

Aire de famille : un centre parental protégeant un espace créateur de liens d'attachement sécurés au sein la triade père–mère–bébé

« Aire de famille »: a parental center protecting a creative space of secure attachment within the father-mother-baby triad

F. Van der Borgh (Psychologue clinicien, thérapeute familial, haptopsychothérapeute)

© Lavoisier SAS 2020

Résumé Dans des conditions de grande détresse médicosychosociale, le centre parental accueille et protège le bébé dès sa vie prénatale avec ses deux parents par un accueil, un hébergement et un accompagnement intensifs. Reconnu par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, celui-ci permet d'associer un accompagnement de la parentalité et de la conjugalité. Un accompagnement en centre parental favorise la stabilisation du parcours des familles, tant matériellement qu'affectivement, ce qui a un impact fort sur le devenir et le bien-être des enfants.

Mots clés Prénatal · Protection de la triade · Attachement · Conjugalité · Parentalité

Abstract In conditions of great medico-psycho-social distress, the parental center welcomes and protects the baby from his prenatal life with his two parents by offering shelter, accommodation and intensive support. Recognized by the French law of March 14, 2016 on child protection, it allows combining parental and marital support. Support in a parental center helps stabilize families' journeys, both materially and emotionally, which has a strong impact on the child's future development and well-being.

Keywords Prenatal · Protection of the triad · Attachment · Conjugality · Parenthood

Introduction

L'intérêt d'une démarche de prévention précoce dès la grossesse relève de l'évidence. C'est ce qui a motivé la mise en place de la commission des 1 000 jours de l'enfant présidé par Boris Cyrulnik à la demande du président de la République. Cependant, dans des situations critiques relevant de la protection de l'enfance, la question de la pertinence des méthodes, des moyens, de la définition des priorités et de l'articulation des différents champs d'intervention médicale, psychologique et sociale reste entière. Souvent encore dans des situations de grande détresse et d'urgence psychomédicosociale, les équipes de maternité, de néonatalité et de pédopsychiatrie se sentent démunies pour articuler leur action de soins en amont et en aval avec les services d'urgence sociale et de protection de l'enfance. Des soins pédopsychiatriques soutenus par un travail d'accompagnement de grande qualité dans certains services de néonatalogie peuvent être mis à mal parce qu'à l'issue de l'hospitalisation, il n'y a pas de structures d'hébergement suffisamment contenant et adaptées à la situation de vulnérabilité de la famille. Par défaut, l'orientation se fait vers des centres maternels excluant le père, ou vers des pouponnières, provoquant de fait un éclatement de la cellule familiale. Dans certains départements, il a été noté en 2019 une augmentation de 100 % des ordonnances provisoires de placement (OPP) à partir des maternités. Cette situation doit nous alerter, car on connaît les conséquences destructrices des expériences de ruptures affectives précoces.

Le centre parental, tel qu'il est défini par l'association Aire de famille fondée en 1997 par Chatoney [1,2], propose d'accompagner dans des situations de grande détresse psychosociale, relevant de l'enfance en danger, l'enfant avec son père et sa mère dès la grossesse. Les familles sont orientées par l'Aide sociale à l'enfance, et leur admission se fait sur la base du désir du couple d'assurer ensemble la protection de leur enfant avec un soutien adapté. La famille bénéficie d'un accueil, d'un hébergement et d'un accompagnement

F. Van der Borgh (✉)
Chef du projet à Aire de famille,
cofondateur et vice-président de la FNCP
(Fédération nationale des centres parentaux),
ancien directeur de CMP-CMPP, www.airedefamille.org
10 rue des aïelles F-95490 Vauréal, France
e-mail : fredvanderborgh@hotmail.com

psychosocial intensif, en partenariat étroit avec les maternités, les PMI, les structures de la petite enfance et d'insertion sociale et professionnelle. L'hébergement des familles par le centre parental se fait dans des studios relais, puis dans des appartements à bail glissant (le bail glissant au profit de la famille en fin de séjour). La durée de séjour est de six mois renouvelables jusqu'aux trois ans de l'enfant.

Le premier centre parental Aire de famille a ouvert ses portes à Paris en 2004 après neuf ans de patiente en gestation et a accompagné plus de 60 jeunes couples et plus de 70 enfants jusque fin 2013.

Le centre parental s'avère être un cadre contenant et rassurant pour le développement de relations d'attachement sécurisées enfant-parents. Il protège un espace de vie familiale qui constitue le lieu de l'intimité, du ressourcement et de création de l'identité [3]. Au-delà de la sécurité matérielle, le centre parental permet la création d'un cocon protecteur et émancipateur pour l'enfant et ses parents.

