

Journée du 12 février 2009 – Petite Enfance et Handicap
Organisée par le Collectif Régional Midi-Pyrénées
CREAI Midi-Pyrénées - IFRASS

SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET HANDICAP :
L'.ENFANT, LES PARENTS, LES PROFESSIONNELS.

Christine PERROT,
médecin chef du secteur pédopsychiatrique des Hautes-Pyrénées

Lisa a 4 ans quand je la reçois en consultation. Elle est accompagnée par son père. Elle m'est adressée par le médecin de PMI car elle ne peut quitter sa mère. Une tentative de scolarisation a été très vite arrêtée en raison des pleurs de Lisa. Le papa me dit que sa femme n'a pas pu venir à ma consultation. Il lui est trop difficile de faire le trajet fait quelques années auparavant pour le frère aîné de Lisa, actuellement âgé de 11ans, mais suivi en hôpital de jour depuis l'âge de 5ans. Il y est encore à ce jour tout en étant scolarisé en CLISS.

Lisa est une jolie fillette menue, son visage a des traits fins, elle a un beau sourire. Mais ses difficultés sont d'emblée évidentes : elle ne regarde pas, n'a pas d'intérêt pour l'autre, n'a pas de langage spontané. Elle s'occupe dans le bureau, tapote sur le clavier de l'ordinateur, aligne par terre des crayons. Elle a par moments des mouvements hypertoniques de tout son corps. Elle peut aller spontanément sur les genoux de son père, sans le regarder, elle reste alors tonique et frappe dans ses mains. Un moment intense d'interaction a lieu entre Lisa et son père, quand celui-ci lui demande si elle veut aller à l'école, Lisa lui répond alors fortement « non » en le regardant dans les yeux. Le père me dit que Lisa dit quelques mots : oui, papa, maman, le prénom de ses 4 frères et sœurs, voiture...

D'emblée, l'indication d'un soin psychique est évident, mais la mise en place va prendre plusieurs mois, témoin du long et difficile chemin, toujours nécessaire, que les parents vivent pour accepter la réalité des difficultés de leur enfant, et la nécessité d'un accueil spécialisé.

Ma pratique m'est confrontée à la souffrance durant ce long cheminement, souffrance des parents, bien sûr, qui s'exprime et s'entend, mais aussi celle parfois masquée des enfants, ou encore celle souvent tue, des professionnels. Chacun a des représentations différentes de ce qui est en train de se vivre, chacun a sa propre temporalité, le temps de l'enfant n'est pas celui des parents ni celui des professionnels. Cela est vrai pour tout ce qui touche la parentalité, mais tellement plus intense lorsque l'enfant présente un handicap.

Je commencerai par préciser quelques points concernant le terme même de « handicap » avant de développer ces mouvements psychiques à l'œuvre dans l'accueil de l'enfant « handicapé ».

Le terme de « handicap » a commencé à être utilisé depuis les années 1975, avec la loi en faveur des personnes handicapées et la loi sur les institutions médico-sociales. D'emblée, est apparu la tendance à opposer maladie et handicap, un terme excluant l'autre. Dans les années 1990, la classification des pathologies mentales de Wood, reprise par l'OMS, apporte des éléments de différenciation claire entre pathologie mentale ou/et déficience, incapacité et handicap ou désavantage social. Je m'excuse d'en rappeler les définitions, mais il me paraît utile actuellement de s'y référer :

- *la pathologie mentale ou/et la déficience* : perte ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique,
- *l'incapacité*, c'est à dire la restriction ou l'absence d'aptitudes résultant d'une déficience à exécuter une activité de la manière ou avec l'ampleur considérées comme normales pour un être humain,
- *le handicap*, c'est-à-dire les *désavantages sociaux* résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou empêche l'accomplissement d'un rôle social qui serait normal pour cet individu, en tenant compte de son âge, de son sexe, des facteurs sociaux et culturels.

Cette classification a le mérite de ne pas avoir une théorie causale. Elle indique qu'un trouble mental, avec ou sans déficience peut entraîner un handicap, et qu'un désavantage social peut aussi à l'inverse entraîner une déficience ou une pathologie.

Ces dernières années il semble que ces distinctions s'abolissent. Le terme de « handicap » a envahi l'espace social, il a été étendu à toute différence, la 1^{ère} dans l'ordre du biologique concerne la différence des sexes. Le handicap d'être née femme doit être comblé par des quotas spéciaux, comme celui d'avoir couleur de peau différente de la population majoritaire...

