

- Coup d'oeil sur la détresse des bébés
- · Références bibliographiques



## Coup d'oeil sur la détresse des bébés



## DÉPISTER LA DÉTRESSE DES BÉBÉS

Nicole Garret-Gloanec, pédopsychiatre au CHU de Nantes, France Anne-Sophie Pernel, Pédopsychiatre, Centre de santé mentale Angevin (CESAME), Sainte-Gemmes-sur-Loire, France (2014)

Citation suggérée
Garret-Gloanec, N. et Pernel, A.-S. (2014). Dépister la détresse des bébés.

Les familles à risque<sup>5</sup>

Les défaillances parentales se retrouvent là où la vulnérabilité est la plus grande. Dans les familles très perturbées, les bébés sont exposés à des conditions de vie qui risquent de compromettre leur développement. Ces familles, le plus souvent isolées, sont en rupture de liens. Tant les mères que les pères peuvent présenter une pathologie mentale (pathologie limite ou psychose) et d'importants troubles de la parentalité.

Les difficultés de ces adultes les empêchent de voir leur bébé comme un être différencié. Si ces troubles sont associés à de l'alcoolisme ou à une polytoxicomanie, la probabilité de rechercher de l'aide est encore plus faible. Ces parents ne reconnaissent pas la détresse de leur bébé porteur de tous leurs espoirs. C'est en allant vers eux que l'on peut tenter de prévenir la maltraitance. Plus tard, des placements deviendront indispensables faute d'avoir essayé de prodiguer des soins ou faute de pouvoir faire évoluer suffisamment vite des situations générant de trop grandes souffrances chez le bébé.

Chez les familles à risque, certains indices préoccupants sont souvent présents, telles les arrivées aux urgences pédiatriques et les hospitalisations répétées. Les bébés expriment leur détresse, mais encore faut-il la reconnaître. La tendance à trop focaliser sur leur environnement

C'est en allant vers les parents en situation de vulnérabilité que l'on peut tenter de prévenir la maltraitance. Plus tard, des placements deviendront indispensables faute d'avoir essayé de prodiguer des soins ou faute de pouvoir faire évoluer suffisamment vite des situations générant de trop grandes souffrances chez le bébé.

empêche souvent de comprendre ce qu'ils vivent. L'évaluation du risque psychosocial passe par celle de la relation parent-enfant, des interactions, de la parentalité ainsi que l'observation du bébé lui-même. Pour cela il est important de connaître le vécu quotidien de l'enfant.

#### Dans quel environnement les bébés à risque vivent-ils?

1

Les familles à risque de maltraitance sont caractérisées par des carences sanitaires, sociales et éducatives élevées. Elles vivent dans une absence d'organisation de la vie quotidienne. Elles traversent des crises multiples. Leur histoire personnelle de carences favorise un comportement marqué de discontinuités dans l'organisation du quotidien. Les mères sont souvent isolées avec des conjoints successifs desquels elles sont très dépendantes, une grand-mère maternelle qui réapparaît dans le lien à sa fille, laquelle lui avait parfois été retirée. Les pathologies psychiques

(pathologies limites, psychose avec ou sans déficits mentaux) associées à la négligence vécue dans l'enfance, sont aussi fréquentes.

2

## Quels sont les comportements les plus courants?8

Dans les familles à risque de maltraitance, on observe fréquemment une ou plusieurs des caractéristiques suivantes dans les interactions des parents avec leur bébé :