L'expérience d'Aire de famille a essaimé progressivement dès 2010 à travers la publication d'un livre, l'organisation de colloques et la création d'une Fédération nationale de centres parentaux (FNCP). Depuis 2015, Aire de famille a formé plus de 400 professionnels dans 20 départements, dont La Réunion, et met actuellement en place un label avec le soutien du ministère des Solidarités et de la Santé.

Jamais sans le père !

Comme le souligne le sociologue Neyrand [4], l'omniprésence de la mère dans les soins au bébé et dans l'éducation du jeune enfant demeure pour beaucoup un dogme inattaquable.

La grossesse et la naissance sont souvent vues comme étant exclusivement une affaire de femme. Une pédopsychiatre travaillant en psychiatrie de liaison signale, lors d'une étude en vue d'une éventuelle création d'un centre parental, que pour les sages-femmes, la patiente, c'est uniquement la mère. Cependant, de plus en plus, le père accompagne dans la salle d'attente, mais n'est pas reçu en entretien. C'est tout juste si la professionnelle le salue. Il est fait appel au père uniquement en anténatal en cas de problèmes de diagnostic, ou lorsque l'enfant est hospitalisé en néonatalogie. Certaines femmes témoignent d'avoir très mal vécu le fait de voir leur conjoint ainsi exclu.

Jusque dans les années 1970, toute l'attention était portée à l'observation de la dyade mère-bébé [5]. Le père était considéré comme un acteur de second rang, venant beaucoup plus tard dans la venue de l'enfant. Seuls quelques précurseurs, en particulier en France, Bernard This, essayaient de faire connaître l'importance de la présence du père dès avant la naissance [6]. Aujourd'hui, la grande sensibilité différenciée du bébé à la présence du père est mise en évidence

dans de nombreuses études comme dans l'expérience clinique, et ce dès la vie prénatale. Dans les services de néonatalogie, la valeur de la présence du père est de plus en plus appréciée et reconnue par les soignants. Les pères vivent le parentage de façon analogue aux mères, et les variables pouvant perturber la relation mère-enfant sont également à l'œuvre dans la relation père-enfant, avec des conséquences dommageables pour le développement de l'enfant.

Les recherches de De Montigny et al. [7] montrent que l'engagement des pères contribue au développement cognitif et langagier de l'enfant, de même qu'à son développement social et affectif. L'engagement paternel contribue aussi au bien-être des deux parents en diminuant le stress ressenti par les mères et les affects dépressifs chez les pères. Cet engagement génère de saines trajectoires de développement pour les enfants, les pères, leur partenaire et leur famille. Force est de constater, toutefois, qu'en dépit de la pertinence scientifique et sociale de la promotion de l'engagement paternel, les pères déplorent le peu d'espace accordé à leurs préoccupations, à leur vécu et à leurs ressources lors de leurs interactions avec le personnel soignant en périnatalité. Le Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CERIF) dirigé par Francine de Montigny a initié le programme novateur « Initiative Amis des pères au sein des familles » (IAP), développé et implanté dans trois régions du Québec (Canada), afin d'accompagner les intervenants de la santé, des services sociaux et communautaires, ainsi que leurs gestionnaires dans le développement ou la consolidation de pratiques, de services et d'environnements IAP.

À travers la présence sensible, concrète et engagée du père auprès du bébé, celui-ci perçoit la différence père-mère, la différence sexuée, ce qui est à l'origine de l'activité de penser. Cet effet de la présence du père dans la construction subjective est évidemment tout aussi essentiel pour les filles que pour les garçons, même si cela se joue différemment.

Un accueil prénatal de la triade en centre parental

Dans des situations de détresse, de précarité sociale et de vulnérabilité psychique, les réponses les plus courantes consistent à accueillir la dyade mère-bébé dans des centres maternels ou des unités d'hospitalisation mère-bébé. Ces établissements restent nécessaires, mais ils ne doivent plus être la réponse exclusive dans ces situations de détresse sociale et psychique.

À Aire de famille, l'admission du bébé se fait au plus tôt, dès la vie prénatale et avec le couple père-mère. Les progrès considérables de l'épigénétique et des neurosciences affectives confirment l'importance considérable de l'environnement, en particulier dans sa dimension affective, dans le développement du potentiel et des capacités de l'enfant, et

cela dès sa vie prénatale. Comme le soulignent Rapoport et Roubergue-Schlumberger, les carences de nourritures affectives précoces dès la vie périnatale produisent une croissance empêchée [8]. Il est avéré également qu'un grand nombre de maltraitements parents-enfant s'origine dans des problèmes de communication parents-équipe médicale faisant effet de violence traumatique dès la salle de naissance, en particulier dans des cas de prématurité [9]. Il faut souligner aussi l'importance de la continuité psychique entre la vie intra-utérine et extra-utérine, par-delà la césure de la naissance, dans le développement du sentiment continu d'exister du bébé. Le passage du milieu intra-utérin au milieu extra-utérin n'est pas forcément un traumatisme si le bébé retrouve dans le milieu aérien une contenance affective par des bras qui le portent et une disponibilité psychique qui l'accueille, le reconnaît et lui rappelle les repères de sa vie intra-utérine. Cette contenance psychique est donc d'autant plus rassurante que ce sont les bras, la peau, la voix des parents qui l'accueillent en priorité. Bien sûr, en cas de défaillance ou d'indisponibilité des parents, une suppléance pourra et devra être assurée par des professionnels. Mais en aucun cas, contrairement à une mauvaise compréhension de la théorie de l'attachement, ces autres figures ne peuvent se substituer à la triangulation primaire père-mère-bébé. Très curieusement, peu d'études ont été consacrées à la famille précoce constituée par la triade père-mère-bébé. Or, il est impossible de considérer les influences du parentage sur l'enfant de façon uniquement additive : une triade n'est pas l'ajout de la relation père-enfant à la relation mère-enfant. Un ensemble de processus spécifiquement triangulaires font du niveau familial un niveau d'observation de plein droit. Il est observé souvent une différence de comportement d'un parent dans l'interaction avec son enfant selon la présence ou non de l'autre parent [10]. En tous les cas, la dynamique d'interaction de la triade père-mère-bébé constitue un objet d'observation complexe. Pour le bébé, le climat relationnel et affectif du couple parental s'avère d'une importance primordiale.

Cela souligne l'importance de soutenir le couple dans la période pré- et postnatale. Cela est d'autant plus crucial que la période de la grossesse puis celle du post-partum sont souvent des périodes de bouleversement corporel, affectif, psychique, identitaire chez la mère [11], mais aussi chez le père. Ces remaniements peuvent réactiver des problématiques infantiles qui ont des répercussions sur la relation de couple débouchant sur des problèmes de communication douloureux, générant de la violence conjugale et une rupture brutale du couple s'il n'est pas accompagné. Ce phénomène de rupture du couple à l'arrivée d'un premier enfant, appelé *baby clash*, serait à l'origine de 20 à 25 % des séparations [12]. L'expérience clinique montre que l'amélioration de la communication affective [13] au sein du couple a un effet très positif immédiat sur le bébé et sur la qualité de l'accordage de l'un et l'autre parent avec le bébé.

L'objectif du centre parental est de représenter pour ces jeunes couples vulnérables une base de sécurité externe qui leur servira d'appui pour construire progressivement une sécurité de base interne.

Nos observations ont montré que la contenance affective de l'accueil en centre parental dès la grossesse peut se traduire également dans des effets sur la santé somatique : résorption de risques de décollement placentaire, prévention de risques médicaux de prématurité.

Aussi, une bonne articulation des services de maternité et de néonatalogie avec un centre parental très contenant peut contribuer à diminuer fortement les risques de surmédicalisation coûteuse et parfois délétère.

Partir des désirs vitaux du bébé avec ses parents

Le bébé et sa protection sont la porte d'entrée dans un centre parental. Celui-ci représente d'abord un espace pour accueillir son désir vital de s'attacher à ses deux parents. Accueillir l'enfant en centre parental avec ses deux parents, c'est le reconnaître d'emblée comme un humain, sujet de rencontres affectives dès le giron et non comme un objet de soins à protéger.

