

Quand les vulnérabilités parentales pèsent sur la qualité de la relation

Gisèle Apter,

cheffe de service de pédopsychiatrie et de psychiatrie périnatale au groupe hospitalier du Havre, professeure à l'université de Rouen-Normandie,

Lisa Vitte,

pédopsychiatre, centre hospitalier Le Havre,

Emmanuel Devouche,

maître de conférences, université Paris Cité, laboratoire Psychopathologie et Processus de santé (UR4057).

Les interactions sont les comportements, les émotions et tout ce qui est perceptible se produisant entre deux personnes ou plus. On parle d'interactions comportementales, vocales, affectives entre la personne, le ou les parents qui dispensent à l'enfant les soins au quotidien (*caregiver*) et ce dernier [1-3]. Bien que l'on puisse parler d'interactions avec le fœtus au travers des mouvements fœtaux, les interactions visibles débutent à la naissance. Celles-ci sont possibles d'emblée puisque le nouveau-né possède de nombreuses compétences connues [4]. Cependant, ces capacités d'interactions sont souvent difficiles à percevoir, le nouveau-né étant éveillé sur des périodes courtes et sa disponibilité étant très variable. En effet, il faut que le bébé puisse être en état de montrer ce qu'il peut et sait faire pour que l'adulte le perçoive. Or, le nouveau-né humain est extrêmement dépendant, totalement incapable de survivre seul. Ce n'est que s'il est chauffé, nourri, tenu et apaisé qu'il est en mesure de montrer toute la panoplie de ses possibilités : ses capacités d'échanges émotionnels, son intérêt pour le visage humain, son aptitude à

répondre vocalement par des bruits aux manifestations visuelles, vocales et tactiles qui lui sont proposées. Dans ces échanges possibles dès quelques heures de vie se manifeste ce que C. Trevarthen [5 ; 6] a appelé l'intersubjectivité primaire, des échanges interactifs émotionnels communicatifs entre le bébé et ceux qui vont prendre soin de lui, le plus souvent ses parents.

De ce fait, la qualité du « système » parent-enfant (un ou deux parents ou plusieurs adultes) va dépendre des « propriétés » de chacun de ses membres. Les interactions sont les briques qui vont peu à peu permettre de constituer le système, un entrelacs de schémas interactifs, modulés et rythmés. La régularité et les variations des rythmes au sein d'un ensemble cohérent constitueront les modalités d'attachement [7]. L'« attachement sécure » offre ainsi la possibilité pour le nouveau-né d'explorer le monde, sachant qu'existe une « base de repli » consolante et sensible [8]. Pour atteindre cette sécurité, encore faut-il que le nouveau-né rencontre des adultes en mesure de répondre aux besoins de consolation et de réassurance lors de cette exploration. Un parent suffisamment bon¹ [9] est un parent à la sensibilité adéquate dans une temporalité et une cohérence adaptées au bébé.

Toute altération de cette possibilité pour le ou les parents et le ou les *caregivers* va plus ou moins entraver les capacités d'attachement sécurisant. L'enfant, incapable de combler les besoins de l'adulte et dans l'impossibilité de faire face par lui-même aux impératifs de son développement – du fait de son immaturité physiologique –, pourra développer

L'ESSENTIEL

▣ Traversés par des émotions qu'ils peinent à contrôler, les parents vulnérables – du fait de parcours personnels chaotiques – éprouvent des difficultés à l'arrivée d'un bébé. Des interventions efficaces permettent de protéger le devenir de l'enfant. Il faut pour cela agir le plus tôt possible en repérant ces familles et en leur offrant un accompagnement intense les douze premiers mois.

des stratégies moins adéquates : les modèles d'« attachement insécure » organisé, évitant ou anxieux-ambivalent. Si l'adulte ne parvient pas à lui proposer une cohérence quelconque, la désorganisation et l'imprévisibilité s'imposeront comme la solution pour faire face au sentiment d'insécurité [10].

La naissance ouvre une période de réorganisation cruciale

La question des parentalités vulnérables se situe au-delà de la question d'une pathologie spécifique (dépression, état de stress post-traumatique, trouble de personnalité limite, dite aussi *borderline*²). L'adulte vulnérable est-il en mesure d'offrir la sensibilité et la réponse dont l'enfant a besoin ?

La naissance d'un enfant est une période de réorganisation, d'auto-centration indispensable pour surmonter la crise développementale qu'elle représente. Les traumatismes de l'enfance (troubles *borderline*, traumatismes complexes) représentent une situation risquée, parce qu'ils limitent les capacités de mentalisation³ et d'empathie. Traversés par



© Flore-Akili Samin... Inaudance Flore

des émotions qu'ils ne contrôlent pas, dans des circonstances qu'ils ne peuvent anticiper, les parents vulnérables sont dans l'incapacité de faire face à un bébé.

La motivation à s'occuper de leur enfant est peut-être le seul élément en mesure de leur faire accepter un accompagnement qui mettra clairement l'accent sur le développement du nouveau-né et sur son bien-être. C'est la condition nécessaire et non suffisante pour que des soins et un soutien puissent être proposés dans les situations de parentalité vulnérable. Toutefois, il est indispensable d'admettre que l'enfant est et restera l'élément premier dans la préoccupation de tous. Même si les besoins des parents peuvent être considérés comme essentiels, ceux de leur enfant demeurent prééminents.

Ce critère est déterminant pour engager une prise en charge parent-bébé. Sans évaluation juste de cette motivation et de cette volonté, il est très difficile, dans une temporalité adaptée à l'enfant (quelques jours ou quelques semaines, et non quelques mois ou quelques années), de pouvoir faire émerger le parent capable de développer des compétences de sensibilité et d'ajustements suffisants au nouveau-né, puis au bébé et ensuite au tout-petit.

Malgré les parents et malgré les professionnels, le risque est majeur [11] d'être les témoins – si ce n'est les partenaires actifs – de la répétition transgénérationnelle des négligences et de l'insécurité. Ce risque peut être généré par des mécanismes connus, en lien avec

l'impossibilité physique et psychique – conséquence des traumas passés – du parent de faire face au stress généré par un enfant dépendant et totalement vulnérable.

Aider... très tôt

Du fait de trajectoires traumatiques complexes, certaines femmes sont souvent porteuses de grossesse à risque somatique. Plusieurs études ont montré que dans 30 % à 90 % des cas [12], le diagnostic de troubles de personnalité *borderline* était fortement associé à la maltraitance et à la négligence vécues dans l'enfance. Deux études relèvent que les parcours gynéco-obstétricaux de ces patientes sont plus à risque d'accouchements compliqués ; leurs enfants présentent plus fréquemment une

prématurité, une hypotrophie (un poids ou une taille inférieurs à la normale pour l'âge gestationnel) et des anomalies d'Apgar⁴ ; et ils font des séjours en néonatalogie de durée plus élevée [13 ; 14]. De ce fait, d'emblée, ces dyades⁵ mère-enfant sont à risques multiples : risque obstétrical, risque néonatal, risque pédiatrique, risque psychiatrique maternel, risque de distorsions interactives et donc risque pédopsychiatrique ultérieur pour l'enfant.

Il est étonnant qu'une politique systématique de repérage ne soit toujours pas mise en place pour ces pathologies, par ailleurs plus fréquentes que d'autres comme le diabète gestationnel ou l'hypertension artérielle gravidique, certes facilement repérables médicalement. Surtout, lorsque le repérage a pu se faire, il n'existe aucune trajectoire de soin privilégiée. Bien au contraire, de nombreux obstacles apparaissent pour ces familles avant qu'elles soient – ou non – prises en charge, même si les ressources sont disponibles. Et si des interventions sont proposées, elles le sont peu souvent à un niveau de soin correspondant aux besoins ; on retrouve ici l'enchaînement connu pour la dépression périnatale, où selon certaines études [15], seules 5 % des patientes bénéficient de soins adaptés.

Nombre de situations à risques de « dysparentalités⁶ » ou à risques de distorsions interactives sévères sont fondées sur des clignotants sociaux, alors qu'il s'agit de risques en lien avec ce que l'on peut appeler des événements « adverses », expériences négatives dans la petite enfance, c'est-à-dire des attachements désorganisés, des ruptures multiples de lieux de vie, des parcours chaotiques (du fait de négligences, de maltraitements, de traumatismes résultant des parcours migratoires ou de situations imprévisibles : perte d'un parent, catastrophes naturelles...).

Que faire et comment ?

Les études sur les interactions précoces sont nombreuses et répliquées. Elles montrent tout l'intérêt de développer un « attachement sécurisé » comme premier mode de protection et de prévention des troubles

mentaux, qui répond au besoin fondamental de l'enfant, c'est-à-dire la sécurité, en y incluant son appétit d'explorer le monde. Il ne faut pas attendre que les schémas de dysrégulations soient installés et visibles pour intervenir.

Les équipes spécialisées savent ce qui permet d'établir des interactions de meilleure qualité : le soutien précoce (avant 6 mois) et intensif (plusieurs heures par semaine) de modèles d'interactions sensibles aux besoins et aux signaux des enfants. Il faut aussi favoriser la synchronie entre les parents du nourrisson et la réponse parentale [16], développer la sensibilité maternelle (attachement), permettre à la prise de conscience et à la mentalisation maternelles de se construire [17], multiplier les personnes-ressources dans l'environnement immédiat du bébé afin de limiter durablement les dysrégulations émotionnelles et l'instabilité des rythmes [18 ; 19].

Cependant, ces données scientifiques connues sont peu partagées. Elles vont à l'encontre des représentations sociales d'une maternité « naturellement instinctive », dénoncée par des philosophes et des historiens comme étant un mythe [20] ; puis d'une parentalité intuitive qui s'installerait *a priori* spontanément. En conséquence, dans ces représentations sociales, l'absence de compétences parentales considérées « naturelles » peut entraîner la stigmatisation des individus concernés.

Il reste très difficile d'évaluer les interactions et leurs troubles sans les outils ni la formation nécessaire. Et même si l'on en dispose, il est difficile d'accepter d'évaluer les individus sans les ressources permettant ensuite de répondre à leurs besoins.

Un tiers des informations préoccupantes (IP) envoyées aux cellules de recueil d'informations préoccupantes (Crip) concernent les moins de 6 ans. On ne peut dire que les tout-petits ne sont pas l'objet d'attention. Pourtant, les mesures mises en place semblent souvent loin de l'investissement massif qu'il faudrait consentir. Plutôt que de soutenir insuffisamment (une fois par semaine) ou avec des professionnels moins spécialisés (comme les techniciens de l'intervention sociale

et familiale – TISF) des situations cumulant d'emblée de nombreux facteurs de risques, il faudrait proposer du soin au quotidien, voire de l'hospitalisation à domicile (passage deux fois par jour d'un soignant). Il faudrait un accompagnement au plus près des dyades et des triades pendant les douze premiers mois, avant de relâcher ensuite l'intensité. Cela éviterait une situation dégradée à l'âge de la marche ou de l'entrée en maternelle, avec un enfant agité, ayant des difficultés développementales en lien avec des troubles du comportement.

Des outils en cours de déploiement

Une part importante des situations de grande vulnérabilité sont discutées collectivement par les professionnels au moment de la maternité, au sein du *staff* médico-psycho-social (MPS). Des centres-ressources ou des centres de psychiatrie périnatale se développent et devraient mailler le territoire dans les années à venir. Les unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (Uaped) se répandent, en réponse à l'échec de la prévention, pour repérer et soigner les enfants gravement atteints.

Des outils existent donc, certains encore en cours de déploiement, mais les chiffres et les études manquent pour mieux appuyer ce que constatent les cliniciens et les acteurs de terrains (sanitaires, sociaux, éducatifs, etc.). Les statistiques longitudinales et les trajectoires de ces situations restent encore à explorer. Il s'agit de décrire qualitativement celles dans lesquelles se trouvent ces nouveau-nés et ces parents aux vulnérabilités multiples. Il faut pouvoir proposer des stratégies ciblées de repérage, d'offres de soin et de soutien conjoints, multidisciplinaires. Cet accompagnement doit s'appuyer sur les connaissances que nous avons du tout-petit et de ses interactions, du bébé et de ses parents touchés, ces derniers n'ayant eux-mêmes pas bénéficié de la protection dont ils avaient besoin.

L'enjeu est majeur, celui d'une santé publique en santé mentale pour la génération de demain. Il faut se préoccuper, avec les connaissances d'aujourd'hui, de soigner, mais aussi

de générer des données fiables et de financer des recherches longitudinales sur les mécanismes à l'œuvre chez ces populations en souffrance. Il s'agit bien entendu d'une exigence éthique, mais également de proposer un juste soin au juste coût pour la société. Il est avéré que sans soins ni prévention, les politiques publiques s'épuisent, les acteurs de terrain se découragent. C'est un enjeu pour les bébés d'aujourd'hui, les adultes de

demain et pour les professionnels qui demandent à travailler, soigner et faire de la recherche ensemble. ■

1. En référence à l'expression de « mère suffisamment bonne » de Donald Woods Winnicott.
2. Tendance constante à l'instabilité et à l'hyper-sensibilité dans les relations interpersonnelles, l'instabilité au niveau de l'image de soi, des fluctuations d'humeur extrêmes, et l'impulsivité (NDLR).
3. Forme d'activité imaginative qui permet de percevoir et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui (NDLR).

4. Score qui permet une évaluation initiale de l'état du nouveau-né.
5. Couple de deux sujets, de deux éléments en interaction (NDLR).
6. Ensemble des troubles de la parentalité. La dysparentalité s'exprime par un fonctionnement par excès ou par défaut dans l'exercice de la parentalité (droits et devoirs dont est détenteur tout parent) ; l'expérience de la parentalité (qualité de la vie intrapsychique du parent dans sa relation avec l'enfant) ; la pratique de la parentalité (mise en œuvre des soins parentaux et des comportements éducatifs). (NDLR, d'après <https://arip.fr/2021/les-dysparentalites-eduquer-ou-soigner/>)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] R. Feldman, C. W. Greenbaum, L. C. Mayes, S. H. Erlich. Change in mother-infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior and Development*, 1997, vol. 20, n° 2 : p. 151-163. En ligne : <https://ruthfeldmanlab.com/wp-content/uploads/2019/06/change-in-mother-infant-behavior.IBAD-1997.pdf>
- [2] M. Lamour, S. Lebovici. Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'enfant*, 1991, vol. 34, n° 1 : p. 171-275. En ligne : https://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=36759
- [3] E. Z. Tronick. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 1989, vol. 44, n° 2 : p. 112-119. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/20503345_Emotions_and_Emotional_Communication_in_Infants
- [4] E. Devouche, J. Provasi. Le Développement du bébé : de la vie fœtale à la marche. Sensoriel – Psychomoteur – Cognitif – Affectif – Social. *Elsevier Masson*, 2019 : 328 p.
- [5] C. Trevarthen. What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*, 2011, vol. 20, n° 1 : p. 119-135. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/icd.689>
- [6] C. Trevarthen, K. J. Aitken. Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, n° 1 : p. 3-48. En ligne : <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-7610.00701>
- [7] B. Beebe, J. Jaffe, S. Markese, K. Buck, H. Chen, P. Cohen *et al.* The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment & Human Development*, 2010, vol. 12, n° 1-2 : p. 3-141. En ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616730903338985>
- [8] M. S. Ainsworth. Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 1979, vol. 34, n° 10 : p. 932-937. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/517843/>
- [9] D. W. Winnicott. Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1953, vol. 34, n° 2 : p. 89-97. En ligne : <https://pep-web.org/browse/document/ijp.034.0089a>
- [10] K. Kelly, A. Slade, J. F. Grienberger. Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, septembre 2005, vol. 7, n° 3 : p. 299-311. En ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616730500245963>
- [11] K. Lyons-Ruth, C. Yellin, S. Melnick, G. Atwood. Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development*, décembre 2003, vol. 5, n° 4 : p. 330-352. En ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616730310001633410>
- [12] N. Cattane, R. Rossi, M. Lanfredi, A. Cattaneo. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 15 juin 2017, vol. 17, n° 1 : art. 221. En ligne : <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1383-2>
- [13] V. Pare-Miron, N. Czuzoj-Shulman, L. Oddy, A. R. Spence, H. A. Abenham. Effect of borderline personality disorder on obstetrical and neonatal outcomes. *Women's Health Issues*, mars-avril 2016, vol. 26, n° 2 : p. 190-195. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26718528/>
- [14] G. Blankley, M. Galbally, M. Snellen, J. Power, A. J. Lewis. Borderline personality disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australasian Psychiatry*, décembre 2015, vol. 23, n° 6 : p. 688-692. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26133812/>
- [15] B. W. Pence, J. K. O' Donnell, B. N. Gaynes. The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. *Current Psychiatry Reports*, 2012, vol. 14, n° 4 : p. 328-335. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410049/>
- [16] R. Feldman. Infant-mother and infant-father synchrony: The coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, 2003, vol. 24, n° 1 : p. 1-23. En ligne : <https://ruthfeldmanlab.com/wp-content/uploads/2019/06/infant-mother-and-infant-father-synchrony-IMHJ-2003.pdf>
- [17] J. L. Francis, A. Sawyer, R. Roberts, C. Yelland, P. Drioli-Phillips, A. E. Sved Williams. Mothers with borderline personality disorders' experiences of mother-infant dialectical behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, mai 2023, vol. 79, n° 5 : p. 1245-1260. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36515397/>
- [18] A. Sved Williams, A. Osborn, C. Yelland, S. Holmby. Changing intergenerational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of Women's Mental Health*, août 2021, vol. 24, n° 4 : p. 641-648. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33742283/>
- [19] G. Apter, A. E. Sved Williams. Infants of emotionally dysregulated or borderline personality disordered mothers: Issues and management in primary care. *Australian Journal of General Practice*, avril 2018, vol. 47, n° 4 : p. 200-203. En ligne : <https://www1.racgp.org.au/getattachment/3ba1253d-80d8-49a9-b8c9-c8b3644f0fd0/Borderline-personality-disordered-mothers.aspx>
- [20] E. Badinter. *L'Amour en plus. Histoire de l'amour maternel (xvii^e-xx^e siècle)*. Paris : Flammarion, coll. Essais, 2010 (nouvelle éd.), 450 p.