

AIRE DE FAMILLE : UN ESPACE POUR SOUTENIR ET PROTÉGER L'ÉCO-SYSTÈME DES INTERACTIONS AFFECTIVES DE LA TRIADE PÈRE-MÈRE-BÉBÉ

Frédéric Van der Borgh

De Boeck Supérieur | « Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux »

2020/1 n° 64 | pages 65 à 87

ISSN 1372-8202

ISBN 9782807393592

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2020-1-page-65.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Aire de famille : un espace pour soutenir et protéger l'éco-système des interactions affectives de la triade père-mère-bébé

Frédéric Van der Borgh¹

Résumé

Dans des situations de grande détresse relevant de l'enfance en danger, la mission d'un centre parental Aire de famille est d'accueillir, d'héberger et d'accompagner de manière intensive sur les plans psychique et social, des couples avec leur bébé dès la période prénatale.

Il associe soutien à la conjugalité et soutien à la parentalité, avec un accompagnement vers l'insertion sociale et professionnel. Il favorise un travail en réseau s'appuyant sur la dynamique familiale et favorisant la protection du tissage de premiers liens père-mère-bébé.

Le centre parental Aire de famille met la force des liens affectifs, l'alliance du couple et le partenariat parents-professionnels au cœur de la prévention précoce et de la protection de l'enfance. Ce dispositif s'avère très protecteur et émancipateur pour l'enfant et ses parents.

Abstract: Aire de famille: a space to support and protect the ecosystem from the emotional interactions of the father-mother-baby triad

In situations of great distress relating to children in danger, the mission of a parental center Aire de famille is to welcome, accommodate and accompany intensively on the psychological and social levels, couples with their baby from the prenatal period.

It combines support for conjugality and support for parenthood with support towards social and professional integration. It promotes networking based on family dynamics and promoting the protection of the weaving of the first father-mother-baby bonds.

The Aire de famille parental center puts the strength of emotional ties, the couple's alliance and the parent-professional partnership at the heart of early

1 Psychologue clinicien, haptopsychothérapeute, directeur du projet à Aire de famille, cofondateur de la FNCP (fédération nationale des centres parentaux), ancien directeur de CMP-CMPP. www.airedefamille.fr France

prevention and child protection. This device is very protective and emancipatory for children and their parents.

Mots-clés

Triade père-mère-bébé – Périnatalité – Conjugalité – Parentalité – Précarité – Protection de l'enfance – Confirmation affective

Keywords

Father-mother-baby triad – Perinatality – Conjugalitly – Parenthood – Precariousness – Child protection – Emotional confirmation

Introduction

L'accompagnement des jeunes parents en grande précarité est un véritable enjeu social et de santé publique encore largement sous-estimé. Sylviane Giampino (2019) souligne que le couple est de plus en plus mis à mal par les fonctionnements de la société actuelle. Pour les jeunes couples précaires, cela est encore plus aigu. Quand un bébé s'annonce et qu'ils souhaitent l'assumer ensemble, ils sont confrontés à bien des obstacles et même à une forte hostilité de l'environnement familial, amical, professionnel. Ces jeunes se sentent souvent jugés incapables d'être parents (Van der Borgh & Hernandez, 2016). Cela concerne un grand nombre de jeunes sortant du dispositif de l'aide sociale à l'enfance. En effet, souvent ils veulent fonder la famille dont ils ont été privés. Goulet (2020) indique qu'une jeune femme prise en charge par l'*Aide sociale à l'enfance* a treize fois plus de chance d'être mère à 17 ans que la moyenne !

Si ces jeunes parents souvent très stigmatisés ne sont pas accueillis et accompagnés de manière adaptée, les risques de répétition pour leur bébé et de chronicisation dans le système de protection de l'enfance s'avèrent très importants. C'est pour répondre à ces enjeux qu'a été créé l'association *Aire de famille* dès 1997.

Fragilité et opportunité autour de la naissance

La naissance d'un enfant est à juste titre associée à un moment de joie et de bonheur. Cependant, quelles que soient les circonstances de sa conception, l'arrivée d'un bébé dans un couple est aussi un moment de bouleversement, de fragilité et de vulnérabilité. Les contextes de précarité et de détresse psycho-sociales accentuent fortement cette fragilité. Ainsi, les risques de perturbations destructrices de l'écosystème formé par les interactions affectives au sein de la triade père-mère-bébé peuvent être particulièrement importants

en raison de facteurs environnementaux défavorables. Le risque d'éclatement de cet écosystème, dès la vie prénatale est particulièrement élevé, ce qui est souvent très défavorable pour le développement du bébé. On connaît les effets délétères de ces ruptures précoces sur le devenir des enfants avec des effets de répétitions transgénérationnelles auxquelles participent des prises en charges institutionnelles inadaptées. C'est alors un énorme gâchis !

En effet, dans des situations de grande détresse et d'urgence psychosociosociale, les équipes de maternité, de néonatalité et de pédopsychiatrie se sentent souvent 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 français, il a été noté en 2019 une augmentation de 100 % des OPP (ordonnance provisoire de placement) à partir des maternités. Cette situation doit nous alerter car on connaît les conséquences destructrices des expériences de ruptures affectives précoces.

Le projet d'un centre parental tel que l'a défini l'association *Aire de famille* fondée en 1997 par Brigitte Chatoney, est de mettre en place un espace institutionnel suffisamment contenant et ouvert pour protéger dès la vie prénatale le précieux tissage des relations affectives père-mère-bébé. Cet établissement offre à des jeunes couples dans des situations de grande détresse psycho-sociale la possibilité d'être hébergés et accompagnés pour accueillir ensemble leur bébé 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'assumer ensemble la protection de leur enfant avec un soutien adapté. La famille bénéficie d'un accueil, d'un hébergement et d'un accompagnement psycho-social 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 en bail glissant (le bail glissant au profit de la famille en fin de séjour). La durée de séjour est de 6 mois renouvelable jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Le premier centre parental *Aire de famille* a ouvert ses portes à Paris en 2004, après 9 ans de patiente 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 sécure enfant-parents. Il protège un espace de vie familiale qui constitue le lieu de l'intimité, du ressourcement et de création de l'identité (Ganne & Thierry, 2019). 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, la création d'une Fédération Nationale de Centres Parentaux (FNCP). Depuis 2015, *Aire de famille* a formé plus de 500 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.

Le centre parental est reconnu comme un outil du dispositif français de prévention et de protection de l'enfance dans la loi N°2016-297 du 14 mars 2016 – art 20, relative à la protection de l'enfance. Le développement des centres parentaux en référence au label *Aire de famille* est également inscrit dans les engagements de la stratégie nationale française de prévention et de protection de l'enfance annoncée le 14 octobre 2019.

Selon Chatoney & Van der Borght (2019), l'expérience d'*Aire de famille* montre que l'arrivée d'un enfant, dans une situation de grande précarité et de fragilité, ne doit pas être considérée nécessairement comme une catastrophe ou un problème, mais plutôt comme une opportunité de grandir et d'ouvrir vers un avenir. Dans la grande majorité des cas, l'accueil de ces jeunes parents vulnérables réveille chez eux un formidable désir de sortir de l'errance pour construire un projet d'avenir autour de leur bébé et de leur projet de vie. Avec le recul, Chatoney (2014) constate qu'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.

Changer de paradigme en protection en l'enfance

Lacharité & Gagnier (2015) soulignent que force est de constater que les institutions publiques d'Amérique du Nord laissent très peu de place à la famille et aux pères dans les interventions en protection de l'enfance.

Hormis quelques exceptions attribuables aux organismes communautaires, les interventions en direction des familles demeurent rares et peu intégrées dans les pratiques courantes du système public. L'individualisation

des problématiques humaines et la très forte médicalisation de la souffrance sociale amplifient la tendance à ne prêter attention qu'aux symptômes. Cette focalisation sur l'individu porteur désigné des symptômes, amène à se centrer sur ses comportements observables coupés de son histoire et de son contexte.

Aire de famille soutient au contraire une approche systémique et contextuelle de la prévention précoce et de la protection de l'enfance. Un centre parental *Aire de famille* s'appuie sur le « pouvoir instituant » de la triade père-mère-bébé pour co-construire, en partenariat avec l'alliance conjugale et familiale, un réseau suffisamment contenant, protecteur et ouvert autour de l'enfant à naître ou déjà né. La pratique de mise en réseau se régule et s'appuie sur une attention et le respect de la dynamique de l'éco-système père-mère-bébé. Comme Stern (2003) nous invite à la percevoir, la famille est une matrice intersubjective dans laquelle l'enfant peut parvenir à une auto-régulation de ses actions et de ses émotions. Bernard Golse (2010) souligne que le système père-mère-bébé correspond d'emblée à une unité originare où chacun des partenaires a sa place dans la construction de cette triade et dans le dégageant progressif du bébé dans son organisation propre. Cet accueil de la triade contribue à un changement de paradigme, à une révolution copernicienne pacifique dans les domaines de la protection de l'enfance et de la prévention précoce.

Elle suppose d'inclure d'emblée le père dans l'accompagnement de la mère et du bébé, comme le recommande très fortement l'OMS. Ces recommandations claires restent encore souvent ignorées des pratiques médicales et sociales : en particulier dans des situations de détresse et de précarité, les pères sont vus le plus souvent comme déficitaires absents et /ou fauteurs de troubles forcément violents (Chatoney & Van der Borgh, 2010 ; Lacharité & Gagnier, 2015). Ces stéréotypes de genre sont contredits par des observations cliniques rigoureuses, ils constituent des freins au changement, très préjudiciables au développement des enfants ! Ils sont aussi en totale contradiction avec une politique d'égalité homme-femme.

Jamais sans le père !

Comme le souligne le sociologue Gérard Neyrand (2019), 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 vus 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 souvent, 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.

Pour Sylviane Giampino (2019), dans toutes les cultures et de tout temps, il y a une certaine sacralisation du lien mère-enfant qui tient à l'expérience commune d'enfantement irremplaçable, réservée à ce jour encore aux femmes. Cependant relève-t-elle, le maternage du bébé n'est pas réservé qu'aux mères ! L'enfant est d'emblée différencié de celle-ci et triangulé par une relation nourrissante qu'il engendre lui-même durant sa gestation : le placenta. La biologie nous montre que sa fabrication est guidée par les gènes qui viennent du génome paternel. La grande dépendance du fœtus au corps maternel est une symbiose qui n'implique pas une fusion. Dès le sein maternel, l'enfant est un Autre.

Jusque dans les années 70, toute l'attention était portée à l'observation de la dyade mère-bébé. Le père était considéré comme un acteur de second rang. Seuls quelques précurseurs, en particulier Bernard This (1980) en France, essayaient de faire connaître l'importance de la présence du père dès avant la naissance. 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. Lacharité et Gagnier (2015) indiquent que la recherche menée auprès des pères au cours des trente dernières années représente l'un des apports importants en psychologie du développement de l'enfant. Dans les services de néonatalogie, la valeur de la présence du père est de mieux en mieux 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 Francine de Montigny (2017) 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 (de Montigny *et al.*, 2017) 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 Amis des pères.

À travers la présence sensible, concrète et engagée du père auprès du bébé, ce dernier perçoit la différence entre père et 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 dans un certain nombre de cas. Cependant ils ne doivent plus être la réponse première et exclusive dans ces situations de détresse sociale et psychique car ils entretiennent, selon Jean-Marie Lemaire (2014), la fiction de la monoparentalité !

De jeunes parents (Caldeiro *et al.*, 2019) décrivent la situation à laquelle ils ont été confrontés avant de demander à être admis au centre parental *Aire de famille* :

- MéliSSa : *quand je suis tombée enceinte, je ne l'ai pas annoncé à ma mère. Morgan était à la rue. Nous nous sommes adressés au 115. On était perdu. Je ne savais pas trop où accueillir mon bébé. On me proposait d'aller en centre maternel, mais je me disais : si je suis en centre maternel, je ne suis pas avec Morgan. On était à la rue. On ne savait pas quoi faire. On était perdu. J'ai suivi Morgan. J'étais en froid avec ma mère. Je ne me voyais pas l'appeler pour lui dire « je suis enceinte, je fais quoi ». C'était tendu. Le fait d'entrer au centre parental, cela nous a beaucoup aidé pour démarrer.*

- Morgan : *le centre parental c'est plus pour l'encadrement. Le fait de savoir s'occuper d'un enfant, c'est logique. C'est plus de nous dire vous pourrez rester ensemble, cela va le faire. J'avais appelé le 115, ils ne pouvaient pas nous prendre en charge ensemble parce que nous ne venions pas du même département. Nous avons besoin d'avoir ce cadre où on nous a dit : ne vous inquiétez pas, faites votre chemin, faites tout ce qu'il faut pour entamer la vie, accueillir le bébé.*

La genèse de l'idée de centre parental *Aire de famille* s'est construit à partir de l'écoute des désirs et besoins des familles, en particulier de jeunes femmes accueillies dans un centre maternel et privées de ce fait de la présence de leur compagnon et père de leur enfant. L'une d'elle a dit à la fondatrice d'*Aire de famille* (Chatoney & Vander Borgh, 2109) : « *Depuis que nous sommes au centre maternel, mon bébé et moi et nous allons bien mais mon couple a explosé* ». En réalité, souvent les enfants n'allaient pas si bien que cela et certaines jeunes mères souffraient tellement d'être isolées en huis clos avec leurs enfants, qu'elles en devenaient violentes. Cette maltraitance n'était que le reflet de la violence qui leur était faite en les privant du soutien de leur compagnon. Le fondement du centre parental s'appuie sur le respect du droit de l'enfant à vivre avec son père et sa mère autant que possible, comme l'indique la Convention internationale des droits de l'Enfant.

Bernard Golse (2015) indique que ne pas le faire quand les deux parents le souhaitent, représente une monstruosité développementale ! L'inverse implique que le partenariat entre parents et professionnels autour de la protection de l'enfant repose explicitement sur l'apport d'un soutien à l'alliance du couple, au projet du couple et non pas seulement à l'un et/ou l'autre parent.

Ainsi, à *Aire de famille*, l'admission du bébé se fait au plus tôt, dès la vie prénatale et avec le couple. Les progrès considérables de l'épigénétique confirment l'importance de l'environnement affectif dans le développement du potentiel et des capacités de l'enfant et cela, dès sa vie prénatale (Dolto 2016). Comme le soulignent Danielle Rapoport et Anne Roubergue-Schlumberger (2013), les carences de nourritures affectives précoces dès la vie périnatale produisent une croissance empêchée. Il est avéré également qu'un grand nombre de maltraitements parents-enfant s'origine dans des problèmes de communication faisant effets de violence traumatique dès la salle de naissance, en particulier dans des cas de prématurité (Odent 1986). 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 ou d'autres tiers. 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 constitué par la triade père-mère-bébé, mis à part les travaux d'Elisabeth Fivaz (1999). Favez *et al.* (2013) soulignent qu'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. Une différence de comportement d'un parent dans l'interaction avec son enfant a souvent été observée selon la présence ou non de l'autre parent. 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.

Ceci souligne l'importance de soutenir le couple dans la période pré et postnatale. Ceci 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 (Bydlowski, 2001), mais aussi chez le père. Ces remaniements peuvent réactiver des problématiques infantiles qui ont des répercussions sur la relation conjugale et qui débouchent sur des problèmes de communication douloureux qui risquent, en l'absence d'accompagnement, de générer de la violence conjugale et une rupture brutale. 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 (Geberowicz & Barroux, 2005). L'expérience clinique selon Havasi (2017), montre que l'amélioration de la communication affective 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 offrira l'appui nécessaire pour construire progressivement une sécurité de base interne.

Cette base de sécurité externe pourra aussi servir de recours et de tiers pour la régulation des interactions de la triade.

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

Ainsi, une bonne articulation des services de maternité et de néonatalogie avec un centre parental très contenant contribuera à diminuer fortement les risques de sur-médicalisation coûteuse et parfois délétère.

Prendre appui sur les désirs vitaux du bébé avec ses parents

La protection du bébé est la porte d'entrée dans un centre parental ; en effet, il offre avant tout un espace et un cadre pour accueillir le désir vital du bébé 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 pas seulement 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, l'élément le plus vital pour l'enfant est d'être reconnu et accueilli dans ses désirs vitaux. Dès sa conception, il est un être de désir et est d'emblée un être de relation. C'est lui qui désire s'attacher 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, les notions d'intérêt supérieur de l'enfant, de même que celle de la satisfaction de ses besoins fondamentaux ne nous paraissent pas suffisamment précises pour penser adéquatement les politiques publiques de prévention précoces et de protection de l'enfance. Ce qui compte, c'est d'abord de reconnaître les désirs vitaux de l'enfant. Thomas Brazelton (1983) et à sa suite bien d'autres auteurs 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 un « objet de protection ». Certes, le nouveau-né est très limité, extrêmement vulnérable et totalement dépendant de son environnement pour survivre. Cependant, il déploie une énergie considérable pour susciter dans son environnement relationnel ce dont il a besoin pour sa vie (tendresse, sein, nourriture, portage, etc.). 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, comme le souligne la théorie de l'attachement (Guedeney & Guedeney, 2002). A *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 les désirs désir soient accueillis, reconnus et soutenus.

C'est ce dont témoigne l'admission en 2005 d'un des premiers couples d'*Aire de famille*² :

« Dolorès, âgée de tout juste 18 ans, était suivie pour sa grossesse à la maternité d'un hôpital parisien. Christophe, son compagnon, père de l'enfant, 25 ans, dans l'errance depuis de nombreuses années, n'avait pas d'emploi. Dolorès 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 Christophe. Et ils ont partagé leur vie de galère pendant environ deux ans.

Quand ils ont découvert qu'elle était enceinte, alors qu'ils étaient toujours SDF, 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

2 Témoignage rédigé par Brigitte Chatoney, fondatrice d'*Aire de famille*.

dangereux pour lui. Il fallait qu'il soit confié en pouponnière dès la naissance... Les choses étaient d'autant plus compliquées que Christophe 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 4 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 ?... »

L'importance de la sécurité affective

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 professeur Didier Houzel (2000), l'accompagnement de couples en situation de précarité psycho-sociale induit beaucoup de 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 ont souvent des effets très iatrogènes dont les conséquences destructrices sont sous-évaluées médicalement. Leurs 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 souligne Françoise Molénat (2001), que dans le domaine de la périnatalité, la sécurité affective soit autant prise en compte que la sécurité médicale. Ceci 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 (Veldman 2007), en tant que science de l'affectivité, contribue à cette rigueur nécessaire pour appréhender les phénomènes affectifs dans la relation d'aide et de soin. Elle permet de soutenir l'engagement affectif des soignants avec clarté et prudence. Sa pratique clinique et sa recherche empirique s'est trouvée largement confirmée par les données les plus récentes des neurosciences affectives (Dolto, 2012). Elle contribue à enrichir et humaniser les pratiques de soins et de relation d'aide. Pour l'haptonomie, l'Affectif est l'élan vital de l'être, la force de vie sensible intelligente qui relie l'humain aux autres et au monde. Elle considère la force intelligente de l'affectivité comme le fondement du développement psychique, cognitif et social de l'être humain. Catherine Dolto (2016) souligne que l'Affectif est l'organisateur central dont les humains ont besoin pour que toute la richesse contenue dans leur potentiel génétique puisse fructifier et déployer sa pleine dimension. C'est là que s'enracine la confiance en soi, en l'autre, si libératrice pour la pensée et la créativité.

Les effets bénéfiques, de l'haptonomie sont surtout connus dans l'accompagnement pré et post-natale du bébé avec les deux parents et ceux-ci sont manifestes pour de nombreux enfants et leurs parents en grande précarité, accompagnés à *Aire de famille* (Chatoney & Van der Borgh, 2019). Au-delà de ce versant préventif du soutien très précoce à la parentalité, son application à la psychothérapie, en particulier pour le soutien au couple est très peu connue bien que sa pratique soit aussi ancienne.

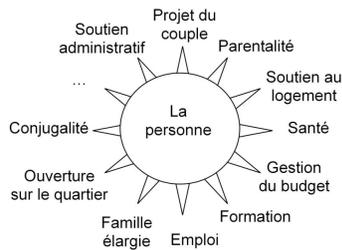
En tous les cas, dans le contexte institutionnel du centre parental, une pratique d'accompagnement inspirée de l'haptonomie (Chatoney, 2018) permet de créer un champ affectif sécurisant, rempli d'un vécu de plaisir et de joie, qui offre une contenance favorable au développement de relations d'attachement sécurisées. De plus, ce climat de sécurité affective qui apaise les réactions émotionnelles passionnelles liée 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 co-penser ensemble, parents et professionnels, la protection de l'enfant de manière plus claire et plus raisonnable. Cela permet de co-construire un diagnostic des situations et des projets de soins plus adaptés et plus cohérents.

Une approche transdisciplinaire et multi-référentielle pour un accompagnement global et en réseau

Notre pratique institutionnelle enrichie par l'haptonomie combine la théorie de l'attachement et l'approche développementale avec la thérapie familiale et les pratiques de réseau.

En effet, à *Aire de famille*, la parentalité est définie comme un ensemble de responsabilités à assumer, qui vont au-delà des soins à apporter à l'enfant et de la capacité à s'occuper de lui. Le soutien psycho-socio-éducatif du centre parental constitue un accompagnement de la personne dans sa globalité, en intégrant de manière dynamique les différentes dimensions résumées dans le schéma ci-dessous :



Le centre parental ne « fait pas tout en interne ». Bien au contraire, dès le départ, l'accompagnement se fonde sur un travail en réseau avec les acteurs de la petite enfance, du soin et de l'insertion. Un objectif important est d'aider les familles à s'ouvrir vers l'extérieur et à avoir accès à toutes les ressources de l'environnement éducatif, social, sanitaire, culturel, économique qui peuvent contribuer au bien-être de l'enfant et des parents.

L'établissement se veut à la fois un espace sécurisant et une institution très ouverte sur l'extérieur. Toutes les familles sont d'ailleurs logées dans des studios et des appartements du quartier, ce qui évite l'effet ghetto de l'hébergement collectif. L'institution est, dans son fonctionnement, très en lien avec une multitude d'interlocuteurs extérieurs. Le partenariat est donc au cœur de l'accompagnement et introduit en permanence une

dynamique d'ouverture et d'altérité qui facilite le passage du dedans au dehors.

A *Aire de famille*, ce travail thérapeutique de réseau s'est particulièrement enrichi des apports de la clinique de la concertation, outil créé par le Dr Jean Marie Lemaire (2010), issu des approches contextuelles et systémiques ainsi que des pratiques de réseaux. La clinique de la concertation vise à étendre le travail de thérapie familiale au réseau amical et professionnel que la famille a tissé autour d'elle. Souvent, les familles en détresse sont amenées à interpeller un grand nombre d'intervenants, ce qui risque d'entretenir du cloisonnement, des malentendus et du morcellement. Plutôt que d'en déduire l'existence de manipulations et d'abus des institutions, la clinique de concertation s'appuie sur la force convocatrice des familles et en fait un levier thérapeutique. Elles sont sollicitées à inviter à des réunions de clinique de concertation, toutes les personnes dont la présence leur paraît utile, rassemblant aussi bien le réseau des professionnels que celui des personnes auxquelles elles se sont adressées dans leur parcours, et dont elles se sentent proches. Lors de ces rencontres, 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 du dessin de leur parcours dans le réseau d'aide – le *sociogénogramme* – permet de mettre en valeur les ressources résiduelles de la famille. La présence de professionnels non concernés directement par la situation, et qualifiés d'« intrus », permet aussi d'apporter une ouverture et un décalage. Ce travail collectif ouvre un espace de parole permettant à l'ensemble des participants de se découvrir autrement, de manière parfois très émouvante. Ces réunions de concertation créent un champ affectif confirmant, qui aura pour effet de favoriser un autre regard des professionnels sur les familles et des familles sur elles-mêmes, permettant souvent le passage de la honte à la fierté !

Ce travail de construction du sociogénogramme dans le cadre collectif d'une clinique de concertation ouvre un espace qui permet de ré-aborder autrement une histoire familiale douloureuse et de soutenir une dynamique de réconciliation avec celle-ci.

L'évolution de Christophe et Dolorès, suite à la naissance de leur fils Valentin, est assez étonnante. Avant d'arriver, ils étaient tous les deux dans l'errance depuis leur adolescence. Christophe s'est retrouvé incarcéré dès l'âge de 16 ans. Dolorès, quant à elle, n'avait pas supporté d'être retirée de sa famille d'accueil et, après un passage en hôpital psychiatrique, s'était retrouvée dans la rue dès l'âge de 14 ans. Tous deux n'avaient plus aucun

contact avec leurs familles. La souffrance et la honte les empêchaient de renouer avec elles. L'accompagnement du centre parental les a aidés très progressivement à sortir d'un grand isolement. Puis les choses se sont faites par étape, sur plusieurs années. Déjà, peu après la naissance de Valentin, Dolorès avait demandé à un membre de l'équipe de l'accompagner dans sa région d'origine pour se rendre à une audience judiciaire, ce qui avait été l'occasion d'un bref temps de retrouvailles avec sa mère. Quand leur fils a commencé à grandir, Christophe et Dolorès ont pris conscience qu'il ne pouvait se contenter uniquement de sa mère et de son père, mais qu'il avait besoin d'une famille élargie pour son avenir. L'écoute de leur enfant les y a poussés. Ils ont demandé à l'équipe du centre parental de les aider dans ce sens. Dans ce cadre, une clinique de concertation a été organisée avec le Dr Lemaire pour en discuter avec eux. Lors de cette séance, Dolorès indique : « Quand j'ai ma mère au téléphone, Valentin qui ne l'a jamais vue, prend le téléphone en disant : Mamie, je t'aime. » Depuis, Dolorès a emmené son fils en vacances chez sa mère, puis a aussi retrouvé la famille de son père. Du côté de Christophe, les choses paraissaient durablement bloquées. Des conflits familiaux graves et le décès de sa mère, dans des circonstances particulièrement violentes et sordides, semblent avoir figé une rupture irréversible. Lors de la séance de concertation, le Dr Lemaire a essayé d'interpeller délicatement Christophe sur son propre arbre généalogique, apparemment en vain... Pourtant, à notre grande surprise, la dynamique de vie enclenchée par Valentin, l'enfant de l'amour, finit par gagner : moins de deux ans plus tard, Christophe annonce fièrement que tous les trois passent les fêtes de Noël avec son père qui viendra lui-même les chercher en voiture pour les emmener chez lui... ! Ce Noël sera finalement très difficile à vivre car, l'alcool aidant, les souvenirs douloureux remonteront dans le cœur du père et du fils. Une médiation préalable aurait sans doute été utile, mais c'était sans doute une étape nécessaire que le père et le fils renouent une relation, même conflictuelle. Les parents de Valentin se sont longtemps vus eux-mêmes comme des « sans-famille », « des enfants de la DDASS » (sic). Aujourd'hui, voilà leur fils unique entouré d'une nuée de grands-parents, arrière-grand-mère, tantes, oncles, cousines...

Un accompagnement restaurateur et résilient

L'haptonomie et la clinique de la 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 rencontre joyeuse. Elles renforcent la confiance au sein du couple et de la famille ainsi qu'avec les 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 révéler les facteurs de résilience et de rétablissement. Il s'agit de soutenir une dynamique du vivant pour transcender les limitations toxiques, voire perverses, des vécus traumatiques. Elle s'appuie sur une confiance dans le savoir non conscient, ancré dans le potentiel génétique de l'être humain. 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 phylogenèse. Il est une source de connaissance prélogique, pré-rationnelle 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 protocole de parentalité positive, 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 » (c'est-à-dire veillant sur le Bien) pour faciliter le processus créatif de triangulation. Chemin faisant, à travers les difficultés, les moments de crise et les confrontations aux dysfonctionnements, l'accompagnement aidera à lever les obstacles à la fonction parentale et à la relation conjugale. Il offrira à 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 dé-clivage et de décroisement

Françoise Molénat et Rose-Marie Toubin (2011) 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 socio-éducatif.

Il se trouve que le cadre d'accueil du centre parental se révèle en soi un puissant outil de sortie du clivage et par là-même de décroisement.

Soutenir d'emblée l'alliance du père et de la mère induit logiquement un dépassement du clivage homme/femme fondamental, souvent très douloureux et 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 qui débouche souvent sur de la violence perverse très pernicieuse et déshumanisante qui empêche la pensée et est destructrice du vivant. L'appétit joyeux du bébé pour la différence des sexes, et du père de la mère, nous aide à dépasser ce clivage mortifère. C'est ainsi que le climat mixte d'un centre parental se révèle en soi très favorable à la vitalité affective et psychique du bébé.

Le centre parental s'avère être, en particulier dans la période extrêmement sensible du pré et post natal, un cadre privilégié pour 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, alors qu'ils subissent les effets destructeurs de la violence entre leurs parents tout autant que la rupture brutale avec l'un d'eux ou avec eux deux. Une approche dé-clivante des interactions violentes au sein des couples favorise 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.

À l'évidence, l'accueil en couple, et pas seulement par 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 bien-traitance tel que le définit Danielle Rapoport (2017).**

La logique de dé-clivage porté par un cadre accueillant la triade induit, par effets de propagation, le dépassement des oppositions entre protection de l'enfant vs soutien des parents. Elle conduit à réunir des politiques publiques habituellement cloisonnées : protection de l'enfance, santé mentale, lutte contre les violences conjugales et violences faites aux femmes, égalité hommes-femmes, luttes contre les discriminations, lutte contre la pauvreté.

Des observations empiriques auprès de 70 enfants accompagnés et de leurs parents entre 2004 et début 2013 montrent des effets très bénéfiques :

- La sécurité affective d'un accueil prénatal rassurant a permis dans plusieurs cas de résorber des décollements placentaires, de prévenir des baby clash et des prématurités.
- La mise en place de l'allaitement malgré une réticence initiale.
- La présence bienveillante des professionnels a permis d'éviter la répétition de comportements maltraitants et les effets néfastes de l'isolement.
- Prévention et dépassement de risques de violences conjugales dans presque toutes les situations.
- La mise en place, dans tous les cas, de mode d'accueil sécurisant pour les enfants.
- Dans tous les cas aussi, un suivi médical et psychologique approprié à l'enfant.
- Dans tous les cas, un soutien au tissage des liens avec la famille élargie en particulier.
- Tous les enfants accompagnés se développent bien sur le plan psychomoteur et sur le plan du langage.
- Tous les enfants de trois ans ont été scolarisés à l'école maternelle et s'y adaptent de manière tout à fait satisfaisante. Ils s'y montrent très éveillés et actifs.
- La sortie du centre parental n'a nécessité aucune mesure de protection en dehors du milieu familial (une mesure de protection décidée par la juge chez un tiers juge de confiance : une tante paternelle de l'enfant.
- Même en cas de séparation du couple conjugal, tous les enfants bénéficient encore de l'investissement de leurs deux parents.

Des données recueillies quelques années après la sortie du centre parental indiquent des effets très émancipateurs sur le long terme sur le plan sanitaire et sociale pour l'enfant et les parents.

- 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 des enfants.
- Stabilisation des familles et insertion sociale et professionnelle des parents.
- 90 % 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 de manière plus précise et détaillée.

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 a cependant des racines profondes et anciennes dans une lente évolution et un combat pour une humanisation bien-traitante de soins, de la prévention précoce et de la protection de l'enfance (Rapoport & Levy, 1977).

Aire de famille a commencé à essaimer à travers la création d'une Fédération nationale de Centres parentaux 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 systémique pour transmettre avec précision 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 définit 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 son intuition 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'imprévisibilité de la résilience, mais il est possible d'anticiper et d'organiser les conditions les plus favorables à son émergence.

Ce qui fait la force 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 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, mais

il n'y a jamais de famille idéale ! Le politique a toujours la tentation de vouloir formater les familles 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...

Notre expérience invite à se dégager de préjugés idéologiques, normatifs et d'une vision idéalisée de la famille pour percevoir la puissance de vie humanisante qui émerge de la triangulation primaire papa-maman-bébé. Cette matrice de tendresse nécessaire à la transmission de l'humain a émergé progressivement de l'évolution phylogénétique de l'espèce humaine. C'est en tout cas ce que peut laisser penser, cette phrase étonnante tirée de l'épopée de Gilgames³ (le plus le plus ancien texte de la littérature mondiale décrivant la condition humaine 4 000 ans avant JC) qui exprime la juste place du père auprès de l'enfant et de la mère :

« 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. »

Références

- BRAZELTON T.B. (1983) : *Naissance d'une famille*. Stock/ L. Pernoud, Paris.
- BYDLOWSKI M. (2001) : Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir* 13 : 41 à 52.
- CALDEIRO DA SILVA M., JULIEN M. & VAN DER BORGHT F. (2019) : Jamais sans le père. *Lien social* 1263 : 21-23.
- CHATONEY B. (2014) : De la protection maternelle au centre parental. *Lien social* 1149 : 36 -37.
- CHATONEY B. (2018) : L'apport de l'haptonomie dans un centre parental. *Les métiers de la petite enfance*. Vol 24, 258 : 30-32.
- CHATONEY B. & VAN DER BORGHT F. (2019) : *Protéger bébé et ses deux parents dès la vie prénatale, la vocation du centre parental Aire de famille*. Erès, Toulouse.
- 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*. 1-5.
- DOLTO C. (2012) : Les chagrins tissulaires et leurs réveils brutaux. *Présence haptonomique* 10, CIRDH, Paris.