Certes, la néoténie de l'être humain rend le nouveau-né très vulnérable et totalement dépendant de son environnement pour satisfaire ses besoins et assurer sa survie. Cependant, au-delà de la satisfaction de ses besoins fondamentaux, le plus vital pour l'enfant est d'être reconnu et accueilli dans ses désirs vitaux. Dès sa conception, l'enfant est un être de désir, il est d'emblée un être de relation. C'est lui qui s'attache à ses parents parce qu'en lui la Vie veut vivre ! Il est le premier acteur de la dynamique d'attachement au sein de la triade. Dans ce sens, la notion de satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance ne nous paraît pas suffisante précise pour penser adéquatement les politiques publiques de prévention précoce et de protection de l'enfance. Ce qui compte, c'est d'abord de reconnaître les besoins et les désirs vitaux de l'enfant. Thomas Brazelton et à sa suite bien d'autres auteurs (Bullinger, Melier) ont indiqué que le bébé, même prématuré, était acteur de son développement. Selon nous, il est donc aussi le premier acteur de sa protection avant d'être objet de protection ! Certes, le nouveau-né est très limité, extrêmement vulnérable et totalement dépendant de son environnement pour survivre. Mais il déploie une énergie considérable pour aller susciter dans son environnement relationnel ce dont il a besoin pour sa vie (tendresse, sein, nourriture, portage...). Il est habité d'un puissant désir de vivre qui a le pouvoir de réveiller le désir des parents de prendre soin de lui et de le protéger [14]. À Aire de famille, nous avons constaté dès le départ que l'arrivée d'un enfant chez un jeune couple en très grande

détresse psychosociale peut devenir un puissant facteur de résilience. Encore faut-il que ce couple souvent « hors normes » trouve un espace où leur désir soit accueilli, reconnu, soutenu.

Brigitte Chatoney, fondatrice d'Aire de famille, en témoigne à propos de l'admission en 2005 d'un des premiers couples d'Aire de famille, D. et C. :

Nous avons reçu la demande d'hébergement au centre parental pour un couple SDF.

Doris, âgée de tout juste 18 ans, était suivie pour sa grossesse à la maternité d'un hôpital parisien. Christian, son compagnon, père de l'enfant, 25 ans, dans l'errance depuis de nombreuses années, n'avait pas d'emploi.

Doris a fui à 14 ans le foyer de l'enfance où elle était confiée. Elle y a été raccompagnée à plusieurs reprises par la police. Mais, révoltée, déterminée à vivre sa vie « autrement », elle a fini par disparaître ailleurs pour « qu'on la laisse tranquille »...

Pour survivre, elle a volé, bu, s'est prostituée. C'est dans sa cavale qu'elle a rencontré Christian. Et ils ont partagé leur vie de galère pendant environ deux ans.

Quand ils ont découvert qu'elle était enceinte, ils se sont rapprochés d'un service géré par une association caritative. Leur rencontre avec le professionnel a été suffisamment fiable et sécurisante pour qu'ils acceptent de faire une demande d'accueil au centre parental.

Lors de notre première rencontre avec eux, nous avons senti combien ils étaient sur la réserve et tellement méfiants des services sociaux dont ils connaissaient toutes les ficelles !

Nous avons aussi perçu leur détermination à offrir à leur bébé un contexte protecteur et bienveillant. Cette grossesse inattendue les rendait heureux. Cela ouvrait sur un avenir meilleur...

À la suite de notre « procédure d'admission », nous avons été d'accord pour faire un bout de chemin ensemble. Mais l'équipe de la maternité n'était absolument pas d'accord pour cette orientation : pour eux, ils ne seraient jamais capables de protéger l'enfant. Ils seraient même très dangereux pour lui. Il fallait qu'il soit confié en pouponnière dès la naissance... Les choses étaient d'autant plus compliquées que Christian était très humilié et en colère de se sentir réduit par les soignants à un être « toxico ».

Une réunion du staff a été organisée à l'hôpital. Nous y avons été conviés. Il a fallu insister, argumenter, nous engager personnellement pour arriver à les convaincre de prendre le risque de nous faire confiance, de leur faire confiance.

Nous avons ainsi cheminé plus de quatre ans avec eux, traversé des crises, de la colère, de la violence, des mensonges... jusqu'à ce qu'une vraie confiance s'éveille en eux. C'est alors que nous avons pu, pas à pas, accompagner leur reconstruction. Mais quelle mise à l'épreuve pour nous...

Cependant, nous avons tenu bon ; nous accrochant à la certitude qu'il n'y a pas de fatalité, que tout est réversible.

Lorsque la petite famille a décidé de quitter Paris, de résilier leur bail de location pour retourner dans leur Bretagne natale, leur enfant Valentin, « bébé de l'amour », était en pleine forme, un petit garçon de quatre ans, éveillé, intelligent, joyeux, repéré très positivement à l'école maternelle.

Que serait-il arrivé s'il avait été arraché à ses parents dès sa naissance ?...

Apport de l'haptonomie

Comme l'illustre la vignette clinique ci-dessous, les situations de détresse et de précarité suscitent légitimement beaucoup de crainte et d'insécurité de la part des équipes soignantes. Comme le souligne le Pr Houzel et al. [15], l'accompagnement de couples en situation de précarité psychosociale suscite souvent des projections de la part des professionnels. Ces projections sont perçues par les personnes, ce qui augmente leur insécurité et leur vulnérabilité défensive, surtout si elles se sentent jugées. Cette stigmatisation entraîne une spirale négative de tensions, de conflits et d'incompréhensions. Au pire, cela a des effets de sidération sur les parents qui se montrent totalement bloqués et inadaptés dans leurs comportements vis-à-vis de l'enfant. Toutes ces représentations liées à des préjugés, des stéréotypes, des peurs, de la défiance, de l'insécurité et à des résonances émotionnelles peuvent avoir des effets très iatrogènes dont les conséquences destructrices sont sous-évaluées médicalement. Ces répercussions risquent de parasiter le discernement et le diagnostic des situations, conduisant à des traitements médicaux et/ou des orientations sociales inadaptées comme des placements en urgence...

De notre point de vue, il s'avère indispensable, comme le soulignent les Drs Molénat et Toubin, que, dans le domaine de la périnatalité, la sécurité affective soit autant prise en compte que la sécurité médicale [16]. Cette prise en compte implique que la logique des émotions et des sentiments s'aborde avec la même rigueur que la logique somatique, ce qui demande un réel effort de pensée.

L'haptonomie en tant que science de l'affectivité [17] contribue à cette rigueur nécessaire dans la manière de penser les phénomènes affectifs dans la relation d'aide et de soins. Elle permet de soutenir le nécessaire engagement affectif des soignants avec clarté et prudence.

Les effets bénéfiques de l'accompagnement haptonomique pré- postnatal père-mère-bébé sont relativement bien connus et reconnus. Au-delà du versant préventif du soutien très précoce à la parentalité, l'application de l'haptonomie à la psychothérapie, en particulier pour le soutien au couple [18], est largement ignorée et sous-estimée bien que sa pratique soit aussi ancienne.

Quoi qu'il en soit, dans le contexte institutionnel du centre parental, une pratique d'accompagnement inspirée de l'haptonomie permet de créer un champ affectif sécurisant rempli d'un vécu de plaisir et de joie qui favorise une contenance favorable au développement de relations d'attachement sécurisées. En même temps, ce climat de sécurité affective apaise les réactions émotionnelles passionnelles liées à la vulnérabilité des uns et des autres (parents et professionnels), nourrit un affinement des perceptions, une compréhension plus objective des faits et le discernement de ce qu'il convient de faire. Autrement dit, la sécurité affective portée par un vécu de plaisir et de joie dans la rencontre facilite non seulement le partage des points de vue et des ressentis de chacun, mais contribue à copenser ensemble, parents et professionnels, la protection de l'enfant de manière plus claire et plus raisonnable. Cela permet de coconstruire un diagnostic des situations et des projets de soins plus adaptés et plus cohérents.

Une approche transdisciplinaire et multiréférentielle pour un accompagnement restaurateur et résilient

Dans la pratique institutionnelle d'Aire de famille, l'approche haptonomique s'enrichit particulièrement d'une jonction entre la théorie de l'attachement, l'approche développementale et l'approche systémique. À Aire de famille, nous avons fait l'expérience d'une conjugaison particulièrement créative de l'haptonomie avec la clinique de la concertation, un outil créé par le pédopsychiatre et thérapeute familial Lemaire [19], issu de l'approche contextuelle (thérapie familiale) et de la systémie. La clinique de la concertation étend le travail de thérapie familiale au réseau amical et professionnel que la famille a tissé autour d'elle. Elle s'appuie sur la force convocatrice des familles en détresses multiples. Il est proposé à ces familles d'inviter dans des réunions de clinique de concertation toutes les personnes dont la présence leur paraît utile, rassemblant le réseau des professionnels et des personnes auxquelles ils se sont adressés dans leur parcours. Dans ces cliniques de concertation, la famille est mise en position d'apprendre aux professionnels une partie de leur travail qui est « l'art de travailler ensemble ». Cette manière de travailler avec la famille à partir de la description de leur parcours dans le réseau d'aide et de soins permet de mettre en valeur les ressources de la famille. Les cliniques de concertation créent un champ affectif confirmant, souvent assez joyeux et festif, et favorisant un autre regard des professionnels sur les familles et un autre regard des familles sur elles-mêmes, permettant souvent le passage de la honte à la fierté !