- une alternance imprévisible du tout au rien;
- un collage/mise à distance s'articulant rarement avec les besoins de l'enfant;
- l'absence de rythmes temporels qui nuisent à la construction de repères chez le nouveau-né;
- un ajustement tonico-postural inadéquat;
- une pauvreté des échanges visuels créant une apathie et une atonie chez le bébé;
- des soins corporels déficients, les bébés ne pouvant investir leur corps;
- une intolérance aux besoins du bébé qui entraîne des passages à l'acte de la part du parent;
- peu d'échanges ou de dialogues mutuels;
- une expression d'affects violents, parfois érotisée, qui provoque une coupure du contact chez le bébé;
- une inattention aux expressions émotionnelles de l'enfant ou une difficulté à les contenir;
- peu d'accordage pourtant nécessaire aux imitations préalables à la symbolisation et au langage. Ces parents s'adressent peu à leur bébé, si bien que le bébé vocalise peu, ce qui entraîne ultérieurement une pauvreté du langage;
- une intolérance à la séparation du côté parental qui se traduit par une alternance de mouvements d'abandon et d'agrippement à l'enfant, s'opposant à son individuation (comportement fusionnel);
- le mal-être de certains parents devant les tentatives d'individuation de leur enfant peut provoquer des passages à l'acte jusqu'à la décompensation psychique. Le bébé doit alors se développer dans ces interactions faites de succession d'explosion-surexcitation et de vide relationnel. On parle de dysharmonies interactives.

3

# Comment le bébé exprime-t-il sa souffrance?9

L'observation des professionnels qui s'occupent des bébés permet l'identification des modes d'expression de leur souffrance. C'est en portant attention au bébé que plusieurs signes peuvent renseigner sur son état. Les signes sont variables selon l'équipement initial de l'enfant, son niveau de développement et le contexte environnemental dans lequel il baigne.

Plus l'enfant est petit, plus c'est à travers le corps que la lecture de l'état de l'enfant s'effectue. Mais encore faut-il savoir le lire : très petit c'est la température, les signes cutanés et neurovégétatifs et le rythme respiratoire qui parlent. L'équilibre tonicomoteur et tonico-postural fournit aussi des indices important à observer.

Le comportement du bébé est aussi révélateur. Il faut tenter de discerner ce qui aggrave sa détresse ou la calme : rapprochement, attention, réaction à l'étranger et aux changements, tolérance à la discontinuité. Le partage des données d'observation permet une meilleure compréhension. Pour cela la simple consultation ne suffit pas.

Les formes prises pour exprimer leur détresse, comme l'intensité des signes, ne préjugent pas nécessairement de la gravité. Des signes bruyants ne sont pas forcément profonds. Leur discrétion peut au contraire cacher de grandes difficultés : un bébé qu'on oublie, qu'on ne voit pas est parfois le signe d'une détresse ultime à laquelle l'enfant ne cherche même plus à échapper. Il importe d'observer les interactions dans la continuité et tenir compte des signes en creux. L'essentiel se situe dans une observation longitudinale répétée dans le temps.

Des signes bruyants ne sont pas forcément profonds. Leur discrétion peut au contraire cacher de grandes difficultés : un bébé qu'on oublie, qu'on ne voit pas est parfois le signe d'une détresse ultime à laquelle l'enfant ne cherche même plus à échapper.

Les professionnels doivent éviter de banaliser, dramatiser ou fixer les symptômes propres aux pathologies des enfants plus vieux. Le bébé est encore dans une phase où il peut évoluer rapidement. Par ailleurs, les signes observables - alimentation, sommeil, motricité, tonus - sont discrets, difficiles à repérer, peu spécifiques. Ils doivent faire l'objet d'observation dans le cadre d'interactions parent-enfant ainsi qu'auprès du bébé seul.

### Des manifestations polymorphes

### · La sphère somatique

Les signaux du bébé en souffrance sont imprévisibles, comme le sont les réponses qu'il reçoit. Ils s'expriment sur les plans de la faim et du sommeil. Le bébé donne peu de signaux indiquant qu'il a faim : il n'exprime pas de plaisir, ne montre pas de mouvements de succion,

Les signaux du bébé en souffrance sont imprévisibles, comme le sont les réponses qu'il reçoit. ne demande rien. Il présente des reflux gastro-œsophagiens, des vomissements. Il se remplit de nourriture et n'a pas d'expression de satiété.