Dans le champ de l'enfance, une « Maison du handicap » a été créée et tout problème est passé à l'aune du handicap, et de la compensation nécessaire : autisme et psychoses sont devenues des pathologies du lien social, l'instabilité de l'hyperactivité, les difficultés scolaires des dyslexies, les troubles du langage des dysphasies... Ce changement a des implications sur la façon dont l'accompagnement de ces enfants est envisagé : l'accent est mis sur l'éducation et sur l'intégration sociale. La question des troubles psychiques est éludée, par

exemple les angoisses de ces enfants à être simplement « à côté », dans un groupe où ils peuvent se sentir effractsés, ou encore le sentiment douloureux de leurs échecs , ou de leurs différences.

Le handicap risque de prendre le pas sur l'être, il devient réducteur à ce qui est visible : l'enfant est socialement intégré, la société met en place pour cela des AVS qui peuvent avoir une fonction importante au sein des écoles, mais aussi conforter l'enfant dans son isolement, ou encore pallier à des manques d'accompagnement psychopédagogique.

Ainsi, « accueil pour tous » peut devenir une obligation, sans que les moyens de le penser soient en parallèle mis en œuvre, en particulier sans penser les résistances à l'œuvre liées à la différence, à l'altérité, pour lesquels lois et décrets ne suffisent pas, sans aussi penser à l'adaptation et à la formation à cet accueil particulier.

Tout d'abord, essayons de nous interroger sur les mouvements psychiques à l'œuvre lors de l'accueil d'un enfant en difficultés.

Pour illustrer mon propos, je reprends la vignette clinique que je vous ai proposée en introduction.

Je disais que le soin était une évidence, et le papa de Lisa paraissait partager mon souci. Mais les obstacles sont forts : les réticences étaient claires dès la 1^{ère} consultation. A cela s'ajoutaient des obstacles bien réels, la maman ne conduit pas, et son dernier enfant a 1an1/2..

Il faudra 3 mois pour que Lisa commence le soin proposé. Ce soin se déroule dans une unité particulière, « La Passerelle » : deux soignantes accueillent l'enfant avec ses parents, et parfois aussi la famille élargie, durant 1h1/2. parfois ce simple accueil suffit à dénouer une problématique en particulier de séparation, mais nous l'utilisons surtout pour accompagner parents et enfants vers le soin psychique.

La première fois, Lisa viendra avec ses deux parents et son petit frère. Puis la régularité est mise à mal. Les arrêts seront nombreux mais la maman prévient toujours ; en général la raison invoquée est « les enfants sont malades ». Puis une régularité s'établit, avec en parallèle les visites à domicile et la mise en place d'un taxi.

Nous voyons alors l'impossible séparation d'abord pour la maman de Lisa. Celle-ci est en permanence sur le qui vive, figée sur sa chaise, elle ne quitte pas

sa fille du regard , toujours dans la crainte que Lisa tape son petit frère. En miroir, Lisa cherche toujours à rester sous le regard de sa mère, la voix de sa mère ne suffit pas à la rassurer : quand par exemple elle ne la voit plus, comme lorsqu'elle joue dans la cabane, elle est obligée de sortir pour voir sa mère. même si elle peut l'entendre parler à côté. Quand Lisa voit sa mère de dos, elle hurle.

Plus tard, lorsqu'elle commence à se familiariser avec les accueillantes, nous proposerons à la maman d'aller dans une pièce à côté, elle part alors sans un regard ni une parole pour sa fille tandis que celle-ci s'absorbe dans des jeux de manipulation , manifestement coupée d'avec son environnement. Les paroles sur l'absence de sa mère déclencheront des pleurs très intenses avec une tristesse inconsolable et la répétition d'une phrase qui ne fait pas sens pour elle : « maman est à côté ». Le départ de la mère n'est à nouveau plus possible, Lisa est dans une opposition passive et de la colère dès que cette possibilité de séparation est parlée. Le temps permet un assouplissement des positions tant de la maman que de Lisa. La maman peut sortir de la pièce pour aller chercher le goûter, après que la séparation ait été préparée. Cet assouplissement nous a permis de proposer une entrée progressive à l'hôpital de jour, ce qui soulève à nouveau beaucoup d'angoisses pour la maman, que nous allons prendre le temps d'entendre et d'accompagner. En parallèle, l'accueil du petit frère est maintenant possible à la halte garderie durant les temps d'accueil de Lisa, et la maman envisage, déjà, sa scolarisation, il a à peine 2 ans ...laissant penser les mouvements à l'œuvre à l'envers des difficultés de séparation.

