

Cahiers de l'enfance et de l'adolescence

Cahiers de l'enfance et de l'adolescence

Parution semestrielle

Responsable de la revue :

Denise Bass, présidente de l'Atelier 2AF

Rédacteur en chef :

Olivier Douville

Comité de rédaction :

Patrick Alécian

Michel Botbol

Fabienne Foignet-Pohren

Marie-Camille Genet

Anne-Marie Martinez

Angelo Persico

John Rideau

Anne-Marie Royer

Danièle Sagnié-Tournié

Marina Stephanoff

Comité scientifique :

D^r Isabelle Abadie

Pédiatre, médecin de l'adolescent,

Maison de l'adolescent du Val-de-Marne

D^r Jean-Marc Baleyte

Chef du service universitaire de Psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent du Centre hospitalier
de Créteil, professeur de pédopsychiatrie
à l'université Paris-Est-Créteil

Jean-Marc Bouville

Professeur agrégé de sciences sociales,
diplômé de sciences politiques, docteur en sciences
économiques, psychanalyste membre de l'ALI-CPP,
corédacteur de la revue franco-brésélienne *Vesta*

D^r Jean Marie Forget

Pédopsychiatre, psychanalyste membre de l'ALI

P^r Catherine Joussetme

Professeur de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent à l'université de Paris-Sud,
chef du pôle enseignement

P^r Maria Christina Machado Kupfer

Professeur en psychologie du développement à
l'université de São Paulo, au Brésil

P^r Denise Maurano

Professeur en PET de droit à l'université fédérale
de Rio de Janeiro, au Brésil

P^r Éric Plaisance

Professeur émérite à l'université Paris-Descartes,
laboratoire et centre de recherche sur les liens sociaux
– CERLIS, unité associée au CNRS

P^r Angela Resende Vorcaro

Professeur en psychopathologie de l'enfant,
université fédérale du Minas Gerais, au Brésil

Rédaction :

Cahiers de l'enfance et de l'adolescence

Olivier Douville

22 rue de la Tour-d'Auvergne

75009 Paris

douville.olivier@yahoo.fr

Les propositions d'articles sont à adresser à :

denise.bass@orange.fr

ou

douville.olivier@yahoo.fr

Les manuscrits adressés sous traitement de texte (de préférence Word) seront lus par le comité de rédaction et par le comité de lecture, en double aveugle. Le comité de rédaction reste seul juge de l'opportunité de la publication des textes. Il peut demander aux auteurs des corrections de forme ou de fond.

Les manuscrits ne sont pas retournés aux auteurs. Les textes sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

Tous droits de reproduction réservés.

10 Cahiers de l'enfance et de l'adolescence

« Périnatalités » : Conjugaisons des fils de vie et de mort

L'atelier
2af

ères
éditions

« Périnatalités » : Conjugaisons des fils de vie et de mort

É D I T O R I A L

7 *Patrick Alecian, Élisabeth Chaillou*

D O S S I E R S

« Périnatalités » : Conjugaisons des fils de vie et de mort

- 11 «Accueillir le premier chapitre de la biographie humaine
Sylvain Missonier
- 37 Le projet de naissance : une nouvelle place dans le paysage
obstétrical français, *Maurane Margraff*
- 49 La grossesse aux temps du chaos. Après-coup et théorie
du traumatisme en trois temps, *Bernard Golse*
- 63 Articuler le soin et la protection de l'enfance en psy Périnatalité.
L'expérience d'un pédopsychiatre en unité de soins conjoints
Germain Dillenseger
- 77 Psychothérapie mère-bébé avec un bébé de 5 mois présentant
un évitement relationnel, *Élisabeth Chaillou*
- 95 Conjugaison des fils de vie et de mort en périnatalité
Hélène Oguibénine, Marie-Camille Genet

Anthropologie

- 109 L'enfant et le lignage : troubles dans la filiation. À propos de
quelques situations en Afrique et en milieu africain en France
Olivier Douville

Placement familial

- 123 Sophie ou les balbutiements de la naissance d'une vie psychique
Laurette Detry
- 139 « Il est quelle heure ? » Quand sonne l'heure du retour,
entre perte de boussole et perte d'objet d'investissement
Lisa Descamp, Céline Ropars

Guerre

- 153 Du traumatisme de la guerre au traumatisme de la naissance
Myriam Szejer

- 165 Cahier psycho-ludique : un dispositif de médiation en temps de guerre, *Anouch Sarafian-Chahbenderian*
- 173 L'expulsion du pays comme déclencheur de l'expulsion du corps *Arpine Nanyan*

Les entretiens des cahiers de l'enfance et de l'adolescence

- 181 Interview du professeur Bernard Golse : ce que l'institut contemporain de l'enfance peut apporter à la pédopsychiatrie actuelle, *Michel Botbol*
- 187 De naître à n'être, l'écho intergénérationnel. Par l'approche du récit de vie, *Fabienne Foignet-Pohren*

Varia

- 201 La maison du bébé comme outil pour inscrire symboliquement un bébé dans sa filiation et dans le social, *Marie Cousein*
- 213 Famille : un partenaire pas comme les autres, *Ivy Daure*
- 223 L'association sos villages d'enfants, l'audace à la croisée des besoins des enfants et des territoires, *Fabienne Foignet-Pohren*

Cabinet de lectures

- 231 Lecture d'Alexandra Bouchard, *Césarienne sur demandes maternelles*, *Frédéric Groux*
- 234 Lecture de Martine Lamour, *Ces bébés follement aimés* *Élisabeth Chaillou*

Les cahiers dans les salles obscures

- 235 *Close* de Lukas Dhont, 2022, Grand prix du Festival de Cannes *Patricia Alecian Brenky*
- 237 L'enfant dans la guerre au cinéma, *Caroline Mehallel*

245 **R É S U M É S E T M O T S - C L É S**

261 **A P P E L S À C O N T R I B U T I O N S**

265 **R E C O M M A N D A T I O N S A U X
A U T E U R S**

Administration :

Éditions érès

33, avenue Marcel-Dassault

31500 Toulouse

Tél. : 05 61 75 15 76

E-mail : eres@editions-eres.com

Site Internet : www.editions-eres.com

Abonnement :

CRM ART - Éditions érès

CS 15245 - 31152 Fenouillet Cedex

E-mail : commandes.eres@crm-art.fr

Tél. : +33 (0)5 61 74 92 59

Site Internet : www.editions-eres.com

(Voir bulletin d'abonnement en dernière page)

Publié avec le concours du Centre national du livre

© **Éditions érès, 2023**

ISSN : 2650-3891

www.editions-eres.com

Maquette et impression : G.N. Impressions (31340 Villematier)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

Éditorial

Ce numéro 10 des jeunes *Cahiers de l'enfance et de l'adolescence* a été élaboré au cours d'une transition du comité de rédaction marquée par l'arrêt d'activité de son fondateur et de certains de ses membres¹ alors que le nouveau directeur prenait ses fonctions et que de nouveaux membres y entraient². Ce travail de séparation et de passation n'est peut-être pas complètement étranger au choix de sa topique qui convoque mort et naissance dans une réflexion groupale. Celle-ci fait appel à des contributions sur les questions relatives à la périnatalité.

La dynamique collective fondée sur la circulation de la libre association des pensées de chacun a abouti à cet appel à contributions étonnant, éclectique au premier abord. Il a relié de façon inattendue mais en toute cohésion ces dynamiques de vies approchées par les attaques mortelles sur le fœtus, le bébé, sa mère, ses parents ou sa famille : guerres, maladies, traumatismes sur le fœtus ou les proches. Bien sûr, cet appel ne prétendait pas explorer de façon exhaustive ni exclusive ces situations. On observera cependant les liaisons entre elles et que, pour l'essentiel, il s'agit de traumatismes.

Un élément majeur de cet appel repose sur les nouvelles compétences qui ont rejoint le comité : maïeutique, « psy-périnatalité », universitaire. Nous avons reçu en conséquence des contributions qui font apparaître le monde pluriel, pluridisciplinaire, de la périnatalité avec des avancées, comme les évolutions médicales majeures des trois dernières décennies sur les plans obstétrical et pédiatrique, avec la possibilité de naissances de bébés viables dès la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée, si l'environnement des équipes spécialistes

1. Jean-Marc Bouville, Anne-Marie Martinez, Marina Stéphanoff.

2. Olivier Douville, Élisabeth Chaillou, Michel Botbol (venant du conseil scientifique), Maurane Margraff.

est bien là. Sur un aspect plus déontologique, un accompagnement des parents qui devient surtout une collaboration avec des soignants. Enfin, une reconfiguration du staff avec l'intégration des équipes de santé mentale formées à la pratique de soins et de préventions primaires dans des circonstances traumatiques diverses.

À la lecture de ces articles on trouve aussi une mise à jour contemporaine de « penser l'avenir », pas uniquement dans le sens du pronostic médical mais bel et bien dans l'idée d'un avenir beaucoup plus heureux que ce que nous pensions il y a encore peu d'années. Si des enfants avec ce type de traumatismes évoluent plus lentement que d'autres, il n'empêche qu'il faut bien admettre aujourd'hui qu'ils iront réellement bien. L'accompagnement des parents est donc habité d'une vitalité plus orientée sur la relation mère-bébé et sur une insertion de l'enfant dans sa famille, et moins sur des critères obligés de handicaps lourds.

Il faut noter que ces contributions proviennent d'éminentes personnalités mais aussi de professionnels qui ont une activité clinique, éducative, d'étayage familial au jour le jour et non épisodiquement sur ces questions. Elles sont au quotidien dans un travail qui permet aux institutions de se reconfigurer autour de ce qu'il faut bien considérer comme un nouveau domaine de connaissance de la vie et donc des soins.

Un autre aspect appelé à se développer concerne le travail interdisciplinaire. Plus particulièrement la place des spécialistes de santé mentale au sein d'équipes très structurées par une clinique quotidienne intense caractérisée par des actes de soins somatiques sur le corps qui est parfois aux limites de la vie. Ce contexte spécifique et éprouvant demande une expérience forte de ces deux groupes de soignants pour travailler de concert. Cela peut d'ailleurs évoquer la cohabitation du fœtus et de sa maman, qui dans ces circonstances doivent s'ajuster physiologiquement et surmonter les mises en danger de l'un par l'autre ou des deux par un agresseur extérieur.

On retrouve cette dynamique de la cohabitation dans les concertations à risque quand plusieurs institutions viennent travailler en zone de protection où un enfant est en danger devant ses propres parents.

Notons enfin comment l'anthropologie révèle par quels arcanes des récits collectifs forgeant des mythes et textes de légendes l'enfant trouve ou non sa place dans une société. La périnatalité, dans beaucoup de ces sociétés, est abordée sur le moment de la conception. L'anthropologie s'intéresse à des mythèmes où l'enfant est « exposé » à différents aspects de la mort. Elle nous permet de mieux aborder et accueillir des femmes qui sont dans des trajectoires de migration.

La périnatalité constitue ainsi un nouvel espace où il faut repenser des aspects éthiques, neuroscientifiques, psychiques et l'accès au bébé *in utero* pour lui prodiguer des soins. Il s'agit d'un nouveau paradigme anthropologique contemporain. Il ouvre sur de nouvelles transmissions cliniques, une meilleure appréhension des aspects sociétaux spécifiques suivant les régions, un langage adressé aux parents promouvant une collaboration, un langage destiné au bébé *in utero* et après sa naissance, une formation exigeante des personnels missionnés pour les soins primaires... Il fait revisiter les apports de la psychanalyse sur les soins primaires, les contributions des théories systémiques et neurocognitives sur les transmissions.

Il est donc certain que toutes ces nouvelles situations cliniques portent pour un avenir proche la possibilité d'avancées qui auront leurs effets sur les connaissances de l'unicité corps-psyché, de la famille, des transmissions transgénérationnelles, des recherches scientifiques et des aspects éducatifs nouveaux plus particulièrement sur la précocité des aides éducatives ainsi que les choix qualitatifs qu'elles portent.

Patrick Alecian
Élisabeth Chaillou

Accueillir le premier chapitre de la biographie humaine

Missonnier Sylvain

Quand je me retourne sur mes quinze dernières années de clinique à la maternité, une modification apparaît à mi-chemin : dans la première moitié, je suis essentiellement centré sur la triade mère-père-bébé et, dans la seconde, je m'ouvre de plus en plus à une chronologie périnatale où l'anténatal occupe la place qu'il mérite dans le processus de parentalité. Après coup, je constate combien ce réajustement dans ma pratique est indissociable de ma prise de conscience d'une variable psychologique centrale : *l'anticipation*. Elle s'est imposée à moi comme un axe majeur dans la compréhension du devenir parent, du naître humain et de l'être soignant en périnatalité.

C'est à la rencontre avec la clinique prénatale que je dois cette progressive intégration. Je souhaite témoigner ici de ce cheminement pour apporter ma pierre à l'édifice d'une conception de la parentalité *indemne d'une scotomisation de l'anténatal*.

Après une contextualisation historique, j'illustrerai mon propos par un récit clinique.

Sylvain Missonnier, professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'université Paris-Cité. Membre du laboratoire PCPP (EA 4056). Psychanalyste SPP. Directeur de l'APEP. Président de l'IVSO, membre fondateur du SIICLHA. Directeur des collections « La vie de l'enfant » chez érès et « Psychanalyse vivante » chez In Press. www.rap5.org

« *His majesty the baby*¹ »

Mon premier contact professionnel avec l'institution Maternité s'est produit dans le cadre de l'apprentissage de l'échelle de Brazelton. À l'époque, c'est le nourrisson savant du célèbre pédiatre de Boston qui occupe le devant de la scène des professionnels de la première enfance. Le catalogue de ses compétences néonatales s'impose peu à peu en créant la surprise. Je me souviens d'à quel point se positionner comme avocat de « sa majesté le bébé » sonnait alors comme un discours révolutionnaire qui venait bousculer le dogme obscurantiste du bébé « tube digestif ». Quelques formules, exprimées comme des mots d'ordre, résonnent encore en moi avec émotion : « Dès la naissance, le nouveau-né a un style relationnel qui lui est propre » ; « il n'est pas une cire vierge qui reçoit passivement l'empreinte parentale » ; « il s'investit activement et intentionnellement dans la réciprocité sociale »...

En point d'orgue national de ce mouvement, la série télévisée de Tony Lainé et Bernard Martino (1984), diffuse à la France entière ce même message : « Le bébé est une personne. »

De cette militance, je retiendrai ma découverte émue, à la Maison ouverte de l'école des parents et des éducateurs, de l'impact relationnel positif sur le bébé (et ses accompagnateurs) de sa reconnaissance comme personne à part entière² dès le salut personnalisé des accueillants.

Je me souviens aussi des regards perplexes (et formateurs !) de quelques mères expérimentées à la maternité (usagères et soignantes) qui écoutaient ma fervente plaidoirie en faveur des compétences néonatales du bébé en pensant tout haut : « Eh bien, professionnel, tu en as mis du temps pour réaliser *scientifiquement*, ce que je ressentais *affectivement* et vivais depuis bien longtemps avec mes enfants ! »

Le souvenir de résistances opiniâtres de certains à l'encontre de ce « bébé-personne » est aussi encore vif dans ma mémoire. Rétrospectivement, il me semble que c'étaient celles des professionnels – les nôtres – qui étaient les plus coriaces pour bien traiter l'humanité – nouvellement reconnue – de ce petit d'homme. Après coup, je réalise enfin que certaines positions exhibitionnistes des compétences du bébé n'étaient qu'un envers illusoire de cette médaille. Elles correspondaient au fond à une idéalisation défensive de notre part visant à

1. S. Freud, « Pour introduire le narcissisme » (1914), dans *La vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969.

2. F. Dolto, « La Maison Verte », *Esquisses psychanalytiques*, n° 5, p. 7-21.

masquer la commémoration dépressiogène de notre *dépendance radicale* d'ex-bébé à l'égard de nos éducateurs et de leurs humeurs ambivalentes³. Pour la carence d'humanité à l'égard du nourrisson comme pour l'excès obséquieux, l'imparfait n'est jamais acquis chez les soignants !

À l'époque, ces multiples données originales sur le nourrisson et les interactions père-mère-bébé venaient s'inscrire dans le creuset épistémologique de la psychanalyse précoce francophone encore confidentielle. Françoise Dolto et Alice Doumic en étaient les pionnières ; l'équipe du GRENN, créé à l'initiative de Bernard This en 1976, la situait d'emblée dans une riche *interdisciplinarité* dont les publications des *Cahiers du nouveau-né* témoignent longtemps après de l'originalité.

Pour ma part, c'est le Serge Lebovici devenu grand-père et auteur (avec Serge Stoléru) de l'ouvrage *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*⁴ qui a été mon maître initiatique⁵. Ses enseignements à Bobigny illustrés par sa pratique de consultation parents-bébé vidéoscopées ont été pour moi déterminants. La singularité de son approche tenait à l'alliance d'une ferme identité de psychanalyste, d'une ouverture épistémologique à des courants théoriques qui induisaient des remaniements du dogme (la psychologie développementale à la mode Daniel Stern, la théorie de l'attachement, l'ethnopsychanalyse, les troubles narcissiques...) et d'une grande liberté technique en consultation familiale fruit de sa pratique du psychodrame et de la thérapie d'enfants. Les traits saillants de son héritage en clinique précoce sont bien « cristallisés » dans ses ultimes travaux sur l'empathie métaphorisante de l'énaction du thérapeute en direction du bébé et de ses parents⁶.

Quand, en novembre 2001, j'ai eu le plaisir d'introduire la première journée de la WAIMH francophone⁷ dédiée à la grossesse⁸, j'ai formulé ma peine de ne pas m'exprimer en présence de Lebovici, disparu l'année précédente. Il était frileux à l'égard du prénatal et

3. Il m'arrive de ressentir la même chose avec *certain*s éloges (autopersuasifs) de la résilience devenue « star ».

4. S. Lebovici et S. Stoléru, *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Le Centurion, 1983.

5. S. Missonnier, « "Lebo" ou la surprise initiatique », *Spirale*, n° 17, 2001, p. 107-114.

6. S. Missonnier, « L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé : l'héritage de Serge Lebovici », *RFP*, n° 3, vol. 68, 2004, p. 177-194.

7. World Association for Infant Mental Health : https://www.psynem.org/Hebergement/Waimh_France

8. Cette journée a donné lieu à une publication : S. Missonnier, B. Golse, M. Soulé, *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*, Paris, Puf, 2004.

j'étais peiné de ne pas pouvoir témoigner à mon maître du chemin parcouru en direction de la consultation thérapeutique *anténatale* depuis mon apprentissage avec lui de la consultation *postnatale*.

Le premier chapitre

Comment penser après coup cette décentration de la relation parents-bébé au profit de la rencontre périnatale du processus de parentalité et du naître humain ? Comment puis-je comprendre cette transformation de ma pratique clinique et de mon regard ?

Pour esquisser une réponse, je dois d'abord m'interroger moi-même en tant qu'ex-petit Hans⁹. Je me limiterai ici lapidairement à envisager dans cet engagement professionnel à la maternité une tentative d'aménagement de mon infantile désir de grossesse.

Je devrai ensuite évoquer mon compagnonnage avec Monique Bydlowski, Françoise Molénat, Michel Soulé. Je dois aussi témoigner de l'influence prépondérante de ma participation au Groupe intermaternités interdisciplinaire de réflexion sur le diagnostic prénatal de Saint-Vincent-de-Paul animé par Didier David et Sylvie Séguret¹⁰ de 1989 à 1999. Depuis, c'est dans le groupe de la WAIMH francophone nommé Le premier chapitre¹¹ que je trouve un précieux espace d'élaboration interdisciplinaire.

Mais il me faut reconnaître surtout l'immensité de ma dette à l'égard de la clinique. Ce sont aux usagers de la maternité, du CAMSP, de la pédiatrie néonatale que je dois essentiellement mon investissement du prénatal. C'est la récurrence en postnatal du discours des parents au sujet de ce qu'ils avaient vécu en prénatal (soit lors de la grossesse présente soit lors d'une précédente) qui m'a véritablement montré la voie.

Les rencontres cliniques autour de l'infertilité, de la procréation médicalement assistée (PMA), de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), des fausses couches et du deuil prénatal se sont révélées grandes pourvoyeuses en ce sens. Une recherche-action multidisciplinaire sur l'échographie obstétricale m'a aussi beaucoup apporté dans la compréhension des enjeux psychiques et éthiques du diagnostic

9. S. Freud, « Analyse de la phobie d'un petit garçon (Le petit Hans) » (1909), dans *Cinq psychanalyses*, Paris, Puf, 1984.

10. S. Séguret (sous la direction de), *Le bébé du diagnostic prénatal*, Toulouse, érès, 2003.

11. https://www.psynem.org/Hebergement/Waimh_France/Second_regroupement/Activites/Seminaires_et_groupes_de_recherche/Le_premier_chapitre

anténatal¹², de l'interruption médicale de grossesse (IMG) et de leurs influences sur les processus croisés du devenir parents et du naître humain.

Le cadre des thérapies conjointes offre un paradigme fécond pour mettre à l'épreuve et expérimenter cliniquement les enjeux cliniques et anthropologiques de ce premier chapitre.

Mme F

Ce matin-là, j'avais a priori peu de temps pour échanger avec la sage-femme échographiste : nous étions l'un et l'autre entre deux rendez-vous. Pourtant, ce que je reconnais maintenant sur le visage de ma collègue comme une invitation pressante au dialogue m'incita à prendre un peu de retard : « C'est incroyable, je viens d'avoir une patiente qui ne m'a pas crue du tout quand je lui ai dit à la fin de sa première échographie que ça allait, que je ne voyais pas d'anomalie visible. »

Mme F avait été réellement surprise par l'annonce d'absence d'anomalie fœtale décelable à l'examen lors de sa première échographie (à 3 mois). Dans l'entretien qui a suivi, la sage-femme me raconta qu'elle avait tenté d'envisager avec Mme F les raisons de cet étonnement qui ne reposait sur aucun motif médical : pas de signes d'appel échographiques, absence d'antécédents personnels et familiaux, pas de facteurs de risques.

Devant la surprise de l'échographiste à la fermeté irrationnelle de ses inquiétudes, Mme F avait affirmé avoir rêvé quinze jours auparavant que son enfant – une petite fille – était « handicapée » et boitait. Depuis, elle pensait fréquemment à cela d'autant plus qu'elle était convaincue du caractère prémonitoire de ce rêve, que la confirmation échographique du sexe féminin de l'enfant venait, selon elle, étayer. De l'avis de ma collègue, sa situation familiale paraissait « sans histoire ». Mme F occupait de hautes responsabilités dans l'administration, elle avait un mari aimant avec une bonne situation, un petit garçon de 2 ans qui se portait bien, son conjoint et elle souhaitaient tous deux ce deuxième enfant...

De mon côté, mon attention était retenue par le sentiment d'énigme stimulante qu'exprimait ma collègue dont j'appréciais de longue date la sensibilité et l'intuition pour appréhender la détresse à travers la complexe alchimie du cadre échographique. Elle insistait

12. M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, M.-J. Soubieux, *Écoute voir... L'échographie de la grossesse, les enjeux de la relation*, Toulouse, érès, 1999.

souvent sur la fréquente verbalisation de ces craintes d'anomalie chez les parents au cours des échographies et des séances de préparation. Mais là, elle sentait « quelque chose à creuser » qui l'avait poussée à proposer explicitement à Mme F d'en reparler lors de l'échographie suivante. D'un commun accord, nous décidâmes qu'en effet, le prochain examen mériterait une attention toute particulière.

Deux mois plus tard, ma collègue me formula avec empressement la nécessité de rediscuter de « la dame qui s'étonne qu'il n'y ait pas de problème ». De nouveau, l'échographie avait été marquée par l'expression insistante et angoissée du scepticisme de Mme F à l'apparente « normalité » de l'examen.

Des éléments nouveaux sont intervenus dans la discussion : Mme F a eu une première grossesse fortement perturbée par, selon ses mots, sa « peur panique » de l'accouchement, que le projet de la péridurale n'arrivait pas à apaiser. L'accouchement s'est, à sa grande surprise, très bien passé. Ces données sont confirmées par l'accoucheur qui se souvient de l'attitude « très angoissée » de cette femme avant la naissance et de l'issue heureuse. Comme pour la grossesse actuelle, Mme F n'avait pas fréquenté les cours de préparation à l'accouchement car elle affirmait ne pas en avoir le temps.

Ma collègue a formulé à Mme F son inquiétude quant à la persistance de son angoisse de malformation et, constatant qu'elle ne dialoguait à ce sujet avec personne dans son entourage, elle lui a proposé de me rencontrer pour en parler. Mme F a accepté spontanément en affirmant d'emblée qu'elle aurait bien aimé qu'on lui propose cela lors de sa première grossesse.

Je retiens du premier entretien avec Mme F un témoignage clair et sensible. Au milieu de la diversité des parents rencontrés en prénatal, je positionnerais Mme F sans hésitation dans la catégorie des « auteurs-compositeurs ». Je range sous cet intitulé peu orthodoxe les personnes qui formulent les questions et élaborent dans un même élan des réponses dynamiques dans la mesure où le clinicien leur prête une attention contenant. Dans la continuité du travail fondateur amorcé par l'échographiste, la simple perception par Mme F des consultations psychologiques comme un lieu où nous allions ensemble essayer d'explorer son malaise suffisait pour amorcer chez elle une mise en sens bénéfique.

Au cours des six entretiens qui suivirent, Mme F accomplit un patient travail de biographe. C'est d'abord de sa timide impression que ses angoisses de malformations avaient pris la place de sa crainte panique de l'accouchement dont il fut question. En appui sur mon

intérêt explicite pour cette piste, Mme F ouvrit son album de famille. Elle avait grandi dans une lointaine colonie française où sa famille vivait laborieusement depuis deux générations. Sa mère, une femme « dure, froide et ne parlant que pour dire l'essentiel », avait eu trois enfants : deux fils et une fille. Les garçons étaient des rois.

Dans ce contexte, le récit familial était le suivant : la fille (Mme F à la naissance) avait failli « tuer sa mère » lors d'un accouchement difficile où seul un « miracle » l'avait sauvée d'une hémorragie. Restée plusieurs semaines alitée et anémiée, la mère de Mme F n'avait pu s'occuper de sa fille. Plusieurs voisines auraient d'abord veillé sur elle. Élevée dans l'ombre de cette naissance tragique, Mme F se remémore les propos très alarmistes de sa mère quand une « connaissance » se rapprochait du terme. Adolescente, elle se faisait de la maternité une idée effrayante et, à ses premières règles, elle se souvient avoir eu le sentiment d'une mort imminente dont elle ne pouvait s'ouvrir à quiconque.

Son père travaillait très dur dans le bâtiment et il était souvent absent. Mme F était sa « petite princesse ». Elle se rappelle avec émotion quand elle accompagnait son père sur les chantiers où elle démontrait qu'elle n'avait rien à envier de l'endurance et de l'habileté de ses frères. Sa déception à son sujet n'en fut que plus forte quand elle eut l'impression que, lorsqu'elle fut devenue une « petite bonne femme », il s'éloigna brusquement d'elle. Mme F pleura abondamment quand elle me raconta qu'un jour, son père s'associa aux moqueries de ses frères et la traita de « grosse poufiasse » alors qu'elle s'apprêtait, habillée à la mode, à sortir pour son premier bal. « Je ne lui ai jamais pardonné », martelait-elle en sanglots. Les relations avec sa famille semblaient s'être figées depuis dans cette conflictuelle opacité. Elle n'avait revu ses parents qu'à l'occasion de leurs rares passages en France tous les deux ans, puis pour son mariage.

Ce sentiment de solitude extrême se trouva confirmé durant son cursus universitaire en France où elle se sentait étrangère. Heureusement, ses études se passaient très bien. Depuis toujours, l'école – où contrairement à ses frères elle excellait – et la lecture constituaient pour elle « le meilleur ». Dans ce « théâtre privé » (Freud, 1895) solitaire, elle avait préservé sa rêverie d'une vie professionnelle réussie et d'un prince charmant amoureux mais sans projet familial ! Avec humour, Mme F me raconta comment son « prince » lui avait permis non seulement de découvrir les délices du partage mais aussi de s'investir peu à peu dans un projet d'enfant. Lorsqu'elle fut enceinte, le premier trimestre se déroula « sans encombre » mais, à la première

échographie, les ennuis commencèrent, à partir d'une question « anodine » du médecin alors qu'elle découvrait son enfant sur l'écran : « Comment souhaitez-vous accoucher ? »

S'estimant après coup paralysée par l'effroi de l'interrogation, elle s'était par la suite réfugiée dans un surinvestissement professionnel forcé. « Je n'arrivais pas à réfléchir une minute à ce qui m'arrivait », répétait-elle souvent. Pendant cette première grossesse, elle avait, à la veille des consultations à la maternité, des crises d'angoisse où le spectre d'une mort imminente l'envahissait sans qu'elle puisse leur donner un sens. Par peur de briser son nouveau bonheur et de renouer avec la solitude, elle refusait de répondre aux questions de son mari qui comprenait mal la nouvelle attitude de sa femme. Devinant cependant à mi-mots son trouble, il l'avait réellement soutenue jusqu'au jour de la naissance où il était à ses côtés. La paix s'était rapidement réinstallée dans leur foyer autour de leur fils et les blessures du passé s'étaient estompées, jusqu'à ce rêve récent, jugé prémonitoire, d'une petite fille handicapée.

En d'autres termes, lors de nos premières rencontres, Mme F affronta d'abord la profonde empreinte de « l'agonie primitive » (Winnicott, 1974) de sa naissance et son ombre portée sur la construction de son identité de femme et, en filigrane, de mère. Secondairement, comme profondément ranimée par la confirmation que cet « effondrement, dont la crainte mine sa vie, a déjà eu lieu » (Winnicott, 1974), elle fit face à ses angoisses de malformation de son enfant.

La précise reconstitution généalogique de Mme F lui permit de prendre la mesure d'un point resté confus depuis toujours et aujourd'hui au cœur de sa crainte d'un handicap pour son enfant : son grand-père paternel avait vécu avec la fille d'un premier mariage de sa femme, décédée à l'issue d'une maladie foudroyante peu après une union restée sans enfant. Le père de Mme F était né de cette liaison. Enfant, il avait été atteint d'une poliomyélite qui lui avait laissé un léger boitement : Mme F put enfin se représenter avec acuité cette impensable confusion des générations, si inquiétante pour elle par son aura incestuelle (Racamier, 1995) et sa sanction castratrice.

Alors que Mme F avait violemment refusé que ses parents viennent lui rendre visite pendant sa première grossesse, elle accepta cette fois-ci de les accueillir chez elle deux mois avant la naissance. Particulièrement travaillée en amont en consultation, cette rencontre donna lieu à des retrouvailles où Mme F instaura un dialogue nouveau avec ses parents. Elle les questionna beaucoup sur les conditions tragiques de sa naissance et elle fut très heureusement surprise par

leur récit empreint de sollicitude à son égard. Mme F craignait beaucoup la déception de son père à l'annonce du sexe féminin de l'enfant attendu : elle se trouva fort apaisée par l'énergie qu'il déploya pour peindre sa chambre et lui construire des étagères pour, plus tard, « ranger ses livres ». En découvrant ainsi la fierté de son père pour sa carrière et ses compétences intellectuelles, la croyance de Mme F en sa radicale étrangeté aux valeurs familiales s'assouplit.

J'ai eu grand plaisir à entendre le témoignage de l'échographie du huitième mois rapporté par la sage-femme. Mme F était venue cette fois avec son mari et elle lui avait raconté, devant les images de l'écran, qu'elle avait l'impression de les voir « sans lunettes de soleil ». Elle avait évoqué ses anciennes craintes de malformation en disant qu'elle trouvait désormais sa petite fille « tout à fait à [s]on goût » même si elle savait bien qu'on ne voyait pas tout à l'échographie.

Dans l'entretien avec moi qui suivit l'examen, M. et Mme F sont aussi venus ensemble. Mme F entreprit pour son mari une remarquable synthèse de son cheminement et des remaniements psychiques effectués. Elle exprima aussi en des termes mesurés son inquiétude pour l'accouchement en soulignant elle-même qu'elle pouvait formuler cela sans être « paniquée » comme autrefois.

Je retrouvai le couple et la petite fille deux jours après l'accouchement. Mme F raconta avec précision un long temps de travail douloureux (huit heures) en insistant sur les bienfaits « d'avoir quand même pensé avant à cette éventualité ». Notre courte discussion sur les bénéfices de cette anticipation aboutit à une décision, à mes yeux capitale pour signifier le chemin parcouru par Mme F : elle souhaitait participer au groupe de préparation à l'accouchement si elle tombait de nouveau enceinte.

Angoisse de malformations et parentalité

Ma boussole psychothérapeutique à l'égard de Mme F reposait sur mon intuition qu'elle était la *proie de la répétition d'une angoisse involontairement automatique* commémorant les successives blessures inélaborables de son devenir femme, puis mère. Prisonnière de douleurs de séparation impensables, correspondant à ce que décrit D.W. Winnicott avec les « agonies primitives », sa transparence psychique prénatale les réactivait brutalement, semant la panique et l'impuissance.

Ses craintes successives de l'accouchement et de malformation correspondaient sans doute à des « craintes de l'effondrement »

(Winnicott, 1974). Proposer à Mme F un cadre propice à la symbolisation après coup de cette détresse en quête de contenant lui permet de conquérir secondairement une angoisse signal, source d'anticipation créatrice. *In fine*, son inquiétude mesurée face au danger réel d'un accouchement difficile lui permet d'accéder à « un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci » (Freud, 1920).

De fait, la clinique prénatale illustre différentes tonalités de *l'angoisse de malformation* chez les parents.

Très schématiquement, *comprise comme une angoisse signal*, elle renverrait à la soif potentiellement créative d'une transparence psychique rééditant des conflits de séparation tempérés et une contenance transgénérationnelle efficiente. Ici, caractéristique majeure, *l'angoisse serait un vecteur dynamique de symbolisation, favorable à la maturation du processus de parentalité*.

Bien sûr, cette opposition entre angoisse automatique et angoisse signal doit être dégagée de toute tentation sémiologique aboutissant à un clivage dualiste artificiel et simpliste. Ce repérage correspond en clinique à deux polarités dont le rapport dialectique est constant. *Cette complémentarité est capitale* car, comme l'histoire de Mme F le suggère, c'est dans une réanimation de la relation d'étayage de l'angoisse signal sur l'angoisse automatique que repose la promesse d'un projet préventif.

Angoisses et prévention périnatale

Cette mise en perspective du fonctionnement psychique prénatal avec la question de l'annonce d'une anomalie fœtale ou d'un handicap à la naissance offre, à mon sens, une riche potentialité clinique que cette hypothèse tente d'exprimer : *l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendront, en partie, de la nature et du devenir de leurs résurgences psychiques anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés*.

En d'autres termes, l'endurance parentale à l'accueil d'un enfant handicapé dépend, notamment, de la qualité de leur anticipation prénatale dont les angoisses de malformation sur le versant automatique ou signal sont des marqueurs significatifs.

Aussi, se demander si les parents disposent pendant la période de la grossesse d'un lieu propice à l'accueil et à l'élaboration préventive de cette angoisse, en particulier sous sa forme automatique, paraît primordial. La responsabilité des maternités en ce domaine est évidente

et l'on peut appeler de ses vœux, sur la base d'une collaboration pluridisciplinaire, la sensibilisation à ce sujet des gynécologues-obstétriciens, (notamment des échographistes) et des animateurs de groupes de préparation à l'accouchement.

Dans le cadre des débats au sujet de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et de l'entretien prénatal précoce (EPP), on peut étendre ce paradigme bipolaire de l'angoisse de malformation automatique ou signal à d'autres thèmes. Je pense, comme on l'a vu avec Mme F, à la peur de l'accouchement mais aussi aux craintes de complications obstétricales, aux réactions négatives face aux modifications de l'enveloppe corporelle maternelle, à l'angoisse de ne pas être compétente avec le bébé, de ne pouvoir l'allaiter... Chacune de ces mille et une inquiétudes maternelles et paternelles peut correspondre à un processus d'*anticipation adaptative* dédié à l'accordage relationnel ou, à l'inverse, à un *appel de détresse* en attente d'un récepteur contenant. Avec les pathologies fœtales, maternelles, obstétricales, pédiatriques, la résonance tragique de ces diverses angoisses anticipatrices parentales sera décuplée par le spectre de la confirmation réelle d'un scénario fantasmatique : leur élaboration sera d'autant plus essentielle.

La consultation thérapeutique anténatale

J'aimerais finaliser cette contribution en me centrant sur les caractéristiques essentielles de la consultation thérapeutique anténatale (CTA). Plus précisément, dans un premier temps, il s'agit de remettre en cause des idées reçues, des postulats théoriques obsolètes, pour ouvrir le champ original des CTA que les psychologues et les psychiatres en maternité sont conduits à mener de plus en plus pour répondre aux nombreuses sollicitations aux motifs multiples :

- les orientations des parents vers une CTA à l'issue d'un entretien prénatal précoce ou d'une séance de préparation à la naissance ou encore d'une consultation du suivi médicalisé de la grossesse ;
- les orientations des couples dont la femme et l'homme traversent le parcours semé d'embûches de la PMA ;
- les couples confrontés à une « grossesses pathologiques » ;
- les nouvelles formes de parentalité (homoparentalités gay et lesbienne) ;
- les suspicions ou des révélations d'anomalies fœtales au décours des procédures de diagnostic anténatal, des deuils ;
- des pathologies psychiatriques chroniques ou aiguës...

Lentement mais sûrement, la période de grossesse s'est imposée comme un lieu de prédilection de la prévention primaire et secondaire des troubles de la parentalité et des dysharmonies précoces.

Dans ce contexte, est-il bien raisonnable de parler de consultation thérapeutique parents-fœtus ? Pour engager le débat, je vais successivement aborder trois postulats théoriques généralistes à réviser, puis détailler plus avant plusieurs aspects techniques.

La CTA : trois postulats théoriques à réviser

Une critique de la conception du fonctionnement psychique en post-partum, la plus actuellement répandue, s'impose avant tout. Le point de vue de Bertrand Cramer et Francisco Palacio Espasa (1993) reste emblématique à ce sujet. Ils décrivent le fonctionnement parental en post-partum comme une « néoformation originale », une « nouvelle topique ». Ils définissent cette organisation spécifique comme la matérialisation d'investissements narcissiques et pulsionnels parentaux, jusqu'ici cantonnés dans leur espace intrapsychique, et qui vont se redistribuer dans l'espace interpersonnel de la relation à l'enfant réel et fantasmatique. « L'enfant devient ainsi le relais et le dépositaire d'investissements qui – jusqu'alors – étaient attachés à des objets internes ou des aspects du Self. » Il occupe une place intermédiaire « à cheval » sur les espaces intrapsychique et extrapsychique parentaux.

Cette conception d'une « néoformation » psychique parentale en post-partum mérite d'être aujourd'hui *nettement révisée* à la lumière des données théorico-cliniques portant sur le processus de parentalité à l'œuvre pendant la grossesse.

Dans cette perspective, l'étude du fonctionnement psychique parental lors du diagnostic anténatal en général et, emblématiquement, à l'occasion des échographies (Soulé et coll., 2009 ; Missonnier, 2009 ; Missonnier et Golse, 2021) s'est révélée très convaincante : cette effusion identificatoire normale ou pathologique *n'est pas une néoformation du post-partum*.

En effet, le suivi médical de la grossesse met typiquement et expérimentalement en scène en prénatal l'existence de cette irruption psychique d'identification projective chez les « apprentis » parents face à la confrontation d'un fœtus actuel et de leur enfant virtuel, reflet de l'histoire individuelle, conjugale et générationnelle.

Il est temps pour nous, professionnels de l'enfance, de mesurer les limites de notre conception d'une vision directe de l'enfant en post-natal jouant un rôle d'amorce d'une contenance psychique, « aveugle »

en prénatal. Comme le montre l'étude des réactions face à l'imagerie échographique, les parents sont confrontés peu ou prou pendant la grossesse à la présence de l'enfant virtuel avec sa potentialité objectale, candidate à la tiercéité (Green, 1990) et à l'identité de genre (Stoller, 1978). Cette confrontation marque une « rupture » (Boyer et Porret, 1987) dans le cheminement fantasmatique et narcissique parental prénatal car elle les confronte vivement à l'orchestration de la proto-partition de leur « schéma d'être avec » (Stern, 1994, p. 18) l'enfant à naître.

Le deuxième prérequis pour amorcer le champ des CTA est de dépasser la conception du fœtus comme restant une extension narcissique maternelle jusqu'au terme de la grossesse. Je crois que cette conception est le reflet de la pratique de thérapeutes qui ont imprudemment déduit une psychologie de la grossesse à partir de leur expérience clinique de femmes enceintes en souffrance dont, justement, l'investissement résolument narcissique de l'enfant virtuel muselle l'anticipation objectale. Ma proposition de « relation d'objet virtuelle (ROV) » que je ne développe pas ici faute de place (Missonnier, 2009 ; Missonnier et Golse, 2021) explore cette relation d'objet singulière.

Enfin, troisième et dernier prérequis, pour s'engager dans une CTA, il est nécessaire d'avoir bien clairement à l'esprit (il serait plus opportun de dire « chevillé au corps ») combien la grande perméabilité aux représentations inconscientes et la relative levée du refoulement et de la censure ne correspondent pas seulement à une réactivation de la névrose infantile (et de sa révision adolescente). La « transparence psychique » (Bydlowski, 1991) actualise d'abord et surtout en prénatal chez les parents une reviviscence des conflits les plus archaïques de la ROV mettant en scène les avatars primitifs :

- de la contenance (et toutes les formes « d'agonies primitives » pré et postnatales évoquées par Winnicott [1974]) ;
- du rapport dedans/dehors ;
- de la différenciation soi/non-soi ;
- de la genèse interactive périnatale des premières relations précoces et de la tonalité structurante du bain d'affects des identifications projectives des parents d'autrefois, en passe de devenir grands-parents.

Cette vivacité des processus primaires interpelle le cadre des actions thérapeutiques engagées. Un cadre qui se réfère, justement, « à la partie la plus primitive de la personnalité » (Bleger, 1966) que nous tentons donc de regrouper avec la formule générique de ROV qui représente dans notre optique le segment périnatal et son inertie la vie durant.

À partir de ces trois postulats, je crois qu'il est raisonnable d'envisager la consultation thérapeutique parents/enfant potentiel.

Constantes du cadre de la CTA et variabilité des processus

Le cadre général de la CTA, c'est la proposition et le maintien d'une « contenance » (Bion, 1962 ; Anzieu 1993). Elle se matérialise par la mise à disposition des usagers d'un espace spatial et temporel défini. Elle prend corps avec l'attention (Houzel, 1997) bienveillante du consultant à l'égard de l'actualité et de l'histoire (l'actuel et l'historique) des conflits psychiques intra et interpersonnels des parents « enceints ». Cette présence empathique du clinicien, synonyme d'invitation au partage des affects, a une double fonction paratonnerre et élaborative.

L'intersubjectivité verbale et non verbale, l'énonciation et l'empathie métaphorisante sont les principaux médias du clinicien pour (r)animer, accueillir, dynamiser la narrativité de ses interlocuteurs. Cette interface narrative est le fil conducteur de la CTA mais elle ne représente qu'une part d'une mutualité plurimodale complexe.