Le sommeil est marqué par des états de vigilance qui révèlent le contrôle qu'il effectue à des fins défensives. Il peut également tomber dans le sommeil : le bébé s'endort subitement. Il exprime ainsi sa détresse. L'hypersomnie constitue un refuge. Les états de

vigilance sont des équivalents émotionnels. Ils nous renseignent sur les systèmes intégratifs et les états de tension-détente.

Le bébé en souffrance présente des troubles de l'attention, car il se focalise sur l'état maternel. Dans la relation, il ne peut pas effectuer la danse d'alternance attention-retrait, qui se réalise lorsque le bébé est entouré par une mère attentionnée capable de maintenir son homéostasie. Là, l'enfant s'agrippe pour exister : on l'observe dans le regard fixe et intense de certains bébés.

La fonction d'élimination peut être affectée : diarrhée importante, selles vertes, constipation mais aussi sudation ou sécheresse avec une peau granulée. Il est intéressant de faire le parallèle entre les manifestations somatiques de l'enfant, qui constituent une expression de sa vie émotionnelle, lorsqu'il est en présence de sa mère comparativement à lorsqu'il est avec un autre donneur de soins.

Il importe aussi de s'interroger sur ce qui se passe dans le contexte environnemental lorsque l'enfant présente de telles manifestations à l'origine des changements de lait, d'introduction de traitements multiples, d'hospitalisations courtes. Dans les cas les plus graves et continus, certains enfants présentent une atteinte de la croissance staturo-pondérale avec cassure en premier de la courbe du poids.

### · La sphère tonico-motrice

L'organisation tonique du bébé est un élément important à considérer. Ce peut être l'indice d'une souffrance chez l'enfant : un tonus rarement souple ou ajusté, un bébé qui se tient arc-bouté dans les bras, hypertonique (il est difficile à porter), hypotonique (le bébé coule dans les bras) ou les deux alternativement ou suivant les moments de la journée.

#### La motricité

Le déplacement est impossible. Après avoir eu du mal à effectuer le rassemblement des deux hémicorps, il n'investit pas le bas du corps qui reste inexistant ou raide. On retrouve ces signes chez certains bébés quand la mère ne peut supporter psychiquement cette distanciation/différenciation. Une fois la marche acquise, il papillonne, ne réalise pas de vraies explorations, il déambule et ne s'arrête sur rien. Ses activités sont répétées ou stéréotypées, il se cogne. Quand l'état relationnel s'améliore l'enfant retourne à un fonctionnement normal.

### La dynamique du développement

On constate un ralentissement, voire un arrêt du développement. La qualité des acquisitions compte autant que le nombre des acquis. La souplesse, la diversité, la capacité de faire des liens, l'intériorisation des acquis sont plus profitables qu'une série d'acquis rigides et répétitifs n'ouvrant ni sur un monde intérieur ni sur un lien avec l'environnement. Les acquis sont intéressants s'ils s'appuient sur des processus souples.

# La sphère relationnelle<sup>6</sup>

L'enfant n'a pas ou peu d'expressions émotionnelles. Il présente une pauvreté des mimiques et peu de langage. La parole est d'arrivée tardive. Parfois on retrouve une réaction de gel vers 5-6 mois : l'enfant s'immobilise corporellement, il peut ne plus rien dire (perte des lallations). Les yeux sont dans le vide.

On observe parfois une transformation des affects sous forme d'une inversion (expression à l'inverse de ce que nous pouvons anticiper, comme par exemple lorsqu'il bute sur un objet, il a un sourire-grimace vers l'âge de 12 mois). Dans la deuxième année, l'enfant éprouve de plus en plus de difficultés à se contenir. Des crises fréquentes de colères violentes apparaissent, avec des mouvements agressifs et une agitation désordonnée des bras avec des cris.