L'haptonomie et la clinique de concertation ont en commun de faire appel à la partie saine des personnes et à leurs

ressources relationnelles dans un climat de sécurité affective porté par un vécu de plaisir et de rencontres joyeuses. Elles renforcent la confiance au sein du couple et de la famille à l'égard des professionnels. Ces pratiques cliniques incarnent une posture d'accompagnement qui vise non pas à détecter et à corriger les défaillances des parents, mais à les restaurer dans leur dignité et à révéler les facteurs de résilience et de rétablissement. Il s'agit de soutenir une dynamique du vivant pour transcender les conséquences toxiques, voire perverses des vécus traumatiques. Cette démarche s'appuie sur une confiance dans le savoir non conscient, ancré dans le potentiel génétique de l'être humain et fruit de l'évolution biogénétique. Ce savoir non conscient n'est pas un instinct au sens de réponses automatiques et prédéterminées, mais est le produit de l'intelligence du vivant hérité de la phylogénèse. Il est une source de connaissance prélogique, prérationnel qui peut inspirer des réponses créatives aux défis de l'existence.

Dans un centre parental, les professionnels n'ont pas pour mission d'apprendre aux couples à être parents en les abreuvant de conseils et de protocoles de parentalité, pas plus qu'ils ne sont sous l'injonction de les mettre sous contrôle et de les surveiller en vue de détecter et de corriger précocement les moindres signes de toxicité relationnelle. Leur mission est d'offrir un cadre qui permet aux couples d'apprendre à être parents dans la relation et l'interaction avec leur enfant, ainsi que dans la communication avec leur conjoint. Le rôle des professionnels est de servir de tiers « bienveillant » pour faciliter ce processus créatif de triangulation. Chemin faisant à travers les difficultés, les moments de crise, et les confrontations à des dysfonctionnements, l'accompagnement aidera à lever les empêchements à la fonction parentale et à la relation conjugale. La levée de ces empêchements deviendra pour chaque parent une occasion de dépasser progressivement des entraves personnelles liées aux blessures du passé. Ainsi, la découverte de ses potentialités de parent et de conjoint devient en même temps un chemin thérapeutique de réconciliation avec soi-même et de réparation d'une histoire parfois très traumatique. Au centre parental, les parents grandissent avec leur enfant. Les professionnels grandissent aussi en conscience et en compétence grâce à ce qu'ils apprennent des familles.

Soutenir l'alliance du couple, une dynamique de déclivage et de décloisonnement

Molénat et Toubin démontrent depuis de très nombreuses années la nécessité impérieuse de sortir du cloisonnement des interventions fondées sur le clivage entre les soins somatiques et les soins psychiques, le soin et l'accompagnement socioéducatif [20,21].

Le cadre d'accueil du centre parental se révèle en soi un puissant outil de sortie du clivage et par là même de

déclouonnement. Soutenir d'emblée l'alliance du père et de la mère induit logiquement un dépassement du clivage homme/femme, clivage le plus fondamental, le plus douloureux, le plus passionnel, enraciné dans la différence des sexes inscrite dans les corps. Opposer de manière irréductible les sexes dans des stéréotypes de genre et nier la différence sexuée sont les faces d'un même processus de négation de la force féconde de l'interaction des sexes. Elles produisent une violence perverse très pernicieuse et déshumanisante empêchant la pensée et destructrice du vivant. L'appétit joyeux du bébé pour la différence des sexes, la différence père/mère, nous sauve de ce clivage mortifère. C'est ainsi que le climat mixte d'un centre parental se révèle en soi plus favorable à la vitalité affective et psychique du bébé que le climat unisexe d'un centre maternel, comme en témoignait souvent lors des réunions de la FNCP, une directrice à la fois d'un centre parental et d'un centre maternel !

Le centre parental s'avère être aussi, en particulier dans la période extrêmement sensible du pré- et postnatal, un cadre privilégié pour pouvoir appréhender la lutte contre les violences conjugales et intrafamiliales, en étant dégagés des stéréotypes de genre. Ces derniers, fréquemment accentués par des discriminations raciales et sociales, aggravent souvent les tensions et la violence plutôt que de les apaiser, et cela au détriment des enfants. Ceux-ci sont souvent les grands oubliés des dispositifs de lutte contre les violences conjugales centrés sur le soutien et la protection du conjoint victime (la femme dans la plupart des cas). Le vécu des enfants est peu pris en compte d'autant qu'ils subissent les effets destructeurs de la violence entre leurs parents tout autant que la rupture brutale avec l'un ou l'autre parent ou les deux. Une approche déclivante des interactions violentes au sein des couples permet de développer une compréhension plus systémique, plus juste de la situation, en prenant en compte le contexte et l'environnement. Cette approche plus objective et moins passionnelle permet de traiter de manière différenciée les disputes qui dégénèrent en interaction violente et les situations d'emprise pathologique.

L'étude de Ganne et Thiery (université de Nanterre) sur les centres parentaux [22] souligne amplement la nécessité que ce soit le couple qui souhaite l'accompagnement et pas seulement la mère avec le père contraint et forcé.

À l'évidence, l'accueil en couple, et pas seulement la mère avec le père en second, protège mieux et plus durablement les enfants et les femmes... Le « trait d'union » du couple rejoint le trait d'union du concept de bientraitance tel que le définit Rapoport [23].

La logique de déclivage porté par un cadre accueillant la triade induit par effets de propagation le dépassement des oppositions « protection de l'enfant/soutien des parents », « état (hébergement des hommes)/département (hébergement mère-enfant) ». Elle conduit à réunir des politiques publiques habituellement cloisonnées : protection de l'en-

fance, santé mentale, lutte contre les violences conjugales et violences faites aux femmes, égalité hommes-femmes, lutte contre les discriminations, lutte contre la pauvreté.

Il est évident que le soutien à la fiabilité du lien de couple contribue fortement à lutter contre la pauvreté et à protéger les enfants tout en promouvant l'égalité hommes-femmes.

Des observations empiriques auprès de 70 enfants accompagnés et de leurs parents indiquent des effets très émancipateurs sur le plan sanitaire et social pour les deux :

- une entrée très réussie des enfants à l'école maternelle puis à l'école primaire : accès au langage, entrée dans les apprentissages, très bonne sociabilité ;
- stabilisation des familles et insertion sociale et professionnelle des parents ;
- quatre-vingt-dix pour cent des familles sorties du dispositif de protection de l'enfance.

À partir de ces premières observations empiriques encourageantes, nous souhaitons mettre en place une recherche scientifique comparative pour évaluer le devenir des enfants et des parents.

Conclusion

L'approche d'Aire de famille reste encore assez marginale dans le champ de la prévention précoce et de la protection de l'enfance ; elle est peu connue dans le champ de la périnatalité. Elle a cependant des racines profondes et anciennes dans une lente évolution et un combat pour une humanisation bientraitante de soins, de la prévention précoce et de la protection de l'enfance : Maurice Titran, Myriam David, l'opération pouponnière initiée par Simone Veil et Rapoport [24], l'approche de Molénat et Toubin [25] et bien d'autres.

Aire de famille a commencé à essaimer à travers la création d'une FNCP qui rassemble 42 établissements ou associations, dont 16 centres parentaux existants et 23 en projet sur toute la France. Aire de famille dispense des formations sur site dans plus de 20 départements (plus de 500 professionnels) et met en place un label soutenu par le ministère des Solidarités et de la Santé. L'objectif de ce label n'est pas d'enfermer dans des normes, mais d'être un outil de transmission précis d'une dynamique d'innovation et de créativité. En effet, le statut du centre parental dans la loi relative à la protection de l'enfance du 14 mars 2016 [26] définit dans l'article L. 222-53 du CASF le public qui peut y être accueilli dans un centre parental, mais ne précise pas le cadre d'un tel établissement au niveau de son organisation, de ses moyens et de ses méthodes. Le risque est grand de s'en saisir pour en faire un dispositif sécuritaire de plus, mettant les familles sous surveillance.

La chance du centre parental « prototype » d'Aire de famille est d'avoir pu incarner l'intuition de sa fondatrice

dans un projet cohérent dégagé des lourdes contraintes structurelles et des peurs pesant sur les institutions de protection de l'enfance. Ces contraintes et ces peurs empêchent de voir et de penser les choses autrement, malgré les bonnes intentions et la bonne volonté de la plupart des professionnels. Ce contexte exceptionnellement favorable a permis de constater qu'il est possible de dépasser la fatalité de la répétition, s'il y a un cadre organisé et adapté qui en donne les moyens. On ne peut maîtriser l'inattendu de la résilience, mais il est possible d'anticiper et d'organiser les conditions les plus favorables à son émergence.

Ce qui fait la vigueur et l'originalité de l'initiative d'Aire de famille, c'est qu'elle émerge du pouvoir instituant des familles inscrit dans la pulsion de vie du bébé et ses besoins d'attachement et dans le désir de ses parents. En protection de l'enfance, les familles sont le problème, mais elles sont aussi la solution. Il n'y a pas d'humanisation et de socialisation de l'être humain sans famille. Il y a toujours la tentation de vouloir formater, normaliser les familles à son image pour mieux les contrôler en faisant le tri entre les bonnes et les mauvaises familles. Des tendances normatives et sécuritaires en protection de l'enfance prennent parfois insidieusement ce chemin...