Pour définir la CTA, il est bon de se référer à la lumineuse distinction de José Bleger (1966) entre les « constantes » qui constituent le cadre de la cure et le « processus » variable qu'il rend possible et contient. Ici, la contenance spatiotemporelle et sa double fonction paratonnerre et élaborative représentent les « constantes » du cadre de la CTA. Les variations infinies des contenus successifs des échanges correspondent au « processus » abrité par le cadre.

La fonction alpha bionienne (Bion, 1979) est une bonne métaphore théorique de la constante du cadre. Elle est d'autant plus pertinente pour la CTA qu'elle permet de quitter un discours « prêt à porter » applicable à toutes nos consultations thérapeutiques pour rentrer de plain-pied dans le « sur-mesure » de la CTA. En effet, chez W.R. Bion, la fonction alpha maternelle se réfère justement à la relation dyadique mère-bébé la plus primitive.

De son côté, Bleger (1966) insiste beaucoup sur le fait que le cadre se réfère dans la cure à la partie la plus « indifférenciée » de notre histoire archaïque : « Le cadre du patient est l'expression de sa fusion la plus primitive avec le corps de sa mère. » Il est le « récepteur » de la « symbiose avec la mère (immuabilité non-moi) [qui] permet à l'enfant de développer son Moi ».

Pour des parents « enceints » revivant avec une intensité inédite leurs conflits structuraux, le cadre de la CTA est, au premier degré, le réceptacle de cette reviviscence.

Si je tiens à l'expression métaphorique de paratonnerre pour qualifier la fonction du clinicien, c'est justement parce qu'elle rend bien compte de la « violence fondamentale » (Bergeret, 1984) de cette projection sur le cadre de la partie la plus primitive de la personnalité. Cela est bien sûr vrai des CTA avec des parents en pleine santé psychique confrontés à un événement de vie prénatal potentiellement traumatique (anomalie, mort fœtale, pathologie somatique maternelle, deuils, événements tragiques...). Cela est a fortiori vrai avec des parents présentant des signes de souffrance dans leur processus de parentalité.

La cristallisation qui peut s'opérer entre la réédition des conflits biopsychiques les plus primitifs et l'ouverture du cadre à l'indifférencié (le non-pleinement-humain et son inquiétante étrangeté) singularise résolument la dynamique de la CTA et en éclaire la potentialité mutative. Tout ce qui pourrait conduire le clinicien (et son éventuelle institution d'appartenance) à un déni, une dénégation, une banalisation de l'intensité émotionnelle et fantasmatique potentielle de cette synergie, parasitera l'érection métaphorisante du consultant et, *in fine*, en limitera la virtualité psychothérapique.

Le cadre des CTA est souvent institutionnel. Prenons le cas de celles qui sont proposées dans une maternité publique.

Deux points au moins méritent d'être évoqués : la question de l'accordage entre l'institution et le clinicien de la CTA, et la question du paiement.

À l'évidence, le cadre du psychothérapeute est, dans le meilleur des cas, institutionnel (Missonnier, 2003) : la proposition de « contenance » de la CTA est une variante de la « métacontenance » offerte par l'institution maternité. Ce cadre idéal est un objectif vers lequel tendre, c'est un labeur infini que connaissent bien les psychothérapeutes périnataux sensibles à l'héritage des défenseurs de la thérapie institutionnelle. Le « maintien de la contenance » du cadre, que j'évoquais initialement, correspond plus sur le terrain à une constante « sauvegarde » de la contenance. Ce terme dit mieux combien la convergence de la métacontenance institutionnelle avec celle de la CTA ne sera maintenue qu'au prix d'une défense vigilante d'un cadre jamais acquis, toujours menacé par la destructivité individuelle (psychothérapeutes compris) et collective.

Cette métacontenance institutionnelle est aussi politique et, en l'occurrence, républicaine. Si le cadre psychanalytique c'est, d'abord

et surtout, « deux éléments formels d'échange mutuel : le temps et l'argent » (Liberberman, 1961, cité par Bleger, 1966), l'absence de paiement en institution pose nettement question. Pour ma part, dans le but explicite de mobiliser une relation de mutualité sur ces deux paramètres princeps, j'informe explicitement les usagers de la CTA en maternité du fait que je suis rémunéré par l'hôpital et que ce salaire provient de la redistribution de l'argent des impôts et de la solidarité locale, nationale à laquelle ils contribuent, peu ou prou.

La CTA : entre récit événementiel et associations psychanalytiques ?

Même si sa théorie est en perpétuelle mutation, le clinicien d'obédience psychanalytique est a priori constant dans sa croyance en la « psychologie de l'inconscient » (Freud 1901).

En appui sur cette « basse continue » à l'intérieur du cadre où il accueille les usagers de la CTA, il va jouer différentes *partitions techniques* dont la variable sera justement le degré d'*explicite* de ce credo métapsychologique *implicitement* permanent.

L'espace processuel de la CTA est en effet, schématiquement bipolaire. Le soutien psychologique centré sur le récit linéaire de l'ici et maintenant des événements, des comportements et des émotions représente le premier pôle. La thérapie psychanalytique, où l'empreinte de la conflictualité inconsciente est explicite à travers les associations libres, constitue le pôle opposé. Entre les deux, la CTA offre mille et une variations *verbales ou non verbales* de la narrativité comportementale, affective et fantasmatique des acteurs en présence qui font de chaque rencontre un cheminement spécifique.

Dans la première direction du soutien ponctuel, un partage émotionnel *via* une mise en récit maturative constitue l'essentiel de l'échange ; le psychothérapeute est un récepteur « paratonnerre » extérieur au cercle familial, amical, professionnel et indissociable de l'institution à laquelle il appartient, avec qui il fait corps. Si le flux narratif mérite d'être étayé, le consultant fonctionne comme un *témoin dynamique* et *bienveillant* non intrusif qui étaye la mise en récit organisatrice des pièces du puzzle psychosocial. L'individu, le couple et la famille sont invités à prendre la mesure de l'épaisseur du temps mais seul l'*événementiel* reste le fil conducteur. Le temps est celui de l'horloge et du calendrier. Cette chronologie se raconte et s'anticipe telle que la « médiatisation » (pré)consciente la rapporte. Le thérapeute ne laisse pas transparaître ailleurs que dans la souplesse de son empathie sa perception d'une partie immergée de la problématique, une face cachée

inconsciente. Il n'interprète pas et ne formule pas (ou que très prudemment) d'esquisse interprétative. Certes la conflictualité inconsciente et ses réponses défensives – amplifiées durant cette période – ne sont pas explicitement travaillées mais leur expression en filigrane en favorise nettement la décharge pulsionnelle qui correspond, dans le meilleur des cas, à un assouplissement des mécanismes défensifs en présence. Le pouvoir cathartique de l'entretien repose sur la vertu d'une écoute empathique qui ranime une intersubjectivité sinistrée par un débordement traumatique (ou en valide la réémergence).

Dans la seconde direction, la médiation reste la narrativité verbale et non verbale sur fond de mutualité intersubjective plurimodale mais le triptyque comportement-émotion-fantasme est plus nettement mobilisé, en particulier à partir de l'invitation (verbalement implicite ou explicite) à l'association libre et de la revendication (implicite ou explicite) du clinicien de sa pertinence comme outil thérapeutique. Le clinicien est alors un psychanalyste pratiquant la consultation en face à face. Il s'appuie sur la validation en amont des conditions requises en matière de narrativité verbale pour légitimer l'indication de ce type de cadre interprétatif et en espérer la fécondité. Les récits associatifs explicites sont envisagés a priori par le psychanalyste comme un cheminement dont les variations du degré de liberté sont les traces énigmatiques dynamiques d'« obstacles » qui ne se dévoileront et ne livreront leur sens qu'une fois conquises des hypothèses coconstruites sur une conflictualité inconsciente qui échappe de prime abord. Même si le temps conventionnel reste un élément fondamental de la réalité psychique, la référence à l'atemporalité des processus du système inconscient (Freud, 1901) est prévalente. Le récit du rêve y est une matière appréciée. Le souci envahissant de la logique du récit s'y impose progressivement comme un bouclier défensif.

Entre les pôles du récit « événementiel » (la temporalité événementielle) et du récit « psychanalytique » (l'atemporalité de l'inconscient) se situent les variations de la narrativité de « l'historique », animée, au minimum, par la conviction partagée par tous les acteurs de la CTA que le passé éclaire la compréhension du présent. Dans la prise en compte de cette épaisseur de l'historicité du sujet, la CTA peut s'engager superficiellement en restant centrée sur les événements de vie, les rapports de cause à effet directs ou, à l'autre extrême, à la vie fantasmatique, aux rêves et à la conflictualité inconsciente. Dans les deux cas, ce sont avant tout (mais pas exclusivement) les reviviscences de la ROV qui seront à envisager comme le « moteur » de cette liberté associative ou, à l'inverse, de ses entraves.

Dans ce cadre bipolaire, les mêmes participants d'une CTA peuvent eux-mêmes évoluer. Bon nombre de première(s) consultation(s) s'inscrivent dans le cadre de l'accompagnement psychologique et s'orientent progressivement vers une thérapie psychanalytique. Techniquement, il y a là une partition passionnante qui se joue entre un parent et/ou un couple et le clinicien dans cette mutation. Par un jeu subtil d'échanges d'indices, l'alliance thérapeutique voguera vers telle ou telle direction au gré des avancées et des régressions.

Dans cette navigation, la formulation d'esquisses interprétatives « tests » joue un rôle princeps. Elles sont émises par le clinicien lors des premières rencontres quand un contexte émotionnel suffisamment tempéré le permet. Il s'agit de verbalisations du professionnel d'amorces interprétatives volontairement bridées, puis de l'observation attentive de la réceptivité du ou des interlocuteurs sur le moment et après coup. De l'analyse de la réactivité à ces esquisses découlera la « longueur d'ondes » proposée et défendue par le clinicien.

Deux variables au moins, peuvent plaider en faveur d'un maintien (parfois transitoire) dans l'hémisphère du soutien psychologique : un contexte péri ou post-traumatique dont la grossesse est prodigue ; les situations où les « ballons sondes interprétatifs » majorent une angoisse archaïque paralysante aux antipodes du dynamisme des angoisses animées d'une fonction signal anticipatrice.

On observe aussi fréquemment des variations importantes de la longueur d'ondes utilisée au sein d'une succession de CTA. Des allées et venues entre les registres du soutien psychologique et de la thérapie psychanalytique peuvent advenir. L'amplitude et le tempo de ces variations s'imposent à mon sens comme un des meilleurs marqueurs de la « météo » évolutive du transfert et du contre-transfert.

Raphael-Leff (1991) pense que plus la problématique maternelle est profondément liée à la maternalité, moins il y a de chances de la résoudre pendant la grossesse et plus il sera opportun de poursuivre en post-partum. Cette interrogation sur la durée pertinente de la thérapie est, en effet, indissociable de la discussion psycho(patho)logique mais aussi, bien sûr, médicosociale.

Le transfert dans la CTA

La caractéristique majeure de la dynamique maturative de la devenant-mère est qu'elle porte *simultanément* sur ses propres modifications biopsychiques, sociales *et* sur la relation au fœtus, véritable enfant virtuel en devenir. Le transfert maternel est donc à envisager

comme une variable évolutive (la partition maternelle de la rov) *en direction* de cet enfant du dedans et *en réponse* à sa nidation.

Classiquement, les psychanalystes orthodoxes déconseillaient de démarrer une psychanalyse pendant la grossesse et interrompaient la cure si elle survenait au cours du travail à cause de cet investissement jugé – à tort – exclusif.

Mon expérience de la CTA me conduit à penser qu'à l'inverse – et exception faite (à ne pas sous-estimer) de troubles psychopathologiques graves de l'intersubjectivité primaire – ce transfert à l'égard du fœtus n'est pas monopolistique et laisse place à un transfert simultané en direction du clinicien. Plus encore, c'est précisément la passionnante dialectique qui va s'instaurer entre le transfert maternel en direction du fœtus et en direction du consultant (plus largement des soignants) qui méritera d'être considérée comme un processus sémiologiquement signifiant car réactualisant la potentialité créatrice de la rov à partir de l'inquiétante étrangeté de la fondation « indifférenciée » du sujet *in utero*.

Le cadre de la CTA est un utérus maternel métaphorique enveloppant la devenant-mère (ou les parents). La nature du transfert envers le clinicien y sera envisagée comme un point variable et évolutif situé entre les extrêmes d'un utérus contenant, d'un placenta compagnon, protecteur et constructif ou persécuteur et tueur. Le consultant sera investi soit comme un utérus contenant ou défaillant, un placenta efficace métabolisant le matériel (évacuation des déchets, éléments bêta ; restitution des éléments nourriciers, fonction alpha), soit comme un placenta avare gardant pour lui les bons éléments et souhaitant déloger l'intrus parasite.

Entre fusion et autonomie, la multiplicité des reviviscences des conflits de séparation/individuation les plus précoces se rejouent : l'empreinte générationnelle des conflits de parentalité est électivement rééditée dans la formalisation de ce transfert « stéréophonique » simultanément interne et externe. C'est toute la complexité des conflits contenant/contenus de la filiation verticale et de l'affiliation horizontale qui viennent s'actualiser. Dans cette mouvance, plus la devenant-mère manque d'étayages identificatoires internes et externes pour la métamorphose du (re)devenir mère, plus la stabilité du cadre sera investie et le transfert (en creux ou en plein) massif. Le caractère « matriciel » de ce transfert éclaire l'intensité et le dynamisme psychique qui n'est pas sans évoquer métaphoriquement la spectaculaire vivacité cellulaire de l'embryogenèse et ses avatars.

Le contre-transfert dans la CTA

Dans une CTA, le consultant tente de trouver un juste équilibre dans un conflit de loyauté inévitable entre servir les intérêts de la devenant-mère, ceux du devenant-père (physiquement présent ou non), et ceux du fœtus, l'enfant virtuel devenant l'enfant qui naît humain.

Sur fond de bisexualité psychique, le sexe du consultant joue néanmoins un rôle important dans ce contexte. Une femme ayant déjà vécu la maternité s'identifiera a priori plus spontanément avec la devenant-mère. Mais cette « évidence » peut être trompeuse car elle dénie la bisexualité psychique et la *rov* du thérapeute.

À l'inverse, l'envie peut parasiter sensiblement une femme thérapeute désirant elle-même un enfant et n'ayant pas encore connu l'expérience de la grossesse ou devant en faire le deuil. Il en est de même chez le consultant même si la longévité biologique nourrit chez lui une constante idéalisation.

Le « complexe de grossesse » (Freud, 1909 ; Missonnier, 2010) de l'homme thérapeute est très actif dans les CTA et il doit donner lieu à une autoanalyse constante tant l'envie peut rester vive et le noyau dépressif du deuil de la grossesse actif.

Dans un registre œdipien, un consultant pourra être en rivalité avec le conjoint. Seul avec la femme enceinte, il pourra ressentir aussi une rivalité à l'égard du fœtus, ambassadeur du père « écoutant » la consultation, et brisant l'intimité dyadique propice à une séduction sexuelle mutuelle.

Comme en psychiatrie infantile, une identification massive du consultant (homme ou femme) au seul enfant « maltraité » (ici, un fœtus maltraité) peut, par exemple, menacer l'empathie en direction de la mère et du père.

Raphael-Leff (1991 et 1993) remarque aussi justement que le ou la thérapeute est placé·e, dans la CTA, dans une position possiblement voyeuriste de la sexualité du couple. Une quête éperdue des origines, une fascination (paralysante) pour la scène primitive peut en effet faire obstacle à l'érection métaphorique du consultant ou au contraire en favoriser une version trop hystérisée.

Face à la répétition inhérente à la CTA de la néoténie biopsychique de l'humain vulnérable et dépendant de son environnement « utérin », le clinicien peut être aussi soumis à une tentation d'emprise et d'empiètement de (grand-)parent directif.

Certes, la géométrie variable de l'étalement du clinicien doit répondre aux variations du transfert, mais il faut aussi toujours tenter de

privilégier la réassurance des parents sur leur propre capacité à être « auteurs compositeurs » de la nidification prénatale. Certains « apprentis » parents sinistrés par une histoire générationnelle catastrophique peuvent induire très fortement cette colonisation de notre part qu'une guerre d'indépendance ultérieure ne manquera pas de sanctionner.

Au fond, l'intensité du transfert parental dans la CTA induit caricaturalement chez le clinicien une forte réactivation de ses propres conflits et en questionne encore et toujours la maturation. Les amateurs de CTA sont manifestement friands de la potentialité féconde de cette vivacité originaire !

Toute la question de l'actualisation de cette virtualité chez le psychanalyste présuppose l'apprivoisement de sa propre fascination aveuglante pour la clinique des origines qui peut, au pire, signer la commémoration insistante d'une possible répétition traumatophile. Pour en intégrer les vertiges et les promesses encore faut-il aux psychanalystes des divans initiatiques hospitaliers aux réminiscences de la roy !

Dans un article remarquable, C. Frisch-Desmarez et C. de Vriendt-Goldman (2011) formulent avec justesse la singularité du contre-transfert dans les thérapies psychanalytiques précoces : « Cela donne à ces rencontres une impulsion émotionnelle extrêmement forte qui met l'analyste dans la position de réceptacle, d'objet malléable, de pare-excitant et de contenant psychique dans son aspect de limite et de transformation psychique. » Dans une CTA, ces enjeux sont singulièrement amplifiés et un partage clinique élaboratif dans des reprises cliniques et des supervisions collectives est essentiel.

Pour ne pas conclure

Comme avec la consultation thérapeutique postnatale (CTP), le clinicien de la CTA est métaphoriquement un miroir (grand-)parental contenant où l'enfant dans l'adulte devenant mère (ou père) vient se regarder regardant. Dans les deux cadres, le consultant est fidèle à sa boussole psychanalytique mais il s'adapte aux fonctionnements psychiques parentaux singuliers et évolutifs pour répondre sans dogmatisme à la très grande diversité des contextes. Mais, contrairement à la CTP où le bébé est là dans les bras des parents avec ses propres « protoreprésentations » insérées dans une spirale interactive comportementale, affective et fantasmatique, le fœtus existe dans la CTA comme *un enfant virtuel* à simuler, à anticiper, dans son altérité et sa tension vers l'altérité.

Cela ne signifie point que l'enfant du dedans n'est pas « réel ». D'une part, il est tout aussi réel dans ses successives successives que sa propre *nidation* psychosomatique (à l'instar des interactions proprioceptives mère-fœtus) animée par son orientation (proto-)inter-subjective vers « l'autre virtuel » (Bräten, 1991, 1992, 1998). D'autre part, il est tout aussi réel dans ses actualisations successives que le tricotage parental des devenant-parents s'investissant dans leur travail de *nidification* prénatale (dont les thématiques de l'anticipation, de l'attachement prénatal, de la rêverie parentale, des identifications projectives, des aménagements matériels... sont autant de pièces du puzzle complexe). La notion de rov, en mettant en exergue la mutualité de cet espace de la rencontre périnatale entre devenant-parents et devenant-humain, se focalise sur les racines profondes de l'inter-subjectivité primaire.

Et, justement, à ce titre, la CTA offre un cadre synonyme de « fusion la plus primitive avec le corps de la mère » (Bleger, 1966) de façon encore plus radicale que dans la CTP. Si Bleger a utilisé cette métaphore pour définir « l'indifférencié » inhérent au cadre de la cure psychanalytique, il s'agit ici de bien mesurer la *trivialité non métaphorique* du propos dans le cadre des CTA.

C'est bien dans ce contexte spécifique que la réflexion de Lebovici sur l'énaction dans les CTP représente un héritage précieux (Missonnier, 2003). En pointant l'enracinement *intercorporel* de cette forme d'empathie, il donne au consultant de la CTA la bonne direction *corporelle* à prendre sur le registre métaphorique pertinent en direction des parents « enceints » et du fœtus. Toutefois, le défi du passage de la CTP à la CTA est d'envisager de ne plus penser seulement en termes d'*intercorporel* mais, d'abord et surtout, de dialectique contenant/contenu dont l'actualité est indissociable de ses réminiscences.

De fait, le cadre et les mouvements transféro-contre-transférentiels de la CTA sont résolument ancrés dans cette dialectique en poupées russes qui précède la prégénitalité « aérienne » telle que nous la concevons classiquement. Encore une fois, la rov correspondante est une « relation d'objet utérine » à l'égard de « l'enfant virtuel du dedans ». Les thématiques présentes dans les CTA illustrent bien, en plein chez la devenant-mère, en creux chez le devenant-père, cette surdétermination du fonctionnement psychique par l'expérience physique de la grossesse et le développement fœtal (Raphael-Leffe, 1991).

Les lignes de développement du fœtus sont très intriquées avec la progressive maturation de cette rov. Entre les bipolarités de la fusion/différenciation, du bébé du dedans porté dans l'utérus et du bébé du

dehors porté dans les bras, toute la gamme évolutive de l'anticipation parentale se déploie. Ce sont principalement les avatars de ces lignes de développement de la parentalité prénatale qui seront accueillis et élaborés dans la CTA. Plus particulièrement, c'est la *rigidité* de l'anticipation dysharmonieuse en présence (idéalisante, dépressiogène, obsessionnelle, empiétante, persécutive, délirante...) que les CTA tenteront d'*assouplir* au profit d'une anticipation adaptative tempérée dont la liberté associative et le deuil (non pathologique) d'une emprise prévisionniste s'imposent comme des marqueurs pertinents.

Au fond, les CTA offrent aux apprentis parents un espace où il leur est proposé, comme dans tout cadre psychanalytique, d'élaborer l'inertie de leurs conflits œdipiens et prégénitaux. Mais la spécificité majeure de la CTA est d'offrir, au-delà, une hospitalité privilégiée à la rencontre de la ROV en temps réel du fœtus et, chez les parents, aux réminiscences actives de leur ROV d'ex-fœtus/bébé.

Chez ces derniers, ce sont les identifications projectives souffrantes à l'égard de l'enfant virtuel qui constituent le matériau de travail électif. Rappelons à ce sujet qu'une sémiologie psychanalytique de ces identifications « pathologiques » doit bien tenir compte de la « violence fusionnelle "normale" » des identifications projectives parentales prénatales (Missonnier, 2009).

Cette violente inflation « normale », le psychanalyste doit donc bien s'en souvenir face aux parents enceints mais aussi à l'écoute des analysants associant sur les réminiscences de leur ROV avec, par exemple emblématique, ce que J.M. McDougall (1989) a si bien décrit avec ces fantasmes : « Un corps pour deux, un sexe pour deux, une psyché pour deux, voire une vie pour deux. »

C'est en cela que la CTA peut apporter sa pierre à l'édifice de la cure-type, du face-à-face psychanalytique, des consultations familiales et des groupes thérapeutiques. Un sacré chantier !

Bibliographie

- ANZIEU, D. 1993. « La fonction contenant de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir », dans D. Anzieu (sous la direction de), *Les contenants de pensée*, Paris, Dunod.
- BERGERET, J. 1984. *La violence fondamentale*, Paris, Dunod.
- BERGERET, J. ; HOUSER, M. 2004. *Le fœtus dans notre inconscient*, Paris, Dunod.
- BION, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf, 1979.
- BLEGER, J. 1966. « Psychanalyse du cadre », dans R. Kaës, *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979, p. 257-276.

- BOYER, J.-P. ; PORRET, P. 1987. « L'échographie obstétricale : premières remarques à propos d'un changement épistémologique », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 35, n° 8-9, p. 325-330.
- BRÄTEN, S. 1988. « Between dialogical mind and monological reason: postulating the virtual other », dans M. Campanella (sous la direction de), *Between rationality and cognition*, Turin, Albert Meynier, p. 205-235.
- BRÄTEN, S. 1991. *Born with the Other in Mind: On Child Development and Cognitive Science Implications*, non publié.
- BRÄTEN, S. 1992. « The virtual other in infants minds and social feelings », dans A.H. Wold (sous la direction de), *The Dialogical Alternative*, Oslo, Scandinavian University Press, p. 77-97.
- BRÄTEN, S. 1998. « Intersubjective communion and understanding: development and perturbation », dans S. Bräten (sous la direction), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 372-382.
- BRUSSET, B. 1988. *Psychanalyse du lien. La relation d'objet*, Paris, Le Centurion.
- BRUSSET, B. 2006. « Métapsychologie des liens et troisième topique », *RFP*, 2006, vol. LXX, no° 5, p. 1213-1282.
- BYDŁOWSKI, M. 1991. « La transparence psychique de la grossesse », *Études freudiennes*, n° 32, p. 135-142.
- CRAMER, B. ; PALACIO ESPASA, F. 1993. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, Puf.
- DEJOURS, C. 1986. *Le corps entre biologie et psychanalyse*, Paris, Payot.
- DEJOURS, C. 2002. *Le corps d'abord*, Paris, Payot.
- FARGES, F. ; FARGES, N. ; MISSONNIER, S. 2016. « L'observation échographique prénatale : Vers une clinique du fœtus ? », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 6, p. 203-224.
- FREUD, S. 1895. *Études sur l'hystérie*, Paris, Puf, 1985.
- FREUD, S. 1909. *Le petit Hans. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans*, trad. fr. R. Lainé et J. Stute-Cadiot, Paris, Puf, coll. « Quadrige », 2006.
- FREUD, S. 1920. « Au-delà du principe de plaisir », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1982.
- FRISCH-DESMAREZ, C. ; DE VRIENDT-GOLDMAN, C. de. (2011). « Particularités du contre-transfert dans les psychothérapies psychanalytiques précoces », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 54, p. 309-354.
- GOLSE, B. ; MISSONNIER, S. 2020. « Plaidoyer pour une troisième topique. Une représentation intrapsychique du lien intersubjectif

- avant même la découverte de l'objet », *In Analysis*, vol. 4, no° 2, septembre 2020, p. 131-138.
- GREEN, A. 1990. « De la tiercéité », dans *La psychanalyse : questions pour demain*, monographie de la RFP, Paris, Puf.
- HOUZEL, D. 2005. « Le concept d'attention », dans G. Appell et A. Tardos (sous la direction de), *Prendre soin d'un jeune enfant*, Toulouse, érès, p. 21-35.
- KAËS, R. 2009. « La réalité psychique du lien », *Le divan familial*, 2009, no° 22, vol. 1, p. 107-125.
- LEBOVICI, S. 1998. « L'arbre de vie », dans S. Lebovici (sous la direction de), *Éléments de psychopathologie du bébé*, Toulouse, érès.
- LEBOVICI, S. 2002. *Le bébé, le psychanalyste et la métaphore*, Paris, Odile Jacob.
- MISSONNIER, S. 2003. *La consultation thérapeutique périnatale*, Toulouse, érès. Réédition en poche, 2015.
- MISSONNIER, S. 2009. *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- MISSONNIER, S. 2010. « Dépressivité et dépression paternelles périnatales », dans A. Braconnier et B. Golse (sous la direction de), *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*. Toulouse, érès.
- MISSONNIER, S. 2015. « Le traumatisme de la naissance », dans R. Perron et S. Missonnier, *Cahier de l'Herne Freud*, Paris, L'Herne, p. 227-235.
- MISSONNIER, S. 2015. *Rencontre avec Michel Soulé. De la psychiatrie de l'enfant à la psychiatrie fœtale*, Toulouse, érès.
- MISSONNIER, S. 2017. « Le fantasme originaire de retour dans le ventre maternel et la séparation », dans S. Missonnier et J. Bouhsira (sous la direction de), *L'originaire et l'archaïque*, Paris, Puf, coll. « Monographies et débats de psychanalyse », p. 115-133.
- RACAMIER, P.-C. 1995. *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Les éditions du collègue.
- RAPHAEL-LEFFE, J. 1991. *Psychological processes of childbearing*, Colchester, CPS Psychoanalytical Publication Series.
- RAPHAEL-LEFFE, J. 1993. *Pregnancy, the inside story*, Londres & New York, Karnak Books.
- SOULÉ, M. ; GOURAND, L. ; MISSONNIER, S. ; SOUBIEUX, M.-J. (sous la direction de). 1999. *L'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation*, Toulouse, érès.
- SOULÉ, M. ; GOURAND, L. ; MISSONNIER, S. ; SOUBIEUX, M.-J. (sous la direction de). 2011. *L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges*. Toulouse, érès.

- STOLLER, R. J. 1978. *Recherche sur l'identité sexuelle*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT, D.W. 1974. « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 11, 1975, p. 35-44.

Le projet de naissance : une nouvelle place dans le paysage obstétrical français

Maurane Margraff

Le projet de naissance : un outil d'expression

Une volonté d'émancipation de la médecine moderne et du paternalisme médical s'est manifestée dans les maternités françaises ces dernières années. Des demandes précises, le plus souvent rédigées sous forme de « projet de naissance », ont ainsi vu le jour.

La mise en place du Plan de périnatalité (avec la création de l'entretien prénatal précoce), la croissance de l'offre d'information en ligne ainsi que la multiplication des revues spécialisées ont simplifié l'accès des couples aux dernières recommandations obstétricales et pédiatriques. Par la rédaction d'un document réunissant et expliquant leurs attentes dans l'arrivée de leur enfant, les futurs parents aspirent à créer et vivre la meilleure expérience possible pour cet instant précieux. Au cours des dernières décennies, la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement, dans une société influencée par le mouvement #MeToo encourageant la libération de la parole des femmes et mettant en lumière les violences gynécologiques, a incité les professionnels de l'accompagnement périnatal à encourager les futurs parents à exprimer leurs attentes et leurs besoins à travers cette démarche.

Le projet de naissance, rédigé par les futurs parents, est ainsi destiné à exprimer les souhaits du couple sur le déroulement du travail et de l'accouchement. Libre et facultatif, il s'agit d'une rédaction

Maurane Margraff, sage-femme, Paris. maurane.margraff@gmail.com ; 9 rue Président-Favre 74000 Annecy ; +33 6 03 41 11 94

manuscrite ou imprimée, avec ou sans illustrations, abordant les sujets qui leur sont chers. Habituellement rédigé chez soi, il est idéalement relu aux côtés d'un professionnel de santé au cours de la grossesse afin d'éviter certaines craintes, d'éclaircir des informations dispensées en ligne ou de discuter de la faisabilité de certaines demandes au regard de la loi ou des techniques médicales pratiquées. Cette mise en perspective apparaît comme essentielle afin de prévenir toute déception des parents ou l'exacerbation d'une situation de stress le jour de la venue de leur enfant.

Le projet de naissance comme canal de maîtrise ou source de stress ?

Le projet de naissance est né d'un ensemble de textes juridiques entre la fin des années 1990 et le début des années 2000, des observations des professionnels de santé ainsi que d'associations de patients, témoignant d'un réel besoin dans la prise en charge des femmes enceintes et interrogeant les protocoles médicaux mis en place. Il semble aussi s'inscrire dans une dynamique de méfiance envers les systèmes établis, notamment celui du soin, longtemps marqué par le paternalisme médical.

Le gain d'autonomie des parents dans la prise de décisions éclairées, en collaboration avec les professionnels de la périnatalité, se place comme l'un des objectifs principaux des projets de naissance. Les femmes y expriment davantage leur envie, leur besoin de maîtriser leur grossesse et leur travail et de se sentir actrices de leur accouchement. Ces plans de naissance apparaissent ainsi comme un moyen de projection vers le moment de la naissance de leur enfant. Il semble rassurant de pouvoir y détailler, lister les différentes étapes du travail et d'en décrire le déroulé, et les éléments qu'ont choisi d'aborder les parents sont souvent le reflet de craintes qu'ils cherchent à éloigner en s'appropriant le contrôle. Ces plans contribuent à la satisfaction des parents : pour nombre d'entre eux, avoir la possibilité de participer activement au processus d'accouchement peut accroître leur confiance envers cette grande expérience qu'est la naissance.

Alors que le projet de naissance est le plus souvent rédigé par des futures primipares, nous retrouvons également des mères ayant un vécu traumatique de leur premier accouchement (césarienne en urgence, extraction instrumentale mal expliquée, violences gynécologiques, absence d'anesthésie péridurale...) et qui ont trouvé dans ce projet un outil canalisant leurs peurs et éloignant la reproduction d'un scénario similaire.

Dans l'idée de permettre aux femmes et aux couples d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance, il est primordial qu'une information éclairée sur l'offre de soins périnataux leur soit donnée. Le projet de naissance s'inscrit ainsi dans un processus de préparation à la naissance et à la parentalité. Toutefois, définir le type de prise en charge que l'on souhaite, choisir entre secteur public ou libéral, opter pour un professionnel par affinité et identifier ses préférences pour la venue de son enfant n'est pas toujours facile et peut se révéler déstabilisant. La pression sociale liée au devoir de composer un projet de naissance peut être considérable : « Suis-je une moins bonne mère si je n'en rédige pas ? Pourquoi les autres parents avaient-ils ces informations et nous, non ? Comment être originaux ? Comment faire passer notre message auprès des professionnels de santé ? Va-t-on m'écouter le jour de mon accouchement si je n'ai rien écrit ? » Le constat d'un nombre grandissant de projets de naissances inspirés de modèles prérédigés en ligne questionne sur l'intérêt de tels documents cherchant à représenter les inquiétudes, souhaits et envies propres à chaque parent.

Malgré la volonté initiale des couples de consigner leurs préférences et leurs aspirations dans un plan de naissance, diverses circonstances peuvent engendrer des préoccupations et des appréhensions. Les parents peuvent ainsi se retrouver stressés lorsque leurs préférences se heurtent à des complications médicales ou à d'autres facteurs imprévus. De surcroît, les futurs parents peuvent éprouver de l'anxiété s'ils estiment ne pas être suffisamment informés ou préparés pour prendre des décisions éclairées en cas de changements de plan. En définitive, la rédaction d'un plan de naissance détaillé peut parfois imposer une pression supplémentaire aux parents, qui se sentent investis de la responsabilité de tout anticiper pour l'accouchement.

Une communication ouverte avec les professionnels de la périnatalité, un plan de naissance flexible et la compréhension que des ajustements puissent être nécessaires en cas de circonstances changeantes contribuent à réduire le stress associé au projet de naissance. Il est important que les parents se sentent soutenus et écoutés tout au long du processus afin de minimiser les préoccupations inutiles. Il semble primordial que le projet de naissance ne devienne pas une porte vers le sentiment d'échec lorsqu'il ne peut être respecté. Se projeter sur son accouchement au cours de la grossesse est essentiel, il est toutefois important que les professionnels de la périnatalité préparent les futurs parents à envisager différentes issues à cette grossesse : la possibilité d'une césarienne en urgence, la nécessité d'une extraction instrumentale par ventouse ou forceps par exemple.

La douleur : une charnière dans le projet de naissance

La douleur est au cœur de l'expérience de l'accouchement et occupe une place centrale dans les projets de naissance. Les femmes souhaitent avoir la possibilité de personnaliser la gestion et l'atténuation de leur douleur, par des méthodes naturelles, médicales ou une combinaison des deux. Les projets de naissance visent à donner aux femmes le contrôle sur leur processus d'accouchement en leur permettant d'exprimer leur perception de la douleur et de sa gestion, incluant des choix de positions, des méthodes de soulagement médicamenteuses ou non et des interventions médicales. Cette approche contribue à rendre l'accouchement davantage respectueux des choix individuels et à enrichir l'expérience globale de la naissance.

Sujet de fantasmes, la douleur se manifeste généralement comme la principale source d'appréhension lorsqu'il s'agit du travail et de l'accouchement. Elle peut parfois temporairement surpasser la crainte de devenir mère, celle de commettre des erreurs ou encore celle de se retrouver seule.

À la lecture de certains projets de naissance, la perspective d'une anesthésie péridurale est anticipée avec hâte et vivre la douleur des contractions est, pour ces mères, inenvisageable quand une telle technologie est aujourd'hui disponible en France. Au contraire, l'empreinte culturelle ou religieuse érige parfois la douleur comme un passage obligé vers la maternité. Le recours à l'anesthésie péridurale est alors repoussé au maximum afin de vivre cette expérience douloureuse autant que possible et de franchir le cap de la maternité en ayant eu l'expérience de l'enfantement telle que décrite par ses pairs. Parfois même, il reste inconcevable de faire le choix d'une anesthésie.

Il demeure toutefois fréquent de rencontrer des patientes qui, une fois en travail, réalisent qu'elles avaient sous-estimé la douleur, malgré leur préparation pour ce moment. Pour ces femmes, la désillusion peut être profonde et susciter un sentiment de honte. Pour celles qui se sont investies et renseignées en détail sur le processus de travail et les effets de la péridurale, « céder » à l'option de l'anesthésie péridurale est parfois vécu comme un échec, une source de frustration qui leur fait craindre de devenir de moins bonnes mères et de mettre en danger leur enfant à naître.

Il arrive que les pères prennent la parole pour leur partenaire, mais il est essentiel, dans ces situations, de s'assurer que seuls les souhaits et les besoins de la mère soient exprimés, le moment du travail

et de l'accouchement étant une période de grande vulnérabilité pour la femme qui s'apprête à devenir mère. Il arrive que certains pères, consciemment ou non, contribuent à exercer une pression en faveur du choix d'une anesthésie ou d'un accouchement entièrement physiologique. La future mère doit donc rester au centre des décisions qui la concernent.

Enfin, pour les professionnels de santé, la péridurale, outre son intérêt pour le confort de la patiente, peut devenir une nécessité médicale en cas de facteurs de risques de complications liées à l'accouchement par voie basse ou en cas de risque élevé de césarienne afin d'éviter des retards de prise en charge obstétricale, d'où la nécessité d'en discuter en amont.

Une place particulière réservée à la physiologie

La médicalisation accrue des grossesses et des accouchements s'est progressivement installée dès la fin des années 1970, marquée par le transfert de la naissance du domicile vers l'hôpital et la délégation de sa surveillance aux professions médicales et à de nouvelles technologies. Dans une société de plus en plus complexe et technologique où la tendance est au retour à des approches plus simples et plus en phase avec la nature, la physiologie occupe aujourd'hui une part importante dans les projets de naissance, insistant sur le processus naturel de l'accouchement. Les projets de naissance qui intègrent des principes physiologiques cherchent à respecter le rythme naturel du corps de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement, leur rendant leur pouvoir initial. Ce type de projets tend à favoriser des expériences positives : en reconnaissant et en respectant les mécanismes physiologiques de l'accouchement, les parents peuvent aspirer à une expérience plus naturelle, moins médicalisée et potentiellement moins stressante.

Il existe autant de manières de concevoir l'événement de la naissance que de couples, cependant, deux visions semblent s'opposer.

Nombre de grossesses et accouchements se retrouvent sur-médicalisés, comme si la physiologie n'était plus entièrement maîtrisée par des professionnels formés à l'aide de nombreux outils modernes ou s'il devenait simplement frustrant de « laisser faire la nature » après une longue éducation médicale. Ce phénomène tend à créer une sorte de dualité dans la manière dont les futurs parents envisagent la

parentalité. Certains peuvent être perplexes quant à l'absence d'interventions pendant le processus de la naissance, se demandant pourquoi on laisse le corps de la mère accomplir seul la mise au monde de leur enfant. En revanche, d'autres couples peuvent préparer un projet de naissance, considérant cela comme une nécessité de communiquer à l'équipe médicale leur désir de laisser la nature suivre son cours, tout en assurant une surveillance attentive.

Ces deux visions peuvent se décrire ainsi : la première envisage la grossesse et l'accouchement comme des processus physiologiques, qui, sauf exception, se déroulent naturellement, et qu'il est inutile, voire nuisible, de perturber par des gestes médicaux systématiques. La seconde vision considère la naissance comme une situation à risque pour la mère et le fœtus, à surveiller par le biais d'examen toujours plus nombreux. De ces deux visions de la naissance découlent des pratiques de l'accouchement bien différentes.

La nouvelle place réservée à la physiologie dans la pratique des professionnels de la maternité (sages-femmes, gynécologues, auxiliaires de puériculture) tient également à leurs formations (initiales ou complémentaires) à nouveau axées dans ce sens. L'objectif étant de réduire le nombre d'interventions médicales pour limiter les gestes iatrogènes.

Tandis qu'ils s'inscrivent pleinement dans la volonté d'une prise en charge périnatale plus humaine et personnalisée, les professionnels de la périnatalité se trouvent parfois confrontés à des projets soulevant des problèmes organisationnels, ou compromettant la sécurité de la mère et de l'enfant. Il devient alors essentiel de trouver des compromis avec le couple afin de ne pas rompre une relation de confiance indispensable.

Les projets de naissance intégrant la physiologie doivent rester flexibles pour s'adapter aux circonstances changeantes et aux éventuelles complications. Une communication ouverte entre les parents et les professionnels de la périnatalité est essentielle pour créer un plan de naissance qui tienne compte à la fois des préférences et de la sécurité du couple mère-enfant.

La place du coparent

La place du coparent en salle de naissance est dépendante des époques et des cultures. La venue au monde d'un enfant constitue une étape cruciale dans l'élaboration mentale de la représentation de la parentalité, d'autant plus essentielle pour ce parent qui ne ressent pas les modifications physiques de la grossesse et de l'accouchement.

Sa présence en salle de naissance reste très récente et son rôle est toujours en évolution au sein de notre société. Aujourd'hui, les coparents prennent une part progressivement plus importante dans le processus d'accouchement et les premiers jours du nouveau-né.

Le projet de naissance apparaît comme un outil permettant de justifier, préciser et asseoir la place du coparent autour de l'événement de la naissance. Pour exemple, les femmes y décrivent pour la plupart leur souhait que leur conjoint·e puisse couper le cordon ombilical, un geste simple impliquant le second parent et matérialisant la séparation physique du lien qui unissait jusqu'alors la mère et le nouveau-né. Les patientes ayant rédigé un projet de naissance précisent souvent qu'une place privilégiée doit être réservée à leur conjoint·e à la maternité, dans le partage d'informations et la prise de décision. Il arrive qu'elles évoquent une « bulle » qu'elles souhaitent créer lors de leur travail et de leur accouchement. Ceci peut par exemple se caractériser par le fait qu'on ne doit s'adresser qu'à leur conjoint·e, qui deviendra alors l'intermédiaire entre les sages-femmes et la future maman.

Les pères deviennent aussi informés que les mères sur ces sujets et tentent de se faire une place à la maternité. Il n'est pas rare qu'ils endossent le rôle du protecteur pour leur femme affaiblie par la douleur, la fatigue ou la peur. Il est donc essentiel d'impliquer ces conjoints qui aspirent à des responsabilités dans la naissance de leur enfant, en les considérant comme une entité formée par un couple, plutôt que comme deux entités distinctes au sein d'une relation.

Cette volonté des futurs parents de former une « équipe » à deux présente un aspect remarquable puisque les mères se sentent ainsi davantage soutenues et en confiance. Encourager ce climat de confiance contribue à améliorer la gestion du stress et de la douleur chez les patientes. La possibilité de compter sur leur partenaire leur offre également l'opportunité de se concentrer davantage et de renforcer leur confiance en elles. Tous ces mécanismes, qui participent à réduire le stress de la parturiente, contribuent à limiter les risques de complications pendant le travail et l'accouchement, ce qui s'avère également bénéfique pour les professionnels de la santé.