Des troubles du contact sont également présents : évitement, retrait relationnel, symptôme parfois de dépression du bébé, indifférence, inertie motrice, perte de l'élan vital, pauvreté de la communication. Il est nécessaire de faire un important effort pour aller vers ces bébés et les ramener vers nous.

Le bébé appelle à l'aide lorsqu'il y a un déséquilibre entre lui et son environnement. Il y fait face en montrant des signes de détresse qu'il faut connaître et reconnaître. Le nourrisson peut aussi s'adapter à la mère en souffrance dans une inversion de la place.

## Comment comprendre ce qui se passe dans l'interaction?

Dans la spirale transactionnelle, le parent et le nouveau-né s'influencent mutuellement dans un processus continu de développement et de changement. Le nouveau-né se construit dans cette interaction autant qu'il la construit et a un impact sur son parent.

Le dysfonctionnement des interactions parent-nourrisson témoigne de la souffrance de part et d'autre. Le bébé présente des stratégies d'adaptation qui aggravent le fonctionnement. Le nourrisson a des systèmes de régulation quand il est en proie à des tensions, avec de états de vigilance en lieu de parexcitation. Il fait appel à l'environnement externe en fonction de son type d'attachement. Il se construit un système de représentation mentale de lui-même et de l'autre.

Si la réponse est positive lors des interactions, il aura alors une représentation fiable de sa mère. Si la réponse est négative, la représentation de l'autre est celle d'une personne qui ne peut l'aider. L'apaisement ne peut venir du dehors. Il perd le sentiment de compétence et ne peut construire d'affects nuancés dans ce contexte. Son mode relationnel est alors pauvre, peu expressif, passif. Il

s'autorégule mais avec les moyens qu'il a à sa disposition. Ses moyens de régulation sont parfois dépassés, alors il se coupe de l'environnement pour s'apaiser, mais de ce fait, il perd en échanges. Il recherche de moins en moins les interactions, se met en retrait relationnel. Ces enfants ont une image très négative d'eux-mêmes, l'environnement ne s'intéresse pas à eux et ils finissent par se sentir incompétents et non-aimables.

Ces enfants ont une image très négative d'euxmêmes, l'environnement ne s'intéresse pas à eux et ils finissent par se sentir incompétents et non-aimables.

5

### Quels sont les effets?

On observe chez ces bébés en détresse, une diminution des comportements exploratoires, un retentissement sur le

développement et la construction d'un attachement évitant, résistant ou désorganisé. Leur stratégie régulatrice est la construction d'une organisation qui

va à l'encontre de leurs processus maturatifs, l'énergie mise dans la vigilance étant non disponible pour le reste.

Ces enfants peuvent s'attacher à un parent maltraitant. Là est la force de l'attachement même s'il est pathologique. Suite à ces perturbations du lien avec sa mère, l'enfant, ayant intégré ces modèles relationnels, va les transporter dans d'autres liens et mettre en difficulté ceux qui vont l'accueillir.

On observe chez ces bébés en détresse, une diminution des comportements exploratoires, un retentissement sur le développement et la construction d'un attachement évitant, résistant ou désorganisé.

6

# Quel soin offrir et par qui?<sup>7</sup>

Il est essentiel d'intervenir le plus tôt possible, reconnaître et agir sur la souffrance du bébé en offrant une réponse adaptée à ses besoins. Le traitement individualisé doit prendre en compte le développement du bébé. Le bébé est un partenaire actif dans l'interaction et donc dans le soin. Mais la psychopathologie parentale est un phénomène envahissant. Ces enfants peuvent passer inaperçus, car tout le monde est entrainé par les modalités expressives des

parents. Il s'avère parfois difficile de maintenir la vigilance sur le bébé. Il est important d'être attentifs à préserver l'empathie et la capacité d'identification vers le bébé en lui apportant la plus grande attention et en accordant beaucoup d'intérêt à l'observation.