Cette vignette nous montre combien la pathologie de l'enfant et du lien mère-enfant nous oblige à une adaptation du dispositif, à l'observation soutenue de ce qui est possible, ou non, pour la fillette. L'évaluation de la souffrance de chaque membre de la famille nous guide, mais aussi le ressenti des soignantes : ici, un sentiment de vide, une difficulté à penser, qu'il a été important de « détoxiquer » pour pouvoir poursuivre cet accueil.

Je vais essayer maintenant de détailler les mouvements pour chacun des partenaires, liés par une histoire commune qu'ils essaient de construire.

Qu'entend on du côté des parents ?

On ne peut penser l'accueil d'un enfant « handicapé » sans penser à 2 points, qui sont étroitement liés :

- où en sont les parents dans leur cheminement, de l'enfant rêvé à l'enfant de la réalité.
- sont ils prêts pour une séparation, c'est à dire ont ils élaboré la séparation psychique ?

Il s'agit là d'un travail intérieur que doit faire tout parent, mais qui se complique singulièrement quand l'enfant présente des difficultés. Vous savez que l'on ne naît pas parent le jour où l'enfant paraît. L'enfant est un acteur à part entière dans ce devenir parent. Le désir d'enfant est intimement lié aux relations que nous avons tissées enfant avec nos propres parents Il s'élabore en parallèle à notre propre développement psychique. Lorsqu'il s'actualise dans une grossesse, vont resurgir nos fantasmes, nos rêves, mais aussi nos conflits enfouis en nous. Qui arrive ? un garçon ? une fille ? mais de toutes façons il/elle sera beau, fort, intelligent, et comblera notre attente d'amour.

Quand le handicap se révèle durant la grossesse ou à la naissance, le rejet de l'enfant peut d'emblée être massif, entraînant la demande d'interruptions de grossesse, ou d'arrêt de réanimation, ou d'abandon plus ou moins déguisé. Mais l'acceptation d'emblée n'interroge pas moins que le rejet. En effet, l'acceptation de cet enfant là passe par des cheminements douloureux, contradictoires, où l'ambivalence est toujours à l'œuvre quelle que soit la présence des parents auprès de l'enfant. Il y a un double travail à faire : celui d'accepter qu'avec cet enfant là les projets plus ou moins confusément formés ne pourront jamais exister, et celui de reconnaître et de vivre le bonheur des petits progrès, et de découvrir la valeur de ce qui auparavant aller de soi, la beauté des petits riens du quotidien. Ce sont les parents qui eux-mêmes nous le disent, mais bien des années après le début du soin.

Je pense au livre bouleversant par sa sincérité et sa vérité de Jean Louis Fournier, « Où on va, Papa ? » dont je vais citer un extrait :

« Je me souviens, une fois sur la route, avoir eu la tentation de leur parler comme un père parle à ses enfants qu'il est allé chercher au collège. J'ai inventé des questions sur leurs études. « Alors, Mathieu ce devoir sur Montaigne ? Qu'est ce que tu as eu comme dissertation ? Et toi, Thomas, combien de fautes à ton thème latin ?.. » Pendant que je leur parlais de leurs études, je regardais dans le rétroviseur leurs petites têtes hirsutes au regard vague. Peut être que j'espérais qu'ils allaient me répondre sérieusement, qu'on allait arrêter la comédie des

enfants handicapés, que c'était pas drôle, ce jeu, qu'on allait redevenir enfin sérieux comme tout le monde, qu'ils allaient enfin devenir comme les autres...

J'ai attendu un moment la réponse.

Thomas a dit plusieurs fois : « où on va, Papa ?, où on va, Papa ? » tandis que Mathieu faisait « vroom, vroom »...

Ce n'était pas un jeu. »

Pour les pathologies psychiques, les premiers troubles peuvent apparaître dans la 1^{ère} année, mais il est encore bien rare que les parents s'en inquiètent. Combien de parents ai je entendu dire que, bébé, il était très calme, on devait le solliciter même pour manger, il ne riait pas beaucoup, ne faisait pas trop de lallations, il pouvait s'occuper des heures avec le mouvement de ses mains ou une ficelle...Souvent, dans l'après coup, surtout les mères pouvaient dire que très vite elles avaient su que quelque chose n'allait pas chez leur bébé, souvent aussi leurs questions angoissées adressées aux professionnels de la santé entraînaient des réponses rassurantes, genre « ça va passer en grandissant », réponse qui peut être extrêmement positive dite à bon escient, mais dévastatrice quand il n'en n'est rien. Je rajouterai que les parents à l'inverse sont très reconnaissants, en dépit de la souffrance que cela génère, quand nous les aidons à percevoir les difficultés de leur enfant, quand nous évoquons un diagnostic, et surtout les aides que nous pouvons leur proposer.

Un point également très important dans ce cheminement est d'accompagner les parents dans leur culpabilité de ne pas avoir perçu plus tôt les troubles de leur enfant. Nous pouvons alors leur parler de l'ajustement à cet enfant particulier qu'ils ont du effectuer, pensant que leur bébé était bien tout seul, « on le laissait dans son coin, on avait l'impression qu'il préférait être tout seul ». Ensuite peut se dire « il n'avait pas besoin de nous », ou encore « cela m'arrangeait bien à ce moment là qu'il ne me sollicite pas trop ». On perçoit alors peu à peu la mise à distance de ce qui fait souffrance : le sentiment d'être une mauvaise mère, de ne pas pouvoir, ou vouloir être mère de ce bébé là, avec la culpabilité qui l'accompagne.

Un autre comportement souvent observé est la tentative de maîtrise pour tout ce qui touche cet enfant, avec le sentiment que seule, la mère, ou le père, peuvent le comprendre. La mère de Lisa mais aussi beaucoup d'autres nous disent : « est ce que vous allez bien vous en occuper ? elle va vous taper, comment vous allez le supporter ? », ou encore « quelles sont vos compétences, votre formation ? » Les sentiments d'incompétence, les désirs de violence, la volonté d'emprise ou encore la jouissance fusionnelle vis à vis de l'enfant sont projetés sur les professionnels qui s'en occupent.

La déficience de l'enfant suscite ces comportements. Elle entraîne aussi le sentiment que seul le parent, souvent la mère, peut comprendre et aimer son enfant, savoir ce qui est bon pour lui. Se crée ainsi peu à peu du côté de la mère une jouissance fusionnelle, dépassant, ont pu nous dire certaines mères, tout autre sentiment d'amour.

Les parents que nous rencontrons ont bien souvent d'autres enfants, mais c'est avec cet enfant là que se révèle la complexité des liens qui se disent avec lui. L'ambivalence est difficile à vivre avec cet enfant là, c'est-à-dire un amour qui a introduit, et dépassé la haine : haine vis-à-vis de ce bébé différent de celui auquel on rêvait, haine vis-à-vis de ce bébé qui vient entraver notre liberté, haine vis-à-vis de ce bébé qui a son propre monde intérieur, son propre désir, ses propres pensées. Ce bébé qui vient au monde est bien certes notre enfant, mais il est dans une altérité radicale, et la déficience vient encore aggraver cette altérité : comment trouver une ressemblance qui nous rassure sur notre propre identité, sur notre filiation ?

Voir son enfant différent de soi est un travail psychique qui commence dès la grossesse et se poursuit bien longtemps. Ce n'est pas le propos d'aujourd'hui, mais une séparation souple et vivante n'est possible pour un enfant que si le lien d'attachement est suffisamment sécure, permettant d'être à côté, c'est à dire ni mélangé ni lâché. Et ces capacités du côté des parents dépendent beaucoup de la façon dont ils ont reçu et négocié leur héritage transgénérationnel. Chaque adulte a à trouver sa voie vers son propre désir. Comme c'est un chemin semé d'embûches, l'adulte devenu parent peut avoir la tentation de s'appuyer très fortement sur son enfant, et ce d'autant que son handicap le rend très vulnérable. Ce qui me permet d'envisager cette question du côté de l'enfant.

Du côté de l'enfant.

Un enfant dont le développement est harmonieux pourra dire à sa manière et selon son âge qu'il a son propre désir et ne veut pas être l'objet du désir de sa mère. Dans notre propos d'aujourd'hui sur l'accueil, un des moments où se joue cette lutte se vit au moment des séparations dont nous parlons aujourd'hui, car ce qui est présenté comme un accueil correspond pour l'enfant d'abord à une séparation, et toute la difficulté est de transformer cette séparation en un accueil.

En effet, les 1^{er} accueils en halte garderie, en crèche, à l'école...ne font que raviver la 1^{ère} séparation, bien sûr celle physique de l'accouchement, mais aussi celle de toutes les nuits quand l'enfant doit quitter la chambre...ou le lit des parents, mais surtout la séparation psychique, temps de l'individuation/séparation.

Nous avons vu la difficulté de cette séparation du côté des parents. Parents, et professionnels, préfèrent les séparations heureuses et tranquilles, mais est ce vraiment logique ? Bien sûr, quand les temps intérieurs de l'enfant et des parents coïncident, que l'enfant a soif de découvertes, de liens sociaux, et qu'il sait au fond de lui sans trop d'angoisses l'amour et la fiabilité de ses parents, la séparation est paisible, et les retrouvailles heureuses de part et d'autre. Ce dernier point est commun à tous les enfants, car c'est le regard tranquille et aimant du parent envers son enfant, quel qu'il soit, et la confiance suffisante envers celui à qui on le confie, qui permet la séparation.

Mais pensez vous que chaque fois qu'un nourrisson s'adapte sans manifestations à la crèche c'est qu'il ne ressent pas la différence de l'environnement, l'absence de sa mère, ses odeurs, sa voix ?

Et plus tard, que vit l'enfant quand par exemple l'institutrice, l'éducatrice, substituts maternels entourés par une 20taine d'autres que lui, lui barrent la route à ce « Saint Graal » maternel...

Que vit l'enfant dans ces séparations ?

Je n'ai pas de réponse univoque à cette question, car cela dépend de l'enfant, de ses parents, et de l'histoire qui s'est plus ou moins bien tissée entre eux. On peut cependant avancer que les angoisses de séparation sont une étape psychologique incontournable pour chaque être, car c'est grâce à cette séparation que peut émerger de l'humain. Mais comme l'homme cherche avant tout à éviter toute angoisse, fut elle existentielle et inscrite dans nos existences, les stratégies pour éviter de souffrir sont nombreuses.

Au pire comme pour Lisa et sa mère, il s'agit d'éviter toute séparation dans la réalité – à la maison, Lisa suit sa mère partout même aux toilettes, sa mère ne

peut être seule que sous la douche , elle revient la nuit dans la chambre des parents et couche au pied de leur lit, l'évocation même de la séparation est impossible . Lisa semble n'avoir un sentiment d'existence qu'accrochée au regard de sa mère, son absence la plonge dans un néant d'angoisse.

Pour d'autres enfants, les angoisses se manifestent différemment : nous les voyons se coucher par terre, comme collés au sol, comme pour y retrouver un sentiment précoce d'existence corporelle, ou encore s'étourdir dans des mouvements circulaires, ou encore crier d'une douleur intense, comme si la séparation le coupait d'une partie de lui même, et qu'il vivait un sentiment d'arracher une partie de son corps, ou encore mordre et taper avec la même intensité que ce qu'il ressent à l'intérieur de lui d'agression, d'envahissement, de coupure, d'anéantissement.

Cette souffrance, l'enfant jeune ne peut pas la dire, l'enfant déficient encore moins, mais il nous la crie par tout son corps, dans les temps d'accueil ou au retour à la maison avec des troubles du sommeil, de l'alimentation, des problèmes ORL à répétition.

Les étapes sont longues pour se vivre séparé, distinct dans son être et son identité sexuée. Le nourrisson a besoin d'y être autorisé et de s'assurer qu'il va retrouver ses bases après l'absence, il a besoin de s'y préparer pour peu à peu inscrire en lui la présence de l'être aimé absent et ainsi pouvoir intérieurement y recourir , d'abord par des souvenirs d'éprouvé corporel, plus tard par des jeux, des représentations, la parole...La douleur de la séparation peut enfin se penser, et lancer l'enfant dans sa propre existence, d'abord comme nous le dit Winnicott, jouer à côté de sa mère, puis s'en séparer et rencontrer le monde extérieur. Passage aussi de la relation duelle à l'acceptation du tiers, et investissement de ce tiers qui ouvre à la différence, à l'altérité et au désir.