Professionnels de la périnatalité et projets de naissance

Tandis que la majorité des professionnels de la périnatalité accueillent favorablement les projets de naissance, quelques-uns demeurent

réticents. La crainte d'une sécurité médicale compromise pour la mère et l'enfant, avec un retard de prise en charge en cas de complications, suscite parfois des préjugés dans le monde de la périnatalité. Des soignants, souvent peu confrontés aux projets de naissance, peuvent éprouver de l'appréhension à l'idée de se trouver en contradiction avec les impératifs médicaux pouvant survenir durant le processus d'accouchement en suivant un plan spécifique. Cette potentielle discordance pourrait alors mettre en péril la santé de la mère ou du bébé, rendant plus complexe une prise en charge médicale adéquate.

Bien qu'ils soient en vogue et de plus en plus encouragés, les projets de naissance demeurent quelquefois mal accueillis par les équipes de soin. En effet, certains professionnels de l'accompagnement périnatal stigmatisent parfois les parturientes présentant un projet de naissance à leur arrivée à la maternité. Une réticence parfois poussée jusqu'à la superstition selon laquelle les patientes ayant un projet de naissance présenteraient davantage de complications au cours de leur accouchement. Ces réactions découlent souvent du sentiment de remise en question implicite de leurs compétences professionnelles. La plupart des demandes exprimées dans les projets de naissances se rapportent en réalité aux prises en charge habituelles en maternité (comme recueillir le consentement avant tout acte médical, expliquer les gestes pratiqués, proposer au deuxième parent de couper le cordon ombilical, favoriser le peau à peau, aider à la gestion de la douleur...), et apparaissent comme le reflet d'une méfiance envers les institutions hospitalières. Être confronté à un projet de naissance à l'arrivée d'une patiente en salle de naissance peut ainsi parfois être vécu comme une agression, comme une remise en question de nos compétences de professionnels, de notre capacité à prendre en charge nos patientes de la meilleure manière qui soit.

Il arrive également que certains professionnels minimisent ou ignorent les projets de naissance, pensant qu'ils ne sont pas nécessaires ou qu'ils ne changeront pas le cours de l'accouchement. Cela peut s'expliquer par un manque d'expérience en matière de projets de naissance ou de compréhension de l'importance qu'ils revêtent pour les parents.

Toutefois, il est nécessaire de souligner que la plupart des professionnels de la périnatalité sont favorables à la collaboration et au dialogue avec les parents en vue de créer un plan de naissance répondant aux besoins et aux souhaits de la famille, tout en garantissant la sécurité de chacun. Une communication ouverte et respectueuse

entre les parents et les professionnels contribue à minimiser les préjugés et à favoriser une expérience positive de la naissance. Élaborer un plan de naissance réaliste et flexible, basé sur des informations médicales actuelles, participe à concilier préférences des parents et impératifs médicaux.

Il est également important de situer ces demandes de prise en charge personnalisées dans un contexte de pénurie de personnel dans les hôpitaux français qui peinent à recruter et où le manque d'effectifs place le personnel médical constamment sous tension. Offrir une prise en charge personnalisée, pouvoir être aux côtés d'une femme tout au long de son travail pour la rassurer, l'aider à gérer sa douleur et l'accompagner tout durant la rencontre avec son enfant nécessite du temps, ce dont les soignants ne disposent pas toujours, ce qui peut les conduire à percevoir ces projets de naissance comme une source de stress, ajoutant ainsi une pression supplémentaire à leur vie professionnelle quotidienne. En outre, l'absence de moyens matériels, d'infrastructures adéquates ou de personnel pour répondre à ces demandes peut également être source de préoccupation pour ces soignants. Ils redoutent la déception des couples et éprouvent parfois le sentiment d'une qualité de soins dégradée faute de moyen.

Alors que certaines maternités se sont entièrement tournées vers la physiologie et encouragent largement le développement de ces projets de naissance, ces derniers bouleversent les habitudes de service dans d'autres hôpitaux où les professionnels prennent en charge leurs patientes selon des protocoles médicaux déjà établis. Accepter le changement n'est pas toujours aisé, car il questionne nos pratiques et ce que l'on nous a enseigné. Ces projets de naissances confrontent donc également les professionnels à l'évolution des pratiques médicales et le sentiment de ne plus être au fait des dernières recommandations peut être source de frustration : « Si je n'ai pas appris à travailler ainsi et que je n'ai pas l'habitude d'avoir ces pratiques pour mes patientes, comment peuvent-elles me suggérer une telle prise en charge et pourquoi ? » Comment ces « profanes » peuvent-elles imposer leur vision de l'accouchement à des professionnels qui ont fait de longues études ? Certains projets de naissance peuvent nous amener à remettre en question nos propres pratiques et toucher notre ego, bien que l'estime de soi ne devrait pas influencer sur la qualité de notre accueil ni sur notre engagement à offrir à la mère la meilleure expérience possible pour son accouchement, tout en préservant un cadre médical sécuritaire.

De manière générale, les professionnels de la périnatalité, tels que les médecins, les sages-femmes ou les infirmières, accueillent

favorablement les projets de naissance. Il est primordial de reconnaître que chaque grossesse, chaque accouchement est unique, et les projets de naissance permettent aux futurs parents d'exprimer leurs préférences et leurs souhaits pour le déroulement de l'accouchement. Cependant, il est essentiel que les projets de naissance fassent l'objet d'une discussion au cours de la grossesse et qu'ils demeurent flexibles, car des complications ou des circonstances imprévues peuvent nécessiter des ajustements et les futurs parents doivent y être préparés. Une communication ouverte entre les professionnels de la périnatalité et les parents est cruciale pour garantir la sécurité et le bien-être de la mère et du bébé pendant cette période de vulnérabilité.

Finalement, toutes les parturientes n'ont-elles pas en tête un projet, un fil conducteur pour leur accouchement que seules certaines matérialisent par la rédaction d'un projet de naissance ?

Bibliographie

- AHMADPOUR, P. ; MOOSAVI, S. ; MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, S. ; JAHANFAR, S. ; MIRGHFOURVAND, M. 2022. « Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 22, n° 862. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5>
- ARAGON, M. ; CHHOA, E. 2013. « Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans », *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, vol. 35, n° 11, p. 979-985.
- BARRAUD, L. 2013. *Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance*, inédit, mémoire rédigé pour l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/dumas-00909417/document>
- BEN SOUSSAN, B. 2006. *Les dix commandements de la périnatalité*, Toulouse, érès.
- BERG, M. ; LUNDGREN, I. ; LINDMARK, G. 2003. « Childbirth experience in women at high risk: Is it improved by use of a birth plan? », *The Journal of Perinatal Education*, vol. 12, n° 2, p. 1-15.
- BRAILEY, S. 2006. « Un projet de naissance : pour ou contre ? », *Sage-femme.ch*, vol. 10, p. 28-31.
- BROWN, S.J. ; LUMLEY, J. 1998. « Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? » *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, vol. 1, n° 2, p. 106-116.

- CANON-YANNOTTI, M. 2002. *Devenir parents en maternité*, Paris, Masson.
- CHATEAU, A. 2019. *Place du père autour de la naissance : point de vue des professionnels de santé dans une maternité de type III (région Auvergne-Rhône-Alpes)*, mémoire rédigé pour l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, médecine humaine et pathologie. dumas-02469482
- D'HONDT, M. 2013. *Le projet de naissance face aux protocoles hospitaliers*. Repéré à <https://www.alternatives.be/10ans/Le-projet-de-naissance-face-aux-protocoles-hospitaliers>
- FAIR, C.D. ; MORRISON, T.E. 2012. « The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women », *Midwifery*, vol. 28, n° 10, p. 39-44.
- FERNANDES, A. 2010. « Pour une naissance autrement : étude de vingt-deux projets de naissance à la maternité universitaire de Nancy », mémoire rédigé à l'université Henri-Poincaré, médecine humaine et pathologie. Hal-01886682
- KAUFMAN, T. 2007. « Evolution of the birth plan », *The Journal of Perinatal Education*, vol. 16, n° 3, p. 47-52.
- KUO, S.-C. ; LIN, K.-C. ; HSU, C.-H. ; YANG, C.-C. ; CHANG, M.-Y. ; TSAO, C.-M., & LIN, L.-C. (2010).
- LUNDGREN, I. ; BERG, M. ; LINDMARK, G. 2003. « Is the childbirth experience improved by a birth plan? », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 48, n° 5, p. 322-328.
- MAGOMA, M. ; REQUEJO, J. ; CAMPBELL, O. ; COUSENS, S. ; MERIALDI, M. ; FILIPPI, V. 2013. « The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial », *Tropical medicine & international health*, vol. 18, n° 4, p. 435-443.
- NOLAN, M.L. ; FOSTER, J. 2005. *Birth and Parenting Skills: New Directions in Antenatal Education*, Londres, Churchill Livingstone.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1988. « Quality assessment and assurance in primary health care », *WHO offset publication*, n° 105, repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40663/1/WHO_OFFSET_105.pdf
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2005. *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, rapport sur la santé dans le monde, repéré à <https://www.who.int/whr/2005/fr/>
- PEREZ, P.G.P. ; CAPITULO, K.L. 2005. « Birth plans: are they really necessary? Pro and con » *The American journal of maternal child nursing*, vol. 30, n° 5, p. 288-289.

- SHAM, A. ; CHAN, L. ; YIU, K.L. ; NG, C.W. ; NG, J. ; TANG, P.L. 2007. « Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process », *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 23, n° 3, p. 520-526.
- SIMKIN, P. 1983. « The birth plan: Vehicle for trust and communication », *Birth*, vol. 10, p. 184-185.
- TAGAWA, O. 2008. « Le projet de naissance en question », *Dossiers de l'obstétrique*, vol. 10, n° 375, p. 14-22.
- WALDENSTRÖM, U. ; HILDINGSSON, I. ; RUBERTSSON, C. ; RÅDESTAD, I. 2004. « A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample », *Birth*, vol. 31, n° 1, p. 17-27.
- WHITE-COREY, S. 2013. « Birth plans: tickets to the OR? », *The American journal of maternal child nursing*, vol. 38, n° 5, p. 268-273.
- WIER, J., « Informed consent and the birth plan », *The Practising Midwife*, vol. 11, n° 7, p. 17-18.

La grossesse aux temps du chaos

Après-coup et théorie du traumatisme en trois temps

Bernard Golse

« *It's never too late to have a happy childhood* »
Tom Robbins

En écho à *L'amour aux temps du choléra* de Gabriel García Márquez (1985), on pourrait dans certaines circonstances parler de la grossesse aux temps du chaos...

En effet, la grossesse se trouve parfois dans l'œil du cyclone, dangereusement tirillée entre la vie et la mort, par exemple quand elle se passe dans un climat de violence collective ou individuelle, en temps de guerre ou dans un climat de violence à l'égard de la femme enceinte. Dans tous ces cas, il y a danger pour le fœtus qui ne peut évidemment qu'être malmené dans ces circonstances.

C'est de la maltraitance foetale qu'il sera surtout question ici et de l'émergence progressive d'une théorie du traumatisme en trois temps qui inclut, précisément, un temps prénatal et qui se maintient fermement dans le cadre de la dynamique de l'après-coup.

La maltraitance du fœtus et des enfants est à l'évidence un problème de santé publique, mais il s'agit aussi d'un sujet éminemment transdisciplinaire justifiant une diversité des approches (psychiatrique, psychologique, psychanalytique, anthropologique, sociologique, juridique...).

Bernard Golse, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'université Paris-Cité. Président fondateur de l'Institut contemporain de l'enfance.

L'hôpital Necker-Enfants malades où je travaille depuis longtemps représente un site historique quant à cette problématique puisque s'y trouve encore aujourd'hui le siège de l'Association française pour l'information et la recherche sur l'enfance maltraitée (AFIREM) fondée à la suite des travaux pionniers de Pierre Strauss.

Après avoir précisé la cible parfois inconsciente de la maltraitance infantile, nous évoquerons la question des violences faites aux femmes enceintes – violences qui s'adressent potentiellement au fœtus – avant d'évoquer la dynamique de l'après-coup et sa lecture à double sens qui laisse toujours la possibilité de se réconcilier avec son histoire précoce, aussi douloureuse soit-elle... et enfin de proposer une théorie du traumatisme en trois temps.

L'enfant de la maltraitance : de quel enfant s'agit-il ?

Une possible problématique commune aux différents types de maltraitance est en fait celle de savoir quelle est la cible ou quelles sont les cibles réelles de la maltraitance des enfants.

Comprendre n'est pas excuser, mais cela permet sans doute d'intervenir et de prévenir plus efficacement.

Quel que soit le type de maltraitance agie – physique, psychique et/ou sexuelle – il nous semble donc important de préciser sa cible profonde et véritable et nous proposerons ici trois lignes de force principales à ce sujet, à savoir l'enfant qu'on a été (ou que l'on craint d'avoir été), l'enfant-dans-la-tête des adultes, et enfin l'enfant dans la femme.

L'enfant qu'on a été

La naissance d'un enfant réactive, chez tous les parents et parfois chez les professionnels eux-mêmes, les représentations mentales de l'enfant qu'ils ont eux-mêmes été.

Cette identification régressive (réactivation des traces psychiques de l'enfant que nous avons été autrefois) permet la communication analogique (préverbale) avec l'enfant réel, mais elle peut être douloureuse quand elle réveille les souvenirs d'une souffrance précoce effective, ou quand elle confronte l'adulte à l'enfant malheureux ou au « mauvais » enfant qu'il croit avoir été.

S'attaquer à son enfant ou à un enfant peut ainsi représenter, parfois, une manière de s'en prendre à l'enfant qu'on a soi-même été – ou qu'on croit avoir été –, attaque qui représente évidemment une

impasse, mais qui constitue, dans certains cas, la seule solution économique possible pour des parents en défaut d'élaboration psychique.

L'enfant-dans-la-tête des parents ou des adultes

Outre l'enfant réel, de chair et d'os, on distingue habituellement, l'enfant fantasmatique, l'enfant rêvé, l'enfant narcissique et l'enfant mythique ou culturel qui composent ensemble l'enfant dit « imaginaire » (Stein, 1971).

L'enfant fantasmatique

Il s'agit d'un groupe de représentations mentales principalement inconscientes et que chacun des deux parents s'est forgé tout au long de son histoire, depuis sa plus tendre enfance.

Dès les premières années de sa vie, avant même sa période œdipienne – soit de 2 à 5 ans environ – on estime que tout enfant, sur le fond de sa relation avec l'adulte, de son envie et de sa curiosité sexuelle à son égard, va élaborer un certain nombre de « théories sexuelles infantiles » (Freud, 1915) concernant le contenu du ventre maternel et les relations qui unissent les hommes et les femmes autour de lui. Ce travail est inconscient mais fondamental pour la suite de l'organisation psychique de l'enfant.

Pendant sa période œdipienne, la petite fille va ensuite désirer un enfant du père pour rivaliser avec sa mère. La période de latence – soit de 6 à 12 ans environ – va laisser cette problématique en jachère, mais la préadolescence et l'adolescence vont la réactiver massivement pour tout un ensemble de raisons dont les principales sont liées aux changements corporels, à la remise en jeu du système pulsionnel et à la possibilité désormais effective de fabriquer un enfant dans, et par, son propre corps.

On assiste donc à la maturation graduelle et progressive d'un premier groupe de représentations mentales qui s'enracinent dans l'histoire précoce de chacun des deux futurs parents.

Quand la maltraitance vise surtout l'enfant fantasmatique, c'est une maltraitance qui a finalement pour cible l'enfant de notre inconscient, soit l'enfant imaginaire de nos propres images (ou imagos) parentales.

L'enfant rêvé

Ce deuxième groupe de représentations mentales est davantage conscient ou préconscient et il est surtout plus tardif.

Il s'agit au fond des rêveries conscientes et préconscientes du couple à propos de l'enfant qu'il projette d'avoir : son sexe, son prénom, son apparence, son impact sur la vie professionnelle et sociale de chacun des deux parents...

Tout au long de la grossesse, les représentations de cet enfant imaginé se rapprochent peu à peu de la réalité de l'enfant à la naissance, instaurant ainsi un écart supportable et cependant suffisant pour entraîner le bébé dans la spirale du désir de ses parents.

Si l'écart demeure trop grand, il peut y avoir déception des parents lors de leur rencontre, de leur confrontation avec l'enfant de chair et d'os alors par trop différent de leur enfant imaginé et quelque peu idéalisé.

Si l'écart est trop réduit en revanche, la rencontre avec le nouveau-né est alors source de jouissance et non pas de désir pour des parents qui, dès lors, ne peuvent pas tirer en avant leur enfant dans le sens de son développement psychoaffectif. Il y a, malheureusement, un risque possible de maltraitance dans les deux cas.

Quand la maltraitance vise surtout l'enfant rêvé, il s'agit d'une maltraitance qui parle, en quelque sorte, du couple et de ses échecs existentiels.

L'enfant narcissique

C'est celui que S. Freud a décrit, dès 1914, dans son célèbre article sur le narcissisme, sous le terme « *his majesty the baby* ».

Cet enfant narcissique est le dépositaire de tous les espoirs et de toutes les attentes de ses parents.

Tout ce qu'ils n'ont pas pu faire, tout ce qu'ils n'ont pas réussi, tous leurs idéaux manqués, c'est leur enfant qui sera chargé de l'accomplir, dédommageant ainsi ses parents de leurs éventuels regrets et de leurs diverses frustrations. C'est d'ailleurs le principal « mandat transgénérationnel inconscient » (Lebovici, 1994) qui incombe aux enfants mais qui se révèle parfois relativement lourd à porter.

Quoi qu'il en soit, une chose est de souhaiter consciemment que nos enfants fassent mieux que nous, une autre chose est de l'accepter profondément, sans rivalité ou jalousie inconscientes. Aussi, même si pour chaque parent, l'enfant demeure tout au long de la vie un objet narcissique particulièrement important et investi, il ne peut cependant y avoir d'amour parental qui soit absolument dépourvu de toute ambivalence.

Quand la maltraitance vise surtout l'enfant narcissique, c'est une maltraitance fondée sur la déception et sur les failles narcissiques, parfois profondes, des parents.

L'enfant mythique ou culturel

Chaque époque, chaque société, chaque groupe culturel possède ses représentations spécifiques de l'enfance et celles-ci imprègnent, qu'on le veuille ou non et qu'on le sache ou non, le fonctionnement psychique des adultes qui composent ces groupes, dont les parents ou les futurs parents.

Dans notre société, par exemple, l'enfant est devenu de plus en plus précieux (parce que de plus en plus rare compte tenu de la diminution progressive de la taille des fratries), de plus en plus tardif (l'âge des mères à la première grossesse a régulièrement augmenté jusqu'à récemment), et il se doit également d'être de plus en plus parfait (au fur et à mesure des progrès des techniques biomédicales pré et périnatales).

Mais, dans le même temps, l'enfant se doit d'être le plus rapidement possible autonome, c'est-à-dire le moins longtemps bébé afin de ne pas trop interférer avec le travail des parents qui est souvent prioritaire avant la naissance de l'enfant et qui doit ensuite être rapidement repris.

Le trait est sans doute un peu forcé, mais il comporte cependant sa part de vérité. Sociologiquement au moins, la fusion n'est donc plus dans l'air du temps mais ceci nous amènera peut-être à rappeler que parmi les droits de l'enfant il y a, tout simplement, le droit à l'enfance !

La maltraitance ne vise pas, en général, l'enfant culturel en tant que tel, mais nos représentations collectives de l'enfance peuvent conduire à certaines formes indirectes et collectives de maltraitance en menaçant par exemple le droit à l'enfance, et le débat sur la scolarisation précoce en a sans doute été un assez bon exemple (Brisset et Golse, 2006).

Finalement, l'enfant cible de la maltraitance peut être, *via* l'enfant de chair et d'os, aussi bien l'enfant fantasmatique que l'enfant rêvé, l'enfant narcissique voire l'enfant mythique.

Selon les cas, c'est le décalage entre l'enfant réel et ces différentes représentations de l'enfant qui peut être la source d'une déception insupportable pour l'adulte, déception que cherche alors à évacuer son attaque de l'enfant réel, ou bien c'est la rivalité entre les parties

infantiles de l'adulte et ces bébés-dans-la-tête qui peut générer une destructivité à l'origine de la maltraitance.

Attaquer l'enfant dans la femme, ou la violence envers le fœtus

Attaquer une femme, c'est parfois attaquer l'enfant dans la femme, l'enfant qu'elle porte ou qu'elle peut porter (Sirof, 1999 ; Soulé, 1999 ; Soubieux et Soulé, 2005).

C'est là que s'enracine probablement une grande partie des violences faites au fœtus, et l'on connaît l'histoire de Néron qui s'en était pris ainsi de manière violente et acharnée à Poppée, jusqu'à la faire avorter et la rendre stérile.

Il existe en effet, une très grande rivalité de l'homme vis-à-vis de la fécondité de la femme. Citons ici les travaux de J. Lanouzière (1988) sur la place du sein dans le psychisme des femmes, des hommes et des enfants, travaux qui ont bien montré à quel point la fierté liée à la possession du pénis chez les petits garçons se trouve, en réalité, intensément contrebalancée par la certitude de la petite fille d'avoir un jour des seins, comme sa mère, c'est-à-dire par la certitude d'avoir, un jour, la possibilité d'enfanter.

Le petit garçon sait tout de suite, lui, qu'il n'aura jamais cette capacité et, de ce fait, son manque de seins vient cruellement entraver son plaisir phallique narcissique, et induire en lui une envie très destructrice à l'égard du sexe féminin.

Quoi qu'il en soit, nombre de couples se séparent pendant la grossesse et l'une des raisons avancées par les hommes, est qu'ils se sentent oubliés par leur femme qui, selon eux, ne pense plus qu'au bébé à venir.

De plus, il est parfois difficile pour un homme d'érotiser le corps de sa femme enceinte, soit de la trouver belle et d'avoir envie, tout simplement, de lui faire l'amour, dans la mesure où l'enfant dans le ventre de la femme peut être vécu par l'homme – inconsciemment et symboliquement – comme l'équivalent d'un pénis interne de celle-ci, et donc comme un objet susceptible de réactiver sa peur de l'homosexualité quand son propre pénis risque d'aller à la rencontre de ce pénis interne de la femme.

Dans le phénomène de la violence à l'égard de la femme enceinte, la cible peut donc être avant tout le fœtus, la femme ne valant plus alors que comme contenant du futur bébé.

Quant à D.W. Winnicott (1947), son article sur les multiples raisons qu'une femme a de haïr son bébé est bien connu de tous. Il voulait attirer l'attention sur le fait que l'amour de la femme pour son enfant ne peut être que fondamentalement ambivalent et, dans la même perspective, on pourrait sans doute parler des multiples raisons qu'un homme a, également, de haïr son bébé et singulièrement son bébé à venir.

La dynamique de l'après-coup

C'est évidemment la pierre d'achoppement entre psychanalyse d'adulte et psychanalyse d'enfant. Certains prétendent que l'enfant (et plus encore le bébé) ne s'inscrit pas encore dans l'après-coup – assertion bien énigmatique selon nous, et ce d'autant que la question de l'oscillation entre position schizo-paranoïde et position dépressive peut sans doute être comparée, *mutatis mutandis*, au travail psychique dialectique entre avant et après-coup (Geissmann, 1996).

Quoi qu'il en soit, la théorie de l'après-coup suppose une lecture bidirectionnelle entre le passé et le présent, qui s'applique aux processus de la transmission intergénérationnelle entre parents et enfant.

On a coutume de penser la théorie de l'après-coup essentiellement dans le sens de la flèche du temps, soit du passé vers le présent, en signifiant par là que notre passé influence et organise en partie notre présent – ce qui, bien entendu, est parfaitement vrai mais ne rend compte, en réalité, que d'un pan seulement de la théorie de l'après-coup.

Avec l'histoire d'Emma, S. Freud (1887/1902), déjà, attirait notre attention sur le fait que si le présent s'enracine dans le passé, il permet aussi de modifier les représentations que nous nous donnons de ce passé.

C'est ainsi que la première scène vécue par Emma quand elle était enfant a un rôle décisif pour rendre traumatique la seconde, à l'adolescence. Mais la question se pose au fond de savoir si c'est en fait la deuxième scène qui est véritablement traumatique compte tenu des traces non conscientes laissées par la première, ou si c'est plutôt la première scène, jusque-là silencieuse, qui devient traumatique, à partir du dedans du monde représentationnel d'Emma, en raison de sa réaction par la deuxième scène pubertaire, qui lui confère alors une valeur érotique qu'elle ne pouvait avoir à ses propres yeux jusqu'à la survenue de cette deuxième scène.

La différence est d'importance, et il est clair que la deuxième hypothèse est plus féconde, qui dessine un lien bidirectionnel entre le passé et le présent : la première scène est nécessaire pour que la seconde puisse être à risque, mais en réalité c'est la deuxième qui transforme le souvenir de la première en la rendant traumatogène, au sein d'une dialectique intéressante entre le passé et le présent.

Le passé nous rend plus sensibles à certains événements de notre présent, mais ce sont ces événements présents qui nous font relire, rétro-dire autrement nos souvenirs du passé, en les rendant alors traumatiques comme en différé.

Les deux temps sont nécessaires, et aucun d'entre eux ne suffit à lui seul à rendre compte de la dimension traumatique de telle ou telle trajectoire de vie.

J. Laplanche (1999) va aujourd'hui exactement dans le même sens avec sa théorie de la séduction généralisée, et lui aussi insiste sur l'importance de la lecture bidirectionnelle de la théorie freudienne de l'après-coup. Il reprend les choses en termes de traduction des messages venus de l'autre, mais il insiste, à propos de ce point central de la bidirectionnalité du temps, sur l'impressionnante convergence qui existe entre sa théorie de la séduction et la théorie freudienne du traumatisme, en citant même à ce sujet une illustration clinique chère à S. Freud, celle d'un homme qui s'arrête fasciné par une scène d'allaitement et qui se prend à penser, de manière alors douloureusement nostalgique, que s'il avait su, quand il était bébé, que le sein des femmes était si joli, certainement il aurait tété (été ?) autrement...

Comme le dit Tom Robbins (2017) : « *It's never too late to have a happy childhood!* »

Comment mieux faire sentir que le bébé que nous avons été organise en partie notre sexualité d'adultes, mais que, dans le même temps, les adultes érotiques que nous sommes devenus retransformons, en permanence, les représentations que nous donnons de nos expériences infantiles précoces ?

Pour une théorie du traumatisme en trois temps

La théorie freudienne du traumatisme repose, à partir du célèbre cas d'Emma (Freud, 1887/1902) évoqué ci-dessus, sur la mise en résonance mutuelle de deux temps du traumatisme.

La théorie du traumatisme en trois temps (qui inclut, quant à elle, un temps prénatal) vient compléter deux théories déjà existantes

des traumatismes hyperprécoces et qui conservent une place à la dynamique de l'après-coup (Golse, 1999).

1) L'hypothèse d'une dilatation ou d'une contraction de la théorie de l'après-coup

Les réflexions extrêmement éclairantes de R. Diatkine (1994) nous montrent que la théorie du traumatisme en deux temps (traumatisme pathogène ou structurant) peut être maintenue même en cas de traumatisme hyperprécoce à la condition de consentir à une *dilatation* ou à une *contraction* du temps intermédiaire entre les deux temps du processus¹.

Nous avons vu, en effet, que S. Freud, à partir du cas d'Emma, avait d'abord insisté sur le fait que le laps de temps séparant les deux temps du traumatisme devait être tel que le psychisme du sujet ait suffisamment mûri pour réinterpréter les données de la scène première à la lumière de son fonctionnement psychique actuel, incluant notamment l'accès à une sexualité psychique effective (le premier temps dans la petite enfance, et le deuxième temps aux alentours de la puberté, par exemple).

Au début de son œuvre, S. Freud insistait sur le fait que le premier temps devait absolument se situer dans la prime enfance, et le deuxième temps pendant la période pubertaire ou péri-pubertaire, comme dans le cas d'Emma.

Au fil du temps, S. Freud a eu tendance à se montrer de moins en moins précis sur ce point, et il y a même des éléments qui font penser que pour lui, finalement, les différents temps du traumatisme pouvaient tous se jouer en période pré-pubertaire.

R. Diatkine considère qu'il y a en fait place pour des phénomènes d'après-coup au sein même des interactions précoces, le bébé et la mère n'étant jamais les mêmes lors des épisodes interactifs successifs et que, par ailleurs, ce qui pourrait éventuellement valoir comme premier temps pour le bébé (scène originaire potentielle) vaut déjà toujours comme n ième ou $(n+1)$ ième temps pour les parents au sein de leur propre histoire inter et transgénérationnelle.

C'est sur cette double perspective d'une contraction du temps intermédiaire ou de sa diffraction sur plusieurs générations que peut

1. À propos de ces termes « dilatation » ou « contraction », B. Cramer m'a un jour fait remarquer qu'ils renvoyaient, d'une certaine manière, à un langage d'obstétricien... Mais, après tout, la question de l'après-coup se trouve tellement étroitement liée à la problématique des origines que, même à propos de la naissance de l'Univers, le terme « big-bang » lui-même comporte, en son sein, une structure répétitive !

être maintenue la théorie de l'après-coup dans le champ de la psychopathologie du bébé.

2) À propos des traumatismes hyperprécoces

R. Diatkine (1994), dans son formidable article « Le psychanalyste et l'enfant avant l'après-coup ou le vertige des origines », a utilisé le concept de « capacité de rêverie maternelle » pour proposer une hypothèse qui permettait, en les renversant, de maintenir les deux temps de la théorie classique du traumatisme.

Selon lui, en effet, le premier temps de ces traumatismes hyperprécoces ne serait pas lié à un excès d'excitation immétabolisable, mais plutôt à une insuffisance première de cette « capacité de rêverie maternelle » qui laisserait ensuite le bébé à nu face aux divers événements ultérieurs susceptibles de venir jouer, pour lui, comme des temps seconds de la dynamique traumatique.

C'est donc le défaut d'intériorisation d'une « capacité de rêverie maternelle » suffisamment bonne qui ferait figure, dans cette modélisation, de temps traumatique premier, mais d'un temps premier en quelque sorte silencieux, muet, en creux ou en négatif.

Grâce à cette hypothèse de R. Diatkine, la théorie du traumatisme en deux temps peut donc être conservée à propos des traumatismes hyperprécoces, moyennant le recours à un premier temps fondé sur le manque (manque d'intériorisation de la fonction liante et contenante de la mère), et à un deuxième temps fondé sur l'excès venant alors déborder les capacités intégratives du bébé.

3) La place de la vie intra-utérine dans le cadre d'une théorie du traumatisme en trois temps

On sait aujourd'hui que la sensorialité se met en place au cours de la vie prénatale même si l'essentiel de la construction du cerveau se réalise après la naissance du fait de la néoténie fondamentale et fondatrice du nouveau-né humain (Golse, 2019).

In utero, les capacités sensorielles du fœtus s'instaurent dans un ordre constant : dès le début de la grossesse les trois sensorialités dites proximales (le tact, l'olfaction et le goût) puis dans la deuxième partie de la grossesse, l'audition et la vision. L'ontogénèse de la proprioception et du sens de l'équilibre demeure encore actuellement moins bien connue.

Quoi qu'il en soit, certaines grossesses se déroulent de manière moins harmonieuse que d'autres et tel est bien le cas, notamment, si la femme enceinte est victime de violences alors susceptibles de faire

vivre au fœtus une sorte de chaos sensoriel plus ou moins intense et catastrophique.

La rencontre postnatale avec l'activité psychique de l'objet peut-elle constituer le deuxième temps d'un traumatisme dont le premier serait, précisément, l'inscription sensorielle prénatale de traces en attente de traduction et de mise en sens ? Cette vision d'un traumatisme développemental dont le premier temps serait prénatal et le deuxième postnatal paraît recevable en remarquant que cette vision des choses décale encore d'un cran la première hypothèse proposée par R. Diatkine que nous venons de rappeler.

L'activité psychique maternelle représenterait alors le deuxième temps d'un traumatisme dont le premier se jouerait pendant la vie intra-utérine, premier temps lié à l'inscription pré-psychique de traces mnésiques sensitivo-sensorielles non immédiatement pathogènes ou structurantes mais susceptibles de le devenir lors de la rencontre avec l'objet relationnel postnatal.

C'est donc une théorie du traumatisme (structurant ou déstructurant) en trois temps qui se profile ici.

Premier temps : inscription de traces mnésiques sensitivo-sensorielles pendant la vie fœtale (traces porteuses de l'histoire de la grossesse et peut-être de l'histoire de sa filiation dans son ensemble *via* les interactions fœto-maternelles qui sous-tendent l'organisation des précurseurs de l'attachement et de l'accordage affectif) et c'est là que se joue l'impact des violences faites aux femmes enceintes et, à travers elles, au fœtus.

Deuxième temps : rencontre avec le travail psychique de l'objet maternel qui va réussir ou non à primariser (soit à organiser en processus primaires) ces signifiants archaïques.

Troisième temps, enfin, et qui est évidemment contingent : rencontre ultérieure avec des événements relationnels qui pourront être, ou non, métabolisés en fonction de la qualité du travail psychique intériorisé.

Dans cette perspective, le bébé serait d'emblée dans l'après-coup, *via* le fœtus qui l'inscrit dans l'histoire de sa filiation, et il est intéressant de noter que ce schéma pourrait valoir autant pour le normal que pour le pathologique, en ajoutant que les pistes ouvertes par S. Maiello (1991) sur la question de « l'objet sonore prénatal », ainsi que celles ouvertes par R. Diatkine à propos des traumatismes hyperprécoces nous seront certainement fort utiles, à l'avenir, pour éclairer notre réflexion en matière de vie psychique fœtale.

Ce chapitre nous paraît d'autant plus important qu'en médecine somatique comme en médecine psychique, les prochaines années devront sans doute être en partie consacrées aux efforts à faire pour démêler le génétique de l'acquis hyperprécoce et, notamment, *in utero*.

Conclusions

La réflexion sur la problématique de la maltraitances du fœtus ouvre sur deux perspectives : d'une part celle de l'ambivalence des adultes à l'égard de l'enfant à naître et de l'enfant en général, et d'autre part celle de la modélisation d'une théorie du traumatisme en trois temps dont un temps prénatal, théorie qui maintient l'impact de la dynamique de l'après-coup.

Cette théorie du traumatisme ne vaut pas que pour le fœtus mais pour tout sujet dont l'histoire ne commence pas à la naissance mais à la conception si ce n'est avant, *via* les méandres du désir d'enfant – on n'insistera jamais suffisamment là-dessus (Bergeret, Soulé et Golse, 2006).

Bibliographie

- BERGERET, J. ; SOULÉ, M. ; GOLSE, B. (sous la direction de). 2006. *Anthropologie du fœtus*, Paris, Dunod, coll. « Inconscient et culture ».
- BRISSET, C. ; GOLSE, B. (sous la direction de). 2006. *L'école à 2 ans : est-ce bon pour l'enfant ?*, Paris, Odile Jacob, coll. « Comment l'esprit vient aux enfants ».
- DIATKINE, R. 1994. « Le psychanalyste et l'enfant avant l'après-coup, ou le vertige des origines » dans *L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, coll. « Champs psychanalytiques », p. 127-143.
- DIATKINE, R. 1994. « Enfance. Le traumatisme », actes de la sixième Journée d'étude du Groupe haut-normand de pédopsychiatrie consacrée au thème : « Enfance et traumatisme ».
- FREUD, S. 1887/1902. « L'esquisse », dans *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, coll. « Bibliothèque de psychanalyse », 1979 (4^e éd.).
- FREUD, S. 1914. « Pour introduire le narcissisme », dans *La vie sexuelle*, Paris, Puf, coll. « Bibliothèque de psychanalyse », 1982 (6^e éd.), p. 81-105.

- FREUD, S. 1915. « Pulsions et destins des pulsions », dans *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, Coll. « Bibliothèque des idées », 1976, p. 11-44.
- GARCÍA MÁRQUEZ, G. 1985. *L'amour aux temps du choléra*, Paris, Grasset, 1987.
- GEISSMANN, C. « Les fondements de la psychanalyse de l'enfant : névrose de transfert et après-coup », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1996, vol. 19, *Formations*, p. 25-47.
- GOLSE, B. 1999. « Réflexions sur la théorie de l'après-coup à la lumière des traumatismes très précoces », dans *Du corps à la pensée*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- GOLSE, B. 2019. *Le bébé et ses possibles*, Toulouse, érès, coll. « Théma/Psy ».
- LANOUZIÈRE, J. 1988. *Le sein, approche psychanalytique, clinique et psychosomatique*, thèse de doctorat en psychologie (sous la direction de J. Laplanche), université Paris-Diderot.
- LAPLANCHE, J. 1999. « Notes sur l'après-coup », dans *Entre séduction et inspiration : l'homme*, Paris, Puf, coll. « Quadrige », p. 57-66.
- LEBOVICI, S. 1994. *En l'homme, le bébé*, Paris, Flammarion, coll. « Champs ».
- MAIELLO, S. 1991. « L'objet sonore. Hypothèse d'une mémoire auditive prénatale », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 20, *Le corps*, p. 40-66.
- ROBBINS, T. 2017. *Nature morte avec pivert*, Paris, Gallmeister.
- SIROL, F. 1999. « La haine de la femme enceinte pour son fœtus », *Devenir*, vol. 11, p. 25-34.
- SOUBIEUX, M.-J. ; SOULÉ, M. 2005. *La Psychiatrie fœtale*, Paris, Puf, coll. « Que sais-je ? ».
- SOULÉ, M. (sous la direction de). 1999. *Écoute voir... L'échographie de la grossesse. Les enjeux de la relation*, Toulouse, érès, coll. « À l'aube de la vie ».
- STEIN, S. 1971. *L'enfant imaginaire*, Paris, Denoël, coll. « La psychanalyse dans le monde contemporain ».
- STERN, D.N. ; BRUSCHWEILER-STERN, N. (avec FREELAND, A.). 1998. *La naissance d'une mère*, Paris, Odile Jacob.
- WINNICOTT, D.W. 1947. « La haine dans le contre-transfert », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot », p. 48-58.

Articuler le soin et la protection de l'enfance en psypérinatalité. L'expérience d'un pédopsychiatre en unité de soins conjoints

Germain Dillenseger

Les unités de soins conjoints, acteurs clés du soin en psypérinatalité

La période périnatale est généralement définie par les professionnels de soins psychiques comme allant de la conception à la fin de la première année de vie de l'enfant (Dugnat et Poinso, 2020). Sur le plan psychique, elle peut être considérée comme une période de crise associant vulnérabilité, bouleversements psychiques et relationnels importants, aux forts enjeux pour le devenir de chacun des membres de la famille, des liens, et du groupe familial tout entier (Bydlowski, 1991 ; Darchis, 2016). Les processus psychiques observables chez les enfants et parents durant cette période constituent ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui la psypérinatalité. Ce terme désigne aussi les institutions et les professionnels « attentifs à ces processus », et qui « concourent à la santé psychique périnatale » (Dugnat, 2020).

Germain Dillenseger, psychiatre et pédopsychiatre en activité mixte : cabinet libéral et unité de soins conjoints ; psychanalyste inscrit à l'Institut de psychanalyse de Paris (Société psychanalytique de Paris).

Les acteurs impliqués en psypérinatalité sont multiples et généralement organisés sous forme de réseaux des soins. Ils comprennent notamment les services de protection maternelle et infantile (PMI), les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie d'adultes, les services de maternité et de néonatalogie, mais aussi différents acteurs des champs libéral, médico-social et associatif.

Les unités de soins conjoints, déployées en France depuis les années 1980 (Dagens, 2017), se sont progressivement développées et diversifiées sous forme de dispositifs de soins gradués et coordonnés, comprenant unités de soins ambulatoires, équipes mobiles, hôpitaux de jour et unités d'hospitalisation à temps plein. Elles constituent des dispositifs de soins clés pour l'évaluation clinique et les soins psychiques en période périnatale, à destination des parents, des bébés et des relations parents-enfant. Ces unités rassemblent des professionnels de santé et des professionnels socio-éducatifs de formations variées, notamment des auxiliaires de puériculture, infirmières, infirmières puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciens, psychologues, pédopsychiatres, psychiatres d'adultes, et assistants de service social.

Au-delà de leurs formations et expériences préalables, ces professionnels acquièrent, à l'occasion de leur travail conjoint et de leurs formations, des compétences transversales en psypérinatalité notamment dans les domaines de l'observation et de l'accompagnement du bébé et des relations parents-bébé, dans celui de la psychopathologie du bébé et de l'adulte en période périnatale. Les espaces de soins proposés y sont souvent pluriels et complémentaires (espaces individuels, parent(s)-bébé, groupaux/familiaux) et comprennent des temps d'observation et d'accompagnement des relations et des soins primaires parents-bébé. Les observations cliniques réalisées par chaque professionnel sont partagées et discutées en équipe, à l'occasion de réunions régulières. Dans les contextes institutionnels favorables, les éprouvés contre-transférentiels et les questionnements et autres mouvements d'équipe peuvent être déposés et élaborés dans le cadre de supervisions d'équipe ou de groupes d'analyse des pratiques. L'ensemble de ces caractéristiques fait de ces unités des dispositifs institutionnels spécialisés précieux, particulièrement bien dotés pour réaliser des évaluations cliniques et accompagner les familles confrontées à des troubles psychiques et/ou à des troubles des interactions précoces, tout en s'inscrivant dans un travail de réseau avec les partenaires.

Travailler dans la transparence avec les parents autour des observations et des inquiétudes professionnelles : un travail nécessaire et exigeant

Du fait du mode d'adressage des situations et de leurs missions, les unités de soins conjoints reçoivent très fréquemment, en prénatal comme en postnatal, des familles et des parents déjà concernés ou susceptibles de l'être, par des mesures de protection de l'enfance. Plus largement, il est fréquent de retrouver dans l'histoire de ces familles, à la génération précédente et/ou dans la situation actuelle, des configurations de liens précaires voire pathologiques et des antécédents de carences éducatives et de violences diverses. Dans ce contexte, des prises en charge par les services de protection de l'enfance, sous forme de mesures éducatives et/ou de placements, peuvent avoir été proposées, laissant, selon les cas, le souvenir d'une expérience plus ou moins aidante, mais aussi parfois un vécu traumatique.

Du fait de cette familiarité souvent partagée, côté institution et côté famille, avec le champ de la protection de l'enfance, une explicitation de la place et du positionnement de l'unité vis-à-vis de ces questions s'impose souvent dès le début de la prise en charge. En effet, les parents ou futurs parents que nous rencontrons ont souvent perçu au préalable, sans toujours en avoir été informés explicitement, les inquiétudes des professionnels à leur égard. Du fait de leur parcours, ils ont souvent des raisons légitimes de s'interroger sur l'intérêt pour eux d'accorder leur confiance à de nouveaux professionnels : ne risquent-ils pas d'être à nouveau trahis ? Disqualifiés ? De voir leurs droits parentaux réduits, voire d'être séparés de leur enfants ? D'autant que les récits de placement ne manquent pas, dans les conversations entre parents fréquentant ces unités et que, ne l'oublions pas, les professionnels que nous sommes sont souvent l'objet de projections transférentielles de la part des parents, susceptibles d'incarner ainsi, à l'image des imagos parentales de ces derniers, des figures tutélaires autoritaires, cruelles ou violentes.