La synthèse de l'ensemble de la situation (qui peut être soutenue par l'utilisation du guide d'évaluation de Steinhauer<sup>8</sup>) permet de mieux élaborer le projet de soins. Il faut préalablement chercher à comprendre ce qui émerge du fonctionnement parental et des interactions et connaître le mode relationnel ainsi que les expressions propres à ce bébé. C'est le bébé qui nous indique si la relation

Il est essentiel d'intervenir le plus tôt possible, reconnaître et agir sur la souffrance du bébé en offrant une réponse adaptée à ses besoins. parent-enfant lui permet de se développer ou s'il met en place des systèmes défensifs et se dirige vers un type d'attachement pathologique.

Les éléments fondamentaux à l'élaboration du plan de soins consistent à observer, à réfléchir aux émotions qui émergent au cours de l'observation, à tenter de comprendre à quelle fin répondent les comportements des parents et à prendre en considération les effets qu'ils peuvent avoir sur le bébé. Les émotions ressenties par

l'observateur constituent un véritable outil sémiologique qui permet de comprendre ce que le bébé vit dans l'interaction. Nous avons tous été bébé...

Le vide présenté par ces bébés, impact de la sous-alimentation narcissique dont le bébé a fait l'objet, aggrave le risque qu'il court de ne pas être vu. Il faut porter attention au bébé et de se mettre à sa place afin de comprendre l'angoisse qu'il peut ressentir face au chaos qui caractérise le plus souvent sa situation. Le bébé vit des moments difficiles lorsqu'il ignore ce qui va survenir et qu'il est soumis à des états d'excitation interne dus à l'absence ou à l'attente interminable de la réponse à ses multiples besoins. Ses besoins non satisfaits le renvoient à sa solitude. À quoi bon pleurer? La détresse peut devenir absolue. Le bébé refuse le contact en détournant le regard, s'arcboute, refuse l'échange, se retire de la relation, se met à distance.

Pour travailler auprès des bébés dont les familles sont à risque de maltraitance, il est préférable que le professionnel soit aguerri. Connaître les bébés, avoir l'occasion de les côtoyer suffisamment pour être en mesure de distinguer ce qui fait partie du développement normal de l'enfant de ce qui est indice de souffrance est la base du soin. Il devrait aussi être formé à l'observation (selon E.Bick<sup>4</sup> et/ou E.Pikler<sup>3</sup>) afin d'être apte à percevoir le monde interne du bébé, à repérer sa souffrance et celle de ses parents.

Il nous apparaît important de positionner les interventions clairement dans le registre du soin et non dans celui de l'éducatif. Des formations complémentaires sur la méthode d'évaluation de Brazelton<sup>12</sup>, de Bullinger<sup>2</sup> (examen sensori-moteur) et si possible, l'aptitude à faire passer le Brunet-Lézine<sup>1</sup>, sont des avantages indéniables d'une équipe de soins. Le recours à un éventail multidisciplinaire est idéal. Les psychologues peuvent soutenir les équipes dans le travail auprès des parents. Le travail peut aussi s'enrichir de consultations conjointes avec les pédiatres et les infirmières. Le travail à domicile est privilégié dans ces troubles<sup>10</sup>. Quant aux pédopsychiatres, leur expérience auprès d'enfants plus âgés, les rend apte à percevoir les signes précurseurs d'une

Les connaissances des professionnels devraient être remises à jour si nécessaires sur les points essentiels : manifestations somatiques, indices de maltraitance infligée aux bébés, développement du jeune enfant, phénomènes interactifs, interrelationnels, ... grâce à une formation à l'observation du bébé.

Il faut porter attention au bébé et de se mettre à sa place afin de comprendre l'angoisse qu'il peut ressentir face au chaos qui caractérise le plus souvent sa situation. Le bébé vit des moments difficiles lorsqu'il ignore ce qui va survenir et qu'il est soumis à des états d'excitation interne dus à l'absence ou à l'attente interminable de la réponse à ses multiples besoins.

autis
me, d'une pathologie limite, d'une dysphasie ou d'un retard de langage
ou psychomoteur. Enfin, les connaissances des professionnels
devraient être remises à jour si nécessaires sur les points essentiels :
manifestations somatiques, indices de maltraitance infligée aux bébés,
développement du jeune enfant, phénomènes interactifs,
interrelationnels, ... grâce à une formation à l'observation du bébé.