3 C'est le professeur Didier Houzel, pédopsychiatre, membre du CA d'Aire de famille qui m'a fait découvrir ce texte lors d'un colloque que nous avons animé ensemble à Bourges en 2017 à la demande du Département du Cher sur le thème « Soutenir ensemble la conjugalité et la parentalité ».

- DOLTO C. (2016) : Epigénétique et plasticité cérébrale, les relations affectives pré et postnatales comme fondement de la sécurité affective. *Présence haptologique* n° 12, CIRDH, Paris.
- FAVEZ N., FRASCAROLO-MOUTINOT F. & TISSOT H. (2013) : *Naître et grandir au sein de la triade, le développement de l'alliance familiale*, coll. Carrefour des psychothérapies, De Boeck, Bruxelles.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E. & CORBOZ-WARNERY A. (1999) : *The primary triangle: a developmental systems view of fathers' mothers and infants*, New York: Basic Books. (trad. Fr. 2001): *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé*. Odile Jacob, Paris. Carrefour des Psychothérapies, De Boeck, Bruxelles.
- 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*, 176-177 : 53-68.
- GEBEROWICZ B. & BARROUX C. (2005) : *Baby clash, le couple à l'épreuve de l'enfant*, Albin Michel, Paris.
- GIAMPINO S. (2019) : *Pourquoi les pères travaillent trop ?* Albin Michel, Paris.
- GOLSE B. (2010) : Un bébé sans la triade, cela n'existe pas. *Colloque Aire de famille « Protéger bébé avec ses deux parents »* au Sénat le 13 septembre, www.fncp.fr
- GOLSE B. (2015) : Les centres parentaux veulent sortir de l'ombre, *ASH 2906*, 17 avril.
- GOULET P. (2020) : www.perrine.goulet.fr (site de cette députée de la Nièvre).
- GUEDENEY A. & GUEDENEY N. (2002) : *L'attachement, concepts et applications*. Masson, Paris.
- HAVASI K. (2017) : Les pères : de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) au retour à domicile, *Rev. Méd. Périnat.* 9:230-234.
- HOUZEL D. (2000) : *Les enjeux de la parentalité*. Erès, Toulouse.
- LACHARITÉ C. & GAGNIER J.-P. (2015) : Agir auprès des pères en situation de vulnérabilité : une invitation au dialogue et à la réflexion. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 54: 81-105.
- LEMAIRE J.M. & HALLEUX H. (2010) : Confiances, Loyautés et Cliniques de concertation au service du travail thérapeutique de réseau. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseau* 44 : 137-152. www.concertation.net.
- LEMAIRE J.M. (2014) : La famille monoparentale, une fiction destructrice parmi d'autres. La polarité des responsabilités parentales, régulateur des compétences professionnelles. *Actes du colloque FNCP Le centre parental une révolution pacifique en protection de l'enfance au CESE*, www.fncp.fr.
- MOLÉNAT F. (2001) : Logique des émotions et sentiment continu d'exister. *Spirale* 2/18: 63-76.
- MOLÉNAT F. (ed.) (2001, rééd 2015) : *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Erès, Toulouse.
- MOLÉNAT F. (2015) : Impact of the perinatal environment on the child's development implications for prevention policies. *Adv Neurobiol* 10:409-24.
- NEYRAND G. (2019) : *La mère n'est pas tout !* Erès, Toulouse.

- ODENT M. (1986): *Primal Health*. Century Hutchinson, London.
- RAPOPORT D. (2017) : *La bien-traitance envers l'enfant*. Col. Naître et grandir, Belin.
- RAPOPORT D. & LEVY J. (1977) : Conditions de vie du nourrisson sans familles : possibilités et limites d'une recherche en pouponnière. *Revue de neuropsychiatrie infantile* 25 (2) : 103-116.
- RAPOPORT D. et ROUBERGUE-SCHLUMBERGER A. (2013) : *La croissance empêchée, une maltraitance méconnue*, Belin, Paris.
- STERN D. N. (2003) : *l'instant présent en psychothérapie*, Odile Jacob, Paris.
- THIS B. (1980) : *Père acte de naissance* Seuil, Paris.
- TOUBIN R.-M. (2011) : Quelles bases pour une bonne articulation interdisciplinaires ? In ROGIERS L. & MOLÉNAT F. (dir.) : *Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ?* Erès, Toulouse.
- VELDMAN F. (2007) : *Haptonomie science de l'affectivité redécouvrir l'Humain*. PUF, Paris.
- VAN DER BORGHT F. & HERNANDEZ V. (2016) : Accueillir les pères adolescents en centre parental. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 291 : 31-33, Elsevier Masson p. 31-33.
- VAN DER BORGHT 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*, *Contraste n° 46*, Erès, Toulouse.