En ce qui me concerne, j'ai pris l'habitude de commencer par expliquer aux parents la distinction et la complémentarité de nos places respectives auprès de leur enfant : eux ont un projet pour lui et le connaissent très bien, de leur place de parents ; nous, professionnels, n'avons pas de projet pour leur enfant, nous allons apprendre à le connaître avec leur aide, et avec les outils professionnels dont nous

disposons, en particulier l'observation du bébé et des interactions précoces. Notre proposition est d'aider les parents à se réaliser dans leur projet de parentalité auprès de leur enfant, dans le respect du bien-être de chacun. Pour cela, nous nous engageons à leur restituer au fur et à mesure nos observations. À eux de s'en saisir, ou pas, pour modifier leurs pratiques, ou pas. Si nous identifions des situations de risque ou de danger pour leur enfant, nous leur en ferons part immédiatement, et nous chercherons avec eux des solutions pour y répondre. Si, malgré cet accompagnement, la notion de risque ou de danger persiste selon nous, nous pourrions être amenés, comme nous y oblige la loi, à transmettre des observations aux services de protection de l'enfance ; le cas échéant, nous aurons pris le temps d'en parler au préalable et en détail avec eux.

La notion de transparence, centrale dans cette approche, doit être portée par l'ensemble de l'équipe pour prendre sens auprès des parents. Autrement dit, cela suppose que chaque membre de l'équipe s'astreigne à leur restituer, au fil de l'eau, chacune des observations qu'il réalise et qu'il juge significative, concernant leur enfant, les interactions parents-bébé ou leur pratique de la parentalité. Les parents doivent être considérés comme les premiers destinataires des observations, avant même les autres professionnels de l'équipe. Dans ce contexte uniquement, chaque observation professionnelle devient une opportunité pour les parents de porter un autre regard sur leur enfant et leurs pratiques, de s'ajuster mieux ou, a minima, de se sentir interpellés. Ainsi, quand les observations d'équipe sont discutées avec eux par le médecin référent en consultation, les parents savent déjà quand et par qui elles ont été réalisées, et ont déjà eu l'occasion d'y réfléchir, voire de se réajuster. L'entretien médical peut alors être utilisé pour aller plus loin : discuter de l'évolution de leurs pratiques depuis l'observation, réfléchir avec eux à d'autres pistes pour les soutenir mieux, ou mieux comprendre ce qui fait limitation, au besoin en les aidant à faire des liens avec leur propre histoire.

Cette approche est exigeante pour chaque professionnel, qui doit non seulement être en mesure d'observer finement et objectivement les bébés et les interactions précoces, mais aussi suffisamment en contact avec ses propres ressentis pour pouvoir appréhender ces observations dans leur dimension subjective et affective, sans être dans la projection de sa propre histoire. Elle nécessite aussi que les membres de l'équipe se sentent suffisamment assurés dans leurs observations,

dans leur position professionnelle et dans le lien de confiance avec les parents, pour s'autoriser à leur restituer des observations et des points de vue susceptibles d'entrer en contradiction avec leurs représentations du monde et les remettre en question. Les formations personnelles et institutionnelles, notamment à l'observation du bébé (Mellier, 2014), l'existence d'espaces de travail spécifiques d'élaboration en équipe autour de la clinique du bébé (Dillenseger, 2020) et la qualité du soutien institutionnel concourent à l'établissement d'un arrière-fond institutionnel indispensable pour soutenir les professionnels dans cette tâche ambitieuse.

D'après mon expérience personnelle de pédopsychiatre ayant travaillé dans différents dispositifs de soins conjoints en psypérinatalité (unités temps plein : en pédopsychiatrie d'une part, en service de soins de suite périnataux d'autre part, équipe mobile, consultation ambulatoire), cette approche permet le plus souvent de contribuer à l'établissement et au maintien d'une alliance thérapeutique suffisamment bonne avec les parents, condition nécessaire au travail clinique dans ces situations difficiles.

Les enjeux sont ici importants et pluriels. Le premier résulte d'une obligation éthique et légale en protection de l'enfance : on cherche à éviter si possible la mise en place de mesures de protection de l'enfance, et si elles s'avèrent nécessaires, à le faire avec l'accord et l'adhésion des parents. Or, pour cela, une bonne compréhension préalable par les parents des difficultés et des enjeux identifiés, et une relation de confiance, sont nécessaires.

Deuxièmement, l'expérience clinique montre que la manière dont a été explicitée aux parents une information préoccupante, ou un signalement par les professionnels, a beaucoup d'influence sur la manière dont ceux-ci parviennent ou non, ensuite, à s'approprier les mesures de protection de l'enfance mises en place, en particulier quand celles-ci sont imposées judiciairement. Par exemple, il nous arrive régulièrement d'accueillir en unité de soins conjoints des familles ayant fait l'objet d'informations préoccupantes ou de signalements antérieurs sans que ceux-ci leur aient été correctement ou suffisamment expliqués. Dans ces situations, nous n'avons d'autre choix que de commencer par tenter de comprendre avec eux quelles étaient les inquiétudes initiales des professionnels ayant mené à une mesure de protection de l'enfance. Or, il s'agit d'un travail très chronophage, difficile et souvent périlleux, car dans un contexte riche en affects du côté des parents

(vécus d'impuissance, d'injustice, de colère), lesquels voient souvent se rejouer des enjeux familiaux infantiles, et en l'absence des professionnels concernés par la démarche initiale, le risque est grand de se retrouver malgré soi pris dans un clivage. Et si la situation d'incompréhension persiste, d'une part il est bien souvent très difficile de renouer ensuite une alliance avec les parents autour des enjeux de protection de l'enfance, et d'autre part, le clivage ainsi creusé entre les parents et les professionnels risque fort de faire le lit chez l'enfant – susceptible d'être par la suite accompagné par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou placé – de conflits de loyauté dont l'expérience clinique auprès d'enfants plus âgés montre les effets délétères.

Enfin, le troisième enjeu concerne le fait que la famille puisse vivre, au travers de l'accompagnement, une expérience du lien à l'autre différente voire inédite, porteuse d'authenticité, d'honnêteté mais aussi de référence à la loi, et que cette expérience puisse avoir un effet de transformation, voire mutatif. Le travail en unité de soins conjoints permet régulièrement d'observer ce type de processus. Un exemple fréquent et paradigmatique pourrait être résumé ainsi : 1. « Vous dites que mon bébé doit être protégé, mais il n'est pas en danger, j'ai vécu bien pire que lui et personne ne m'a protégée ! » ; 2. « Vous dites que mon bébé doit être protégé, mais pourquoi ne m'a-t-on pas protégée quand j'étais petite ? » ; 3. « J'aurais dû être protégée, je mérite de l'être aujourd'hui, et mon bébé aussi. »

Les entretiens d'annonce de préconisation de placement en unité temps plein

Durant les hospitalisations conjointes à temps plein, le moment de l'annonce d'une préconisation de placement de l'enfant (avant l'envoi d'un signalement *de novo* ou dans le cadre d'une évaluation faisant suite à une ordonnance de placement provisoire) illustre bien le type de travail décrit plus haut. Cette situation a lieu quand, malgré un accompagnement soutenu et long par une équipe pluridisciplinaire spécialisée, dans les conditions décrites ci-dessus, et malgré l'ensemble des étayages ambulatoires envisageables dans le cadre d'un projet de sortie, nous considérons que l'enfant reste exposé à un danger au domicile de ses parents. Il s'agit alors d'expliquer le positionnement de l'équipe de soins aux parents et de les informer du contenu du texte à transmettre.

Les modalités pratiques dépendent des habitudes de chaque service. Dans ma pratique personnelle, un ou plusieurs rendez-vous avec les deux parents seront organisés. La présence d'un binôme constitué par le médecin référent et l'assistant social me semble à favoriser pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le changement de cadre par rapport aux entretiens de suivi habituels permet d'en souligner le caractère singulier. Ensuite, la coprésence d'un représentant et garant du projet de soins (le médecin référent) et d'un représentant symbolique de l'organisation de la protection de l'enfance (l'assistant social) permet d'incarner la complémentarité dialectique entre missions de soins et missions de protection de l'enfance de l'équipe, qui se joue justement dans ce moment précis, tout en rappelant la pluridisciplinarité de l'équipe, à l'origine de la décision. D'un point de vue pragmatique, le médecin pourra ainsi inscrire cet événement dans l'histoire de la prise en charge thérapeutique et des entretiens médicaux de la famille, tandis que l'assistant social sera souvent plus apte à répondre aux questions concrètes des parents concernant les recours possibles et le déroulement concret des événements à venir.

Ces rendez-vous doivent permettre de reprendre à un niveau officiel, et de manière synthétique, l'ensemble des observations de l'équipe soignante concernant le bébé et les relations avec ses parents, et éventuellement des éléments contextuels sociaux, qui ont conduit à la persistance d'inquiétudes majeures concernant le devenir de l'enfant. Dans la mesure du possible il me semble important de proposer aux parents une lecture ou a minima un résumé du texte. Cela implique que les professionnels ayant rédigé le signalement l'aient fait en prenant en compte la possibilité qu'il soit lu aux parents. Ceci constitue une difficulté supplémentaire pour les rédacteurs mais protège aussi contre un risque d'approximation ou de trop grande subjectivité. La lecture précise du texte permet également aux parents de prendre connaissance de manière fine des éléments transmis, et éventuellement de les contester. Il est alors intéressant de distinguer si cette contestation des parents porte sur les observations cliniques elles-mêmes ou sur leur interprétation par les professionnels. Un éclairage clinique sur ces questions peut alors être donné ou redonné aux parents, d'une manière d'autant plus claire que les enjeux sous-jacents confèrent souvent à ce moment une intensité et une officialité qui modifient bien souvent à la fois la qualité d'énonciation du professionnel et la qualité d'écoute des parents. Quand ces derniers persistent, malgré ces échanges, dans la contestation de certains éléments du texte, nous leur proposons

d'insérer dans le texte final un résumé de leurs critiques ou commentaires. Cela permettra au lecteur, procureur ou juge, de se représenter d'emblée les points de désaccord entre l'équipe soignante et les parents. C'est aussi une manière de faire valoir le point de vue des parents sur la situation, et de faire ce que nous leur disons, en confirmant ainsi qu'ils sont en droit d'avoir une position autre que celle de notre équipe, la décision finale étant néanmoins assumée par un tiers judiciaire. En attendant, nous pourrions soutenir notre position sur le plan de la protection de l'enfance auprès de la justice, tout en continuant à les soutenir dans leur parentalité dans le cadre de notre accompagnement. Là réside toute la subtilité du travail de soins en pspérinatalité : soigner les parents *et* les enfants, soutenir les parents dans leur parentalité *et* remplir nos missions de protection de l'enfance. Des missions qui pourraient sembler difficilement compatibles et qui pourtant ne le sont pas moins qu'à l'échelle de la famille les fonctions maternelle et paternelle. Lorsque cette position a pu être incarnée et mise en acte authentiquement par les professionnels, comme lors d'un entretien d'annonce, les parents le perçoivent et en sont souvent touchés.

J'ai été très étonné, dès le début de ma pratique clinique en pspérinatalité, de découvrir que, dans une très grande majorité des cas, l'annonce de ce type de décision, faite de cette manière, s'est globalement bien passée même auprès de parents en désaccord avec nos observations ou leurs conclusions. Des expressions parfois bruyantes de désaccord et de colère ont pu ainsi être exprimées. La plupart du temps, la poursuite de l'entretien, d'un dialogue, et même de l'hospitalisation, a été possible. Je pense que cela est lié au contexte très particulier du travail en unité de soins conjoints à temps plein, lequel implique un accompagnement très proximal, pendant un temps important, et s'accompagne le plus souvent d'une alliance thérapeutique suffisamment bonne. Dans ces situations, on peut espérer se rapprocher de ce que d'autres auteurs ont énoncé comme visée au sujet des entretiens d'annonce d'une maladie grave: « transformer une annonce effrayante en un temps fort, une rencontre » (Ruszniewski, 2012).

L'expérience récente d'une équipe mobile en pspérinatalité

Il y a trois ans, une équipe mobile de pspérinatalité a été créée au sein du service dans lequel je travaille, venant ainsi étoffer les dispositifs déjà existants de soins à temps plein et de consultation ambulatoire.

Deux professionnelles de l'équipe de soins réalisent des visites à domicile en binôme. Les entretiens médicaux sont, eux, réalisés au service. L'équipe mobile intervient régulièrement en première ligne, sur orientation de partenaires du réseau, et sous la responsabilité de l'équipe médicale.

L'un des adresseurs les plus fréquents pour ces prises en charge est le service de PMI, avec lequel nous entretenons une collaboration régulière et de bonne qualité. Souvent, une visite conjointe avec la professionnelle de la PMI à l'origine de l'orientation (sage-femme ou puéricultrice) et un binôme de l'équipe mobile, est organisée initialement. Beaucoup de ces situations sont concernées par des questions de protection de l'enfance. La demande explicite ou implicite de la professionnelle de PMI est alors souvent d'être aidée pour évaluer le risque ou le danger pour l'enfant concerné, en même temps que de proposer un accompagnement psypérinatal le plus optimal possible. L'approche clinique appliquée ici par notre équipe est alors la même que celle décrite plus haut.

De manière intéressante, on remarque que dans un certain nombre de situations, l'intervention de l'équipe mobile a un effet positif rapide sur la situation. Les observations réalisées par l'équipe mobile s'avèrent dans ces cas, plus rassurantes que celles de la professionnelle de PMI, et souvent, on observe qu'une alliance thérapeutique se met rapidement en place. On peut penser que la position d'intervenant de deuxième ligne, le fait d'intervenir en binôme et les assises institutionnelles des professionnelles de l'équipe mobile (formation, appartenance à un service pluridisciplinaire spécialisé) sont autant de facteurs participant à un effet contenant et rassurant pour les familles susceptibles de permettre des interactions observées plus favorables et une alliance thérapeutique suffisamment bonne.

Peut-on prévenir le danger pour l'enfant à naître dès la période prénatale ?

Dans certaines situations, avant même la naissance de l'enfant, des inquiétudes concernant le devenir de celui-ci sont susceptibles d'émerger chez les professionnels accompagnant les futurs parents. Ces inquiétudes peuvent partir d'observations diverses concernant l'environnement social (précarité sociale), les relations avec l'entourage (défaut d'étayage amical et familial, souffrances au sein des liens

de couple ou familiaux), le comportement et la psychopathologie des parents (troubles psychiques parentaux, addictions), ou la qualité estimée par les professionnels des relations des futurs parents avec l'enfant à naître.

Le département dans lequel je travaille actuellement a mis en place un dispositif interne au conseil départemental qui permet aux professionnels de cette institution (service social de secteur, PMI, ASE), dans des situations de danger – estimé comme suffisamment probable pour qu'un placement à la naissance soit envisagé – de rédiger et d'adresser dès la période prénatale à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), un « rapport enfant à naître », texte faisant état des inquiétudes des professionnels, avec un contenu comparable à celui d'un signalement postnatal.

En pratique, quand des inquiétudes de cet ordre sont repérées par des professionnels du département, ceux-ci proposent l'organisation d'une réunion relais rassemblant l'ensemble des professionnels entourant la famille, ce qui peut passer par l'invitation de professionnels extérieurs au département, comme des membres de notre équipe. Les observations de chacun sont partagées et discutées en groupe, et des propositions d'accompagnement, en prénatal et en postnatal peuvent être proposées. Si des inquiétudes majeures sont confirmées, un « rapport enfant à naître » est rédigé et adressé à la CRIP, et parallèlement, les parents sont reçus par des cadres de l'ASE pour se voir expliquer les inquiétudes des professionnels, être informés de la démarche réalisée, et rechercher des pistes pour y répondre. L'enfant non né n'ayant pas d'existence juridique (Dekeuwer-Defossez, 2018), quel que soit l'avis de la CRIP suite à la réception du « rapport enfant à naître », aucune mesure de protection de l'enfance ne peut être débutée à ce stade. Si la préconisation de placement de l'enfant à la naissance est suivie par la CRIP et confirmée à la naissance, l'écrit est adressé au procureur de la République à la naissance de l'enfant et l'ASE se charge d'en informer les parents et d'organiser le placement, durant le séjour en maternité.

Bien que ce dispositif de travail interinstitutionnel prénatal autour d'un danger estimé pour l'enfant à naître soit théoriquement réservé à des situations de placement probable à la naissance, il m'est arrivé d'être sollicité ponctuellement pour des situations qui m'ont semblé sortir plus ou moins clairement de ce cadre, ouvrant ainsi la voie à

des expériences de travail inédites qui suscitent en moi à la fois de l'intérêt et quelques réserves.

D'un côté, il me semble tout à fait intéressant qu'un dispositif institutionnel voire interinstitutionnel adressant les situations à risque ou haut risque en protection de l'enfance soit organisé dès la période prénatale, à partir du moment où celui-ci suit les règles éthiques de respect et d'information transparente des parents, décrites plus haut. Nous regrettons en effet trop souvent que certaines familles à problèmes multiples nous soient adressées trop tardivement en fin de grossesse ou en post-natal, pour ne pas nous réjouir que ces situations puissent être abordées plus précocement en prénatal, donnant ainsi une opportunité potentielle d'élaborer entre professionnels de différentes institutions et avec les parents d'éventuelles pistes d'accompagnement et de minimisation des risques pour l'enfant, voire de possibles alternatives au placement.

D'un autre côté, ce dispositif n'est pas sans poser plusieurs questions. Tout d'abord sur le plan médico-légal, celle du respect du secret médical. Si les situations de danger ou de risque pour l'enfant déjà né constituent, à certaines conditions, une dérogation au secret médical, ce n'est pas le cas dans ces situations prénatales, dans la mesure où, comme on l'a vu, l'enfant non né n'est pas considéré comme une personne juridique (Dekeuwer-Defossez, 2018). Personnellement, j'ai pris l'habitude de ne participer à des échanges d'information ou à des réunions pluriprofessionnelles concernant des familles que je suis qu'à la condition d'avoir pu recueillir l'accord explicite de la ou des personnes concernées ou de ses représentants légaux. Mais d'autres questions, éthiques, se posent également. L'expérience nous montre que l'évaluation du risque pour un enfant né peut être très subjective et donc très différente d'un professionnel à l'autre. De fait, la relation de chaque professionnel à l'enfant à naître, à l'image de celle de chaque parent, est virtuelle (Missonnier, 2004) et le recours aux outils professionnels habituels (observation du bébé et observation des interactions précoce parents-bébé) n'est pas possible à ce stade. Seuls le sont des indices a priori et indirects du risque, qui ne peuvent par définition pas prendre en compte ce qui n'a pas encore eu lieu : les transformations psychiques et comportementales de la psy périnatalité. Dans ce contexte, peut-on réellement évaluer dès la période prénatale le degré de risque ou de danger pour un enfant à naître ? En élargissant le champ du travail de la protection de l'enfance à la

période prénatale, ne risque-t-on pas de passer d'une logique de prévention et de prévenance, à une logique de prédiction (Golse, 2012) ?

Conclusion

Le soin en psy périnatalité est un travail exigeant, éprouvant et incertain. Si l'intervention professionnelle dans cette période singulière peut permettre d'accompagner des transformations profondes dans l'histoire des familles, rien n'est jamais acquis d'avance et le soin ne tient parfois qu'à un fil : celui de l'alliance, souvent fragile, avec les parents. Les inquiétudes pour l'enfant, quand elles sont présentes, obligent les professionnels à articuler au plus près soin *et* protection de l'enfance, attention pour l'enfant *et* pour les parents, dans un dialogue honnête et transparent avec ces derniers. L'expérience auprès de ces familles vulnérables conduit les professionnels à intervenir de plus en plus précocement durant la grossesse, pour donner le temps aux parents de se saisir de l'accompagnement et de se préparer au mieux à l'arrivée de leur enfant. Des dispositifs interinstitutionnels de travail sont parfois expérimentés, en regard de préoccupations professionnelles pour l'enfant à naître. La poursuite d'un travail d'élaboration interdisciplinaire et interinstitutionnel semble indispensable, pour s'assurer que ces interventions continuent de s'inscrire non seulement dans le respect de la loi mais aussi dans une dynamique éthique de prévention et de prévenance, et non de prédiction.

Bibliographie

- BYDŁOWSKI, M. 1991. « La transparence psychique de la grossesse », *Études Freudiennes*, n° 32, p. 135-142.
- DAGENS, V. 2017. « Unités d'hospitalisation mère-enfant temps plein en psychiatrie périnatale », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, DOI : 10.1016/S0246-1072(17)68364-0.
- DARCHIS, E. 2016. *Clinique familiale de la périnatalité*, Paris, Dunod.
- DEKEUWER-DEFOSSEZ, F. 2018. « Le statut juridique de l'enfant », dans *Les droits de l'enfant*, Paris, Puf, coll. « Que sais-je ? », p. 9-38.
- DILLENSEGER, G. ; DERON, C. ; ENSER, S. ; KULESZA, A. ; NOVEL, C. ; EBERT, J. 2020. « La réunion clinique bébé : penser le bébé et son projet de soins en équipe pluridisciplinaire », dans N. Collomb, M. Dugnat et F. Poinso, (sous la direction de), *Soigner ensemble en psy périnatalité*, En acte(s), p 457-479.

- DUGNAT, M. ; POINSO, F. 2020. « Un contexte renouvelé, un état des lieux riche de promesses... à tenir », dans N. Collomb, M. Dugnat et F. Poinso (sous la direction de), *Soigner ensemble en psypérinatalité*, En acte(s), p. 15-41.
- GOLSE, B. 2003. « À propos de prévention et de prédiction : l'avenir des souvenirs », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 46, n° 2, 2003, p. 455-470.
- MELLIER, D. (sous la direction de). 2014. *Observer un bébé, un soin*, Toulouse, érès, coll. « 1001 BB ».
- MISSENIER, S. 2004. « L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel », dans *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, Puf, p. 119-144.
- RUSZNIEWSKI, M. ; BOULEUC, C. 2012. « L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin ». *Laennec*, tome 60, p. 24-37.

Psychothérapie mère-bébé avec un bébé de 5 mois présentant un évitement relationnel

Élisabeth Chaillou

Christian, bébé de 5 mois, porte une sonde à oxygène nasale – impossible de ne pas s'en apercevoir tant sa mère surveille ce dispositif. Mme B tient Christian installé sur son avant-bras d'un côté, et de l'autre, elle tire un petit chariot à roulettes dans lequel il y a une bouteille d'oxygène. Elle est très tendue, semble très anxieuse.

La situation de Christian dans les bras de sa mère m'inquiète : il est en extension cranio-caudale très impressionnante, sa tête n'est pas du tout tenue, elle semble ballante en arrière de l'avant-bras de sa mère. Mon premier mouvement est de m'identifier à ce bébé en pensant à son sentiment d'inconfort physique à lui, avec sa tête complètement en extension en arrière. Je me préoccupe d'abord de permettre à Mme B d'installer son bébé plus confortablement, en lui proposant mon soutien verbal afin qu'elle puisse donner un appui pour la tête et le dos de Christian. Je m'aperçois que Mme B est très embarrassée dans ses mouvements avec lui. Elle semble en très grande difficulté dans le portage. Alors qu'ils sont installés face à moi, je m'adresse à Christian, en me présentant. Tout en lui parlant et en ne le quittant pas des yeux, je m'aperçois qu'il a un évitement du regard majeur. Il ne me regarde absolument pas. Je vois le blanc de ses yeux, il a un évitement du regard très singulier : il regarde en bas, fixement vers le bas. Sa pupille est masquée par la paupière inférieure. Je pense même à un risque de problème neurologique. Mme B me dit : « Il y a trop de soleil ici. » Elle a remarqué, en effet, que Christian vient de tourner son visage vers la lumière qui vient de la fenêtre, le regard vers le bas ; je vois toujours beaucoup le blanc de ses yeux. Je vais fermer

les rideaux, en lui parlant à lui, en lui disant que nous allons baisser l'intensité de cette lumière et que nous allons continuer à faire connaissance. Je le sollicite longuement de ma voix, de mon regard, de mon attention.

Christian, dans les bras de sa mère, ne me regarde toujours pas. Je dis à Mme B que je pense que tout cela est difficile pour elle, se déplacer ainsi de chez elle, avec son bébé et la bouteille d'oxygène, et cette rencontre avec encore un nouveau médecin, alors que Christian en a déjà vu tellement.

Cette première rencontre pourrait s'appeler « un instant clinique de la non-demande » : Mme B n'a pas demandé à consulter une psychiatre, pédopsychiatre, psychanalyste. En effet, Elle et son fils Christian sont reçus dans le cadre d'une consultation multidisciplinaire, initialement pédiatrique, pour des bébés nés très prématurément.

Je sais, avant notre première consultation que Christian est né à vingt-sept semaines d'aménorrhée (SA), qu'il pesait 890 g à la naissance, qu'il a été hospitalisé en réanimation. Je sais aussi qu'il est sorti de l'hôpital cinq semaines plus tôt et qu'il vit avec sa mère. Lors de cette première rencontre, je reçois Mme B et Christian à la suite de la consultation qu'ils viennent d'avoir avec la pédiatre.

Cette dernière entre dans le bureau, pendant notre séance, pour donner à Mme B la date du prochain rendez-vous prévu un mois et demi plus tard, dans le cadre de notre consultation multidisciplinaire. Devant Mme B, je demande à la pédiatre si Christian a pu la regarder car depuis qu'il est avec moi, il ne me regarde pas. La pédiatre ne me répond pas sur la question du regard. Elle me dit qu'il avait faim, qu'il a pris un biberon entre nos deux consultations (la sienne et la mienne) et que cela devrait aller mieux à présent. Je dis à la pédiatre, toujours devant Mme B, que nous pouvons réserver un prochain rendez-vous de consultation, avec notre équipe, la semaine qui suit.

Lorsque la pédiatre est partie, Mme B me demande s'il y a quelque chose qui ne va pas, si Christian a un problème aux yeux. Je dis à Mme B que je m'aperçois que Christian ne regarde pas beaucoup mon visage. Je lui dis que je ne réussis pas à trouver comment permettre que nous puissions nous regarder lui et moi, maintenant. Je lui demande comment cela se passe avec elle, elle me dit qu'elle ne sait pas.

Je demande à Mme B ce qu'en pense le père de Christian, elle me dit : « Vous ne savez pas ? Je suis seule, il m'a quittée pendant la grossesse. »

Elle me dit alors qu'elle a fait une interruption de grossesse médicamenteuse, qu'elle a perdu du sang suite à cette prise de médicament (mifépristone) mais que le généraliste lui a dit ensuite, plusieurs jours après, que « le bébé [était] toujours là ». Elle me raconte qu'elle a pensé que c'était à cause de ce médicament-là que Christian était né prématuré. Elle ajoute qu'elle n'a jamais vécu avec le père de Christian, qu'il a refusé de reconnaître l'enfant, qu'elle n'a plus de contact avec lui depuis la naissance et qu'il n'est jamais venu voir Christian.

Mme B me dit que c'est lui, le père, qui l'a forcée à faire cette interruption médicamenteuse de grossesse alors qu'elle-même ne voulait pas. Ensuite, une échographie a montré que la grossesse avait continué. Elle précise qu'elle a décidé de ne pas faire une autre intervention, proposée par le médecin, pour interrompre la grossesse.

Mme B me raconte qu'elle est venue en France alors qu'elle avait 18 ans. Elle me dit qu'elle est seule en France depuis longtemps, que toute sa famille est au Proche-Orient et qu'elle n'a jamais présenté le père de Christian à sa famille. Elle me dit qu'elle va régulièrement dans son pays.

Christian a la tête complètement ballante en arrière, la nuque sur l'avant-bras de sa mère. Je dis à Mme B que je pense que cela aiderait son fils si elle pouvait se réinstaller afin que sa tête à lui soit soutenue et je lui demande, pendant qu'elle change de position, si elle sent que Christian est plus à l'aise. Elle me dit oui d'un signe. Christian reste ainsi contenu physiquement quelques secondes, puis Mme B cesse de veiller à l'installation de son fils et la tête de Christian retombe en arrière. J'ai l'impression que toute l'attention de Mme B est occupée par la sonde et la bouteille d'oxygène et qu'elle les regarde presque davantage que son fils.

Je sais que je vais être absente pour deux semaines et j'accompagne Christian et Mme B dans la salle d'attente en leur disant que nous allons convenir des prochains rendez-vous avec la pédiatre. Je demande à Mme B son accord pour que je puisse joindre les médecins hospitaliers qui se sont occupées de Christian. Je précise que je vais essayer, à partir de ce qu'elles connaissent de l'enfant, de comprendre mieux sa réaction avec moi aujourd'hui. J'ajoute que cela nous permettra aussi de trouver des solutions pour l'aider.

Je n'ai vu aucun sourire, aucune variation d'expression sur le visage de Christian, je n'ai entendu aucun son de sa part malgré la longue attention que j'ai pu lui donner. Je sors de cette consultation extrêmement inquiète pour ce bébé, je ne sens pas du tout Mme B en contact avec les difficultés de Christian et j'ai le sentiment qu'elle n'a peut-être pas compris ce qui me préoccupe pour son fils.

La pédiatre de notre unité me dit qu'elle a examiné Christian et qu'elle est certaine que Christian n'a pas de pathologie neurologique qui nécessiterait un traitement urgent. Nous parlons de ce que nous avons ressenti avec Christian et Mme B.

Une collègue me raconte qu'elle ne connaît pas cette maman mais que, quand elle l'a vue passer dans le couloir, elle s'est dit que la tête de son fils allait heurter le coin d'un mur d'une porte, et qu'elle a eu envie de mettre ses mains pour soutenir la tête de ce bébé. Elle ajoute que Mme B le porte comme un objet inanimé.

Cette image et cette narration nous permettent de nous représenter en groupe ce que nous venons de vivre. Nous parlons des sentiments d'anxiété majeure que nous éprouvons pour ce bébé. Cependant, Mme B m'a fait suffisamment confiance pour me donner le récit de sa grossesse. Ce vécu était probablement trop lourd à porter pour elle seule.

Je garde en boucle l'image évoquée par la collègue de la tête de Christian pouvant heurter un coin de porte, je pense au risque d'un accident pour Christian en présence de sa mère. De plus, je sens Mme B tellement envahie par les traumatismes que je crains que nos consultations ne suffisent pas pour soigner les difficultés de relation entre cette mère et ce bébé.

Et j'ai en tête aussi la chronodépendance (Rochette-Guglielmi, 2022) des bébés et de Christian qui a 5 mois – le fait qu'il ait déjà 5 mois.

La pédiatre du service de néonatalogie qui s'est occupée de Christian me dit qu'elle avait demandé, pendant l'hospitalisation, une consultation d'ophtalmologie car elle s'inquiétait du fait que, pendant son examen neurologique, Christian suivait la cible, mais pas son visage à elle. J'apprends donc ainsi que l'évitement du regard était déjà présent chez Christian, il y a un mois et demi, donc quand il avait 3 mois et demi, lorsqu'il était encore hospitalisé en néonatalogie. Je suis préoccupée de l'urgence des soins en raison de la gravité des difficultés de Christian. Je sais qu'il va être reçu en consultation par la pédiatre et la

psychomotricienne en mon absence. Je me sens immergée en plein traumatisme.

Trois semaines plus tard, mes collègues me racontent qu'elles ont pu avoir quelques échanges de regard avec Christian, ceci après lui avoir donné une très longue attention, il a aussi pu leur sourire une fois durant leurs séances mais elles ont noté qu'il ne regardait pas du tout sa mère.

Lorsque je reçois à nouveau Christian et Mme B, cette dernière me dit que, dans la salle d'attente, elle vient de croiser un autre bébé qui était hospitalisé en même temps que Christian. Elle me dit qu'elle a entendu que « ce bébé disait des choses avec sa bouche, mais [que], puisqu'il est plus âgé que Christian, c'est que cela va bientôt arriver aussi pour Christian ».

Je dis à Mme B que je suis préoccupée pour Christian car il est en difficulté pour me regarder. Je lui dis que cela pourrait être le signe qu'il traverse un moment psychologique difficile.

Elle m'interrompt avec une voix agressive en me disant qu'elle est choquée de ce que je lui dis.

J'ajoute que nous pouvons trouver une aide plus soutenue pour Christian. Je précise qu'il est important de penser à toutes les possibilités pour l'aider. Je dis que je pense qu'ils pourraient être reçus dans un service de pédopsychiatrie où l'on s'occupe des mères et des bébés. Je lui dis que cela pourrait les aider tous les deux.

Mme B me dit alors, en colère : « Vous me dites qu'il faut qu'on aille en pédopsychiatrie ? » Elle ajoute qu'elle fait tout ce qu'elle peut. Je lui dis que je comprends vraiment cela. Je tente de minimiser ses craintes en lui disant que c'est une possibilité que je lui présente pour que Christian puisse aller mieux. Je lui dis qu'elle peut prendre le temps de réfléchir, que nous nous reparlerons la semaine prochaine et qu'elle peut me joindre d'ici là.

J'appelle ensuite une collègue qui a reçu récemment Christian et sa mère, collègue qui me dit que Christian est aveugle, je suis très troublée. Je me dis que nous avons peut-être fait une erreur, nous, dans notre petite équipe. Ensuite, je me remémore les échanges avec le médecin d'hospitalisation en néonatalogie qui ne parlait pas du tout de cela. Nous relisons le dossier en équipe. Il y est écrit que Christian a été examiné récemment par un ophtalmologiste hospitalier, aucun trouble grave de la vision n'est mentionné. Je m'interroge sur ces confusions : que se passe-t-il avec Mme B et Christian ?

S'agit-il d'un effet de fascination de cette histoire singulière : l'abandon subi par cette mère pendant la grossesse, la prise de mifépristone, la suite de la grossesse et la naissance de ce garçon ? Mme B susciterait elle une réaction particulière chez les soignants ? La collègue convaincue qu'il est aveugle, puis la pédiatre et moi qui nous mettons à douter en craignant d'avoir oublié la supposée « malvoyance » de Christian dans la lecture du dossier ?

Une autre approche de ces incidents dans notre travail pourrait se formuler ainsi : les difficultés psychiques de Christian sont-elles tellement insoutenables qu'on lui prêterait une pathologie somatique grave qu'il n'a pas, à savoir la cécité ou la malvoyance grave ?

La difficulté des interactions entre Christian et Mme B est-elle tellement douloureuse qu'elle suscite de la confusion chez les soignants ? Cette confusion pourrait être un mode de défense psychique face à des ressentis qui se diraient ainsi : « On ne peut pas croire, on ne peut pas penser qu'un trouble des interactions puisse susciter une symptomatologie d'évitement aussi massive chez un bébé, a fortiori un bébé qui a bénéficié de soins hospitaliers dans des services compétents pendant quatre mois. »

Lors de la troisième consultation avec Christian et sa mère, Mme B installe son fils sur le tapis, je parle à Christian et il me regarde longuement.

En réponse à ce que je lui dis, il a des mimiques, il fronce les sourcils, il me sourit à plusieurs reprises et j'entends quelques vocalises en « a ». Christian essaie de faire de petits sons en arrondissant sa bouche, ce que je commente avec plaisir, Mme B me dit, avec une expression de visage affirmée, qu'elle s'est beaucoup occupée de Christian ces derniers jours.

Christian s'exprime à nouveau avec des vocalises en « a ».

Je réponds à Christian. Je demande ensuite à Mme B si elle a entendu ces vocalises modulées elle aussi, elle me répond immédiatement qu'elle m'avait dit la dernière fois qu'il ne faisait pas de sourires et ne prononçait pas de sons parce qu'il était trop petit et que je n'avais pas eu l'air convaincue. *Est-ce moi qui suis pourvoyeuse d'une inquiétude exagérée à l'égard de Christian ? Mon inquiétude serait-elle exagérée et ferait-elle peur à Mme B ?*

Je demande à Mme B si elle a appelé pour un rendez-vous en pédopsychiatrie, elle me dit d'une voix chargée de colère qu'elle

n'appellera pas. Je lui dis que c'était une possibilité et que j'ai bien compris qu'elle pense que c'est une mauvaise idée de ma part.

Je réalise qu'à chaque fois que Christian perçoit un changement chez sa mère — changement de voix, changement de rythme dans les gestes de sa mère que je perçois moi-même comme marqueur d'anxiété et de colère —, il écarquille les yeux, je vois le blanc de ses yeux et ses iris se dirigent vers le bas.

Je propose à Mme B que nous continuions les séances de façon hebdomadaire. Elle me répond que je l'ai trop inquiétée, que cela l'a empêchée de dormir. Je lui dis que Christian a vraiment traversé un moment où il n'allait pas bien sur le plan psychologique. Elle me dit que le pire, pour elle, était en réanimation, qu'elle s'est « activée » beaucoup ces dernières semaines pour « faire sourire Christian ». Je lui dis que Christian s'exprime davantage, qu'il est plus facile de deviner ce qu'il ressent et que je comprends qu'elle l'a beaucoup aidé. Je lui dis aussi que je pense qu'il est important qu'elle garde le soutien proposé par tous ceux qui s'occupent de Christian en ce moment. Mme B semble moins en colère.

Je me sens réagir comme les parents de bébés prématurés pris dans le traumatisme. Comme si j'avais été en apnée de pensée et que cette dernière retrouvait sa voix, maintenant que Christian a donné quelques signes de son plaisir dans la relation.

Néanmoins, je fais part de mes observations du trouble des interactions entre Mme B et Christian au neuropédiatre hospitalier. Il m'informe de ses recherches quant à un trouble spécifique neurologique rare qui pourrait être en lien avec la symptomatologie de Christian, par rapport à ce trouble spécifique du regard, si rare dans son expérience. Nous savons qu'une pathologie des interactions et un problème somatique grave peuvent s'ajouter l'un à l'autre, sans s'exclure.

Lors d'une séance ultérieure, alors que Christian est installé dans les bras de sa mère, il répond à mon regard et à ma voix, il me regarde, il me sourit, il peut se détendre, j'entends de légères vocalises, il porte ses doigts dans la bouche. Je suis soulagée de constater que Christian peut maintenant être détendu dans les bras de sa mère.

Cependant, il regarde très peu sa mère, il a quelques regards très furtifs vers elle, lorsqu'elle ne le regarde pas. Il ne répond pas à son regard lorsqu'elle cherche, parfois, à rencontrer son regard à lui. Mme B me dit que Christian est étonné car elle a les cheveux détachés. Je me dis que lorsqu'elle invoque de l'étonnement chez Christian comme

réaction à son changement de coiffure, cela indique peut-être qu'elle perçoit quelque chose de l'évitement du regard de son enfant à son égard. J'imagine que c'est sa façon à elle de se donner une explication. J'ai l'espoir que Mme B exprime ainsi le début de sa perception des difficultés de Christian.

Lorsque Mme B installe Christian sur le tapis, il se met en opisthotonos et il reste longuement tendu et crispé de tout son corps. Ensuite il regarde vers le bas, cela semble être, à nouveau, sa façon à lui d'éviter le regard. Il réagit corporellement fortement à ce changement. Alors que j'ai continué à lui parler et à le regarder tout ce temps, toujours installé sur le tapis, il se met à me regarder longuement, son visage est maintenant devenu beaucoup plus expressif : il fronce les sourcils lorsqu'il entend du bruit dans le couloir, il fait des mouvements de bouche lorsque je lui parle. Je commente ce qu'il me semble possible de commenter à Christian et à sa mère.

Je demande à Mme B si elle a des nouvelles du père de Christian, elle me dit que non. Et comme je l'encourage à continuer à parler d'elle et sa famille, elle me dit que ses deux frères ont des enfants. Elle me dit en réponse à ma question qu'elle n'a pas vu sa mère depuis l'année dernière, et que celle-ci va peut-être venir à Paris car Christian, lui, ne peut pas prendre l'avion. Elle hésite tellement lorsqu'elle cherche à me dire le nombre d'enfants de ses frères que je lui demande s'il y a des fâcheries dans la famille. Elle me dit que non, que tout va bien.

Je note l'impression étrange que j'éprouve, une impression d'inauthenticité avec Mme B au moment où elle parle de sa famille.

Je dis à Mme B que, parfois, nous voyons que Christian ne nous répond pas, lorsque nous nous adressons à lui, mais que nous pouvons nous apercevoir aussi que, si nous continuons alors à nous adresser à lui, il peut répondre en se tournant à nouveau vers nous, parfois après un long moment. Mais j'ai l'impression que Mme B ne comprend pas ce que je dis, qu'elle est occupée psychiquement à autre chose.

Mme B me dit qu'elle n'a pas envie de venir me voir chaque semaine avec Christian et que, très probablement, elle ne viendra pas, je lui réponds que c'est vraiment important pour lui.

Elle me dit qu'on lui a annoncé que Christian passerait une IRM cérébrale, qu'elle espère qu'il ira bien, que ses poumons iront bien et qu'il ne sera pas arriéré. J'ai le sentiment qu'elle perçoit que le neuropédiatre

est en recherche d'un diagnostic pour Christian. Pour la première fois, elle formule ainsi sa crainte d'un handicap d'origine neurologique pour lui.

La manière dont Christian détourne le regard de sa mère, lors de cette séance, est très marquée, je ne trouve pas comment je pourrais verbaliser à Mme B ce que j'observe d'un évitement du regard de Christian à son endroit sans que cela soit iatrogène, a fortiori en ambulatoire, dans ce contexte de tout début de traitement et de réticence à venir chaque semaine. J'essaie d'exprimer à Mme B et à Christian que ce que je perçois que lui ressent, au fil des instants de la consultation.

Mme B ne semble pas avoir beaucoup de plaisir avec Christian, elle me fait percevoir qu'elle éprouve de l'inquiétude, de l'angoisse, de la déception, voire de la colère ou de la rage. Elle me donne l'impression qu'elle est en difficulté pour s'identifier à Christian, comme s'il était menaçant pour elle en raison de sa vulnérabilité à lui, et je crains qu'elle n'éprouve des mouvements intenses de rejet à son égard. Je perçois chez elle une fragilité narcissique (Roussillon, 2014).

Je ressens que je peux être perçue comme persécutante pour Mme B, en écho à la persécution qu'elle peut ressentir avec Christian, ce bébé grandement prématuré, très malade sur le plan pulmonaire, ayant eu besoin de soins en réanimation, ce bébé qui a suscité en elle beaucoup de souffrance (Ciccone et Ferrant, 2015).

Il me semble que je pourrais devenir aussi pour elle le Surmoi contrôlant qui vérifie qu'elle s'occupe bien de son bébé.

Les affects dépressifs s'expriment peu chez Mme B, ils laissent souvent place à des affects de colère et de rage. J'entends une très grande colère à l'égard du père de Christian qui l'a abandonnée. Mais je me dis qu'un objet interne disqualifiant est peut être aussi à l'œuvre, ce qui complique redoutablement l'établissement d'un lien de confiance avec le thérapeute. Je me demande aussi ce qui se passe avec la bouteille d'oxygène, quand je sens sa terreur d'une erreur de sa part à elle avec l'oxygénothérapie : l'oxygène serait-il l'antidote au médicament abortif ? un marqueur redoutablement présent et visible aux yeux de tous de la fragilité pulmonaire de Christian et donc de sa prématurité ? Et peut-être aussi de la honte de Mme B ? Je peux maintenant me représenter Mme B complètement effrayée d'avoir à surveiller cette oxygénothérapie, avec en arrière-plan les pensées : interrompre une grossesse ? Donner la vie ?