Le travail des professionnels auprès des enfants à risque de maltraitance est émotionnellement exigeant. Le fait d'être exposé, jour

après jour, à des situations de bébés remplis d'angoisses et de devoir les contenir est éprouvant. Lorsque les professionnels entrent en relation avec ces bébés, ces derniers déploient leur premier mode relationnel et mettent en difficulté le lien au soignant, ce qui le met parfois à rude épreuve. Il importe de reconnaître le rôle actif de l'enfant. C'est un élément essentiel afin de ne pas rendre le soignant responsable et éviter de s'en tenir au dialogue des émotions négatives, mais plutôt se tourner vers le dialogue des attentions au service du bébé<sup>11</sup>.

psych

ose,

d'un

## Références bibliographiques

No	Auteur(s)	Année	Référence complète	Lien
1	Brunet, O. et Lézine, I.	1965	Brunet, O. et Lézine, I. (1965). <i>Le développement psychologique de la première enfance</i> . Édition PUF.	Le développement psychologique de la première enfance
2	Bullinger A.	2004	Bullinger A. (2004). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche, Erès.	Le développement sensori- moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche
3	David M. et Appell G.	2008	David M. et Appell G. (2008). <i>Lóczy ou le maternage insolite</i> , Toulouse, ERES « 1001 bébés » 268 pages.	Lóczy ou le maternage insolite
4	Delion P.	2008	Delion P. (2008). La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick, Toulouse, ERES « La vie de l'enfant », 320 pages.	La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick
5	Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A.	2013	Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. (2013). <i>Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans</i> . EMC-Psychatrie/Pédopsychiatrie 0(0):1-11 [Article 37-208-A-85].	Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans.
6	Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A.	2012	Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. (2012). Conséquences des négligences parentales sur les bébés. L'Information psychiatrique 88: 195-207 doi:10.1684/ipe.2012.0905	Conséquences des négligences parentales sur les bébés.
7	Garret-Gloanec N., Pernel AS.	2010	Garret-Gloanec N., Pernel AS., (2010). <i>Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas? Et pourquoi pas!</i> l'Information Psychiatrique. Volume 86 (10), 813-23. http://www.jle.com/fr/revues/medecine/ipe/e-docs/00/04/61/DA/article.md? type=text.html	Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas? Et pourquoi pas!
8	Centre jeunesse de Montréal- Institut universitaire	2003	Centre jeunesse de Montréal (2003). <i>Guide d'évaluation des capacités parentales. Adaptation du guide de Steinhauer</i> . Montréal: Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire; 2003.	
9	Lamour M.et Barraco de Pinto M.	1998	Lamour M.et Barraco de Pinto M. (1998). Souffrances autour du berceau. Paris: Gaëtan Morin	Souffrances autour du berceau
10	Lamour M. et Barraco de Pinto M.	2003	Lamour M. et Barraco de Pinto M. (2003). Approche à domicile et travail en réseau. Dans Le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles, Spirale 1 (25), p. 117-132. DOI: 10.3917/spi.025.0117	Approche à domicile et travail en réseau.
11	Lamour M., Gabel M.	2011	Lamour M., Gabel M. (2011). <i>Enfants en danger, professionnels en souffrance</i> . Toulouse, ERES. La vie de l'enfant, 296 pages.	Enfants en danger, professionnels en souffrance
12	Brazelton T.B.et Nugent J.K.	2001	Brazelton T.B.et Nugent J.K., (2001). Echelle <i>de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal</i> , 3ème édition, Medecine & Hygiene.	Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal