses parents et les professionnelles ... Eve gigote pour aller sur le tapis de sol... et tout le monde l'y rejoint. Eve déambule entre ses parents, regarde d'abord la psychologue qu'elle a l'habitude de voir lors des visites médiatisées. Elle fixe le médecin avec insistance quand cette dernière lui explique qu'elle est là avec ses parents, la psychologue et elle

pour que nous lui parlions de son histoire. Elle s'installe au milieu du tapis avec les objets à sa disposition.

La maman raconte la découverte de sa grossesse. Elle ne dit rien à sa mère et sait qu'elle doit se rendre à l'hôpital pour faire une IVG. Elle exprime alors combien elle n'a pas pu faire cette démarche d'aller consulter. Eve, installée à genou et sur ses fesses (position pourtant très stable) bascule alors en arrière, comme poussée par une force invisible à l'évocation de ces semaines où elle a été comme entre la vie et la mort. Une menace de mort qui planait aussi sur sa mère, dans la peur que sa propre mère, grand-mère de Eve, ne la « tue » en apprenant la nouvelle de cette grossesse : « Ma mère m'a presque tuée » dit-elle, lorsqu'elle s'est décidée à lui annoncer sa grossesse au bout de 5 mois de gestation. Le médecin est à côté d'Eve et l'empêche de basculer entièrement en la retenant doucement dans le dos. Ce geste semble sceller un pacte entre le médecin et l'enfant, qui ne la quittera plus pendant le reste de la consultation. Son histoire, même antérieure à sa naissance, est reprise et mise en mots. Eve est toute oreille, triturant les oreilles de son doudou.

Son papa, qui ne savait pas qu'il était père, a atterri du lieu où il était en vacances, le jour exact de sa naissance. Il apprendra plus tard l'existence de sa fille qu'il rencontrera « sous le manteau » en se faisant passer pour le cousin de la mère : en effet, à la fin d'une visite médiatisée, la jeune femme a demandé à la psychologue si son cousin qui attendait en salle d'attente, pouvait voir rapidement Eve. La psychologue a hésité, sentant qu'il y avait anguille sous roche, et accepté, car elle a eu l'impression que présenter son enfant à ce cousin était, pour la mère, comme une façon de s'affirmer dans sa maternité après la naissance sous X et la rétractation. La rencontre durera deux minutes. Le père, dénommé cousin, explique aujourd'hui, sur le lieu de l'APAJE, ce qui s'est alors passé pour lui. Il dit devant Eve qu'il est resté sans voix mais qu'il est tombé instantanément amoureux de sa fille. Le médecin demande à la maman ce qui s'est passé ensuite... Elle rit en répondant: " Il n'a pas décroché un mot de tout le trajet de retour. Il était en état de choc ". Quant à elle? Elle était soulagée : « Je n'avais plus tout ce poids sur les épaules ». La psychologue, témoin tiers de la scène, évoque alors comment elle avait été frappée par l'intensité du regard à la fois étonné et émerveillé que ce « cousin » avait posé sur le bébé de 6 mois.

Eve tend alors au médecin un rond en mousse rose creusé d'un trou au milieu. Cette dernière lui dit oui, que la boucle est bouclée. Son papa a atterri le jour de sa naissance sans savoir qu'il était père. Maintenant, elle va rentrer chez elle avec ses deux parents un an exactement après cette naissance non désirée alors. Le médecin prend le rond en mousse, le pose dans sa main et lui montre que c'est exactement ça : la boucle de cette année particulière est bouclée et d'autres cycles sont à venir pour elle. Elle lui redonne ce rond qu'Eve lui redonnera ensuite plusieurs fois dans un jeu d'allers et retours. Histoire de sa vie, dont la fillette connaissait des fragments évoqués d'une visite médiatisée à l'autre, mais désormais reformulée devant elle avec beaucoup d'émotions de la part de ces jeunes parents qui vont désormais pouvoir vivre avec elle.

Si on relit cette vignette écrite dans l'après-coup de l'APAJE, que voit-on se dégager ?

- Le travail d'historicisation est évident, en lien avec le fonctionnement du binôme médecin-psychologue, et des jeux de transfert entre chaque acteur. Les parents sont en confiance, Eve prend vite ses marques, tandis que le binôme médecin-psychologue permet le déploiement d'un regard allant de l'enfant à ses parents, des parents à l'enfant : l'histoire du placement a pu être évoquée devant la fillette, en accord avec les parents. Peut-être cela permettra-t-il que cette année de vie en

institution après une naissance sous le secret, une rétractation rapide de la mère et la reconnaissance de sa fille par le père 5 mois plus tard, ne fasse pas trauma, mais au contraire s'installe de façon vivante dans l'avenir qui s'ouvre pour eux. Nous sommes en plein ici dans la question de l'historicisation d'un vécu traumatique qui cesse d'être un tout indigérable pour devenir un événement de vie. Très proches aussi de la notion de « filiation narrative » proposée par Marie-Rose MORO et Bernard GOLSE.

- Ensuite, le cadre accueillant et familial a joué son rôle de mise en confiance de ce tout jeune couple. Chaque protagoniste y a trouvé sa place, inauguré par le mouvement de glissement des parents, du médecin et de la psychologue des fauteuils sur le tapis au plus près de l'enfant.

- Mais surtout, cette vignette clinique vient montrer comment un tel travail, aussi merveilleux soit-il sur le papier, est d'abord et avant tout, le fruit de tout le travail accompli au sein de la pouponnière par les professionnels autour de cette enfant et de ses parents. Eve est arrivée seule, née sous le secret, sa mère l'a rejointe, puis son père. A chaque étape, auxiliaires de puériculture, équipe de coordination se sont adaptés aux mouvements vitaux du bébé, puis de ses parents. Ils les ont accueillis, sans les juger, sans chercher à tout comprendre, en posant un cadre qui les soutiennent sans les écraser ou les déresponsabiliser. En clair, on ne peut pas faire une APAJE « comme ça », comme on « fait » une visite. La visite est inscrite dans le droit du parent à rencontrer son enfant. L'APAJE est ailleurs. Elle est possible pour certaines familles, ne l'est pas pour d'autres. Se pose ici la question de la demande de soin de la part des familles, très différentes de leur demande de « voir leur enfant et de le récupérer »; question de la demande que l'on n'a pas le temps d'aborder ici.

Nous ne savons pas à ce jour si ce dispositif perdurera. Mais, quoi qu'il advienne, il est là pour rappeler le travail de fond que nous menons tous dans nos établissements autour de nos missions de protection de l'enfance, confrontés aux pulsions de mort et à l'espoir ancré au fond de nous que la vie est là aussi, puissante.