Ma boussole interne se repère avec un indice : j'ai le sentiment que Mme B s'est beaucoup appuyée sur l'attention que Christian a suscitée chez les soignants, elle semble avoir été très gratifiée par l'attention que les soignants de réanimation ont donnée à son fils, ce qui pouvait diminuer sa rage. Mais celle-ci affleure néanmoins, rage contre le destin, rage contre le père de Christian, rage contre une figure interne. Un objet paternel ou maternel interne ?

La question des soins psychiques que je propose pour Christian suscite parfois une grande hostilité à mon égard. Mais elle vivra ces soins psychiques, selon les moments, comme une aide ou comme une intrusion, un jugement, un contrôle, une défiance à son égard, voire une attaque.

Je pense à la pathologie réactionnelle, traumatique chez Mme B, mais je ressens que je suis également au contact avec ses modalités défensives où le clivage et la projection tiennent beaucoup de place. Une grande question demeure : comment construire une alliance thérapeutique avec Mme B ?

Dans les séances suivantes, je perçois que Christian regarde parfois sa mère et je perçois aussi des changements chez Mme B quant à l'attention qu'elle donne à Christian. Voici un bref instant de séance de cette époque : Mme B me raconte l'IRM qu'a subie Christian. Pendant qu'elle me parle, Christian gémit, puis se met à pleurer. Sans un mot, elle regarde la couche, elle installe Christian pour le changer, elle change la couche, il est passif, ne regarde pas sa mère, il ne la sollicite pas. Soudainement Mme B me dit qu'elle voudrait savoir ce que je pense parce qu'elle s'inquiète pour Christian en raison de la position qu'il prend pour dormir. Elle me dit qu'elle va me montrer la position dans laquelle il s'installe pour dormir. Très rapidement ensuite, sans un seul mot à Christian, elle le saisit, en l'installant *manu militari* dans une position sur le côté, la tête en arrière, Christian fronce les sourcils, commence à gémir. Je dis alors à Mme B que Christian a l'air de se demander ce que fait sa maman, elle s'interrompt dans son intervention physique avec Christian et elle essaie de continuer à m'expliquer sa question sur le sommeil, cette fois avec ses gestes à elle, sans agir sur le corps de Christian.

Christian est aux prises avec l'imprévisibilité de Mme B, ses mouvements d'empiètement, la discontinuité de son attention et la fragilité de sa capacité à s'identifier à ses éprouvés à lui. Je me sens dans

une thérapie de traduction : j'essaie de traduire à Mme B ce que je peux comprendre de ce que Christian ressent.

Je me dis aussi que c'est la première fois que Mme B me demande enfin quelque chose concernant une expression de Christian, qu'elle sollicite mon avis, ce qui est l'esquisse d'un mouvement de confiance. Je m'apercevrai ensuite que toute cette séquence est arrivée après une séance particulière. Christian me regardait et était dans un bon moment d'échange avec moi, installé à plat dos sur le tapis, j'ai alors proposé à Mme B de venir s'installer juste à côté de moi et j'ai ensuite, très progressivement, laissé la place auprès de lui à Mme B, qui a pu alors s'adresser à Christian détendu. Il répondait alors à sa mère par le regard et par la voix.

Quelques semaines plus tard, Mme B me raconte qu'elle a téléphoné au père de Christian qui a affirmé qu'il ne voulait pas voir l'enfant. Elle me dit qu'elle ne veut plus d'homme dans sa vie.

Je lui demande quelle relation elle avait avec son père à elle, dans son enfance. Elle me répond que son père les battait elle et sa mère. Elle ajoute qu'il a quitté sa mère et qu'il est mort ensuite. Elle dit que son père a laissé sa mère sans argent. Elle ajoute que sa mère à elle n'a pas eu une vie facile car sa propre mère l'a abandonnée et elle a été éduquée dans un orphelinat. Je comprends ensuite que Mme B a vu sa mère une seule fois depuis vingt ans et qu'elles communiquent par téléphone, parfois. Mme B dit à nouveau que le père de Christian l'a forcée à demander cette interruption de grossesse. Elle ajoute que, lorsqu'elle a ensuite choisi de ne pas continuer la démarche d'interruption de grossesse, elle a pensé que le bébé serait handicapé à cause des médicaments qu'elle avait déjà pris à ce moment-là de la grossesse. Elle dit que, pendant que Christian était en réanimation, elle s'est préparée à ce que ce soit le cas. Elle me dit qu'elle a fait une faute, qu'elle n'aurait pas dû prendre ce médicament abortif et qu'à cause de ce médicament, il est né trop tôt. Je peux alors imaginer que, lors de notre première consultation, les affects présents chez Mme B étaient ceux du désespoir et du repli, quelque chose qui s'exprimerait comme : « Ce bébé est et sera handicapé, c'est ma faute, je dois me résigner et faire ce que disent les médecins. »

Les brins d'un certain tissage s'entrecroisent dans cette séance : ceux de l'abandon renouvelé du père de Christian, ceux du sentiment de culpabilité de la prise médicamenteuse, ceux de la « sanction » redoutée : le handicap qu'elle suppose pour Christian. Elle semble

découvrir progressivement que cela l'aide de pouvoir me parler. Son mouvement de défiance est moins actif, je me dis aussi que je vais probablement voir apparaître les ombres et les lumières de l'idéalisation-déception. J'associe silencieusement sur ses liens avec sa propre mère qui sont traversés par la question de l'abandon et par des sentiments de culpabilité et de honte.

Je pense aussi à la force de la répétition inconsciente dans laquelle Mme B s'est trouvée prise dans sa famille, avec trois générations où l'abandon est redoutablement présent dans la réalité. Il me semble que l'impossibilité qui était la sienne jusqu'alors d'évoquer les souffrances de sa famille de naissance est liée à l'intensité de la honte qu'elle éprouvait. Elle a tenté de me dire au début – mais surtout de se dire à elle-même – une autre histoire, une histoire familiale rêvée, une histoire moins triste. Elle a eu besoin de minimiser l'intensité de l'éloignement avec sa mère et de minimiser l'intensité de la rupture avec sa fratrie. Mais elle trouve des mots pour dire la non-fiabilité des hommes et la colère que cela suscite en elle. J'avais eu l'impression d'une hésitation lorsque Mme B m'avait dit que sa mère allait peut-être venir en France bientôt. A posteriori, il semble qu'elle ne pouvait pas me dire, à ce moment-là, ce qu'il en était de la fragilité de son lien avec sa mère – j'imagine un sentiment de honte écrasante dont l'antidote était peut-être d'imaginer que sa mère allait venir (Ciccone et Ferrant, 2015). Je fais l'hypothèse que ce temps d'alliance thérapeutique advient aussi à un moment où, lors de plusieurs séances consécutives, Christian a exprimé ses éprouvés, que ces éprouvés sont devenus moins énigmatiques ou inquiétants pour sa mère. Mme B a pu dire, en séance : « Je t'aime mon fils. » Je reste néanmoins inquiète des moments de changements brusques de tonalité interactive qui arrivent en séance, moments imprévisibles pour moi et probablement plus imprévisibles encore pour Christian (Lebovici et Stoléru, 2003).

Les nouvelles venant des neuropédiatres sont rassurantes : Christian n'a pas de trouble neurologique. Après des vacances de trois semaines pendant lesquelles il n'a eu aucune séance, Christian est très agité, il effectue des retournements successifs très rapides dans une sorte d'autostimulation par ses roulades au sol, il présente, à nouveau, de longs agrippements visuels aux lumières et il ne peut plus donner son regard dans l'échange que je lui propose. Mme B est très irritable et, pour la première fois, elle élève fortement la voix sur Christian devant moi, au moment où il se déplace en roulant, de façon répétitive. Je commence à penser à un relais très progressif vers une équipe où

des soins plurihebdomadaires pourront être donnés à Christian. Mme B me demande s'il est trisomique. Comme si sa façon de percevoir que Christian allait moins bien se reliait tout de suite, pour elle, à la question du handicap.

Cependant, nous avons eu le sentiment, dans notre petite équipe, que Mme B s'est appuyée sur l'attention-enveloppe (Mellier) des soignantes auprès de son bébé et qu'elle a pu progressivement s'identifier aux capacités d'attention des soignantes à l'égard de Christian. Je pense qu'elle sentait la force de notre engagement thérapeutique auprès de son enfant et la conviction que nous avions de ses possibilités de changement à lui, s'il était « suffisamment » (Winnicott, 2000) enveloppé, regardé, porté, parlé.

Mais il nous était impossible pour des raisons de cadre de soins de densifier ce travail au-delà d'un soin hebdomadaire, ce que nous percevions, à ce moment-là, comme insuffisant pour Christian.

Mme B ne voulait pas nous quitter. Nous avons installé une très longue transition, avec diminution progressive des soins prodigués par notre équipe pendant que la deuxième équipe débutait les soins. Peu à peu, Mme B a pu accepter de quitter une équipe pédiatrico-pédopsychiatrique pour que Christian reçoive des soins dans une équipe pédopsychiatrique. Il y a eu onze mois de soins dans notre équipe pédiatrico-pédopsychiatrique dédiée principalement à la première année de vie des bébés grands prématurés. Mme B a mis à l'épreuve la malléabilité de nos successeurs. Le psychiatre qui a pris le relais des consultations m'a dit que les absences aux rendez-vous, la froideur et la disqualification de Mme B avaient été supportées par l'équipe qui nous a fait suite grâce à un travail de reprise régulière dans le groupe soignant. Le traitement de Christian a pu s'accomplir pendant plusieurs années dans cette deuxième équipe de soins. L'évolution de Christian fut bonne, après qu'il a bénéficié, dans le centre médico-psychologique, de psychomotricité, d'orthophonie puis d'une psychothérapie individuelle. Sa mère est devenue extrêmement « fière » de son fils, mettant en avant ses bons résultats pendant sa scolarité primaire, sans nécessité d'aucun accompagnement spécifique au sein de l'école et soulignant le fait qu'il soit si tranquillement capable de demander de l'aide lorsqu'il ne sait pas faire quelque chose. Un registre du risque d'empiètement serait-il perçu ?

Que pouvons-nous construire, à partir de cette histoire clinique ? Avec l'oxygène, Mme B était probablement terrorisée par la menace

interne de faire encore une « faute », à l'égard de Christian, qui le mettrait en danger vital. En filigrane, la question de la mort s'exprime, avatar du fantasme d'infanticide, écho à la prise du médicament abortif. Sa relation avec Christian me semble avoir été marquée par la mifépristone, par la grande prématurité et par les fantômes dans la chambre d'enfants de son histoire à elle (Fraiberg, 2012). Mme B ne peut pas me parler de sa relation à sa mère, grande absente. Se sentait-elle coupable d'avoir si peu de contacts avec sa mère, au point de faire silence là-dessus avec moi ? Nous avons eu ensuite à traverser ensemble le fait que je pourrais devenir menaçante pour Mme B, moi, la pédopsychiatre, pas seulement par ma proposition, dans la réalité, de soins en pédopsychiatrie. Je pourrais être menaçante par cette fonction de pédopsychiatre qui viendrait toucher chez Mme B la question de la santé psychique. Je dirais que Mme B sait qu'il s'agit d'une chose fragile. Il semble y avoir un objet interne menaçant chez elle, qui connaît un peu le danger de sa propre rage. Elle a accepté de me confier Christian mais elle s'est très peu confiée, elle. J'ai donné, d'emblée, beaucoup de mon attention à Christian. Néanmoins, elle a pu le supporter et elle me dira plus tard que cela l'a beaucoup rassurée que je parle à Christian si souvent, en séance, même si elle trouvait cela bizarre au début. Elle me dira : « Je faisais comme vous à la maison. » Je me suis retrouvée, à plusieurs reprises, percutée par les variations imprévisibles de son lien avec moi qui me semblent pouvoir être reliées aux variations de ses projections sur l'avenir de Christian, tantôt bébé réparé et réparateur à qui elle pouvait dire son amour, tantôt bébé craint, bébé qu'elle ressentait comme potentiellement porteur de handicap, garçon qui ne lui « obéirait pas », petit d'homme allant devenir un homme, quel homme (Missonnier) ?

Bien entendu, j'ai précisément choisi de ne pas verbaliser avec Mme B les moments où Christian présentait un évitement du regard sélectif avec sa mère. Je me suis aperçue, longtemps après, que les premières minutes avec Mme B m'avaient fait penser à la *Pietà* de Michel-Ange. Avoir entre les mains le fil de l'oxygène venait-il percuter des fantasmes infanticides indicibles ? La prise de mifépristone pendant la grossesse, l'extrême prématurité, la confrontation avec ce bébé de 27 SA, immobile et surmédiqué dans son lit de réanimation, la « certitude » interne que Mme B avait du handicap de Christian, handicap « qui serait issu de la tentative d'interruption de grossesse » amplifiaient-ils l'effroi des fantasmes infanticides indicibles ? L'effroi d'éprouver ces vœux de mort.

J'ai fait le choix thérapeutique de m'adresser à Christian dès le début. Je sentais Mme B en difficulté d'identification aux éprouvés de son fils et je me disais qu'il y avait urgence à permettre à Christian de retrouver ce qu'il avait peut-être déjà connu. À savoir, j'avais la représentation que Christian avait auparavant fait des rencontres, celle d'une certaine continuité de la disponibilité de sa mère lorsqu'elle se sentait portée et contenue par les soignants du service de réanimation et de néonatalogie et celle de la continuité de la disponibilité d'une soignante en tête à tête avec ce bébé lui donnant de l'attention et le portant psychiquement, pendant son hospitalisation.

Les couleurs de mon contre-transfert sont passées par le rouge et le gris : le rouge de la déception lorsque Christian est revenu après les vacances avec cette agitation motrice teintée d'autostimulation et où j'ai eu l'impression que ce qui avait été construit était peut-être perdu à nouveau chez Christian ; le gris de la tristesse, parfois, lorsque je m'identifiais à lui.

Les travaux de Myriam David (2014) ainsi que ceux de Picco et Carel (2002) ont montré la singularité de chaque tableau clinique d'évitement relationnel précoce et la singularité de chaque évolution. Ils ont souligné la nécessité de l'absence de stigmatisation diagnostique chez les très jeunes bébés évitants, appuyés sur l'expérience clinique auprès des bébés observés. André Carel a ouvert la voie d'une entité nosographique transitoire avec la notion d'évitement relationnel précoce. Il situe l'évitement relationnel précoce comme un indice d'un trouble des interactions, d'une dysharmonie interactive. Il parle d'un désengagement relationnel de la part du bébé comme une façon d'interrompre un éprouvé désagréable. Il rappelle la description par Esther Bick (Bick et Harris, 1998 ; Haag, 2002) de l'agrippement sensoriel par le bébé pour s'accrocher lorsqu'il ne se sent pas tenu. André Carel fait le lien entre agrippement et évitement. Il souligne aussi la possible sensibilité du bébé à la paradoxalité qui s'exprime chez son parent.

Au-delà de la clinique singulière de Christian et de Mme B, notons ce que, parfois, ce symptôme d'évitement du regard chez le bébé suscite chez son soignant. Les praticiens, même expérimentés, peuvent, parfois, se défendre face à un bébé qui évite le regard, en minimisant le symptôme, voire en l'effaçant (Salomonsson, 2018). De plus, beaucoup de parents semblent ne pas pouvoir nous dire que leur bébé est évitant avec eux. Est-ce le poids de l'incompréhension et de la honte et/ou celui du déni ? Parfois, lorsque nous verbalisons aux parents que leur bébé

n'est peut-être pas disponible pour nous regarder, nous cliniciens, lors d'une séance, *hic et nunc*, les parents peuvent alors, secondairement, nous faire part de ce qu'ils avaient eux-mêmes perçus, auparavant, de l'évitement du regard de leur bébé. Nous nous efforçons de faire en sorte qu'il devienne possible d'envisager d'autres consultations pendant lesquelles, progressivement, nous pourrions verbaliser au fil des séances, aux parents ce que nous fait ressentir leur bébé au fur et à mesure de ses expressions avec nous, soignants. Un socle basé sur notre vécu en séance avec le bébé, partagé avec les parents, socle qui pourrait leur permettre d'associer sur leurs propres éprouvés et peut-être sur les échos de leur vécu infantile.

Cela suppose que nous puissions nous appuyer sur l'analyse des éprouvés de notre contre-transfert, grâce à notre propre travail réflexif.

Bibliographie

- CAREL, A. 2012. « Travail de nativité et métamorphoses de la temporalité », dans D. Mellier, A. Ciccone, A. Konicheckis (sous la direction de), *La vie psychique du bébé*, Paris, Dunod, p 175-196.
- CHAILLOU, ÉE. 2018. « Bébés en réanimation : l'effroi et ses transformations », dans F. Pommier (sous la direction de), *La Folie ordinaire*, Paris, Campagne Première.
- CHAILLOU, É. 2020. « La consultation multidisciplinaire pour bébés grands prématurés », dans N. Collomb, M. Dugnat, F. Poinso (sous la direction de), *Soigner ensemble en pspérinatalité*, Avignon, En acte(s), p 403-414.
- CICCONE, A. ; FERRANT, A. 2015. *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod.
- DAVID, M. 2014. *Prendre soin de l'enfance*, Toulouse, érès.
- FRAIBERG, S. 2012. *Fantômes dans la chambre d'enfants*, Paris, Puf.
- GOLSE, B. 2019. *Le bébé et ses possibles*, Toulouse, érès.
- GOLSE, B. 2020. *Le bébé : du sentiment d'être au sentiment d'exister*, Toulouse, érès.
- GOLSE, B. ; MISSONNIER, S. 2021. *Le fœtus/bébé au regard de la psychanalyse. Vers une métapsychologie périnatale*, Paris, Puf.
- HAAG, M. 2002. *À propos de l'œuvre et de la personne d'Esther Bick*, Paris, autoédition.
- HARRIS WILLIAMS, M. (sous la direction de). 1998. *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.

- LEBOVICI, S. ; STOLÉRU, S. 2003. *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*, Paris, Bayard.
- MELLIER, D. ; DELION, P. ; MISSONNIER, S. 2015. *Le bébé dans sa famille, nouvelles solitudes de parents, nouveaux soins*, Toulouse, érès, coll. « 1001 BB ».
- MELLIER, D., VENNAT, D. 2018. « Évolution de la structure familiale et isolement des parents en Occident », dans R. Sandri (sous la direction de), *Le bébé dans son berceau culturel*, Toulouse, érès.
- MELLIER, D. ; HOUZEL, D. ; KAËS, R. ; MAZÉAS, D. ; ANZIEU-PREMMEREUR, C. ; RAVIT, M. ; AMADO, G. ; LHUILIER, D. ; PINEL, J.-P. 2023. *L'enveloppe psychique*, Paris, Dunod.
- MISSONNIER, S. 2015 *La consultation thérapeutique périnatale*, Toulouse, érès.
- MISSONNIER, S. 2020. *Clinique des métamorphoses*, Toulouse, érès.
- MISSONNIER, S. 2021. *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Genève, Elsevier Masson.
- PICCO, M. ; CAREL, A. 2002. « Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce », *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 1, p. 171-205.
- ROCHETTE-GUGLIELMI, J. 2022. « Des cinquante glorieuses du bébé aux 1000 jours : petit plaidoyer pour la complexité », dans M. Dugnat, N. Collomb, F. Poinso (sous la direction de), *Temps et rythmes en périnatalité*, Toulouse, érès, p. 71-104.
- ROUSSILLON, R. 2014. « L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique », *Cliniques*, vol. 2, p. 122-138.
- SALOMONSSON, B. 2018. *Psychodynamic Interventions in Pregnancy and Infancy*, Abingdon, Routledge.
- SQUIRES, C. ; CHETIOUI, S. 2019. « Psychothérapies de la famille et du bébé » dans D. Mellier (sous la direction de), *Quelles psychothérapies pour bébé ?*, Toulouse, érès, p. 133-154.
- VIAUX, S. ; DOMMERGUES, M. 2018. « Attention à l'attention. L'attention est-elle toujours bénéfique ? Effets secondaires du dépistage prénatal », dans M. Dugnat (sous la direction de), *Bébé attentif cherche adulte attentionné*, Toulouse, érès, p. 125-147.
- WILLIAMS, G. 1998. *Paysages intérieurs et corps étrangers*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot.
- WINNICOTT, D.W. 2000. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard.

Conjugaison des fils de vie et de mort en périnatalité

Hélène Oguibénine, Marie-Camille Genet

Nous proposons cette vignette clinique d'un suivi qui condense particulièrement les problématiques de vie et de mort en période périnatale. Dans cette histoire, l'intrication des différents événements, leur mise en récit à visée de symbolisation, dans le cadre des consultations, aidée par la fonction phorique du soignant qui sert alors de moi auxiliaire bénéfique et de lieu de détoxification pour la patiente de ses fantasmes mortifères, il aura fallu faire la part des choses entre les manifestations du deuil postnatal et le fonctionnement psychique sous-jacent et antérieur, et la manière dont ils se potentialisent afin de pouvoir percevoir la violence et le mortifère dans l'histoire de cette patiente.

Mme X et son conjoint ont été adressés en consultation de pédopsychiatrie périnatale dans notre CMP par un psychiatre d'adultes rencontré à la maternité, suite au décès néonatal de leur premier enfant, survenu dix jours plus tôt. En contexte de deuil périnatal, le parti pris du CMP est de faire recevoir le couple par un seul consultant (psychologue ou pédopsychiatre), alors que notre dispositif habituel – lorsque

Dr Hélène Oguibénine, praticien hospitalier, pédopsychiatre, responsable de l'hôpital de jour mère-père-bébé l'Ombelle et consultante à l'Aubier (Centre de consultations parents-bébés), service de pédopsychiatrie 92107, EPS Erasme, Antony (92).

Marie-Camille Genet, psychologue, psychothérapeute et consultante à l'Aubier, (Centre de consultations parents-bébés), service de pédopsychiatrie 92107, EPS Erasme, Antony (92). Docteur en psychologie, groupe hospitalier universitaire du Havre, service de pédopsychiatrie périnatale.

les parents viennent avec un bébé – est celui de la co-consultation, menée en binôme avec une éducatrice de jeunes enfants.

Le couple réside en région parisienne mais l'accouchement a dû être déclenché à vingt-neuf semaines de grossesse sur leur lieu de vacances, à cause d'un trouble du rythme cardiaque foetal pouvant entraîner la mort du bébé. Ce dernier, un garçon né très prématuré que nous appellerons Martin, n'a vécu qu'à peine quarante-huit heures. La grossesse n'était pas planifiée. Mme X avait arrêté sa contraception orale car elle en suspectait le rôle dans des fluctuations thymiques qu'elle connaissait en effet depuis plusieurs années. Les partenaires ne vivaient pas ensemble. Elle avait découvert sa grossesse après un week-end difficile, marqué par des conflits avec son compagnon. Cette découverte avait laissé place à une période d'intenses remaniements pour le couple, qui décida alors de s'installer sous le même toit, et, pour Mme X, de démissionner de son travail en milieu hospitalier, avec l'idée qu'elle retrouverait un poste plus tard. Elle avait été en proie, dès le second trimestre, à une peur de perdre le fœtus. La patiente nous parlera, après coup, d'une intuition de danger de mort, intuition décrite comme un intermédiaire entre un ressenti physique et un vécu psychique intense, l'empêchant de dormir et d'investir sereinement la suite de la grossesse : quelques jours avant la naissance, elle confiait à une amie sa peur que le bébé ne survive pas. Ressentant peu après un prurit des paumes des mains et des plantes de pieds qui s'accroissait, ainsi que des mouvements fœtaux moins fréquents, elle insista, malgré la réassurance d'un généraliste, pour consulter aux urgences, en pensant d'elle-même à une cholestase gravidique, s'appuyant sur ses connaissances médicales.

Première confrontation à la mort

Aux urgences, la cholestase est confirmée. Le rythme cardiaque du fœtus est pathologique, on suspecte une anémie sévère. Une transfusion sanguine à travers le cordon placentaire doit être tentée : on prévient le couple qu'il s'agit d'un geste à risque, qui sera réalisé sous coelioscopie et anesthésie péridurale. Le rythme cardiaque fœtal (RCF) se stabilise, le taux d'hémoglobine fœtale aussi. Mais deux heures plus tard, le RCF est de nouveau très inquiétant. La mère a développé des anticorps anti-hémoglobine fœtale, il y a désormais un risque léthal pour elle aussi. Une césarienne en extrême urgence est décidée, mais la péridurale semble avoir été moins efficace, selon le récit de la patiente : « J'ai été incisée à vif avant d'être endormie sous anesthésie

générale. » Le père, entre temps sorti pour déjeuner, ne trouve pas sa femme dans sa chambre à son retour : il la découvre avec un bébé entre la vie et la mort. Le bébé est très anémié, « livide ». On suspecte un effet d'hémolyse, une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Martin est réanimé : intubation, adrénaline intracardiaque. Le lendemain, ses pupilles sont aréactives et le surlendemain, il est en état de mort cérébrale. L'arrêt des soins est accepté par les parents, avec un accord tacite entre eux face à cette proposition médicale. Il décède dans les bras du père. De cet enfant qui n'a jamais ouvert les yeux ils garderont le souvenir d'un enfant aux yeux clos mais également une vision d'horreur, « des saignements des orifices du visage » en raison des désordres de l'hémostase en contexte de CIV. Les parents n'ont pas évoqué, dans les premières consultations, cette représentation effrayante de leur fils : le souvenir des yeux clos a été souvent révoqué et pris dans des liens associatifs multiples (un enfant endormi, un enfant apaisé, mais un enfant absent, contrairement à ceux qui sont bien présents, yeux grands ouverts), tandis que celui des saignements n'a été évoqué qu'une seule fois, tant il convoque, sans nul doute, une image plus violente qui renverrait aux parents une place d'agresseurs potentiels.

Nos consultations débutent à l'Aubier dans les jours qui suivent le décès du bébé, après le retour du couple chez eux. La mère avait déjà entamé avec le psychiatre de la maternité un traitement antidépresseur. Chez la mère coexistent un sentiment de vide béant, « d'amputation » d'une partie d'elle-même, et une colère. Colère contre ce bébé qui l'a « abandonnée », mais aussi colère contre le corps médical qui « ne [1] a pas crue » en fin de grossesse quand elle avait des intuitions de catastrophe, alors qu'elle était très inquiète, qu'elle ne dormait plus car elle sentait moins son bébé bouger. Une colère probablement amplifiée par l'angoisse du couple devant des médecins eux-mêmes dépassés par une situation obstétricale décrite comme rarissime, sans cause claire et dont nous avons su par contact avec eux à quel point elle avait eu un effet de sidération pour eux-mêmes et leur équipe.

Lors de ces premières consultations Mme X se sent responsable du décès, coupable de n'avoir pas pu sauver l'enfant. Elle n'a plus confiance en son corps, qui n'a pas été capable d'enfanter un enfant vivant, avec en filigrane un sentiment d'avoir même un corps meurtrier. Elle a des idées suicidaires. Elle voudrait « rejoindre » son bébé mort. Un traitement anxiolytique est ajouté au traitement antidépresseur, les consultations sont rapprochées.

Deuxième confrontation à la mort : une hémorragie massive sur rétention placentaire tardive

Deux mois et demi après le décès de Martin, aux environs du terme théorique de sa grossesse, Mme X est prise d'une hémorragie particulièrement sévère. Elle attendait d'être opérée quelques semaines plus tard d'une rétention placentaire partielle détectée à l'accouchement. Aux urgences, « le médecin n'a pas pu retenir un cri tant le sang jaillissait, avec un très gros caillot expulsé ». « Les soignants ont été aussi choqués que nous. » Conduite au bloc chirurgical immédiatement, elle décrit, au moment de l'induction de l'anesthésie, un vécu s'apparentant à une expérience de mort imminente : « Je me voyais auprès de mon bébé, était-il mort ou vivant ? mais il avait les yeux bien ouverts cette fois. » Après cet épisode Mme X nous dira qu'elle se sent plus légère, « sans ce «quelque chose du bébé» qui ne voulait pas sortir » et comme plus apaisée, comme si elle avait pu retrouver temporairement Martin au travers de cette expérience de mort imminente et se sentir moins coupable de sa mort. La coïncidence avec le terme théorique lui permet « d'arrêter d'attendre la fin de la grossesse », de clore cette période pour reprendre un peu l'espoir de continuer à vivre malgré la tristesse, le sentiment de vide, le « trou noir à l'endroit de la chambre » dans l'appartement. Néanmoins, cette coïncidence de dates réactive aussi chez elle un vécu de catastrophe inéluctable lié à cette même grossesse, un vécu d'étrangeté ainsi qu'une réactivation des souvenirs traumatiques de la naissance de Martin.

Troisième confrontation à la mort : l'annonce et le traitement d'un choriocarcinome placentaire

Quelques semaines après cette hémorragie, l'analyse anatomo-pathologique du résidu placentaire atteste que Mme X souffre d'une forme rare et agressive de cancer du placenta. Tout à la fois un coup de massue et un début d'explication possible du décès de Martin. Le couple traverse le choc de l'annonce d'un nouveau risque vital pour Mme X, associé à un « soulagement » qu'ait été identifié l'agresseur commun de Martin et de sa mère : « Au moins ce n'est pas mon corps qui est responsable de la mort de Martin. »

Débute une lutte contre l'ennemi commun et pour la vie, qui lui permet aussi une forme de vengeance de la mort de Martin : Mme X démarre sa chimiothérapie très combattive. Mais rapidement, son corps est mis à dure épreuve, avec la perte des cheveux, la fatigue

intense, les vomissements. Son psychisme aussi, elle a « tout perdu » : « J'ai perdu mon bébé, mon droit à la maternité, mon corps, mes cheveux, mon énergie, je n'ai plus rien. Je suis une image de mort. » Elle traverse des crises d'angoisse, en effet le méthotrexate de la chimiothérapie provoque chez elle, lors du bolus initial et tout au long des douze heures de perfusion, des nausées associées à un vécu de mort imminente et de dépersonnalisation-liquéfaction, voire de morcellement : « Je suis anéantie, liquéfiée, effondrée à l'intérieur de moi, je me vois mourir. » « Si on me touche les pieds et les jambes je me sens déjà un peu plus vivante » : Mme X décrit ainsi avoir eu un moindre vécu de « liquéfaction » lorsque son frère est passé la voir et a posé sa main sur ses pieds. Mme X a aussi des angoisses de mort, fondées sur la réalité de la fragilisation de ses organes, de son cœur en particulier, par la chimiothérapie : « Mon cœur va lâcher, je ne vais pas tenir le coup. » Son traitement psychotrope est adapté face à ces angoisses, angoisses à leur acmé lors des cures de chimiothérapie. Mme X bénéficie, en parallèle de notre suivi du deuil périnatal, d'un accompagnement psychologique au sein même du service d'oncologie qui la soigne. Ce double portage a été très investi par la patiente. Les thérapeutes se sont mis en contact pour clarifier leurs places respectives, partager leur vécu contre-transférentiel et l'effet de sidération de cette situation si extraordinaire, avec toute la dimension de fascination morbide que la situation induisait dans la relation thérapeutique. La poursuite d'un suivi au sein de notre consultation périnatale et parallèlement au soutien psychologique dans le service d'oncologie nous a posé question durant le traitement du cancer. Nous avons pensé et dit à la patiente que notre suivi symbolisait son potentiel de fertilité, sa maternité suspendue et en devenir, et qu'en cela il n'y avait pas lieu de le transférer ailleurs.

Le couple côtoie en effet la mort ou sa menace pour la troisième fois depuis la naissance très prématurée de leur enfant qui n'était ni vraiment vivant, ni déjà mort. Après avoir réchappé à une hémorragie massive la mère est confrontée à l'annonce de ce cancer placentaire qui explique après coup le décès du bébé et l'épisode hémorragique lui-même. Ce cancer a la particularité d'avoir débuté au même moment que la grossesse puisqu'il se développe spécifiquement dans le tissu placentaire. Sa surveillance durant la chimiothérapie est basée sur le taux de bêta-hCG, l'hormone également marqueur d'une grossesse. Non seulement il n'y avait pas (ou plus) de grossesse durant cette surveillance, mais il n'y avait pas non plus de bébé vivant aux côtés de cette mère. Pour pouvoir se battre contre ce cancer, il lui

faut oublier un peu que Martin est mort : « Je ne peux plus penser qu'il est mort, sinon moi je ne vis plus. Je laisse de côté ce deuil pour le moment. »

Enfin, Mme X est confrontée au risque de ne plus pouvoir être un jour mère : il n'est alors en effet pas du tout sûr qu'elle conserve son potentiel de fertilité, la chimiothérapie provoquant une ménopause artificielle, et toute ponction ovocytaire (obtenue par stimulation hormonale) en vue d'une conservation des gamètes est contre-indiquée dans sa pathologie. Mme X dit combien elle ressent une actualisation dans la réalité de sa « pire angoisse », celle de ne jamais être mère. « Peut-être que j'ai somatisé ma plus profonde crainte avec ce cancer. »

Durant cette période, Mme X nous demande de poursuivre le suivi sous forme d'entretiens téléphoniques pour s'épargner un déplacement, pour ne pas se montrer malade, en particulier sans cheveux, perdus dès les premières cures, mais aussi sans doute, même si elle ne le verbalise pas, pour ne pas être confrontée aux bébés des autres dans la salle d'attente. Ces entretiens ont été très riches dans la mesure où ils nous ont permis d'accéder à l'histoire infantile de Mme X.

La patiente a souffert d'angoisses de mort, de cauchemars et de dépression dès l'enfance, qu'elle met en lien avec des violences physiques de la part de ses deux parents, particulièrement de sa mère. Mme X parle d'une dépression post-partum sévère de sa mère à la naissance de son frère aîné, dépression qui se serait prolongée jusqu'à sa naissance à elle, quelques années après. Elle rapporte également une agression sexuelle à l'entrée dans l'âge adulte, l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire restrictif et des consommations « festives » de toxiques divers. Elle démarre alors un suivi psychothérapeutique. Ce suivi a duré jusqu'à sa première grossesse et s'est interrompu lors de son installation en région parisienne, peu avant le décès de Martin.

Dans ce contexte, cette crainte de ne jamais devenir mère nous semble évocatrice d'une identification à l'agresseur maternel, associée à l'introjection de la culpabilité maternelle en raison des violences que sa mère exerçait sur elle. Mme X dit qu'elle a été particulièrement la cible des colères de sa mère, et elle pense que son caractère d'opposition systématique (au lieu de la soumission attendue) en serait l'explication. Mme X s'est effectivement construite sur un mode combattif et agressif. Elle se décrit comme « rendant les coups », voire « les donnant s'il le fallait », en particulier au travers de la pratique d'un sport de combat au plus haut niveau et encouragée par son père qui lui a appris, selon ses termes, à « *lutter contre la douleur, à ne pas en tenir compte* ».

Cette angoisse de mort vécue pendant la grossesse pourrait être en lien avec une identification maternelle rendue impossible car trop angoissante ; un désir d'enfant et donc de devenir mère, barré par les sentiments trop ambivalents liés à l'idée même de devenir mère, de devenir comme sa propre mère, une identification au maternel rendu impossible du fait de l'histoire des négligences maternelles.

L'angoisse de « ne jamais être mère » dont Mme X fait état serait finalement celle de devenir « la mère », identique à sa mère, ce qui expliquerait l'impossibilité de Mme X à concevoir, de manière consciente, son désir d'avoir un enfant et de devenir mère en le pensant comme un projet de couple : sa deuxième grossesse (dont nous allons parler) sera découverte tout comme la première, « par hasard »...

Le bout du tunnel

Après cinq mois de chimiothérapie, le traitement est suspendu devant une bonne évolution, même si les oncologues restent très prudents. Mme X est moins intensément angoissée, mais décrit une autre sensation de vide, comme les semaines ne sont plus rythmées par les allers-retours à l'hôpital. Elle a pris 10 kg, entre la cortisone associée à la chimiothérapie et un besoin de « se remplir de nourriture ». Ses représentations de Martin sont maintenant celles d'un bébé « très vaillant », qui a survécu plus longtemps que n'importe quel fœtus : « d'habitude les choriocarcinomes placentaires provoquent une fausse-couche au premier trimestre ». Son bébé est « là », « sur [sa] poitrine », il « [l]'accompagne ». Elle est à nouveau une mère endeuillée qui garde un peu son bébé en elle, par le biais d'une fétichisation de cet enfant mort, un « fœtus objet-nostalgique » (Soubieux, 2008), fruit du travail de deuil « qui permet de penser l'absent, de lui donner sa place et de retrouver un fonctionnement psychique accompagné de désir ». De fait Mme X garde une tristesse importante mais une forme d'élan vital semble également reprendre ses droits, au travers de cette représentation de bébé « très vaillant ».

Cette reprise du travail de deuil est l'occasion pour Mme X de se rappeler combien son investissement maternel a été ambivalent depuis l'annonce de la grossesse : grossesse vécue initialement comme « imposée » puisqu'inattendue ; début de rêverie autour d'un enfant à venir ; puis suspension de cet investissement dans la réalité suite à la mort du bébé ; colère vis-à-vis de cet enfant qui l'a « abandonnée » ; enfin, après une phase quasi-mélancolique, réinvestissement sous cette forme particulière de « fœtus-objet nostalgique ». Cette représentation

du bébé « sur la poitrine » semble également contenir l'ambivalence de cet investissement, lourd du poids du deuil qui lui pèse.

Quant au cancer, elle a l'impression que ce n'est pas vraiment elle qui l'a vécu et qui a failli en mourir. « J'étais tellement prise par la tristesse de la perte de Martin que je n'ai pas eu vraiment peur de mourir. » Au-delà du phénomène de déréalisation lié à la dissociation traumatique à fonction de protection du Moi, cette phrase que Mme X livre après coup semble en contradiction avec ce qu'elle disait au cours de la chimiothérapie (« Je ne peux plus penser qu'il est mort, sinon moi je ne vis plus »). Mais si l'on pense l'investissement maternel de Martin comme de nature principalement narcissique, on comprend qu'une partie de Mme X est « morte » avec lui, et que le risque de mort pour elle-même du fait du cancer lui semble alors moins dangereux. De plus, le cancer semble avoir eu une fonction de soulagement d'un vécu meurtrier face à son enfant mort, vécu sous-tendu par des fantasmes mortifères par identification à l'agresseur maternel : l'agresseur n'est pas elle-même mais bien le cancer, dont elle risque maintenant de mourir comme son bébé.

Une nouvelle grossesse « en guise de rémission » du cancer

Un an après notre rencontre, et alors que notre suivi est toujours en cours dans ce contexte de travail de deuil périnatal bousculé dans sa temporalité par la découverte et le traitement du choriocarcinome placentaire, Mme X nous annonce sa nouvelle grossesse, avec une relative mise à distance émotionnelle que nous avons reliée à un effet de dissociation traumatique. En effet celle-ci a été découverte peu après l'annonce de la rémission, et grâce à la surveillance du taux de beta-hCG, marqueur du choriocarcinome placentaire qui doit rester très bas si la chimiothérapie a été bien efficace. Ce taux s'est trouvé brutalement augmenté. Branle-bas de combat chez les oncologues, qui convoquent la patiente aux urgences. En lieu et place d'une rechute tumorale, c'est un embryon qui est aperçu à l'échographie faite aux urgences, corrélant donc le taux élevé de beta-hCG non pas à une rechute tumorale, mais bien à une nouvelle grossesse. La première réaction du couple est celle de la surprise et de la colère mêlées d'angoisse : encore une grossesse qui arrive par surprise, alors que Mme X se croyait condamnée à l'infertilité, et alors que sa rémission est si récente et si fragile. À noter que seule une contraception mécanique était tolérée par les oncologues à ce stade...

Les oncologues, quoique prudents, ont a priori rassuré le couple quant au risque faible de récurrence, mais sont désormais privés du scanner pour surveiller les récurrences. Les nausées de début de grossesse rappellent à Mme X celle de la chimiothérapie, elle ne se sent pas « vraiment enceinte ». Elle se demande même si elle a le « droit » d'attendre un nouveau bébé, vis-à-vis de Martin. Initialement Mme X pense attendre une fille, probablement comme une façon de conjurer le risque de répétition de l'événement traumatique, et aussi de conférer à Martin un statut d'objet-nostalgique unique et singulier. Les échographies bimensuelles ont vocation à surveiller tout à la fois le développement de l'embryon et celui du trophoblaste, pour en repérer une éventuelle nouvelle dégénérescence. Mme X se sait méfiante face au corps médical, doit-elle faire pleinement confiance aux médecins ? « Si je leur avais fait totalement confiance, Martin serait mort dans mon ventre, et je n'aurais plus jamais pu faire confiance à mon ventre. »

En consultation nous sommes traversées, ensemble, de toutes ces questions qui entremêlent la vie et la mort : comment passer du statut de malade au statut de femme enceinte ? Comment abriter la vie et attendre un bébé qui grandit dans le lieu même où s'est développé une tumeur ? comment attendre un bébé quand on a cru, un instant, « attendre » un nouveau cancer et que les oncologues continuent à traquer ce dernier risque ?

Une nouvelle hypothèse concernant le destin de Martin est suggérée aux parents au début de cette nouvelle grossesse, celle d'un jumeau qui ne se serait pas développé et dont le trophoblaste aurait involué puis dégénéré de façon tumorale. Cela pourrait expliquer la survie exceptionnelle jusqu'à vingt-neuf semaines de grossesse de Martin, alors que les fœtus ne survivent habituellement pas en contexte de môle placentaire. Les artères utérines auraient ensuite contribué à hypervasculariser la tumeur, au détriment du fœtus, ce qui expliquerait l'anémie fatale à Martin. Mme X explique avoir ressenti de la colère lorsque le gynécologue lui a montré son enthousiasme « que Martin ait vécu si longtemps ». Elle reprend alors sa représentation d'un fœtus « combattif », luttant malgré l'hypovascularisation, « robuste », auquel elle peut s'identifier puisqu'elle-même a failli mourir déjà plusieurs fois.

Le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse sont marqués à la fois par des inquiétudes face au risque, faible mais bien existant, de récurrence, et par des angoisses de mort réactivées à l'approche du

terme de la grossesse précédente, auquel Martin était né et mort. Le couple sait qu'il attend un deuxième garçon : il y a très peu d'expression d'affects lors de cette annonce. On n'observe pas de rechute dépressive et Mme X, qui avait arrêté en début de grossesse et de son propre chef le traitement psychotrope démarré pendant le deuil périnatal, ne traverse pas de phase de désorganisation anxieuse massive comme après le décès de Martin ou pendant la chimiothérapie. Cette fois-ci, contrairement à sa première grossesse, Mme X ne perçoit pas de signaux de menace à l'encontre de son fœtus. Tel un renversement de situation comparativement à la première grossesse, Mme X est moins inquiète que certains spécialistes, telle la sage-femme chargée du monitoring hebdomadaire. Mme X finit par la congédier tant cette professionnelle, selon les dires de la patiente, lui « transmettait sa charge d'angoisse » à l'approche du terme : l'issue dramatique de la précédente grossesse, telle une épée de Damoclès, semble avoir biaisé l'objectivité de certains soignants dans la surveillance de la deuxième grossesse, tant il faut supporter l'idée d'être, peut-être, celui à qui reviendrait d'annoncer une nouvelle catastrophe.