On peut dire que l'enfant psychiquement malade n'a pas les outils pour élaborer ce trajet. Le soin l'y prépare, l'accompagne dans des expériences de différenciation, puis de rencontre avec lui-même, et avec l'autre, avec les autres. Les temps d'accueil non spécialisé sont bien sûr très importants, ils permettent à l'enfant d'élargir son champ d'expériences, de développer ses capacités d'imitation au contact d'enfants qui ne sont pas pris par les mêmes difficultés qu'eux.. Le groupe peut ainsi favoriser l'individuation de l'enfant. Mais cet accueil bien souvent met en difficultés les professionnels .

Du côté des professionnels.

Je disais à propos de Lisa, combien les professionnels étaient mis à mal par l'accompagnement d'une souffrance aussi intense. Ces difficultés sont présentes pour chaque enfant, chaque famille, quelles que soient leurs problèmes. Aussi le soin à l'enfant s'accompagne toujours de ces temps d'échange, d'élaboration, où quelque chose de ce qui nous agite devient une pensée partagée, une histoire que nous pouvons nous raconter. Il ne s'agit pas d'en faire une vérité sur le fonctionnement psychique de l'enfant, ou de celui de ses parents. Il s'agit d'une mise à jours d'affects qui nous appartiennent, mais qui sont colorés par la rencontre avec l'enfant, et ce d'autant plus que l'enfant est tout petit, qu'il n'a pas de langage, ou que son langage est essentiellement corporel, ou encore que nous ne semblons pas exister pour lui. Je sais que certains d'entre vous sont soumis à ces mêmes difficultés. La seule certitude que je peux transmettre est l'importance et la nécessité de ces temps d'échange, toujours suivis de changements chez l'enfant. Notre regard, notre pensée, ne sont plus contaminés, nous voyons l'enfant différemment, et l'enfant nous perçoit différemment.

L'« accueil » est en lui-même un travail spécifique, et l'accueil d'un enfant avec un « handicap » nécessite une écoute et un repérage particuliers. Comme les parents, les équipes passent par des moments de doute, de déni, de colère, de tristesse, d'absence de pensée, de haine ou de surinvestissement... Ces mouvements sont toujours présents. Les repérer aide les professionnels, mais surtout les enfants car il les dégage de leurs projections.

Le deuxième point que je voulais aborder est celui de la temporalité différente pour les professionnels, les parents, l'enfant. Chacun a ses propres questions, son propre cheminement affectif et de pensée. On retrouve souvent les mêmes étapes, mais dans des temps différents. Par exemple, le déni des difficultés peut être d'abord celui des parents, mais à d'autres moments celui des équipes qui trouve par exemple que cet enfant va vraiment très bien, déniait les symptômes bien réels à ce moment là. Il est important de saisir où en est le parent pour pouvoir l'accompagner.

Un moment délicat où s'expriment ces décalages entre professionnels et parents est celui, informel, des échanges, tels ceux où les parents viennent amener ou rechercher l'enfant, temps d'arrivée et de départ, de séparation et de retrouvailles, où toute parole échangée pèse d'un poids massif, qui peut être d'or ou de plomb. Le banal « ça s'est bien passé ? » pourra devenir une profonde blessure avec une réponse positive des équipes, renvoyant le parent à ses difficultés à la maison, alors que, avec le professionnel, tout ira bien, c'est donc bien qu'il est un mauvais parent... À l'inverse les difficultés repérées et échangées pourront accentuer les projections négatives sur l'enfant, ou renforcer le déni.

En conclusion

Je conclurai sur l'importance de porter notre attention sur le langage corporel de l'enfant, ses comportements, ses paroles, pour percevoir ce que, parfois, nous avons du mal à voir : la souffrance que peut générer un accueil, en particulier autour des affects de séparation. Souffrance/signe qui va être un fil conducteur pour aider cet enfant là où il a mal. Cela ne veut pas dire éviter toute séparation, mais se poser la question de savoir si cette séparation n'est pas trop dure actuellement pour lui et entraîner des dommages. Cela veut dire aussi penser les conditions de l'accueil, et la nécessité de penser, surtout pour les tout petits, des conditions d'accueil qui l'aident à surmonter ces difficultés. Cela passe bien sûr par de bonnes conditions matérielles, un personnel suffisant, la reconnaissance par les pouvoirs publics de l'importance des premières années, et de la professionnalisation des personnes qui travaillent dans la petite enfance.

Cela veut dire valoriser, réfléchir à toutes les dimensions de ce beau mot « accueil », et, si l'on y met les moyens , « l'accueil pour tous » reste un très beau projet qui mérite bien une journée de réflexion...et même plus...