Par un regard candide dégagé de ses propres préjugés idéologiques et normatifs, la fondatrice d'Aire de famille a su entendre et voir la puissance de vie humanisante qui émerge de la triangulation primaire papa-maman-bébé. Cette triangulation n'est pas une norme imposée par des conditionnements sociopolitico-religieux, mais une matrice à la lumière de laquelle peuvent être comprises toutes les formes de compositions familiales. Cette matrice de tendresse nécessaire à la transmission de l'humain a émergé progressivement de l'évolution phylogénétique de l'espèce.

C'est en tout cas ce que peut laisser penser cette phrase tirée de l'épopée de Gilgameš, (4 000 ans av. J.-C.), le plus ancien texte de la littérature mondiale décrivant la condition humaine :

« Regarde tendrement ton petit qui te tient par la main, et fais le bonheur de ta femme serrée contre toi, car telle est l'unique perspective des hommes. »

Liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Chatoney B (2014) De la protection maternelle au centre parental. In: Lien social 1149, pp 36–7
2. Chatoney B, Van der Borgh F (2019) Protéger bébé et ses deux parents dès la vie prénatale, la vocation du centre parental. Aire de famille, Coll. 1001 BB, Érès
3. Ganne C, Thiery N (2019) Être hébergé en famille dans une structure sociale : des interventions qui varient selon les espaces de vie. Revue Espaces et sociétés, n^{os} 176–7, pp 53–68
4. Neyrand G (2019) La mère n'est pas tout ! Coll. 1001 BB, Érès
5. Giampino S (2019) Pourquoi les pères travaillent trop ?, Albin Michel
6. This B (1980) Père acte de naissance. Seuil
7. de Montigny F, Gervais C, Dubeau D (2017) La place des pères en périnatalité : le programme québécois « Initiative Amis des pères au sein des familles ». Revue de médecine périnatale, pp 1–5
8. Rapoport D, Roubergue-Schlumberger A (2013) La croissance empêchée, une maltraitance méconnue, Belin
9. Odent M (1986) Primal Health. Century Hutchinson, London
10. Sous la direction de Favez N (2013) Naître et grandir au sein de la triade, le développement de l'alliance familiale, coll. Carrefour des psychothérapies, Éditions De Boeck Supérieur
11. Bydlowski M (2001) Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir 13:41–52
12. Geberowicz B, Barroux C (2005) Baby clash, le couple à l'épreuve de l'enfant, Albin Michel
13. Havasi K (2017) Les pères : de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) au retour à domicile. Rev Med Perinat 9:230–4
14. Guedeney A, Guedeney N (2002) L'attachement, concepts et applications. Masson, Paris
15. Houzel D, Becue-Amoris R, Bouregba A, et al (2000) Les enjeux de la parentalité, Érès
16. Molénat F (2001) Logique des émotions et sentiment continu d'exister. Spirale 2/18:63–76
17. Veldman F (2007) Haptonomie science de l'affectivité redécouvrir l'Humain. PUF
18. Chatoney B (2018) L'apport de l'haptonomie dans un centre parental, les métiers de l'haptonomie. Elsevier-Masson, n^o 258
19. Lemaire JM (2010) Confiances, loyautés et cliniques de concertation au service du travail thérapeutique de réseau. In: Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseau (n^o 44). Site internet : www.concertation.net
20. Toubin RM (2011) Quelles bases pour une bonne articulation interdisciplinaire ? In: Rogiers L, Molénat F (eds) Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ? Érès
21. Molénat F (2015) Impact of the perinatal environment on the child's development implications for prevention policies. Adv Neurobiol 10:409–24
22. Ganne C, Thiery N (2017) « Les interactions parents-professionnels en centre parental : contextes institutionnels, processus et effets. Observatoire national de la protection de l'enfance, Recherche cofinancée par la FNCP, Paris, téléchargeable sur www.fncp-france.fr/accueil/documentation-bibliographie/documentation-recherches
23. Rapoport D (2017) La bientraitance envers l'enfant. Coll Naître et grandir, Belin
24. Rapoport D, Levy J (1977) Conditions de vie du nourrisson sans familles : possibilités et limites d'une recherche en pouponnière. Rev Neuropsychiatr Infant 25:103–16
25. Molénat F (ed) (2001, rééd 2015). Naissances : pour une éthique de la prévention. Érès
26. Van der Borgh F (2017) Le centre parental un espace de prévention précoce protégeant le tissage affectif de la relation père-mère-bébé. In: Environnement et développement précoce, revue Contraste n^o 46, Érès