L'illusion d'omnipotence de cette patiente a par ailleurs été mise en lumière dans le contre-transfert éprouvé par le thérapeute : Mme X avait ses propres hypothèses, elle amenait une interprétation propre de ses émotions ainsi que des liens intrapsychiques intéressants voire fascinants, amenuisant la fonction de miroir du thérapeute. La sidération traumatique éprouvée dans le contre-transfert, face à cet événement dramatique à plus d'un titre, a sans doute également contribué à limiter les capacités d'intervention du thérapeute dans la relation thérapeutique.

Naissance de Gabriel

Mme X a pu aller au bout de sa seconde grossesse. Une rupture utérine, possiblement liée à la dilatation du col par ballonnet, a cependant marqué la naissance de Gabriel, avec une douleur importante et soudaine qui n'a pas été comprise comme telle par l'équipe, tant Mme X, « habituée à souffrir », comme elle le dit elle-même, « supportait bien la douleur ». La péridurale a ainsi tardé à être posée. Une césarienne a dû prendre le relai devant une progression trop lente du fœtus. Gabriel est finalement né en bonne santé, à terme. Mme X dit n'avoir pas dormi durant les premières vingt-quatre heures, âge auquel Martin était mort, tant elle voulait surveiller chaque régurgitation et chaque mouvement de Gabriel. « Après quatre-vingt-dix heures sans sommeil »

elle accepte de confier Gabriel à la nurserie pour une nuit. Le retour au domicile est empreint d'une certaine tristesse : « Martin n'était jamais rentré à la maison. » Les parents de Mme X viennent soutenir le couple auprès de Gabriel les tous premiers jours, leur présence est perçue comme bienveillante.

Un nouveau suivi parents-bébé débute dans notre CMP, cette fois-ci en co-consultation, avec l'introduction d'une éducatrice de jeunes enfants, ce qui signe la reprise d'un cadre habituel de consultation que nous n'avions pas pu mettre en place jusqu'ici. Gabriel nous est présenté à 15 jours de vie. Il est frappant de constater combien ses yeux sont grands ouverts, avec un regard très intense tourné vers ses parents, en particulier vers son père qui lui donne un biberon de lait maternel lors de notre première consultation. Cette qualité de regard persiste durant les deux premiers mois de vie, s'adressant ensuite aux autres adultes qui entrent en interaction avec lui. Mme X peut nous dire que cela la rassure de le voir si présent, éveillé, que cela lui semble « un signe de vivacité ». Vitalité ? Elle perçoit la charge d'angoisse qui la traverse à ce moment-là. Elle n'en est pas submergée, et peut même la tempérer, en repérant la tonicité de la tête de Gabriel, sa capacité, rapidement, à tourner la tête sur le côté lorsqu'il régurgite, par exemple.

Gabriel grandit

Le suivi parents-bébé se poursuit, avec une demande du couple d'être soutenu dans leur rencontre avec cet enfant vivant et si différent du premier.

À 4 mois de vie, Gabriel « fait un malaise » au cours d'un biberon. Ses parents le trouvent brutalement « tout mou », mais réveillable, « dans un état inhabituel ». La mère, en particulier, est extrêmement inquiète. Le couple traverse la période du deuxième anniversaire de naissance et de décès de Martin. Après plusieurs heures d'attente et vingt-quatre heures d'hospitalisation, aucun diagnostic n'a permis d'expliquer l'origine du malaise de Gabriel.

Autour de 10 mois, Mme X s'inquiète des morceaux que Gabriel mange, qui pourraient « l'étouffer ». Quelques consultations où Gabriel mange un boudoir ou des morceaux de fruit, puis un bilan de l'oralité avec notre orthophoniste, permettent de désamorcer le processus, Gabriel se débrouille très bien avec les morceaux et la mère est rassurée. Les projections maternelles mortifères semblent avoir pu être désamorçées. De nouveau, un an plus tard, à 16 mois, Gabriel est amené

aux urgences : il s'est mis à boiter brutalement, jusqu'à éviter même la marche. Là encore, aucun diagnostic ne peut expliquer ce symptôme. Un ostéopathe consulté le lendemain repère tout de même une blessure de l'orteil qui pourrait expliquer l'ensemble du tableau...

Conclusion

L'intuition de Mme X quant à une catastrophe pour son premier fœtus peut être comprise comme l'expression de fantasmes mortifères anciens, dont la mort de Martin est venue révéler un phénomène d'identification à l'agresseur. Ce phénomène semble n'avoir pas eu lieu pour le deuxième enfant : nous faisons l'hypothèse que le cancer survenu entre-temps a eu une fonction libératrice quant à cette identification à l'agresseur meurtrier, et que le suivi psychothérapique a permis en partie une détoxification des fantasmes mortifères à l'œuvre chez cette patiente.

Néanmoins, des traces traumatiques restent présentes dans la relation mère-enfant. Le père contrebalance en partie les projections maternelles mais il se range souvent aux impressions de sa conjointe lorsqu'il s'agit de la santé de leur fils : « son angoisse est contagieuse », dit-il. Lorsque nous évoquons la possibilité de soigner les souvenirs traumatiques de la mère, par exemple par le biais de séances d'EMDR (*eye movement desensitisation and reprocessing*), Mme X est inquiète de « perdre » les souvenirs de Martin. Il nous reste du chemin en consultation.

Par ailleurs, nous voulons souligner que l'intensité clinique des symptômes mélancoliformes, l'histoire infantile traumatique de la patiente, les phénomènes de déréalisation-dépersonnalisation et la qualité du contre-transfert ressenti en consultation ont constamment sollicité chez nous des hypothèses psychopathologiques quant à un fonctionnement limite chez celle-ci, bien que leur survenue et leur intrication en période périnatale ici hautement traumatique nous aient également incitées à la prudence : il n'a pas toujours été aisé de différencier ce qui relevait de phénomènes traumatiques aigus, de phénomènes de réactivation post-traumatique classiques en périnatalité, de ce qui relevait d'un fonctionnement limite préexistant, nous rappelant que nous avons toujours affaire, en clinique périnatale, à l'ensemble de ces hypothèses entremêlées, et, ici, singulièrement illustrées.

Bibliographie

- BERGERET, J. 2014. *La violence fondamentale*, Paris, Dunod.
- BYDLOWSKI, M. 1997. *La dette de vie*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- CORMAN, M. ; MONIER, F. ; SICARD, A. ; DA FONSECA, A. ; DIDELOT, T. ; HALLEZ, Q. ; KCHANI, A. ; SALOMONE, M. ; VICHY, G. ; DAMBRUN, M. 2017. « L'expérience de mort imminente (EMI) : une synthèse de la littérature », *L'Année psychologique*, n° 1, vol. 117, p. 85-109.
- HORVILLEUR, D. 2021. *Vivre avec nos morts*, Paris, Grasset.
- ROQUES, J. 2016. *L'EMDR*, Paris, Puf.
- SOUBIEUX, M.-J. 2008. *Le berceau vide. Deuil périnatal et travail du psychanalyste*, Toulouse, érès, coll. « La vie de l'enfant ».
- VIVIER-VACHERET, C. 2017. « L'apport de la théorie de la violence fondamentale et du groupal dans une cure individuelle », *Connexions*, vol. 107, n° 1, p. 123-130.

L'enfant et le lignage : troubles dans la filiation. À propos de quelques situations en Afrique et en milieu africain en France

Olivier Douville

Généralités

Le propos de cet article est centré autour de la notion du lignage. De cela revient-il que je m'explique. On pourrait ici évoquer la notion de généalogie dont la métaphore conventionnelle est l'arbre généalogique aux branches nourries et aux racines indistinctes. Cela ne suffit pas. La notion de lignage nous emporte plus avant : le lignage n'est pas uniquement référencé aux parents, aux grands-parents, aux cousins, cousines etc., et ce, pour une raison bien nette : le lignage fait référence à l'ancêtre. Or cette notion d'ancêtre est complexe. L'ancêtre n'est pas le super-grand-parent. Lorsque quelqu'un meurt il est candidat à devenir ancêtre, mais il ne l'est pas d'emblée. Les funérailles ont lieu et, très souvent, ce temps des funérailles rejoue le moment de la naissance puisque beaucoup de cultures enterrent le placenta – en terre d'exil, ici en France, beaucoup de mamans africaines demandent encore à récupérer le placenta pour l'enterrer. Ce n'est pas le jeter, l'enterrer. Enterrement le placenta, cela veut dire que l'on accueille l'enfant dans un monde humain caractérisé par une dimension proprement humaine qu'est l'invention de la sépulture.

Olivier Douville, psychanalyste, membre d'honneur du Collège international psychanalyse et anthropologie, membre titulaire du laboratoire CRPMS, université Paris-Cité, directeur de publication des Cahiers de l'enfance et de l'adolescence. douville.olivier@yahoo.fr. 22 rue Louise-Émilie-de-la-Tour-d'Auvergne 75009 Paris.

Allez dans un village de Casamance, par exemple, et demandez autour de vous quel est le sens profond des rites de naissance ou des rites de mort, vous allez entendre des versions tout à fait différentes de ce à quoi cette prescription renvoie. C'est pourquoi il est absurde de soigner quelqu'un parce qu'il est étranger comme s'il fallait lui imposer une représentation totalisante, unifiée, de ce que sont la folie, la mort ou le sexuel. Ces trois thèmes touchent au réel et personne ne trouve totalement dans les opinions communes et les théories populaires de son groupe culturel de quoi saturer l'angoisse que soulèvent les surgissements de ces points de réel. S'en trouvent diversifiées, d'un individu à un autre, l'élaboration de la folie, celle de la mort ou celle du sexuel. En ce sens, à la question que pose l'observateur extérieur « Pourquoi enterrez-vous le placenta ? », les réponses peuvent varier. Ainsi certains vous diront que l'enterrement du placenta c'est important parce que ce n'est pas bon, c'est sale ce bout de chair, il faut l'enfouir. Pourtant ces esprits hygiéniques ne passent pas leur temps à enterrer tout ce qui n'est pas bon et tout ce qui est sale. C'est une explication un peu courte. D'autres vous diront qu'il faut enterrer le placenta parce que le placenta est le double de l'enfant. C'est le double de l'enfant, oui c'est vrai¹.

D'autres, peut-être un peu plus lettrés, tiennent une autre version. Selon eux, le placenta doit être enterré parce que l'enfant doit être élevé comme un être humain, et quel est le trait distinctif de l'humanité ? qu'est-ce qui différencie la nature de la culture ? C'est sans doute la prohibition de l'inceste, disait Lévi-Strauss – et il n'avait pas tort. Mais très certainement, quand vous étudiez sur le terrain les représentations de la césure et du lien nature/culture, on vous dira que ce qui différencie la nature de la culture c'est que l'espèce humaine a inventé la sépulture. Et donc accueillir à demeure cet étranger qu'on appelle l'enfant, avant de le façonner dans un monde qu'on sait régi par le lignage, revient à le façonner dans la dignité de rejoindre ceux qui ont su inventer la sépulture, et c'est bien cela que célèbre l'enterrement du placenta dans un passé réminiscent que chaque naissance humaine actualise.

L'idée que j'avance ici est celle de la surdétermination des rituels. Elle s'énonce ainsi : un rituel en rejoue un autre, et c'est le rituel funéraire qui se fait le mémorial des rituels antérieurs vécus à l'échelle

1. Les premiers conquérants français du Cambodge témoignaient que lorsqu'ils étaient reçus par les souverains locaux, ils voyaient, posée juste à côté du trône, une chaise surchargée d'ornements et de pierreries sur laquelle était posée une noix de coco laquée renfermant le placenta du monarque.

d'un sujet pris dans la course de sa vie. Ainsi, chez les Yorubas², les chants de circoncision sont également repris dans des chants funéraires. Cela s'est un peu conservé dans le *New Orleans Jazz* puisque lorsque quelqu'un décédait à La Nouvelle-Orléans le chant qui accompagnait la mise en terre était, si je traduis les paroles de *Didn't He Ramble* : « est-ce qu'il s'est bien baladé sur Terre ? Il a roulé sa bosse jusqu'à ce que le boucher le coupe ». Alors en entendant « jusqu'à ce que le boucher le coupe », nous tombons sur un os. Nous ne comprenons pas tant ce qu'une telle allusion vient faire dans une cérémonie d'enterrement, si nous ne sommes pas avertis que les chants funèbres yoruba reprennent *a cappella* les chants prononcés lors des cérémonies de circoncision, moment d'alliance entre le corps du jeune et la construction utopique du corps humain viril relié à l'ancêtre. La mort ne saurait à elle seule transformer le défunt en ancêtre. Cette transformation dépend d'un passage ritualisé qui inscrit le défunt, de façon progressive, dans le monde des morts. Des anthropologues comme Robert Hertz (2015) parlent, pour certaines sociétés de doubles obsèques, les premières étant consacrées au traitement du cadavre (et lors de cette période l'esprit des morts parce qu'il est ambivalent peut être dangereux), les secondes guérissent cet esprit du mort de son appétit de destruction et de la manie qu'il a de perturber le cours ordinaire de l'existence des vivants. C'est ainsi que, redoublées, les obsèques peuvent transformer le disparu en ancêtre. Il devient alors un être nommé auquel on s'adresse de façon ritualisée afin de célébrer de la sorte les lignées et les filiations. Ce monde ancestral est classiquement composé de deux fractions : les ancêtres directs qui sont souvent de faible profondeur généalogique (quatrième, cinquième ou sixième génération d'avant l'adulte vivant qui se réfère à eux) et les ancêtres mythiques, ces figures transcendantes situées à la jonction du mythe et de l'histoire, ou encore ces entités totémiques dont Freud a tenté de situer la place qu'elle prenait dans le fonctionnement inconscient. Cette distinction ne dresse pas une barrière infranchissable : les ancêtres de fraîche date ou « ancêtres proches », c'est-à-dire ceux qui sont parvenus récemment à ce statut, étant destinés à s'abstraire dans un continuum généalogique assez rigide. Les sociétés à archives et à « autel des ancêtres » peuvent abriter des pièces d'archives (siège rituel en Afrique de l'Ouest, autel des ancêtres en Chine et au Viêt Nam) qui empilent des tablettes ou des traits gravés s'étageant sur un nombre très important de génération

2. Les Yorubas ou Yoroubas (*Yorùbá*) sont surtout présents au Nigéria, sur la rive droite du fleuve Niger, mais vivent aussi au Bénin, au Ghana, au Togo, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire où ils sont nommés *Anango*.

(parfois jusqu'à vingt-cinq parfois). Les modalités d'accès au statut d'ancêtre dépendent souvent de la place du défunt dans l'unité de la descendance et peut ne concerner alors que les hommes. Ce sont bien entendu les descendants qui font tenir la possibilité d'une ancestralité. Seules des sociétés traditionnelles très rudement ébranlées dans leurs fondements symboliques et réduites à des survies lancinantes oublient leur rapport à l'ancestralité. Elles se vivent parfois comme les témoins survivants d'une modalité très mélancolique et cruelle du lien à l'ancêtre, elles attestent que le vouloir de tout antécédent symbolique leur devient inaccessible, pour autant que le système ancestral a délaissé sans recours ce qu'il a organisé jusqu'alors maintenu.

On observera souvent que, dans un monde traditionnel encore vivant dans ses équilibres, les dettes aux ancêtres se répartissent autrement pour les vivants selon l'ancestralité à laquelle ils ont affaire. Si les ancêtres lointains sont les garants des normes et des idéaux de telle ou telle configuration sociale dite « traditionnelle », c'est cependant au nom des ancêtres proches que se font les arrangements autour des petites dettes, les discussions autour des transmissions des biens et des privilèges. Bref, on honore les premiers et on négocie avec les seconds. Le langage avec les ancêtres du lointain, ces figures ultimes de l'autorité, est très codé, les sacrifices très ritualisés et tenus pour devant être permanents, on discute davantage entre vivants pour établir ce qui est dû aux ancêtres proches, et comment on peut se concilier leur bienveillance. Fixation du langage dans un sens, flux de la parole dans un autre, on retrouve là l'opposition dynamique entre langage et parole dont Lacan (2001) nous entretient dans son « Discours de Rome ».

Enfin, permettez-moi une dernière petite mise au clair : le culte des ancêtres est lié au culte des morts mais il ne s'y superpose pas. Le culte des morts est souvent associé à un culte qui célèbre l'intrication féconde de la vie et de la mort, dans la mesure où les sociétés « traditionnelles » ont une conception cyclique des temporalités. Le culte des ancêtres vise surtout à recomposer les bases des pratiques symboliques entre les vivants et permet de réaffirmer que, dans un monde traditionnel – où les uns et les autres se reconnaissent comme des individus sacrificiants –, ce sont bien autour des dispositifs de dette que s'arriment les commandements de la loi. En cela Marcel Mauss ne fait pas, avec son thème solide de l'« être pour la dette », que préfigurer les thèses de Lévi-Strauss portant sur l'échange, il va sans doute ailleurs, précisant qu'il y a toujours des moments de non-harmonie et de déséquilibre dans les combinatoires des alliances et des dettes (Mauss, 1973).

Si le thème de l'ancêtre est intéressant autant pour les anthropologues que pour les psychanalystes, c'est qu'il permet de situer également et sinon plus encore ce qui se joue dans les effondrements de ces rapports à l'ancestralité. La question se précise car, aujourd'hui, ce que les ethnologues rencontrent sur leurs terrains de recherche sont peu des mondes stables et des cultures étanches, mais des conditions de métamorphose culturelle et de métissage parfois dans des mondes en rupture et en changement.

L'enfant et l'ancêtre

J'ai choisi il y a fort longtemps d'aller mener mon stage de psychologie clinicien en formation professionnelle (DESS, aujourd'hui master professionnel) à Dakar dans le service de psychiatrie dirigé par le Pr H. Collomb. À l'époque, à la toute fin des années 1980, deux faits mettaient le service de Dakar en ébullition : d'une part les psychoses puerpérales qui la plupart du temps ne sont pas du tout des psychoses et d'autre part, l'enfant dit « *nit ku bon* ». L'enfant dit *nit ku bon* est une vedette au box-office « ethnopsychiatrique », puisqu'on l'appelle maintenant « enfant-ancêtre » par un petit tour de force. En fait, il y avait souvent un lien entre ces femmes qui disaient : « cet enfant n'est pas de moi », « il faut que j'aille chercher mon enfant dans le royaume des morts »... des choses comme ça, et le fait que cet enfant était réputé être *nit ku bon* (ce qui se traduit par « celui qui part qui et revient »). Qu'est-ce que cela veut dire ?

Cela peut vouloir dire que vous avez affaire à une maman qui a perdu beaucoup d'enfants et puis il y en a un qui tient le coup, qui résiste et qui est viable. Il est viable et on fait à son propos des rêves étonnants, par exemple qu'il réclame un boubou blanc – qui est plutôt la tenue que l'on met pour les funérailles dont je parlais plus haut –, ou qu'il a quelque particularité de naissance telle que le placenta coïncé sur le haut de son crâne – ce qui impressionne toutes les cultures du monde, d'ailleurs c'est à cela qu'en Laponie on reconnaît les chamans. Voilà le premier cas de figure.

Le deuxième semblait, lui, être une nouveauté, c'est-à-dire quelque chose que même les travaux fondateurs de Jacqueline Rabain (1994) ou d'András Zempléni (qui a fait toute une étologie et un examen de la médecine traditionnelle coutumière chez les Lébois, les Wolofs et les Sérères du Sénégal) ne mentionnent pas : à savoir qu'est aussi réputé enfant-ancêtre – soit *nit ku bon* – l'enfant que dans sa psychose puerpérale la maman ne reconnaît pas.

Or, dès que l'on mentionne le lien de la mère et de l'enfant, furtivement mais pas subrepticement, se glisse évidemment la question anthropologique. C'est-à-dire qu'il est important de situer dans quel(s) modèle(s) de rationalité culturelle se réfère qui dit : « je suis une mère », « c'est un enfant », qui pose la question : « à qui appartient l'enfant ? », ou : « qui peut s'occuper de l'enfant ? »

Dans une communauté villageoise ou une communauté de quartier, que ce soit à Dakar, à Bamako, à Cotonou, etc., l'enfant bien sûr sait qui est sa mère et sa mère généralement sait que c'est son enfant. Mais l'enfant appartient aussi un peu à tout le monde ; cela ne veut pas dire de façon indistincte. Je ne sais pas comment une maman occidentale supporterait que dans le bus, dans le métro, ou dans la rue, une autre maman se mette à lui dire : « Ton gosse il ne faut pas t'en occuper comme ça, tu dois t'en occuper comme ça. » Je crois que cela n'irait pas très paisiblement, mais en Afrique c'est comme ça. En Afrique, la responsabilité de l'éducation de l'enfant, si elle renvoie à une relation privilégiée entre la mère et l'enfant, puis avec le père ensuite quand il est un peu plus grand, il reste sous le regard d'un collectif. Il est sous le regard d'une communauté. Cela est un premier point.

Il me faut ici préciser un deuxième point : si on utilise des catégories aussi floues que la personnalité culturelle, on n'a aucun moyen de repérer où se place la démarche anthropologique. Nous sommes pour entreprendre un tel repérage à peu près aussi équipés que Don Quichotte confondant l'ombre des chevaliers errants avec le mouvement tournant des ailes d'un moulin au ralenti.

Il est tout à fait important de souligner que cette question « à qui appartient l'enfant ? » correspond à une sanction sociale. Une sanction n'est pas une punition mais un acte d'authentification. Les rituels de naissance et les rituels de sevrage – sur lesquels Jacqueline Rabain a porté une attention remarquable – permettent de relier l'enfant à une mère socialement reconnue comme mère (ce n'est pas la dyade) et par ailleurs, le corps de l'enfant apparaît comme le lieu, le carrefour de messages et de codes sociaux ; il n'est pas la propriété de la mère. Cela ne nous renseigne évidemment en rien sur le degré d'investissement fantasmatique. Bien sûr, comme le soulignait l'anthropologue et psychanalyste Georges Devereux (1985), nous avons sur tout phénomène social et culturel qui semble être une exception ou un excès par rapport aux standards de comportements un regard anthropologique qui codifie les grandes catégories rationnelles et culturelles par lesquelles le lien est authentifié et un regard psychopathologique ou psychanalytique qui essaye de voir la signification singulière qu'a

pour les acteurs le fait de rentrer dans ces modèles atypiques et de les adopter.

Bien évidemment, ce dispositif épistémique rencontre vite ses limites. En effet, comme nous l'avons souligné (Douville, 2005, 2014) et ainsi que le remarque également avec une logique implacable Sylvain Gouriou (2012), ou le sujet excepté reste considéré comme *n'importe quel* sujet en « inconduite » et est alors identique aux autres, ou bien il est considéré comme *un* et irréductible aux autres. Il est impossible de tenir en même temps ces deux fils épistémiques.

Néanmoins il se tisse un discours social concernant tout enfant dont la naissance et le développement font figures d'exception. Les questions déferlent : « Qu'est-ce que cet enfant ? quelle place a-t-il ? y compris par rapport à l'histoire de ses géniteurs devenus ses parents ? » En effet, culturellement les géniteurs deviennent des parents parce que l'enfant est adopté par sa famille. Ce sont là deux types de regards différents. Mais alors l'enfant *nit ku bon*, (l'enfant que l'on appelle ancêtre) qu'est-ce que c'est ?

Là, il faut faire un peu attention parce que quand on est sur le terrain anthropologique, ou même lors de consultations « psy » (je pense à mes amis wolofs ou à une patiente bambara que je suis actuellement et qui vient me voir avec son enfant de 5 ans deux fois par semaine) si on demande aux gens : « Est-ce que vous croyez que votre enfant est un ancêtre ? » ils vont vous rire au nez. Vivre dans un système où la dimension de l'absolu que l'on se donne se trouve reliée à la croyance n'est pas une situation universelle. Soyons pragmatiques. Trop souvent quand on parle des cultures africaines, haïtiennes, antillaises, ou que sais-je encore, nous vient une tentation propre à ce qui reste de notre embrigadement monothéiste à considérer que les cultures des autres sont des cultures de l'occulte, de la magie et de la sorcellerie. Mais ça c'est pour le musée Grévin ! Les cultures des autres, ce sont des cultures de l'interaction et du calcul. Quand on parle d'un ancêtre qui est venu visiter l'enfant, il ne s'agit pas de faire un exorcisme. Cela n'a rien à voir ! L'exorcisme est un artifice fondamentalement monothéiste, chrétien et catholique – c'est-à-dire le monothéiste le plus païen qui soit. Il ne s'agit évidemment pas de dire : « Un esprit est venu vous voir ? [comme si vous aviez un rhume de cerveau, un furoncle ou une bosse] Eh bien on va vous en débarrasser ». D'abord vous devez accueillir l'enfant comme un messenger de cet esprit. Mais qu'est-ce qu'il veut ? Pourquoi il vient nous voir ? Qu'est-ce qu'il a à raconter ?

Ici doit être surmontée une double ambivalence par le rituel et les discours familiaux et sociaux qui en dérivent. D'abord l'ambivalence

des hommes et des femmes qui se tiennent avec leur statut devant l'ancêtre revenu par le biais de cet enfant *nit ku bon* et ne savent pas déchiffrer ce que leur veut cette ancestralité parasitaire. Mais plus encore doit s'entendre et se conjurer l'ambivalence des morts qui sont peut-être jaloux de notre misérable condition d'êtres vivants. Les morts sont peut-être jaloux que nous soyons vivants, alors ils vont faire un petit tour, une petite croisière parmi nous, et donc il faut pacifier ce qui nous reste de vie avec nos frères humains et avec nos ancêtres atrabilaires... C'est-à-dire que les cérémonies d'adorcisme – l'adorcisme c'est faire lien avec ; à l'inverse de l'exorcisme qui consiste à mettre au dehors – sont des cérémonies où l'on va essayer de faire un lien avec cet ancêtre en lui disant de ne pas trop se manifester. Et ce gosse il aura un statut à part. Quant à savoir comment vieillissent les enfants-ancêtres, ils se résorbent souvent dans la normalité³.

Si on prend maintenant ce que j'entends quand je suis dans les unités « naissance » de pédopsychiatrie à Bamako ou à Dakar, je constate un passage malheureux entre l'ambivalence adorciste concernant l'enfant-ancêtre et l'actuelle prolifération d'enfants-sorciers.

Les enfants-sorciers ont été repérés pour la première fois au Congo à Kinshasa lorsque des enfants soldats accompagnaient, portant sur eux des poussières de diamants et brandissant deux ou trois dollars américains, le président – qui venait de faire un coup d'État – en la personne de Laurent-Désiré Kabila. Soixante-quinze pour cent des enfants des rues aussi bien à Pointe-Noire qu'à Brazzaville disent qu'ils sont sorciers. Un enfant-sorcier c'est, au fond, la fin du tissage subtil dont j'ai donné les coordonnées hâtivement et que le lignage entretient entre la part hautement symbolique et la part maudite de l'ancêtre. C'est véritablement la pire accusation qui soit, d'être un sorcier. Là, il n'y a pas d'ambivalence, il n'y a pas de dialogue à avoir.

Il se trouve quand même qu'en dépit de ces gestes qui honorent l'ancestralité et qui permettent l'encastrement d'un nom il y a beaucoup de versions différentes et aucune culture n'a le monopole d'une version unique. Donc, si l'ancêtre continue à insister dans l'enfant, alors ce dernier n'est pas pour autant quelque chose qui représente un péril pour la société ; il représente un enjeu. Ce n'est pas parce qu'il a de l'ancêtre en lui que cet enfant sera agité par de sourds et implacables appétits de renverser les tabous anthropologiques de son groupe, c'est-à-dire de consommer cannibalisme et inceste. Il porte avec lui une parole de l'ancêtre qui n'a pas été entendue. Cette parole, il faut

3. J'en ai parlé il y a trois ou quatre ans avec Andréaás Zempléni lors d'un séminaire qu'avait mis en place mon ami Pierre-Henri Castel.

l'entendre. C'est pour cela qu'on va interroger l'enfant ancêtre comme s'il était à ce moment-là le haut-parleur d'une parole ancestrale dont les vivants ou ceux qui vivent là sont comptables. Voilà ce qu'est l'enfant ancêtre : une figure de médiation.

L'enfant sorcier, c'est autre chose. Il est le produit d'un collage entre deux termes qui devraient rester le plus éloignés possible. Ce sont les termes de la vie et de la mort. Claude Lévi-Strauss avait esquissé ce qu'on appelle « la formule canonique du mythe⁴ ». Pour lui, un mythe est un récit, il ne le niera pas. Mais l'articulation du mythe avec ce qu'il appelle la « gesticulation du rite » ne l'intéresse pas. Ce qui l'intéresse c'est de superposer les récits mythiques les uns aux autres, non pas pour les faire gonfler par mille variations mais pour essayer d'en repérer l'ossature, d'en dégager l'architecture logique et répétitive des nervures principales. La fonction primordiale d'un mythe n'est pas d'enchanter le monde. Bien sûr c'est une fonction, mais n'étouffons pas le mythe en le repliant sur l'aspect chatoyant de sa narration. Car ce n'est pas là-dessus que Lévi-Strauss va porter le fer de sa démonstration. La fonction d'un mythe est de rendre le monde tel que l'on puisse le rêver et l'habiter. Et si le mythe nous permet d'habiter le monde c'est parce que l'empan qu'il met en place nous évite d'être confrontés tout de suite aux situations les plus violentes, la vie, la mort. Le mythe est une construction d'opposés tendus en un effort considérable pour que les pôles de la vie et de la mort ne soient pas confondus ; il faut donc rendre le monde habitable de sorte que personne ne soit réduit à la situation de mort vivant.

Comment peut-on faire cela ? Par des manipulations que le mythe exprime et que nous comprenons alors tel qu'il est décortiqué et réorchestré par Lévi-Strauss. La lecture structurale insiste sur ces logiques d'opérations de distinction et de transitions qui se distribuent entre ces deux pôles majeurs que sont le mort et le vif. Entre la vie et la mort intercèdent des opérations qui vont se ramifier. Par exemple, nous dit Lévi-Strauss, sur l'axe de la vie, on posera l'agriculture, sur l'axe de la mort, la chasse. Mais, située sur ce plan-là, la chasse divise la mort. Car consommer la viande de l'animal tué entretient la vie. On donne la mort pour apporter des aliments qui vont être cuits. La chasse fabrique de la cuisson, ce n'est pas toujours vrai de l'agriculture. Qu'est ce qui est plus proche que la mort qui serait la chasse et ce qui est au plus proche de la vie, ce serait l'agriculture, contient

4. Cette formule fut proposée par Claude Lévi-Strauss dans *La potière jalouse*, Paris, Plon, 1965. Elle permet de poser le mythe non plus comme récit mais comme structure, autorisant un passage du discret au continu par une médiation progressive des oppositions. Elle fut amplement commentée par René Thom et Lucien Scubla.

en même temps l'affirmation la plus impérieuse qui est bien humain puisque la chasse est destinée à amener des produits qui sont cuits. Le mythe n'est pas d'abord un récit, mais un opérateur initiatique qui nous déplace dans un lieu autre. Il est une structure. Quelle est-elle ? C'est une structure qui rend compte de l'invention de la mort. Cela surprend, mais les hommes ont inventé la mort parce qu'ils avaient autrefois ce lourd privilège d'être immortels. Alors ne commençons pas à jalouser, parce que les patients en psychiatrie que je connais qui me disent qu'ils sont immortels ne connaissent vraiment pas la joie de vivre. Ils sont immortels dans un état... une espèce de cada-vérisation purulente vouée à l'éternité.

Donc les humains étaient immortels et puis il y a eu une erreur. Et les humains vont avoir une descendance puisqu'ils sont mortels. En même temps qu'ils inventent la mort, ils inventent le masque. Invention de la mort, invention du masque, invention du miroir qui n'est pas nécessairement le miroir spéculaire.

Ce mythe a comme vocation d'éloigner le plus possible la vie et la mort. Ce qui veut dire que dans la symbolique de tout mythe la différence fondamentale se situe entre les morts et les vivants, pas tellement entre les hommes et les femmes. Ce qui ne veut pas dire que dans les usages sociaux ces différences soient minimales.

La formule canonique du mythe ne peut nous faire oublier cependant que dans la mémoire des gestes et des voix, des danses et des masques, tout mythe est réactivé par le rite, qui le transporte sur une autre scène, celle d'un appel à l'imaginaire des confins entre naissance et disparition, entre temps anhistorique et dramaturgie actuelle.

Notes sur l'enfant dit « sorcier »

Un *enfant-ancêtre* s'insère très bien dans cette affaire. On le ré-institue dans la collectivité humaine, à savoir celle du lignage, en reconnaissant son aspect d'exception mais on le réinclut dans le lignage parce que l'on refait la part des choses. L'enfant *nit ku bon*, improprement traduit par *enfant-ancêtre* mais pas trop, remet en chantier ce que l'on pourrait appeler la formule du mythe ritualisée, à savoir cette possibilité par des rituels de disjoindre le mort du vif et de faire que notre temps humain ne soit pas un temps où continuellement la mort saisit le vif.

En revanche quand on parle de l'*enfant-sorcier* c'est la mort en acte, c'est la mort en œuvre. Il n'y a pas de médiation traditionnelle à avoir. C'est pour cela qu'ils sont terriblement et irrémédiablement exclus, et puis parfois récupérés au Congo par les Églises d'exorcisme

ou kimbanguistes mises en place autour du prophète Simon Kimbangu (1887-1951) ou plus rarement entendus dans leur mélancolie de « mort-vivant » par des équipes soignantes. L'enfant-sorcier est un enfant de la malédiction et la guerre crée une forme de malédiction sur le lien mère-enfant. Un enfant-sorcier c'est un enfant qui risque de commettre le pire, à savoir le matricide.

Les situations de violences extrêmes, dont les guerres, créent un désert généalogique et offensent le travail politique, culturel et psychique de « sépulturisation » des ancêtres et des parents. Ce qui est ainsi exclu de la symbolisation communautaire (c'est-à-dire du discours rituel et référentiel) revient dans le réel de ces enfants erratiques en survie et, dans la plupart des cas, en danger dans les rues des mégapoles. Les enfants, ces jeunes qui font peur et qui ont peur, portent, pour beaucoup, la réputation lourde de conséquences d'être des ancêtres malveillants, ou même des sorciers extrêmement dangereux. À propos des mineurs sous la guerre, il est remarquable de constater la proximité entre les rituels d'enrôlement (meurtre d'un proche, simulacre – ou non – de cannibalisme) et ce qui est dit des pratiques sorcières. Nous tenons à distinguer ce qui est en jeu dans la violence de l'initiation d'avec les procédures d'enrôlement des enfants. Dans le premier cas, l'initiation consiste en une confrontation avec la valeur ambivalente de la parole, et en une confrontation à sa mort symbolique du jeune qui va se séparer de ce qui demeure en lui d'un infantile de son corps et qui « passe » d'un Autre maternel et familial à un Autre qui est à la fois social et occulte. Dans l'enrôlement, rien de tel : le jeune n'est pas voué à contempler ce qui fait la loi humaine, ce qui constitue la doublure sacrée de la parole humaine. Tout au contraire, son entraînement vise à renverser dans une mécanique lugubre et implacable tous les tabous anthropologiques d'une société, dont celui du respect aux morts et à la sépulture. S'il résiste, il est sacrifié. Aussi l'ancêtre opaque et cruel dont l'enfant enrôlé est parfois persuadé d'être le représentant sur terre et son serviteur armé est une face réelle et imaginaire de l'ancêtre qui n'a rien à voir avec l'ancêtre donneur de nom et de narrativité symbolique qui se dévoile au jeune initié lors des rituels d'initiation proprement dits. L'initiation prolonge dans l'appropriation subjective du sujet pubère les bienfaits des rites de naissance subis par l'enfant. L'enrôlement détruit toute l'humanisation façonnée par les premiers. Loin donc d'être une initiation violente, l'enrôlement est une destruction violente de toute possibilité d'initiation. Elle est son inverse et sa ruine. La loi de l'assujettissement à la parole humaine semble être passée au-dessus de la tête de ces adolescents, ce qui explique et leur dangerosité

et leur désespoir. Figure remarquable et maudite ou redoutée de la génération des descendants survivants, leur seule présence met au clair jour le fait que cette génération des descendants est celle d'un entremêlement, d'une confusion de toutes les origines familiales par rapport aux événements traumatiques qui ont mis les historicités en impasse de continuité d'historisation.

Pour le clinicien, il s'agit de plusieurs défis, dont celui, nous l'avons vu, de reprendre, à partir de cette condition sans condition de l'enfant-sorcier, des éléments qui concernent non l'occulte, mais les différentes brisures des récits et des narrations qui touchent à l'histoire de la famille et du quartier. C'est là que revient la dimension du sujet de l'énonciation, pris dans les possibles liens familiaux et sociétaux à reconstruire, alors même que cette dimension est extrêmement précarisée lorsque le nom qui désigne le sujet l'assigne à une place où est mis à sac le système des représentations généalogiques. Il est alors rendu compact. Ce passage décrit bien un cheminement vers la division subjective et la différenciation des places. Aussi ne pouvons-nous rester fascinés par l'occulte, ni confondre ce lugubre du sorcier juvénile avec un legs traditionnel qu'il ne faudrait ni déchiffrer ni déconstruire.

Entendons bien qu'il n'y a pas d'*être-sorcier* de ces enfants. L'on se tromperait à en définir une catégorie clinique comme cela fut fait si peu prudemment pour l'enfant-ancêtre. Les jeunes eux-mêmes configurent vraisemblablement leur façon de se présenter en fonction de ce qu'ils savent du discours courant tenu sur l'enfant sorcier, et pour certains parmi eux, en fonction de leur passé extravagant de cruauté lorsqu'ils faisaient la guerre. Mais c'est bien alors tout l'ensemble du système de prise en charge des enfants qui pose question, au moment où en RDC fleurissent des Églises de guérison qui systématisent les accusations de sorcelleries afin de vendre leurs dispositifs d'exorcisme ; en face et à rebours, modestement aussi, l'éveil de la psychiatrie communautaire tente d'aller vers l'énonciation de chacun et de la favoriser (N'Situ et Le Roy, 2015).

C'est bien là l'enjeu : offrir quelque chance à un dialogue possible de toute une société avec son passé récent et avec sa jeunesse. Cet enjeu est aussi digne de l'attention des psychanalystes, des psychiatres et des anthropologues européens.

Espoir

Je vais terminer ce texte sur une note d'espoir pas trop factice.

Ce à quoi les services de consultation et d'accueil parents-enfants – ici travaillant en France dans des villes marquées par un fort taux

d'immigration – ont aussi affaire c'est à l'enfant de l'espoir. C'est un enfant qui a été sauvé en dépit de conditions traumatiques épouvantables, un enfant qui a besoin non pas qu'on lui raconte d'emblée la réalité – de même que la maman non plus n'a pas besoin qu'on la lui raconte d'emblée – mais de se déplier dans un imaginaire qui est refleuri pour que le symbolique ne se réduise pas à un certain nombre d'encoches répétitives d'arrêt(s) de mort. Un imaginaire refleuri, donc.

N'abordez jamais frontalement les enfants de l'exil ou de l'errance avec le trauma ! Quand je suis allé à Bamako, une ONG d'importance nous avait donné trois caissons entiers de cahiers de trauma à remplir par l'enfant. C'était formidable ! Je suis allé voir les cuisinières, je leur ai demandé : « Est-ce que vous avez besoin de papier pour allumer le feu sous la bouillie de mil ? » Je vous l'assure, on a fait une grande flambée avec tout ça. N'abordez jamais le trauma de face !

J'ai pu voir ici des enfants de l'espoir. Il y en a ; il y en a un qui a conduit sa maman à mon cabinet, à Paris. Pas besoin de jouer au sorcier villageois pour écouter ça. L'enfant, âgé de 6 ans, d'un coup se lève et se laisse tomber. De nouveau il se lève, il tombe et, le ramassant dans mes bras, je demande à la maman : « Mais qu'est-ce que vous voyez ? » « Vous savez, mon grand frère a été fusillé et je l'ai vu tomber sous mes yeux, mais je n'en ai jamais parlé à l'enfant », me répondit-elle.

Eh bien c'est peut-être aussi cela, l'enfant de l'espoir, il reprend dans sa motricité les traces d'un traumatisme qui n'a pas encore été mis en mots, non pas pour se vouer à Thanatos ou à la destruction mais pour rappeler que sa motricité traduit le trauma de la mère, à condition qu'elle soit accueillie et métamorphosée dans les filets du discours, du rêve, de l'imaginaire et du partage.

Bibliographie

- DEVEREUX, G. 1985. *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- DOUVILLE, O. 2005. « L'enfant dit "enfant-ancêtre" et le secret des générations », *Champ psychosomatique*, vol. 37, n° 1, p. 107-120.
- DOUVILLE, O. 2014. *Les figures de l'Autre*, Paris, Dunod.
- GOURIOU, F. 2012. « Les deux faces du symptôme. Remarques épistémologiques sur l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux », *Recherches en psychanalyse*, vol. 2, n° 14, p. 206-215.
- HERTZ, R. 2015. *Sociologie religieuse et anthropologie. Deux enquêtes de terrain, 1912-1915*, Paris, Puf, coll. « Quadrige ».
- LACAN, J. 2001. « Discours de Rome », texte prononcé le 26 septembre 1953 pour introduire le rapport « Fonction et champ de la parole

et du langage en psychanalyse », dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 133-164.

LÉVI-STRAUSS, C. 1965. *La potière jalouse*, Paris, Plon.

MAUSS, M. 1973. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, Puf, coll. « Quadrige ».

N'SITU, A. ; LE ROY, J. 2015. « Crise dans les liens familiaux et prise en charge psycho-sociale : le cas des "enfants sorciers" », *Psychologie Clinique*, n° 39, p. 86-113.

RABAIN, J. 1994. *L'enfant du lignage*, Paris, Payot.

Sophie ou les balbutiements de la naissance d'une vie psychique

Laurette Detry

Contexte

Sophie est née à terme avec un retard de croissance sévère (1700 grammes) dans le camion des pompiers dans un contexte de grossesse non suivie et ignorée. Elle est le quatrième enfant de madame ; la fratrie ne vit pas au domicile. Elle est hospitalisée en néonatalogie jusqu'à sa capacité d'autonomie alimentaire, la sortie de l'hôpital étant programmée. Durant cette hospitalisation, madame rencontre régulièrement la psychologue du service. Il n'y a pas de papa déclaré ni qui se manifeste à ce moment.

Quelque temps après leur retour au domicile, madame souhaite confier son bébé à la pouponnière, se ravise puis se décide lorsque Sophie a plus de 3 mois. Après un court séjour en pouponnière, le bébé part en famille d'accueil. Sophie y grandit maintenant depuis trois ans.

À la suite de la décision de placement, des visites hebdomadaires de deux heures au domicile de madame sont encadrées par des TISF qui s'émeuvent de ce qu'elles observent et vivent concrètement au contact de cette maman et de son bébé. Durant deux autres heures, Sophie et la maman sont seules. Le souci du service de protection de l'enfance de laisser une place à la maman passe aussi par une demande faite auprès de l'assistante familiale. En effet, cette dernière doit prévenir la mère de tous les rendez-vous médicaux afin qu'elle participe aux consultations de son enfant. Rapidement, cette tâche s'avère très

Laurette Detry, psychologue.

lourde car madame est soit en retard soit absente à cause de problèmes de réveil, d'évaluation des temps de transport ou de nausées. L'assistante familiale peut être amenée à demander un report des rendez-vous alors qu'elle est déjà sur place avec l'enfant et que, bien souvent, elle doit consacrer du temps à cette mère qui l'appelle. Lorsque les rendez-vous sont honorés, la maman absorbe toute l'attention des soignants et de l'assistante familiale par des demandes concernant son état somatique et ses angoisses en oubliant son nourrisson.

Inquiétude des médecins sur l'état somatique de cette enfant

Dès les premiers mois, les pédiatres demandent qu'un soin de kinésithérapie et de psychomotricité soit assuré avec un accompagnement au centre médicosocial précoce. Ils notent : un retard de croissance sévère pour un bébé né à terme, un corps en hyperextension, une motricité spontanée limitée, un bébé qui regarde peu, qui s'intéresse peu à ses membres inférieurs en fin de premier trimestre de vie, une absence de flexion spontanée du bassin et une hypotonie axiale. Il est noté à la fois un schéma d'hyperextension et d'hypotonie disharmonieux soit en tension soit effondré, ou encore avec les deux caractéristiques en même temps selon la zone corporelle concernée. Les réflexes à l'examen sont normaux et l'audition normale. Ils constatent des reflux gastro-œsophagiens. La croissance staturo-pondérale est harmonieuse, cependant elle se situe à moins deux percentiles par rapport aux normes des courbes pédiatriques. Sophie a un torticolis et une plagiocéphalie postérieure droite assez marquée (crâne déformé par une posture récurrente de la tête sur un côté). Une laryngomalacie est observée (tissus mous au niveau du larynx, non toniques, rendant difficiles l'organisation et l'accordage rythmique des réflexes de succion/déglutition et de respiration). Ils observent une toux à consonance laryngée depuis la naissance, donc une zone ORL fragile (en lien direct avec le style interactif primaire mère-bébé selon les classifications de souffrances psychiques). Le nourrisson a quelques coliques mais pas de difficultés alimentaires particulières notées, avec une variable décrite selon les jours et l'environnement émotionnel (ceci semble être un premier constat médical à travers le discours maternel). Dans la relation avec le médecin, Sophie est décrite comme calme. Elle se laisse examiner facilement et suit du regard. Elle peut se saisir des objets lorsqu'ils sont placés à son contact direct. Elle est décrite comme souriante et peut même rire aux éclats.

Entre 2 ans et 3 ans, des examens complémentaires, en raison de préoccupations quant à son développement, seront effectués sans que soit décelées de particularités : pas d'anomalie chromosomique, un bilan thyroïdien normal, une IRM cérébrale sans indice ; une fibroscopie des voies aériennes supérieures normale, un EEG sans anomalie parasympathique (qui aurait pu orienter vers des absences épileptiques compte tenu de périodes d'« absences » dans le lien).

Mise en place d'un traitement psychique pour ce nourrisson

À la demande du pédiatre hospitalier, l'assistante familiale me contacte lorsque Sophie a presque 6 mois. Le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) accepte l'idée d'une consultation par semaine à domicile compte tenu de ruptures et d'un passé très court mais déjà lourd. À travers cette première demande, je perçois des troubles de développement avec des failles au niveau de la fiabilité de l'environnement réel et affectif. La nécessité d'une continuité fondamentale à la construction du socle des premiers développements du devenir humain a été malmenée, ce qui accentue une psychopathologie de troubles potentiels à cet âge si précoce de la vie. Sans les reprendre tous, au regard du début de cette histoire de l'enfant on en compte au moins huit. Dès son retour d'un congé maternité, trois mois après le début de cette prise en charge, la référente sociale expérimentée et titulaire d'un diplôme universitaire de périnatalité organisera au plus vite des visites médiatisées d'une heure dans le service, avec sa présence constante. Elle suspendra les consultations médicales conjointes.

Mes deux premières visites à domicile chez l'assistante familiale

Le cadre technique de cette action fait référence au travail d'observation thérapeutique comme premier traitement psychique du nourrisson et outil d'accompagnement de l'enfant dans ses liens avec les professionnels selon la pédopsychiatre Myriam David (David, 1994 ; Detry et Le Van, 2018)..

Sophie est une enfant très frêle et pale. Installée sur un tapis de jeu avec son assistante familiale d'un côté et moi de l'autre, elle est vigilante. J'observe que le rapproché corporel provoque chez elle des rictus qui peuvent passer pour des sourires avec des crispations du

visage soutenues, et l'ensemble de son corps se raidit. Elle peut détourner le regard sans pour autant s'extraire de la relation et avoir des attitudes d'évitement si je reste à petite distance, lui donnant la possibilité de maîtriser la distance du lien. Cette approche d'attention permet qu'elle ne « se vide pas » de la relation ou ne s'absente pas, comme ce qui m'avait été décrit. En effet, mon expérience du soin psychique en pouponnière m'avait enseigné que les enfants trop « intrusés » ou envahis pouvaient faire disparaître leurs pupilles ou se vider psychiquement (Ferenczi, 2014). Lorsque l'assistante familiale la bouge un peu afin de mieux la placer sur le dos, Sophie réagit par un début d'opisthotonos depuis le ventre qui donne l'impression de vagues internes partant de sa colonne vertébrale, donc de l'arrière du plan du dos. La motricité spontanée est très pauvre, sans stratégie d'équilibre. Malgré son âge, il apparaît que seule la partie haute du corps est un peu active. On n'assiste pas classiquement à cet âge à un travail spontané de dissociation entre le haut et le bas du corps à partir des articulations du bassin ; cette période de développement corporel permet, par ses actions motrices, de se situer et s'orienter dans l'espace. Ce travail du corps est fondamental à cet âge car c'est « une référence posturale qui permet le regroupement du corps et des jonctions qui impliquent l'ensemble du corps et des sens » selon André Bullinger (2021). Ceci crée des tressages perceptifs à la pensée corporelle en voie d'élaborations psychiques. Cette impossibilité non accompagnée produit des séquelles du schéma corporel, de la pensée spatio-temporelle et des praxies que nous observons avec Sophie. Elles se déploient ici en ondes de choc provoquant souvent des reflux par des contractions musculaires conséquentes sur l'ensemble des organes et en particulier sur l'appareil digestif. Par ailleurs, il n'y a pas non plus pour Sophie de préhension d'objet passant par cet espace créé entre manipulation et regard/découverte avant de le porter à la bouche afin de faire connaissance avec la nouveauté au lieu de s'autocontenir. Selon les pédopsychiatres Geneviève Haag (2004), Myriam David (David et Appell, 1995), André Bullinger (2007), cette triangulation œil/main/bouche vers la fin du premier trimestre de vie est un travail de découverte de soi dans une différenciation moi/non-moi et une ouverture psychique essentielle dans le rapport espace/temps/relation au monde des choses et des personnes. Nous n'assistons pas à de telles séquences avec Sophie.

Après que nous avons échangé avec l'assistante familiale sur le besoin de contenance physique conséquent de l'enfant, un contenant limitant l'espace avec un traversin est placé sur le tapis de jeu autour duquel nous nous installons régulièrement. Je propose à l'assistante

familiale de permettre à Sophie de ressentir physiquement sa présence selon son rythme sans qu'elle soit sollicitée au-delà de ses forces. Ceci permet aussi de moins agir sur le nourrisson et de mieux accueillir tous ses signes de vitalité alors valorisés car observés. La tranquillité de cette installation et la prudence attentionnée des signaux laissent émerger des initiatives qui nous émerveillent. Sophie appuie ses pieds sur la jambe de son assistante familiale puis émet de petits sons associés quelque temps plus tard à des mouvements de balayages actifs des mains sur le tapis comme expérience de surface.

Au quotidien, l'assistante familiale, qui a une bonne connaissance des jeunes enfants, signale que les rythmes chaotiques de l'enfant sont infernaux et mettent en tension les relations. Impossible d'anticiper des temps de repas et leur durée, de sommeil, d'éveil ou de besoin d'être portée. Tout est anachronique, inorganisé et il faut être prêt à toute éventualité du fait du comportement paradoxal de l'enfant : ses siestes sont si courtes (parfois dix minutes) qu'elles ne sont pas récupératrices alors qu'elle est visiblement épuisée et que la professionnelle envisageait de s'occuper des autres enfants accueillis. Sophie reste dans une hyper-vigilance qui ne la lâche pas, tous les repas sont des moments suspendus dans la maison car le moindre bruit rompt la prise de biberon, avec des prises en quantités très fragmentées. Ceci, me semble-t-il, perturbe aussi les rythmes de digestion et d'assimilation/introjection auxquelles s'ajoutent inévitablement des ruptures de séquences relationnelles. Tout désir de lui en proposer un peu plus selon les besoins classiques de son âge se traduit par des vomissements en jets, ce qui est très inquiétant compte tenu de son faible poids, ce qui entraîne aussi le fait que cette enfant se refroidit vite. La vigilance constante de l'adulte est de s'adapter en permanence aux possibles par les moindres signaux de l'enfant, sans faire plus.

Lorsque l'assistante familiale soulève Sophie et la décolle tranquillement du tapis, je suis surprise par des réactions vertigineuses d'extension de tous les membres et son raidissement corporel dans l'espace. Ces changements d'appréhension gravitationnelle et vestibulaire apparaissent comme désorganiseurs et diffractant pour l'ensemble du corps qui se raidit. J'évoque que l'enfant réagit probablement au changement de vécu de la pesanteur et de perte de contact rassurant par une rupture des liaisons psyché/soma, ce qui fait dire à l'assistante familiale qu'elle observe aussi parfois des « absences » chez cette enfant qui a le regard dans le vide et ne réagit plus. Ceci avait déjà été vu par les médecins pédiatres. Il nous est apparu, un peu plus tard, que ce comportement était un mécanisme de défense relationnel et de retrait

par des rires inexpliqués dans une proximité relationnelle insécure ou vécue comme intrusive, qui s'arrête lorsque la distance proximale est plus adaptée à l'enfant (Lamour, Barraco et Detry, 1998).

Expression des signes de détresse du bébé

La description sémiologique des signes de souffrances concerne toutes les sphères du développement de Sophie et de son vécu corporel. D'abord la sphère somatique avec ses signes fonctionnels, l'alimentation, les rythmes veille/sommeil, la vigilance, la pathologie des voies aériennes et la croissance staturo-pondérale. Ensuite la sphère tonico-motrice, tout en contraste avec une problématique entre hyper et hypotonie ; l'organisation de la motricité et de ses rythmes est inexistante ; les variations de postures sont dans ces circonstances quasi inexistantes, les activités manipulatoires très pauvres ; les ajustements posturaux inappropriés dans la relation mutuelle ne créent pas de coordonnées mentales symbolisantes. L'enfant est active par sa grande friilosité et ses retraits et des troubles du contact dans l'instauration du lien, ainsi qu'avec l'alimentation. Elle maintient son corps à distance, comme en résistance à l'adulte qui est obligé d'aller le solliciter pour qu'une dynamique s'installe a minima. Le nombre d'interactions vient de la volonté de l'adulte sans demande explicite de l'enfant sinon un collage au corps de l'autre sans recherche de transitionnalité. Une oscillation parfois se crée entre hyperadaptation et apparente passivité avec une adaptation et une collaboration de surface dans les soins de base.

De même, les processus de régulations sont désorganisés voire chaotiques dans la durée. Ils entravent la création du tissage entre continuité physique des expériences et accueil et ouverture vers l'intégration d'une continuité psychique des expériences vécues. Alors que la dynamique de développement est banalement rapide et globale de la naissance à 2 ans, avec Sophie, nous guettons les moindres progrès ou performances afin de s'encourager et donner espoir sur ses compétences. Les troubles de l'attachement et du système interactif montrent des évitements récurrents et actifs du côté de l'enfant.

Le syndrome du mal de placement

Dans un ouvrage de référence, Myriam David (2014), en tant que spécialiste de la psychiatrie périnatale, indique que des manifestations d'intolérance mutuelle parent-enfant sont parfois très masquées.

Celles-ci peuvent se traduire chez les parents par de la négligence, des soins aberrants ou au contraire, un envahissement avec une appropriation du corps de l'enfant qui s'adapte, associé à de longs « temps d'abandonnement » de l'enfant. Des registres de manifestations dépressives parentales touchent parfois les professionnels qui risquent d'occulter chez l'enfant la souffrance vécue par des arrêts ou retards de développement ou/et des troubles psychosomatiques avec ses effets directs sur les organes et les émotions vécues.

Ce syndrome se décline selon quatre grands axes.

Selon elle, il existe un caractère perversi entre la coexistence constante de manifestations d'attachement intense et un besoin chez le parent de proximité excessive avec des rapprochés étouffants et surexcitants. À d'autres moments, l'enfant est comme laissé dans « un trou » sans aucune réponse à ses besoins vitaux. Nous assistons à une oscillation entre des attitudes captatives plus ou moins brutales et d'abandon du nourrisson à lui-même. Cette paradoxalité s'accompagne d'une extrême angoisse de séparation si la moindre tentative d'un tiers vise à initier un décollement entre mère et bébé. Celle-ci est vécue dange-reusement comme une perte, voire une menace d'annihilation pour le parent avec les blessures narcissiques qui s'y ajoutent.

L'observation directe de l'intrication entre attachement et intolérance dans ce style interactif rend insupportable l'idée de maintien de l'enfant auprès de ses parents tout autant que l'idée de penser une séparation physique. Cette psychopathologie grave des processus primaires d'attachement et d'individuation empêche l'enfant de *progresser* au plan physique et psychique et de s'organiser dans la construction de sa personnalité au sens de self (Winnicott, 1960) et de son autonomie.

Les professionnels ont peine à échapper à ce caractère conflictuel et apparemment sans issue de cet attachement pathologique qui est la quatrième caractéristique de ce syndrome finalement effrayant si l'on accepte de l'observer dans la durée et la continuité du développement chez l'enfant. Les intervenants et décideurs, selon qu'ils s'inscrivent pour ou contre le maintien des partenaires au domicile, s'affrontent (David, 2008, 2019). Les injonctions à travailler les liens d'attachements, avec la reconnaissance du droit des parents qui peuvent le revendiquer, ne facilitent pas, du point de vue du bébé, la reconnaissance des troubles sérieux de la parentalité et leurs effets sur leur nourrisson. Plus encore, certaines psychopathologies ne sont pas identifiées comme de véritables troubles psychiatriques (les carences intrafamiliales par exemple). Bien souvent, des positionnements professionnels ne

tiennent pas suffisamment compte de la réalité psychopathologique qui reste méconnue. Cet aspect, très sérieux, entre dans la complexité d'une compréhension fine de ces troubles et accentue la difficulté du travail interdisciplinaire et du réseau interinstitutions du fait de cette pathologie. L'expérience montre que lorsque le parent est seul avec un écoutant, il suscite et capte son apitoiement face à une détresse existentielle réelle. Le soignant est identifié « au bébé dans la mère » selon l'expression du professeur Serge Lebovici (1983). L'écoute du parent n'est pas appréhendée dans sa réalité parentale interactive longitudinale et affective avec son enfant. Une clinique de l'attention des interactions concrètes autour des soins de base qui sont des références constitutives incontournables témoigne des éclosions possibles et de ses limites face à la nécessité du devenir humain.

La souffrance initiale vécue du bébé dans sa famille et dans ses relations continue de se manifester lors du placement. C'est l'action quotidienne auprès de l'enfant comme système de soin détaillé qui peut réparer l'enfant placé et réduire les effets destructifs des processus interactifs primaires d'attachement. Ce travail demande un accompagnement spécifique et une connaissance précise de tous les enjeux interactifs et développementaux dans ce qui se répète lors des soins avec un autre. L'enfant ayant engrammé (au sens de Piera Aulagnier [2016]), presque cristallisé parfois, si précocement ces modes de communication, il est parfois difficile de les dénuer.

Résumé du développement de cette enfant jusqu'à la seconde année

Après des premiers temps de relations désorganisées, un attachement insécurité évitant s'était construit avec l'assistante familiale après quelques mois d'accueil. À la suite d'une très longue période de peurs et de méfiances (plus de deux ans), Sophie peut bien plus facilement s'engager relationnellement et y prendre du plaisir. Des transformations se poursuivent actuellement avec maintenant davantage de sécurité, d'expression des angoisses et un besoin accru de ritualisations et de contenance face à des périodes d'excitation. Sophie va maintenant à la crèche trois demi-journées par semaine et il est envisagé qu'elle puisse intégrer l'école vers la Toussaint, d'abord à mi-temps. Actuellement, les petits changements de groupe à la crèche, dans la famille d'accueil (enfants en colonie...) ainsi que l'anticipation de l'école créent des ambivalences et parfois un agrippement à l'assistante familiale avec des demandes plus régressives et des réveils nocturnes.

L'approche relationnelle avec cette enfant fut marquée par une absence nette de réaction visible et une atonie affective à la période de développement dite de l'angoisse du huitième mois qui a nécessité le déploiement accentué des jeux de « caché/coucou » et « parti/retrouvé » avec la complicité de l'assistante familiale et de son mari. Cet aspect du traitement du processus d'individuation et de séparation lui a aussi permis, au fil du temps, de développer la notion du dedans et du dehors à partir des expériences corporelles avec des médiations puis avec les manipulations d'objets. Plus particulièrement, le déplacement à quatre pattes s'effectuait toujours avec des objets tenus dans les deux mains qu'elle tapait fort sur le sol comme si les moments du collé au sol et du décollé devaient être scandés au plan corporel et sensoriel, afin d'être bien intégrés comme équation symbolique du lien avec l'autre et de sa séparation possible. Notons que ceci fait écho à la nécessité d'un portage de l'enfant très enveloppant jusque vers 24 mois, épousant l'ensemble du corps de l'adulte, pour s'endormir, tête recouverte et contenue des mains de l'adulte. La collaboration concrète psychologue/assistante familiale cheminant, Sophie bénéficie d'un petit escalier avec rambarde placé à la fenêtre du salon comme lieu d'escalade, de liberté de mouvement et de repérage des allées et venues dans la maison mais aussi du dedans et du dehors. Ce fut jusqu'à ce jour un grand plaisir qui parallèlement engageait une géographie du langage et des émotions.

C'est à l'âge de 27 mois que cette enfant a manifesté activement, après une semaine d'absence de son assistante maternelle, des comportements d'angoisse lors des retrouvailles, tandis que durant la période d'accueil dans une famille relais qu'elle connaissait bien, Sophie n'avait rien manifesté. Nous avons enfin pu identifier cette réaction comme premier signe d'angoisse exprimé clairement face aux séparations. Nous retrouvons bien là les travaux sur les effets de séparations vécues chez un enfant qui peuvent « potentialiser un traumatisme des retrouvailles », disent René Spitz (1948), John Bowlby et le couple Robertson (Bowlby, Robertson et Robertson, 1969), Donald W. Winnicott (1994), Myriam David (2019), en lien avec la qualité d'attachement et le niveau des processus de maturation de l'enfant. C'est un comportement typique et ce n'est pas la séparation en tant que telle qui est violente mais bien les retrouvailles après un temps de perte de l'autre et son absence. Ceci, accompagné pour Sophie de régressions avec des troubles massifs de l'oralité associés à des troubles du sommeil, un amaigrissement qui a questionné sur une éventuelle hospitalisation ainsi que des réactions somatiques au niveau ORL. Nous voyons bien

que le développement de cette enfant n'est pas un monologue évolutif mais un dialogue entre une activité de croissance et un interlocuteur qui l'alimente d'une certaine manière – comme pour tout enfant d'ailleurs (Joly et Labes, 2010). Nous en observons les effets directs et concrets sur la manière de s'alimenter et d'accepter de mettre en soi ce qui est proposé par l'adulte. Le plaisir de manger est tout à fait nouveau à 3 ans et fut une étape laborieuse et permanente avec des craintes fortes au niveau d'un poids de l'enfant qui ne rattrape pas du tout la courbe pédiatrique de développement de son âge. La fragilité de la zone orale qui avait été décrite médicalement dès le premier trimestre de vie permet en partie de faire les liens au plan inter-subjectif. Ceci exprime aussi l'intensité de l'accompagnement psychologique face à la préoccupation des médecins et de l'assistante familiale au regard du comportement et des réticences de l'enfant.

Sophie peut exprimer plus facilement ses peurs d'être séparée plus d'une journée et évoquer des événements ou des soucis qui lui font forte impression. Son langage n'est pas tout à fait fluide mais en revanche compréhensible et sa motricité montre encore quelques soubresauts de raideurs, parfois avec des chutes. Elle marche depuis l'âge de 23 mois avec une alternance plus harmonieuse dans son déplacement. Alors que nous n'avions pas jusque-là observé beaucoup de variétés de postures dans ses premiers développements, elle prend à présent beaucoup de plaisir à faire des jeux moteurs en se positionnant dos au sol. Elle pousse sur ses pieds avec une grande jubilation pour sentir les frottements de son dos sur le sol dur et stable. En effet, cette partie de soi à l'arrière du corps difficilement visible est bien ressentie et vivante. Elle s'aventure à faire des roulades en tonneau qui peuvent devenir excitantes puis étourdissantes (tête qui balance fortement, parfois violemment avec la nécessité immédiate d'être stoppée par l'adulte).

Évolution de la relation mère-enfant

Depuis que son enfant a 2 ans, la maman a introduit un père dans leur vie et n'a plus demandé à la référente sociale des visites médiatisées quand cet homme s'est désengagé d'une vie sentimentale avec elle. Mmadame garde cependant un lien avec le service, avec l'assistante familiale par sms et vidéos postées mais ne s'informe pas ou peu sur le développement de son enfant.

Entre 2 et 3 ans

Durant cette période plus stable pour Sophie, ses grands rythmes sont prévisibles et s'exprime un désir de devenir propre. Son langage s'élabore et devient compréhensible malgré des accroches sur les consonnes. Elle fait de grands progrès psychomoteurs, de manipulations bien plus diversifiées, de plaisir cognitif puis de jeux symbolisés, ainsi qu'au niveau alimentaire : lorsque la nouveauté est accompagnée, la diversification de la nourriture est possible et les morceaux sont acceptés – tout cela étant encore parfois aléatoires lorsqu'elle est éloignée de son assistante familiale en journée (à la crèche). L'enfant, plus active et volontaire, rythme les séquences de nourrissage par la nouveauté de rots, compris comme des moments d'assimilation et de mini-digestion qui évitent ou limitent véritablement reflux ou vomissements. Cette possibilité me semble appartenir à une narrativité de la digestion mise en lumière par André Bullinger (2004) associée à une relation affective significative. La nourriture est effectivement, à cet âge, un véhicule incontournable de la qualité d'un geste et d'un lien intersubjectif. Sophie prend maintenant régulièrement du poids, même minime, provoquant grande satisfaction et soulagement chez son assistante maternelle, et cela même si elle est surveillée régulièrement car tout changement ou fièvre impacte son intérêt pour la nourriture. Il reste des moments d'excitations imprévisibles avec des risques qu'elle se fasse mal qui sont en contraste avec des grandes périodes de tranquillité qui émergent.

Hypothèse sur une pathologie peu fréquente

Face à une épreuve de réalité trop empiétante et incohérente, un nourrisson est forcé de réagir par tous les moyens qu'il a à sa disposition pour survivre dans une petite vie de routine et se protéger. Grâce aux examens médicaux, nous constatons chez Sophie un retard de croissance, sans déficit associé. Il n'y a pas non plus de désordres organiques suffisants pouvant expliquer ses déviations complexes. Rare mais toujours d'actualité, le nanisme psycho-social montre que la séparation d'avec l'environnement familial lors de troubles graves de la relation est nécessaire. L'enfant dans cette situation n'a pas d'existence propre, pas de satisfactions pulsionnelles qui réaniment les affects. Ceci provoque alors des pathologies psychosomatiques sévères. Lorsque l'enfant est séparé de cette ambiance pendant un certain temps, un rattrapage parfois spectaculaire confirme ce diagnostic. La prise en

charge active et régulière dans la satisfaction des besoins du corps et des affects démontre que les liens entre somatique et vie psychique (en dehors de tout problème neurologique ou physiologique comme ici) sont étroitement imbriqués. Ce trouble est aussi nommé nanisme de frustration, ou nanisme psychoaffectif de détresse selon la longue expérience de la psychologue Danielle Rapoport (Rapoport et Roubergue-Schlumberger, 2013) de l'hôpital Trousseau, à Paris. Ajoutons que les troubles de l'attachement sévères de Sophie semblent actuellement se transformer en une « névrose d'abandon » malgré les progrès psychiques conséquents et une souplesse de l'expression des émotions, des souffrances maintenant exprimées et des réactions émotionnelles parfois désorganisantes face à la capacité de se séparer et de se retrouver, principalement. Ceci est encore à travailler et à accompagner.

Tout cela nous amène à questionner les défauts d'ancrage primaire de ce type de troubles avec une vision transdisciplinaire et longitudinale.

Remarques sur l'état du placenta dans cette situation de grossesse et de naissance

Les médecins ont expliqué que Sophie était née dans un contexte de grossesse non suivie avec un retard de croissance sévère, pourtant à terme, avec déni de grossesse et une pathologie placentaire de villite chronique. Le placenta est un organe de médiation entre le corps de la mère et celui du fœtus qui a un rôle fondamental de transformations. En effet, celui-ci participe à une unité fonctionnelle mère-bébé par les échanges ayant de nombreuses fonctions (CO_2 et O_2 , élimination des déchets, transferts d'éléments nutritifs, synthèses d'hormones, protection et immunité). Or ici, cette anomalie génère une inflammation des échanges placentaires et des interactions mère-fœtus repérés par la société de placentologie comme indispensables au fonctionnement harmonieux du fœtus. L'insuffisance de son filtrage serait un complément de la clinique précoce du bébé sur les désordres psychosomatiques. Le placenta, pour le professeur Michel Soulé (2007), constitue à travers ses échanges une première « communication sans conversation » entre la peau de la mère et la chair du fœtus. En psychiatrie fœtale, selon lui, des traumatismes hyperprécoces d'origine biologique peuvent provoquer des dysfonctionnements conduisant à des syndromes qui se développent ultérieurement et se manifesteront dans l'après-coup de la vie foetale. Plus récemment, André Bullinger (2021) signale que la

constitution d'une subjectivité est un long processus qui s'appuie sur les interactions que l'organisme entretient avec son milieu afin de devenir un corps habité. Il est indéniable que c'est avant tout le corps qui est placé au premier chapitre et « mis en forme » pour lui avec la déclinaison des possibles de la qualité de ses premiers environnements intra et extra-utérins.

En conclusion

Le travail pluridisciplinaire et engagé de tous les professionnels du soin coordonné par la référente sociale de cet enfant a permis de favoriser au mieux son développement somato-psychique en tenant compte des difficultés maternelles et institutionnelles. L'attention, la pugnacité de son assistante familiale et le travail d'accompagnement psychomoteur, pédiatrique, de kinésithérapie et psychologique dans cette période cruciale de son développement furent des atouts conséquents pour faire évoluer sa santé globale. Cette complémentarité est une ressource inestimable qui se travaille encore aujourd'hui au service de ce que veut dire prendre soin de la première enfance et faire exister l'enfant afin de soutenir toutes ses potentialités et ses ressources. Je tiens à remercier mes partenaires pour ce fructueux travail auprès d'un nourrisson qui présentait des signes de retraits relationnels majeurs avec des souffrances inimaginables au plan émotionnel et pour lequel, vers 5-6 mois, des projections de candidature en centre médico-éducatif avaient troublé l'assistante familiale.

Par ailleurs, les mécanismes complexes de la grossesse et ses effets sur le fœtus sont à travailler tout autant que la reconnaissance d'une pratique clinique psychanalytique concrète et avertie du traitement des nourrissons dans leur environnement le plus familier comme facteur de stabilité mentale et d'évaluation fiable. Celle-ci, hors des sentiers battus, constitue un atout humain au service de la société, disent les pédopsychiatres Donald Winnicott (1957) et Donald Meltzer (2004) au service d'une véritable formation mutuelle. Il semble bien qu'au XXI^e siècle, nous pouvons envisager que « la vie intra-utérine et la première enfance sont beaucoup plus complexes comme connexion de continuité que ne le ferait croire la césure impressionnante de l'acte de naissance » (Golse, 2007). Ceci confirme l'importance du travail interdisciplinaire et de prévention, associé au travail conjoint en périnatalité comme angle incontournable du devenir pour les bébés exposés aux aléas de l'existence mais aussi à l'ensemble des soins en psychiatrie.

Bibliographie

- AULAGNIER, P. 2016. *Un interprète en quête de sens*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot ».
- BOWLBY, J. ; ROBERTSON, J. ; ROBERTSON, J. 1969. Film de recherche sur l'attachement : John, 17 mois.
- BULLINGER, A. 2007. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, t. 1, Toulouse, érès.
- BULLINGER, A. 2021. *Les enjeux de la consultation de développement*, Toulouse, érès, coll. « 1001 BB ».
- DAVID, M. 1994. « L'approche thérapeutique des bébés exposés à des troubles graves de la parentalité », *Cahiers de l'AFREE*, n° 8, *Attachement et vulnérabilité*, p. 48-79.
- DAVID, M. 2008. *Le bébé, ses parents, leurs soignants*, Toulouse, érès.
- DAVID, M. 2014. *Prendre soin de l'enfance*, coordonné par M.-L. Cadart, Toulouse, érès.
- DAVID, M. 2019. *Le placement familial. De la pratique à la théorie*, Paris, Dunod.
- DAVID, M. et APPELL, G. 1995. « Recherche à partir d'un travail clinique sur les séparations précoces mère-enfant », dans O. Bourguignon et M. Bydlowski (sous la direction de), *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, Puf.
- DETRY, L. ; LE VAN, C. 2018. « L'observation thérapeutique du bébé selon Myriam David », dans M. Dugnat (sous la direction de), *Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)*, Toulouse, érès.
- FERENCZI, S. 2014. *Journal clinique*, Paris, Payot.
- GOLSE, B. 2007. « Y a-t-il une psychanalyse possible des bébés ? Réflexions sur les traumatismes hyper-précoces à la lumière de la théorie de l'après-coup », dans *La naissance de l'objet*, p. 199-249.
- HAAG, G. 2004. « Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique », *RFP*, vol. 68, p. 1133-1151.
- JOLY, F. (sous la direction de). 2010. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Paris, Vernazobres-Grego.
- LAMOUR, M. ; BARRACO, M. ; DETRY, L. 1998. *L'observation du bébé : méthodes et clinique*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.
- MELTZER, D. 2004. *Un modèle psychanalytique de l'enfant-dans-sa-famille-dans-la-communauté*, Sucy-en-Brie, Les éditions du Collège.
- LEBOVICI, S. 1983. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Paris, Bayard.

- RAPOPORT, D. ; ROUBERGUE-SCHLUMBERGER, A. 2013. *La croissance empêchée*, Paris, Belin.
- SOULÉ, M. ; SOUBIEUX, M.-J. 2007. « La vie entière comme après-coup », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 50, p. 405-411.
- SPITZ, R. 1948. « La perte de la mère par le nourrisson », *Enfance*, p. 373-391.
- WINNICOTT, D.W. 1957. *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot.
- WINNICOTT, D.W., « Distorsions du Moi en fonction du vrai et du faux Self », dans *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot », p. 93-123.
- WINNICOTT, D.W. 1994. *Déprivation et délinquance*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot ».

« Il est quelle heure ? » Quand sonne l'heure du retour, entre perte de boussole et perte d'objet d'investissement

Lisa Descamp, Céline Ropars

Le placement d'un enfant à la sortie de la maternité signe déjà une nouvelle trajectoire pour lui, dans un ailleurs autre que celui de ses parents. « Un bébé en placement est un bébé à deux mères : une première dont il porte le nom », qui l'a porté neuf mois et « une autre dont il ne porte pas le nom mais qui exerce depuis la plus tendre enfance toutes les fonctions maternelles chez qui il se trouve pour une durée indéterminable mais provisoire » (David, 2016, p. 166). Le couperet judiciaire d'une décision de placement d'un nourrisson engage fortement les professionnels et dicte la trajectoire de vie du tout-petit dans ses premiers liens. Cette décision relève parfois d'une histoire familiale émaillée de placements pour les aînés et la nécessité d'une protection pour les prochains ou bien d'observations inquiétantes faites lors des premiers jours de vie. Cette décision revêt un caractère protecteur dans l'intérêt de l'enfant. Les professionnels cherchent la collaboration des familles pour faciliter le placement et leur accompagnement dans leur futur lien à leur enfant. La tâche ardue est à la fois de soutenir la construction du lien parents-enfant et de permettre à l'enfant de faire l'expérience d'« une relation qui fait soin » (David, 2014, p. 265) avec un autre adulte pouvant lui proposer un environnement social, familial et affectif répondant à ses besoins fondamentaux.

*Lisa Descamp, psychomotricienne.
Céline Ropars, psychologue clinicienne.*

Nous verrons ce qui adviendra de la construction de ces liens pour Tom, un tout-petit placé par les institutions dès sa naissance. Quels sont les retentissements sur son développement corporel et affectif ? Comment composer avec les injonctions paradoxales des institutions et accompagner au mieux le tout petit dans cet avenir différent de celui défini initialement ? Quand le retour devient réel, comment accueillir l'enfant dans sa perte d'objet d'investissement, essentiel à son processus d'individuation ?

À la rencontre de Tom et de Mme T, son assistante familiale

Dans la salle d'attente de la consultation parents-bébé¹, nous découvrons Tom, un bébé de 7 mois, le visage rond avec de grands yeux noirs, aux longs cils. Installé au tapis, il est figé dans une posture assise, le dos bien droit. Il suit le ballet des professionnels, des familles dans ce lieu d'entre-deux. Il est accompagné par deux femmes agenouillées auprès de lui, son assistante familiale, Mme T. et une puéricultrice de la protection maternelle et infantile (PMI) qui a été à l'initiative de son placement. À la suite d'un appel de Mme T. à la consultation quant à ses inquiétudes concernant Tom en termes d'angoisse de séparation, la pédopsychiatre, responsable de la consultation et moi-même, psychologue clinicienne, les recevons afin de définir la prise en charge thérapeutique.

Durant ce premier rendez-vous, les circonstances du placement de Tom sont évoquées : sa mère a refusé l'aide des professionnels de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance (ASE) déjà engagés auprès d'elle pour ses six autres enfants pour cette nouvelle grossesse. Le juge a décidé du placement de Tom à la sortie de la maternité. Tom est reconnu par le nouveau compagnon de sa mère durant sa grossesse.

Mme T. évoque la demande qui lui a été faite par l'éducatrice référente du service de la protection de l'enfance de se préparer à accueillir Tom « pour les dix-huit prochaines années », un engagement à long terme compte tenu de la situation familiale. Cet engagement implique une grande responsabilité de Mme T. vis-à-vis de cet enfant

1. La consultation parents-bébé est un service pédopsychiatrique attaché à un centre médico-psychologique. C'est un espace de soin en anténatal pour les femmes enceintes et leur compagnon ou en postnatal pour les enfants de 0 à 3 ans et leurs parents. Les familles sont accompagnées par une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologues, psychomotriciennes, éducatrices spécialisées, éducatrices de jeunes enfants, assistante sociale, secrétaire).

dans le temps et une affiliation de celui-ci à sa famille (Wendland et Gaugue-Finot, 2008, p. 319).

Lors de notre rencontre, Tom ne quitte pas les bras de Mme T. Celle-ci et la puéricultrice sont attentives à ses réactions. Elles sont touchées par ce petit garçon qui suscite à la fois de l'envie d'échanger avec lui par son regard profond et de l'incompréhension car il reste inaccessible, scrutant les moindres gestes, le moindre déplacement d'objet ou de personne dans la pièce. Au vu des angoisses de séparations massives existant chez Tom et des inquiétudes de son assistante familiale concernant ces angoisses et son organisation sensori-motrice, nous proposons de les recevoir dans le cadre d'une cothérapie (psychologue, psychomotricienne) tous les quinze jours, pour comprendre et accompagner cette relation.

Tom a 9 mois lors de nos premières rencontres. Alors que nous sommes tous sur le tapis, Tom est collé à Mme T. Il ne se risque à aucun écart. Tom nous observe. Mme T. souligne que le collage corporel est très fort, comme s'il voulait entrer dans son corps dans une forme d'incorporation, « une reconstitution d'une nidation dans un milieu analogue à la vie intra-utérine » (Jaeger, 2009 p. 130). Progressivement, dans ses bras, il s'intéresse à l'espace-environnement de la salle. Il s'arrête sur le tournoiement du mobile du soleil et de la lune que ma collègue psychomotricienne met en mouvement plusieurs fois. Elle nomme cette alternance des astres. Le visage de Tom s'éclaire, sollicite son assistante familiale dans une attention conjointe en pointant du doigt le mobile, demande en babillant à ce que cette scène se rejoue. Cet objet est investi comme un repère dans cet espace où nous nous retrouvons à un rythme régulier. Ce mobile vient symboliser la présence, l'absence, l'attente de retrouver un objet perdu temporairement.

Petit à petit, encouragé par Mme T., sur de courts temps, Tom supporte la distance avec celle qu'il a choisie comme figure d'attachement. Il s'anime avec les objets familiers qu'il découvre à présent en les touchant, il babille parfois. Il est installé assis, toujours très raide. Les muscles de son dos sont dans une hypertonie axiale nécessaire à la stabilisation de cette posture. Le tonus pneumatique est visible sans lequel il vacillerait. Il cherche à se dresser sans utiliser son ancrage au sol. Les appuis que lui offrent le bas de son corps ne sont pas investis, socle essentiel à la construction postural et psychique. Une dysharmonie tonique se laisse entrevoir entre une hypertonie axiale et une hypotonie d'ancrage. La différence d'investissement entre le haut et le bas du corps est assez significative chez cet enfant qui n'a pas fait

suffisamment l'expérience d'éprouvés sensoriels variés dans ses jambes, ses pieds. Son organisation sensori-motrice en est partiellement entravée.

Lorsque ma collègue s'approche de lui, par des gestes doux et délicats pour sentir et accueillir le tonus de ce petit garçon, elle rencontre une rigidité axiale. Pour lui permettre de percevoir le bas de son corps et d'assouplir cette hypertonie, elle lui propose de rassembler ses jambes sur son ventre pour s'enrouler. Au cours de cette mise en forme corporelle, Tom geint, appelle son assistante familiale du regard. Il recherche son appui dans le déroulé de ce moment mais surtout une réassurance dans ce qu'il vit d'inquiétant dans la proximité avec la psychomotricienne. Les mots de Mme T. sont insuffisants pour apaiser Tom qui s'échappe de la relation à l'adulte, se précipite vers elle, lui grimpe dessus, la piétine, s'agrippe à son t-shirt.

Son besoin d'agrippement est déroutant pour Mme T., il se hisse jusqu'au creux de son cou comme un nourrisson, convoquant le creux laissé par la naissance de l'enfant qu'elle n'a pas porté, de cette complétude à jamais perdue mais qui n'a pas existé en son sein, en son ventre.

Les agrippements visuels et corporels de Tom à Mme T., sa dysharmonie tonique entre le haut et le bas de son corps montrent des signes d'insécurité et de fragilité chez ce petit garçon dans la construction de ses enveloppes psycho-corporelles. La relation à sa figure d'attachement primaire, à son assistante familiale est essentielle pour lui dans cette période de vie où son développement psychoaffectif signe une séparation des corps, une mise en mouvement plus marquée de son processus d'individuation. En parallèle, Mme T. vit une grande insécurité affective lorsque les décisions de justice viennent mettre en cause la promesse qu'elle a faite à cet enfant et en creux, la promesse qu'on lui a faite dans l'accueil de ce petit garçon. Contre toute attente, cet accueil est reconsidéré au regard de la présence paternelle. Le juge estime que son père est soutenant pour lui et apporte une stabilité à sa mère. Cette reconsidération vient bousculer les représentations temporelles de Mme T. dans son lien à Tom.

Le temps suspendu

Une nouvelle audience a lieu, la troisième depuis la naissance de Tom qui n'a que 14 mois. Les droits des parents s'élargissent à une nuitée en présence de son père toutes les semaines. Le juge demande que la possibilité d'un retour de ce petit garçon chez ses parents soit travaillée dans l'année avec une augmentation progressive des

hébergements. Le retour d'audience est compliqué pour Mme T. Par manque de professionnels de l'aide sociale à l'enfance pour faire tiers, elle est fortement exposée aux parents dans leur revendication de droits et dans ce qu'ils vivent avec Tom lors des hébergements. « La rencontre avec le temps d'un autre » (Ciccione et Mellier, 2005), ici le temps judiciaire, ne tient pas compte du temps de l'enfant et de ses besoins. Mme T., garante des besoins de Tom au quotidien peine à s'ajuster à cette décision et à se départir de son engagement initial. L'imprudence de la référente ASE dans sa demande d'accueil de Tom laissait entendre son affiliation à la famille de Mme T.

Dans ce temps de préparation à un retour de Tom chez ses parents, nous continuons de le recevoir avec Mme T. à la même fréquence. Les séances se colorent différemment au vu de l'acquisition de la marche pour Tom depuis plusieurs semaines. Même si sa démarche est hésitante à cause d'un manque de tonus et de musculature avec une hyperlaxité de ses articulations, rappelant sa dysharmonie tonique entre le bas et le haut de son corps, il trouve l'énergie pour être plus libre de ses mouvements. C'est à cette période que certains rituels s'installent pour lui.

Les séances débutent par un temps de déchaussage. Mme T. tente de l'accompagner pour retirer ses chaussures. C'est un moment de crispation pour tout le monde, Tom geint « tata, tata », glisse souvent de son fauteuil, veut s'asseoir sur ses genoux. Il oscille entre le désir de faire seul, le refus et la passivité. Ce moment borde la séance marquant les retrouvailles et les séparations. Le besoin de contrôle chez Tom se retrouve dans la salle d'attente où il souhaite que les portes soient fermées, celle du secrétariat, celles des salles environnant la sienne. Les espaces doivent-ils être étanches au risque de voir des débordements, des empiétements de sa vie psychique ? Est-ce une façon pour lui d'éviter toute imprévisibilité ?

Il lui est de plus en plus difficile d'être en lien au fil des séances et il est de nouveau très collé à Mme T. Tom est dans des schèmes archaïques de tout-petit avec une recherche olfactive et tactile appelant une quête de protection et de base de sécurité.

Plusieurs jeux s'amorcent, mais aucun n'aboutit. Il est difficile pour Tom de s'installer à une activité proposée ou, s'il s'y installe, c'est pour un temps insuffisant pour dérouler, séquencer l'activité. Les tours de cubes chutent brutalement sans rechercher la réaction des adultes, sans que cela produise de réaction chez lui. Tom ne demande pas à relancer l'activité dans la relation, ce qui entrave le déroulé du jeu.

Au contraire, il fuit régulièrement la relation et déambule dans la pièce dans une forme de désorientation. Il nous échappe. Il est difficile pour Tom de revenir sur la scène d'un jeu malgré nos invitations et celle de son assistante familiale.

Ses déplacements, par-delà la précipitation dans la fuite, sont émaillés de chutes. Tom marche avec les jambes fléchies, il peine à repousser le sol, sa démarche manque d'impulsion. Il semble emporté par le mouvement de son corps, dans une forme d'accélération devançant ses désirs de parcourir l'espace. Pour M. Gauberti, les hypotonies marquent « la non-intégration de la fonction tonique dans les expressions corporelles ». Cette hypotonie vient dire les cassures dans la rythmicité de ses éprouvés, « le plus souvent associées à des altérations de la relation corporelle » (Pireyre, 2011, p. 107).

Désormais, Tom commence à parler alors qu'il était longtemps resté babillant voire silencieux lors de nos premières séances. La prosodie de ses échanges, souvent affirmative, contraste avec son contenu. Sa bouche étant tout aussi hypotonique que sa démarche, il est difficile de comprendre les tentatives de communication de Tom. Il nous donne le sentiment de mâchonner, sa langue n'est pas instrumentalisée (Bullinger, 2010), les mots semblent se bousculer dans cette petite bouche, les rendant inintelligibles, insaisissables.

Quelques mois passent. Tom a à présent 18 mois. Il vit l'alternance présence/absence avec sa figure d'attachement à un rythme soutenu : les visites s'accroissent afin de permettre au juge de prendre une décision quant à la possibilité d'un retour de Tom chez ses parents. Ce rythme des visites nous paraît incompatible avec ses besoins de continuité. Il vient entraver le processus d'individuation de Tom en le mettant dans une posture passive dans l'expérience de l'absence/présence le faisant se réfugier alors dans une posture régressée de tout-petit.

Après un mois de visites soutenues, Tom est accueilli cinq jours chez ses parents. Durant cet hébergement, il rend visite à sa famille élargie avec ses parents et est confié pour une nuit à une tante qu'il ne connaît pas, sans présence parentale. Dans ce chaos, Tom refuse de s'alimenter, tombe malade et fait perdre ainsi les repères à ses parents si fragiles. Démunis face aux manifestations de mal-être de leur enfant, ils recherchent l'appui de Mme T., figure d'attachement reconnue implicitement par les parents.

Face à ses nombreux imprévus, au manque de réponses adéquates, à l'absence de Mme T., Tom dit par son corps l'insupportable de la situation. Le rythme et les modalités des rencontres viennent directement l'impacter et le désorganiser. L'absence de Mme T. signe l'angoisse de perte préobjectale pour Tom. Il n'a pas intégré suffisamment la permanence de cet objet d'investissement pour se rassurer. Le rythme donné à l'alternance présence/absence de Mme T. auprès de Tom doit être corrélé à ses besoins au risque de fragiliser, si jeune, sa construction psychocorporelle en devenir.

L'entre-deux, se laisser aller à rêver

L'audience approche. La pédopsychiatre qui suit les parents avec la psychomotricienne et moi-même prenons la décision d'écrire au juge des enfants. Les signes de désorganisation et de souffrance de Tom sont à mettre en lien avec le rythme donné aux visites et aux hébergements chez ses parents. Tom est dans l'impossibilité à son âge de supporter autant de discontinuité dans sa vie quotidienne et dans sa relation à son assistante familiale.

Nous retrouvons Tom après plusieurs semaines d'absence. Tom a été de nouveau malade avec un passage aux urgences au vu d'une infection des voies respiratoires. Nous sommes en plein hiver, il a 19 mois. Ce temps de convalescence était nécessaire à Tom pour se restaurer après les tensions inhérentes à la cadence des rencontres, des séparations/retrouvailles et à la charge émotionnelle générée par la dernière audience chez ses parents et son assistante familiale.

Le placement est reconduit pour un an, le juge a entendu les besoins de Tom. Une accalmie s'installe, comme une bulle suspendue, une restauration de l'enveloppe dyadique. Tom s'apaise, retrouve ses rituels et son rythme. Le discours de son assistante familiale change : ses inquiétudes pour Tom ont été entendues et reconnues. Elle s'autorise à nous parler des moments de plaisir à être ensemble, des rituels avec Tom autour du coucher en famille ; Tom profite des activités dans le jardin qu'il réclame quotidiennement. Il affectionne et investit cet espace naturel comme un sas de décompression et de rassemblement. Le vent sur sa peau, les bottes à ses pieds, le bonnet sur la tête, cette aventure est possible et initiée par Tom parce qu'il a retrouvé « une stabilité et les répétitions dans les macrorhythmes » (Lamour et Barraco, 1998 , p. 131) de sa vie quotidienne ce qui lui permet de s'ouvrir au

monde. Les espaces du dedans et du dehors sont mieux identifiés et permettent d'établir des représentations psychiques plus efficaces. Il chute moins, son « redressement, accès à la verticalité est contrôlé, modulable et fluide » (Coeman, 2004).

Cette période d'apaisement lui permet de vivre des moments de séparation d'avec Mme T. plus tranquillement durant les séances en découvrant ou redécouvrant le matériel de motricité. Il explore l'espace, escalade, glisse, monte, descend, se crée un « terrain de jeu » (Winnicott, 1971, p. 98). Depuis la dernière audience et notre écrit, Mme T. se confie davantage à nous sur ce qui la traverse lors des séparations-retrouvailles avec Tom. Elle évoque notamment son vécu émotionnel sur ce placement autour de l'imprévisibilité des décisions qui l'ont beaucoup bousculée, de l'intensité des affects suscités par ce petit garçon. Cet accueil de Tom vient faire écho à son histoire personnelle et fait « reconnaître une filiation imaginaire où s'originent les soins » (Lamour et Barraco, 1998, p. 130-131) pour Tom.

Tom investit une cabane qu'ils ont construite ensemble comme un refuge. La fluidité des échanges avec l'extérieur est possible mais aléatoire en fonction de sa disponibilité. Dans cet espace à soi émergent des jeux symboliques accompagnés de trois nounours. Tom nous les confie toujours de la même manière : à ma collègue deux de ces nounours et à moi le troisième, nounours dont nous sommes encore responsables aujourd'hui. Ces ours prennent part à l'espace transitionnel de Tom dans le jeu, signes de sa capacité de symbolisation comme « moyen de rendre familier l'environnement en y projetant des traces mnésiques d'expériences préalables » (Golse et Rasse, 2016, p. 277). Mme T. nous raconte un jour en arrivant à la consultation que Tom a changé le nom de son doudou. Celui-ci s'appelle « nounours » à présent et non plus « doudou ». Par-delà notre surprise, ce changement de nom n'est-il pas le signe de sa capacité d'internalisation de son objet interne qu'est son assistante familiale dans un moment où celle-ci ne va plus faire partie de son quotidien ? Ce changement de nom vient-il dire aussi l'objet créé-trouvé qui lui a permis d'être acteur des moments de séparation d'avec Mme T. dans leur espace, en notre présence ?

Le retour de Tom

Deux ans ont passé depuis notre première rencontre. Tom a 2 ans et demi. La dernière audience approche et vient dire une mainlevée du placement. Cette annonce confronte Mme T. à une réalité qu'elle redoutait : le retour de Tom dans sa famille. Par-delà son discours

teinté d'une profonde tristesse dans la perspective de cette séparation, Mme T. craint un nouveau placement pour Tom au regard des signes de fragilité de ses parents. Elle reconnaît le lien existant entre Tom et ses parents mais elle reste trop exposée au discours de ces derniers lors des moments de transitions autour des hébergements ce qui active son besoin de protection de ce petit garçon. Penser le départ de Tom est pour cette assistante familiale comme trahir son engagement initial.

Les visites deviennent « insupportables », nous dit Mme T. qui n'accueille Tom que deux nuits par semaine. Le vide s'installe entre deux hébergements pour elle, les retours sont de plus en plus difficiles. Tom oscille entre des mouvements d'agressivité envers Mme T., des comportements d'autosuffisance, des signes de possession « ma tata », « mon tonton », « mon doudou ». Mme T. nous confie avoir le sentiment d'un accompagnement inachevé, d'être prisonnière de son engagement initial. Comment peut-il en être autrement quand on accueille un tout-petit avec tout ce que la vulnérabilité et les projections inhérentes à son jeune âge convoquent chez l'accueillant ? « Ce n'est pas un métier », nous dit-elle.

En séance, Tom passe beaucoup de temps dans sa maison avec ma collègue psychomotricienne. Quand il perçoit la tristesse chez son assistante familiale lors de nos échanges, il vient lui confier son doudou-tétine pour la consoler. Il participe à nos échanges en attrapant des mots, « papa-maman », le nom de la référente ASE qu'il répète plusieurs fois. Il s'agrippe aux mots comme aux objets dans une forme d'obsession. De la même manière, lorsqu'il rentre chez « sa tata » après un séjour chez ses parents, il vérifie les moindres détails de la maison, tout doit être à sa place. Il ne veut pas sortir de la maison excepté pour aller dans le jardin. C'est lors d'un de nos derniers rendez-vous que Tom demandera : « Il est quelle heure ? », en regardant l'horloge. Cette expression est des plus surprenantes chez ce petit garçon qui n'a pas de notion de temps et qui n'en comprend pas le sens. Cette phrase résonne avec son contexte de vie où le temps est compté pour lui dans sa relation à Mme T., dans le temps de ses parents, impatients de le voir chez eux.

Le retour de Tom chez ses parents va avoir lieu. Nous sollicitons en accord avec le service de l'aide sociale à l'enfance un délai auprès du juge pour permettre à Tom et à Mme T. de se dire au revoir dans le cadre thérapeutique qui a été le leur durant de nombreux mois.

Tom est rentré chez ses parents quelques jours après l'audience. Le juge et les parents ont entendu la nécessité d'accompagner Tom dans ce moment de séparation d'avec Mme T. Ce délai nous a permis d'accueillir une dernière fois Tom et son assistante familiale. Cette séance est particulière pour chacun de nous. Nous mesurons la charge émotionnelle d'un tel moment de séparation qui sera effectif quelques heures plus tard. Nous partageons ce sentiment d'inachèvement dans l'accompagnement de la relation de Tom avec Mme T. Nous regrettons la décision du juge. Ce retour nous paraît prématuré. Tom a besoin de consolider sa construction psychocorporelle dans sa relation à Mme T. La poursuite de l'accompagnement de ses parents dans leur lien à leur fils est nécessaire afin qu'ils perçoivent et soient au plus près des besoins de leur enfant sur un temps suffisamment significatif pour Tom et pour eux.

Au cours de cette dernière séance, Tom retrouve sa cabane installée à l'identique. Un peu plus loin, une seconde cabane symbolise l'idée d'un ailleurs qui s'ouvre à lui. Tom peine à trouver sa place dans la séance, il semble déstabilisé par cette nouveauté.

Il va à sa cabane, puis à la nouvelle dans laquelle il ne parvient pas à dérouler un jeu symbolique qui tienne. Il passe un long moment, lové dans son abri, tétine en bouche et doudou dans le creux de ses bras, tel « une prothèse de rassemblement » (Bullinger, 2010). Nous évoquons avec Mme T. le chemin parcouru ensemble lors de la consultation, son lien à Tom. L'émotion est vive chez elle, Tom y est sensible même s'il retourne auprès de ma collègue, garante de cet espace à soi créé depuis plusieurs semaines maintenant. Nous nommons à Tom ce qu'il va vivre dans l'après-midi, cette séparation avec « sa tata », l'existence de ce lien avec elle. Tom nous écoute tout en continuant de créer ses histoires avec ma collègue. À la fin de la séance, Tom ne râle pas pour remettre ses chaussures. Il se prépare comme si c'était « l'heure » du départ. Dans une fuite des émotions qui l'entourent, il quitte notre service avec Mme T.

Nous recevons Tom quelques semaines après son retour chez ses parents. Il est accompagné par ces derniers. Nous faisons le choix de le recevoir seul afin qu'il puisse retrouver un espace connu et exprimer librement ses émotions, son vécu sans être dans une allégeance à ses parents. Par ailleurs, le cadre des parents reste inchangé à la consultation. Ils sont reçus à la même fréquence par la pédopsychiatre et la psychomotricienne.

Nous nous retrouvons tous les trois, Tom, ma collègue psychomotricienne et moi. Tom a déjà retiré ses chaussures avec ses parents dans la salle d'attente ce qui modifie nos habitudes de retrouvailles. Il entre dans la pièce. Il se met à pleurer quand il comprend que sa mère ne l'accompagne pas dans cet espace. Désireuse d'investir cet espace avec son fils, elle peine à l'aider à se séparer. Nous les accompagnons en écourtant ce moment. Tom pleure, répète « maman » en boucle. Ma collègue lui propose de le prendre dans ses bras et de le porter. Tom accepte. Il garde son doudou, sa tétine en bouche et sa couverture qu'il n'a jamais emmenée à la consultation mais qui était dans son lit chez Mme T. Il s'apaise doucement, observe la pièce, le mobile du soleil et de la lune, la cabane, les nounours. Tom se replonge dans un vécu avec son assistante familiale par les objets.

Lors des trois séances qui suivent l'instauration de ce nouveau cadre, Tom n'évoque à aucun moment « sa tata ». Il retourne dans « sa cabane » avec ses objets transitionnels, fait des allers-retours pour nous confier les nounours. Il sort la dînette et fait attention à certains objets qu'il ne quitte pas de la séance comme le couteau, le nomme de façon répétée, souvenir de son quotidien avec Mme T. Il demande à être porté pour faire tourner le mobile soleil/lune. Par les objets, Tom convoque son vécu avec son assistante familiale. Quand nous faisons des liens et ravivons des souvenirs communs, Tom reste de marbre, son visage se durcit, ses yeux sont de nouveau dans le vague comme un gel de ses affects pour se protéger de la perte de Mme T.

Conclusion

Tom a été placé à sa naissance par le juge. Le service de l'aide sociale à l'enfance envisageait pour lui un accueil à long terme chez une assistante familiale s'inscrivant dans cette perspective. Reconsidérée au regard des compétences parentales du père, cette perspective a mis à l'épreuve ce tout-petit. Le temps judiciaire a sa logique qui ne tient pas toujours compte des besoins de l'enfant dans son développement. Cette logique a montré à quel point elle pouvait provoquer des signes de souffrance chez un tout-petit si son rythme n'était pas entendu et respecté. La continuité existentielle des enfants placés dans cette période de vie qu'est celle du préverbal s'inscrit dans la rythmicité donnée par la vie quotidienne portée par un adulte.

Les premières années de vie d'un enfant s'inscrivent dans l'intersubjectivité avec un autre qui prend soin de lui. Éprouver et faire l'expérience d'être lié, d'être attaché permet pour un tout-petit l'établissement

de ses instances psychiques, de la construction d'un objet interne et de sa relation à celui-ci, de son individuation. Le corps est fortement sollicité et l'empreinte dans le corps de l'autre l'est tout autant : le dialogue tonique est un vecteur puissant d'un vécu partagé qui suppose d'être suffisamment consistant et constant pour permettre l'intégration des enveloppes psychiques si nécessaire à ses instances psychiques et aux soubassements de sa subjectivation.

Le lien de Tom à Mme T. a été fortement soumis au rythme de la justice dans une perspective d'un retour au domicile des parents. Par-delà l'onde de choc du changement de trajectoire pour Tom, être dans la précipitation d'un retour n'est-ce pas venir fragiliser et entraver le rythme du processus d'individuation de l'enfant ? Notre sentiment d'inachèvement dans l'accompagnement de la relation de Tom et de Mme T. s'inscrit dans ce questionnement.

Enfin, nous avons voulu montrer ici à quel point respecter et prendre soin du rythme du tout-petit – « écouter ! » nous dirait Myriam David (2016) – permet l'instauration d'une sécurité intérieure et d'éprouver le sentiment d'exister dans un premier lien au bénéfice du lien parents-enfant.

Bibliographie

- ANZIEU, D. 1985. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BULLINGER, A. 2010. *Le développement sensori-moteur et ses avatars. Un parcours de recherche*, Toulouse, érès.
- CICCONE, A. ; MELLIER, D. 2005. « Un dossier : le temps "au présent" du bébé », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 53, n° 1, p. 1-2.
- COEMAN, A. ; RAULIER, H. ; FRAHAN, M. de. 2006. *De la naissance à la marche*, Bruxelles, ASBL Étoile d'herbe.
- DAVID, M. 2004. *Le placement familial de la pratique à la théorie*, Paris, Dunod.
- DAVID, M. 2016. *Prendre soin de l'enfance*, Toulouse, érès.
- DETRY, L. 2007. « Jusqu'où ne pas séparer les bébés de leur mère ? », dans D. Bass et M. Stéphanoff, *Mélodrame et mélo-dit de la séparation*, Toulouse, érès, p. 159-167.
- FONAGY, P. 2004. *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, Toulouse, érès.
- FRAIDBERG, S. 2012. *Fantômes dans la chambre d'enfants*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».

GOLSE, B.,

- HAAG, G. 1985. « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, vol. 33, n° 2-3, p. 107-114.
- JAEGER, P. 2009. « La santé selon Winnicott : les rapports psychésoma », *Revue française de psychosomatique*, vol. 2, n° 36, p. 129-145.
- JOLY, F. ; LABES, G. 2009. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, vol. 1, *Corps, tonus et psychomotricité*, Noisiel, Éditions du Papyrus.
- JOLY, F. ; LABES, G. 2010. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, vol. 3, *Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce*, Noisiel, Éditions du Papyrus.
- LAMOUR, M. ; BARRACO DE PINTO, M. 2021 *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin : repères pour l'intervention*, Toulouse, érès.
- Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- MELLIER, D. ; CICCONE, A. ; KONICHECKIS, A. 2012. *La vie psychique du bébé. Émergence et construction intersubjective*, Paris, Dunod.
- PIREYRE, E. 2011. *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- ROBERT-OUVRAY, S. 2007. *Intégration motrices et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer.
- WENDLAND, J. ; GAUGUE-FINOT, J. 2008. « Le développement du sentiment d'affiliation des enfants placés en famille d'accueil pendant et après leur petite enfance », *Devenir*, vol. 20, n° 4, p. 319-345.
- WINNICOTT, D.W. 1975. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT, D.W. 1990. *La nature humaine*, Paris, Gallimard.

Du traumatisme de la guerre au traumatisme de la naissance

Myriam Szejer

Depuis le début de la guerre qui oppose la Russie à l'Ukraine, des collègues psychanalystes et moi-même animons très régulièrement en ligne une supervision s'adressant aux professionnels de la périnatalité et de la petite enfance ukrainiens dans le cadre des activités de l'association internationale La Cause des bébés. À partir de ce travail, j'ai choisi d'évoquer la question du traumatisme de la naissance, souvent évoquée en psychiatrie ou en psychologie, mais assez peu sous l'angle de la clinique psychanalytique.

Au cours de ces séances de supervision, on nous a rapporté, à plusieurs reprises, des cas d'enfants présentant une symptomatologie qui pouvait être à première vue le résultat des bouleversements actuels, comme des pleurs, des cauchemars, des terreurs nocturnes, une énurésie, un mutisme, et des phobies diverses... Or souvent, lorsqu'on se penche sur l'histoire de chacun, on retrouve un événement antérieur qui vient s'inscrire à l'occasion de ce qui est vécu aujourd'hui.

On nous a présenté le cas d'un petit garçon qui avait peur des « bruits méchants » qui l'empêchaient de dormir. Après avoir écouté l'analyste qui nous rapportait les propos de sa mère, nous avons compris que, finalement, ces bruits étaient à mettre en relation avec le fait que la famille était de nouveau en fuite de Donetsk. L'enfant y avait déjà vécu les bombardements en 2014, alors qu'il était très jeune, au moment des combats de l'Ukraine contre la Russie dans la région du Donbass. L'angoisse des autres et sa propre peur sont réactualisées à la faveur de la situation actuelle car ces affects, liés aux bruits des

Myriam Szejer, pédopsychiatre et psychanalyste.

bombardements, ont été mémorisés et inscrits comme autant de traumatismes au sein de leur psychisme. Ils avaient probablement fait l'objet du refoulement lié à l'amnésie infantile qui survient entre 2 et 5 ans. Les mêmes bruits de bombes, mais dans un autre temps. Ainsi se constitue le symptôme. À nous de l'entendre comme une demande de mise en mots. L'inconscient est comptable, mais le temps de l'inconscient ne se mesure pas de la même façon que celui de l'horloge.

Nous avons pu suggérer au thérapeute de raconter à l'enfant les événements antérieurs au regard de l'actualité. Ainsi la parole pourrait remettre les choses dans l'ordre. On lui expliquera qu'il peut s'en sortir, comme cela a été le cas la dernière fois, grâce à ceux qui s'occupent de lui. Les enfants ont besoin des mots pour parvenir à penser ce qui leur est donné à vivre. Ils ont également besoin de faire du sens. La guerre, si elle ne leur est pas expliquée a minima, reste pour eux une énigme. Il est, semble-t-il, préférable, même si cela peut paraître dur, de l'expliquer aux enfants car de toute façon ils en sont les victimes d'une façon ou d'une autre. Ils perçoivent les émotions de leur entourage et, s'ils ne sont pas informés, ils peuvent créer des fictions parfois plus dévastatrices que la réalité et en conséquence se sentir en grand danger sans pouvoir compter sur les adultes pour les protéger. Or souvent ils vivent tout cela sans mots. Au mieux, les adultes, eux-mêmes souvent terrorisés, leur disent que ce sont des méchants qui tirent et bombardent, sans pour autant que cela puisse faire sens pour eux.

À un autre moment ce sont des professionnels qui se demandaient s'il fallait informer une femme, sur le point d'accoucher, du décès de son mari envoyé au front, ou bien si l'on devait attendre que la naissance ait eu lieu pour le faire. Le parti pris des professionnels de la maternité était d'attendre, afin de ne pas perturber le bon déroulement de l'accouchement. Celui des psychanalystes était de respecter la parole vraie, celle qui permettrait à l'enfant de s'inscrire dans la vérité de son histoire dès son arrivée au monde. L'accouchement est, du point de vue de la dynamique familiale, un moment de crise où la parole peut venir réaliser l'instance tierce permettant une remise en circulation des pulsions. C'est pour cela qu'elle peut à elle seule, par les signifiants qu'elle véhicule, modifier éventuellement une dynamique obstétricale, influencer sur le déroulement d'un accouchement, ou, dans le post-partum, par effet d'interprétation, libérer d'un symptôme. Cet enfant naîtrait orphelin de père et ce n'était pas à nous de décaler sa réalité. Il faudrait simplement lui parler dès sa naissance et entourer sa mère

le mieux possible afin de préserver leur relation. Telles furent nos suggestions.

On nous a rapporté également le cas de deux sœurs adolescentes qui s'étaient focalisées sur le risque d'une guerre nucléaire. Leur obsession occupait leurs conversations, leurs jeux vidéo, leur curiosité. Elle s'accompagnait d'une charge anxieuse importante. Leur mère s'inquiétait. Elle nous expliqua qu'ils vivaient près de la centrale atomique de Tchernobyl non loin de Kiev. Elle-même, dans sa jeunesse, avait été confrontée au danger nucléaire. À l'époque de la catastrophe nucléaire de 1986, la région se trouvait en Ukraine, qui faisait partie alors de l'URSS en tant que République ukrainienne. Elle nous dit que ça ne l'avait cependant pas affectée car elle avait grandi comme les enfants soviétiques, préparés à une éventuelle catastrophe, entraînés au maniement des armes et à l'idée que la vie pouvait s'arrêter à tout moment. La peur était interdite, refoulée. C'est à la génération suivante que ces affects refoulés font retour, dans la peur exprimée par ses enfants face à l'éventualité d'une nouvelle catastrophe suite aux bombardements actuels de la centrale de Zaporijia par la Russie qui met en danger non seulement l'Ukraine, mais également le monde entier. Ce retour du refoulé nous montre de façon très explicite l'inscription du traumatisme au niveau de l'inconscient mais également sa transmission intergénérationnelle.

Ainsi on comprendra comment en temps de guerre, si la violence de l'environnement peut réactualiser un traumatisme antérieur, elle peut également inscrire celui de la naissance comme tel.

Françoise Dolto regrettait que, pour certains de ses petits patients, quelqu'un ne soit pas intervenu au moment de leur naissance pour leur dire leur histoire, celle de leurs parents, et pour leur préciser leur place dans ce contexte. En effet, nous, psychanalystes, arrivons toujours dans l'après-coup. Le symptôme, parfois déjà bien installé, masque souvent une histoire qui aurait pu être mise en mots en amont, évitant ainsi une souffrance qui peut toucher l'enfant, mais aussi ses parents et ses proches.

Ayant eu la chance de pouvoir assister, avec un groupe de psychanalystes, aux consultations que Françoise Dolto faisait pour les bébés placés à la pouponnière d'Antony, j'ai pu maintes fois vérifier ses dires. Riche de tout ce qu'elle m'avait apporté, j'ai eu le désir de tenter l'aventure en allant proposer mes services en maternité. Depuis plus de

trente ans j'y ai rencontré un grand nombre de nourrissons pour lesquels j'ai pu œuvrer à la transmission orale des données de leur existence. J'ai également pu observer que ce qui spécifie les interventions psychanalytiques en maternité est lié à la qualité de la collaboration avec les équipes obstétrico-pédiatriques. C'est grâce aux professionnels des maternités où j'ai travaillé que j'ai pu accéder aux nourrissons et à leurs parents. J'ai ainsi pu intervenir dès le début de la vie et réaliser ce dont les psychanalystes se méfient souvent, à savoir une forme de prévention.

Parler aux bébés est un concept qui semble bien galvaudé en France aujourd'hui. On a beaucoup accusé Françoise Dolto d'avoir fait en sorte que l'enfant devienne un confident ayant accès à l'intimité parentale. Il n'a jamais été question pour elle d'une telle chose. Il est capital de leur parler, certes, mais seulement de ce qui les concerne. La parole vraie est celle dite au bon moment, par la bonne personne, dans un cadre qui en définit la justesse et l'opportunité. J'ai pu constater, en assistant à ses consultations, comment elle pratiquait, et surtout l'effet thérapeutique que cette clinique avait sur les bébés. Il restait, cependant, à démontrer (si un bébé relativement jeune, mais qui avait déjà entendu parler autour de lui et auquel on s'adressait, s'avérait très réceptif à ce procédé) ce qu'il en était lorsqu'on s'adresse à un nourrisson dès les premières heures de sa vie. L'expérience m'a montré que l'inconscient est présent dès la naissance et probablement avant, notion qui fait souvent polémique, et que la parole adressée au nourrisson n'est en rien un luxe mais parfois même une nécessité incontournable.

Ce sont les mots qui ont le pouvoir d'atténuer le traumatisme s'ils sont prononcés à l'intention de ceux qu'ils concernent, de l'enfant comme de ses parents. La psychanalyse auprès des tout-petits peut être d'un grand secours y compris en temps de guerre. L'abord de la souffrance psychique dans un environnement social qui déstabilise autant les soignants que les enfants est possible, à condition toutefois de replacer chaque sujet dans son contexte personnel et familial. La supervision par des professionnels eux-mêmes à l'abri du danger leur permet de restaurer la distance nécessaire à l'écoute de l'inconscient.

Le bébé est plastique et n'aspire qu'à s'adapter. L'écouter, l'entendre, décoder son langage et lier ce que nous recueillons à son histoire afin de lui en soumettre le récit peut l'aider à se remettre à fonctionner dans l'univers qui est le sien, aussi douloureux que soit l'effort qu'il lui est pour cela nécessaire de fournir.

Les symptômes, physiques ou psychiques, exprimés par les mères, les pères ou leurs nouveau-nés peuvent être traités médicalement, mais ils peuvent également être replacés dans le contexte subjectif de chaque naissance et appréhendés parallèlement sur un mode médical et psychanalytique. On peut dès lors les considérer comme des signes transgénérationnels décodables. Car la souffrance, au sens analytique du terme, est souffrance de parole. Qu'elle soit de corps ou d'âme elle est toujours souffrance symbolique et le besoin de parole est si réel que le corps peut en être atteint dans son organisation, son fonctionnement et son intégrité. Comme cette parole s'adresse à qui elle peut, par le biais du symptôme, l'écoute analytique a la possibilité de s'exercer dès les premiers moments de la vie, à condition toutefois que l'analyste se déplace à la maternité ou dans un service de pédiatrie, ou de néonatalogie, voire dans un orphelinat.

La violence et la barbarie auxquelles sont confrontées les personnes au cours d'une guerre peuvent nous aveugler et nous empêcher de penser les symptômes constatés chez les enfants comme chez les parents autrement que comme les conséquences immédiates de l'agression. Ce serait oublier que ce qui fait traumatisme et déterminera la façon dont il s'inscrira dans le psychisme de chacun, c'est, comme nous l'a enseigné Freud, la prise en compte de la notion d'après-coup. Par conséquent, nous, psychanalystes, devons faire l'hypothèse que le symptôme n'est pas forcément l'expression d'un traumatisme actuel mais possiblement le résultat de la réactualisation d'un traumatisme antérieur.

La naissance a souvent été pointée comme traumatisme. Or le concept de traumatisme de la naissance n'est pas à prendre au pied de la lettre. Naître ne fait a priori pas traumatisme, c'est une étape dans la vie humaine. En revanche, ce qui peut faire traumatisme ce sont les conditions dans lesquelles se déroule la naissance et la façon dont elle ferait résonance dans l'histoire du sujet, de sa mère, de son père et de sa famille. Freud en son temps s'était déjà confronté à ses confrères, et principalement à Rank, sur cette question fondamentale. Freud avait fini par avancer le concept de continuum après bien des conflits.

Je reprendrai les propos du psychanalyste Sylvain Missonnier qui a longtemps exercé en maternité. Il nous dit qu'initialement, Freud considère que c'est la douleur corporelle – résolument non objectale – qui est la meilleure métaphore de l'angoisse automatique de la naissance. Elle préexiste à la temporalisation de l'angoisse objective. Il cite : « Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement

d'objet. » Il cite également Houzel (1991) qui écrit quant à lui : « On sent Freud gêné par son refus de concevoir l'état de détresse du bébé à la naissance autrement qu'en termes biologiques. Il dénie toute possibilité de contenu fantasmatique à l'expérience de la naissance » considérant qu'elle n'a encore aucun contenu psychique. Ce déni conduit Freud à placer « l'angoisse traumatique » et « l'angoisse signal » dans le registre de la réalité extérieure d'un danger et non du fantasme. « Tout se passe comme si le rejet de la théorie du traumatisme de la naissance l'avait conduit à dissocier l'affect d'angoisse de la forme fantasmatique dans laquelle cet affect s'incarne et à rejeter cette forme dans la réalité extérieure. » Contrairement à Freud tentant une réduction strictement physiologique du traumatisme de la naissance, la volonté de Rank de dialectiser source corporelle et destin psychologique offre la grande richesse d'ouvrir la perspective de traces périnatales épigénétiques qui ont un double destin croisé biologique (immunitaire, par exemple) mais aussi fantasmatique. L'attention élective de Rank sur le lien primordial avec la mère et la séparation de la naissance a le grand mérite d'attirer encore actuellement notre vigilance sur les dangers d'une métapsychologie freudienne scotomisant tout ce qui n'est pas strictement du registre du complexe d'Œdipe et du surmoi paternel. D'ailleurs, le temps est venu d'envisager les traces périnatales précœdipiennes et œdipiennes non plus seulement paternelles ou maternelles mais bien aussi familiales.

Sylvain Missonnier poursuit : « Prolongeant et dépassant la polémique entre Rank et Freud, le pédiatre psychanalyste Winnicott (1988) défend une théorie fédératrice cliniquement pertinente. Il distingue les naissances traumatiques et non traumatiques en soulignant le continuum entre les deux polarités.

Pour Winnicott, contrairement à ce que pense Rank, la naissance n'est jamais a priori traumatique. Pour lui, les « *birth memories* » ont une destinée psychique que le psychanalyste d'enfants et d'adultes se doit d'accueillir comme tout autre matériel (Winnicott, 1949). Un accouchement non traumatique n'occasionne pas « une interruption massive de la continuité d'existence » chez le fœtus devenant nouveau-né. Quand le Soi périnatal du nouveau-né exprimera la continuité biologique de sa « santé » face à la discontinuité écologique de l'accouchement, la naissance ne sera pas pour lui traumatique et sera dite « normale » (Winnicott, 1988). Pour Winnicott, les péripéties physiologiques d'un accouchement « normal » sont « favorables à un établissement du moi et à sa stabilité » (1949). À l'inverse, un accouchement sera traumatique si l'amplitude de « l'empiètement » produit

à la naissance dépasse celle dont il a fait un apprentissage progressif prénatal à partir de la discontinuité interactive biologique mère-fœtus. Winnicott écrit : « Avant la naissance, l'enfant humain s'accoutume aux interruptions de la continuité et commence à devenir capable de s'y faire, pourvu qu'elles ne soient ni trop graves ni trop prolongées. Du point de vue physique, cela signifie que non seulement le bébé fait l'expérience de changements de pression, et de température, ou d'autres phénomènes simples de l'environnement, mais aussi qu'il les a évalués et a commencé à mettre en place une façon de faire avec » (1988).

Winnicott, s'appuyant sur sa clinique pédiatrique, a apporté une version du concept sur laquelle je me retrouve aujourd'hui. Pour lui, « la variable distinctive entre accouchement traumatique ou non est la continuité d'existence du Soi, de continuum », ce que Dolto qualifiera de « mêmété d'être ».

La question de la séparation concerne l'être humain dès avant sa naissance : en effet, si celui-ci s'origine d'une réunion, sa destinée ne l'en dirige pas moins de façon irrémédiable vers la séparation. Cela n'a pas échappé aux premiers psychanalystes lorsqu'ils ont élaboré leur théorie incontournable de la castration, déclinée par leurs successeurs jusqu'à la castration ombilicale.

La séparation ne peut-elle fonctionner que comme rupture ? Peut-on en limiter les effets pathogènes voire pervers ? La fréquentation d'une maternité place le psychanalyste au cœur même des enjeux de vie et de mort au sein de la remise en jeu de la filiation. Qu'il s'agisse de situations dramatiques comme les abandons à la naissance, les hospitalisations en réanimation ou la simple mais inéluctable séparation liée à la mise au monde, il y est toujours question de perte, tant pour les parents que pour les bébés.

La naissance d'un prématuré peut être traumatisante mais ne s'inscrira comme traumatisme qu'en fonction de la place qu'elle prendra pour chacun et qui en déterminera l'intensité, surtout pour la mère. Pour Jean-Pierre Winter, psychanalyste, à l'accouchement, il n'y a véritablement de séparation au sens psychique du mot que pour la mère. Pour elle, l'enfant dans son ventre avait un statut d'objet. Pour l'enfant cependant, on ne saurait dire avec la même rigueur qu'il y a séparation au moment de la naissance puisque, pour lui qui était inclus en elle, elle n'avait pas le statut d'objet. Elle l'aura, mais plus tard.

La naissance, pour le bébé, c'est un changement, c'est une révolution, voire un déménagement écologique d'après certains néonatalogistes mais, rigoureusement parlant, on ne peut pas dire que c'est

une séparation. Pourtant à ce moment-là, il y a bien une séparation, mais c'est en termes de coupure entre ce qui enveloppe le bébé, soit une partie de lui-même, et lui-même. Cette partition est également valable d'un point de vue embryologique, car le placenta et les annexes se constituent à partir du tissu embryonnaire, et c'est d'eux que le nourrisson se sépare à la naissance. La séparation est interne à l'unité de l'œuf. Le placenta en est le symbole éminent. Ce sont les fondements biologiques aux premières castrations naturelles décrites par Françoise Dolto. Elles ne deviendront symboligènes que dans l'après-coup de la naissance, au moment de la traversée du baby blues chez la mère, qui constitue l'après-coup de l'accouchement. Ensuite, progressivement après les différentes castrations (orale, anale, génitale), se constituera l'objet, réponse imaginaire, déliée de la réalité à l'insupportable de ces castrations (Szejer 1994).

Dans le psychisme, rien ne se perd, rien ne se crée, et tout peut se transformer. L'objet perdu sera récupéré par le langage, dans le fantasme, ce qui donnera au sujet accès au désir. Nous n'avons jamais affaire à l'expérience en tant que telle, mais au sens que prendra pour un sujet la séparation selon qu'elle sera plus ou moins réussie, c'est-à-dire structurante et non pas source de trauma.

Un humain peut se penser humain, parce que cette castration dite ombilicale ouvre l'accès au symbolique. Les concepts d'histoire, de préhistoire voire de protohistoire viennent décrire une parole qui se situe en deçà de l'enfant et le dépasse. Sa naissance vient réaliser cette histoire dans la mesure où il la reçoit et l'accepte avec ses aléas. Mais, en même temps, on peut dire qu'il s'en éloigne car il la fantasme, la parle, la pense. C'est une dimension spécifique de l'humain.

Tout ceci est capital pour appréhender l'importance de l'influence des conditions de naissance et de leur accompagnement pour l'avenir d'un sujet. Nous ne sommes jamais en mesure de prédire ce qui fera retour sous forme symptomatique à plus ou moins long terme, mais nous savons que la qualité de la prise en charge et de l'accueil langagier a le pouvoir de prévenir, sinon d'atténuer, l'effet de trauma qui potentiellement accompagne chaque naissance dans les enjeux de vie et de mort qu'elle véhicule toujours.

Ainsi, tout traumatisme est à penser en fonction de l'histoire du sujet afin de rechercher si un événement antérieur n'aurait pas permis son inscription. On sait que la séparation à la naissance peut être considérée comme une blessure qui pourra être la base d'un traumatisme au cours de quantité de situations métaphoriques comme l'abandon, le déplacement, la séparation des parents, les deuils, les divorces...

En maternité, le lieu du symptôme est tripartite. Il peut siéger au niveau de l'enfant, de sa mère ou de son père. C'est dans cette intimité de la remise en jeu de la filiation que l'écoute analytique peut se faire. Il arrive qu'elle permette de démêler certains conflits grevant plus ou moins lourdement le déroulement de cette période et l'équilibre psychologique et relationnel ultérieur des uns ou des autres. C'est le temps où les femmes pleurent, où leurs enfants leur répondent comme en écho, commençant à réclamer énergiquement reconnaissance et nourriture. Leurs cris ont pour effet de favoriser la montée de lait qui vient partiellement les satisfaire. Si le lieu du symptôme est tripartite, l'origine d'un traumatisme chez un petit est toujours à rechercher au sein de son histoire anté et périnatale et celles de ses parents. Ce sont souvent les fantômes qui hantent la généalogie du sujet et la réactualisation des affects qui y sont liés qui font le lit de l'inscription du traumatisme.

L'accouchement qui met fin à l'état de grossesse va délimiter un nouvel espace entre la mère et l'enfant, place du tiers, place du père, mais aussi de tout intervenant familial ou hospitalier pouvant s'adresser à l'enfant et à ses parents, places de ceux qui peuplent le nouveau milieu ambiant aérien du bébé. Ce dernier va contraindre sa mère à lui aménager une place par rapport à son couple, cependant que, dans la famille, chacun va devoir se pousser. Cette bousculade se répercute loin car elle va toucher collatéraux, ascendants et descendants. Il faut renégocier son espace en fonction du nouveau venu. Ce qui rend cette opération parfois difficile, ce sont les contenus inconscients qu'il faudra mobiliser. Ils peuvent être à l'origine de symptômes de toutes sortes dont l'enfant peut parfois se faire le porteur – et le rester toute sa vie.

Le cas de Paul

J'ai rencontré Paul au cours de son séjour en maternité. Paul a connu un épisode de détresse respiratoire transitoire quinze minutes après sa naissance. Il commence à aller mieux, mais ce n'est pas le cas de ses parents. Ils me sont signalés par l'équipe de néonatalogie qui trouve ce couple étrange. Ils semblent avoir une relation qui met mal à l'aise le personnel, qui me rapporte qu'ils abordent tout sur un ton sarcastique. Enfin, l'équipe m'informe du fait que le père n'a pas encore pris son fils dans ses bras.

Dans un premier temps, la mère, à qui on a proposé la consultation, l'a refusée, mais le lendemain elle l'a spontanément réclamée.

Nous sommes au troisième jour après l'accouchement. L'entretien a lieu auprès de la couveuse. Le père m'accueille en me disant : « Bonjour docteur, vous venez pour la piqûre ? » tout en faisant mine de baisser son pantalon. Je souris puis lui demande aimablement de sortir un moment afin que je m'entretienne avec la mère et l'enfant. Je ne le ferai rentrer que dans un deuxième temps, je souhaite d'abord m'entretenir avec la mère sans son mari.

Elle me raconte qu'à l'issue d'une première grossesse, une enfant est née porteuse d'une hypoplasie pulmonaire. Elle s'appelait Héloïse. Elle a vécu un mois, au milieu des intubations, des perfusions et des tubes de toutes sortes, le tout émaillé d'une grosse intervention chirurgicale. Le bébé est resté tout ce temps en soins à l'hôpital Necker, ses parents venaient lui rendre visite.

Après une stimulation ovarienne, une nouvelle grossesse est arrivée : des triplés. On leur proposa de pratiquer une réduction embryonnaire afin de se limiter à un seul embryon, ce qu'ils acceptèrent, mais au bout de dix-neuf semaines la grossesse se solda par une fausse couche.

La troisième grossesse survint spontanément. Mais le placenta était inséré trop bas dans l'utérus ce qui la fragilisait. Un repos au lit fut prescrit. Madame n'est pas parvenue à croire en cette dernière grossesse, elle a passé son temps à douter. Elle ne pensait plus pouvoir mettre au monde un bébé vivant et en bonne santé.

Elle a accouché à trente-six semaines. La naissance s'est bien passée. Cependant aujourd'hui, après la détresse respiratoire de son fils, elle dit ne pas arriver à réaliser que cet enfant est là. Pourtant on le lui a mis en « peau à peau », mais elle se trouve prématurément mère, et ne croit pas dans la vie de cet enfant. Elle ne lui fait pas confiance.

Elle est assise dans sa chambre tout habillée et soigneusement maquillée, on ne dirait pas qu'elle vient d'accoucher. Elle me fait remarquer qu'elle triche, que tout le monde lui dit qu'elle a bonne mine, mais qu'elle, elle se sent complètement dévastée.

Interrogée sur son couple, elle dira qu'ils ont traversé de nombreuses crises, mais qu'ils finissent toujours par se rapprocher. Madame supporte mal ses beaux-parents, elle ne les laisse pas venir à la maternité. Ils viendront chez elle après le retour à la maison...

Elle dit aussi n'avoir pu acheter aucun vêtement pour anticiper l'arrivée du bébé, même en achetant sur Internet, car elle ne parvenait pas à y croire. Elle n'est jamais entrée dans un magasin dans ce but. Je lui fais remarquer que les bébés ça bouleverse les couples, la vie, mais que maintenant Paul est là, même si c'est trop tôt pour elle, et

qu'il est temps de lui donner un père, une famille et de l'inscrire socialement.

En entrant dans la chambre, monsieur s'installe sur la chaise longue, s'allonge, et me dit : « Alors docteur Freud, allons-y ! » Il lui semblait bien difficile de se départir de ses résistances ironiques tant l'angoisse était au rendez-vous, celle que sa compagne ne parvienne pas à lui reconnaître sa place de père auprès de son fils. Il pense s'approcher du bébé aujourd'hui, me dit-il. Il ajoute cependant que c'est la place de la mère, que c'est quand elle voudra bien qu'il le fasse, ce à quoi elle répond qu'elle n'est pas prête.

La suite de l'entretien est centrée sur les places de chacun dans leur famille respective, éclairant ainsi pour l'enfant qui était présent les enjeux de sa naissance. Je décide de parler au bébé dans sa couveuse, de lui dire qu'il a fait une détresse respiratoire sans gravité, que peut-être il a envie de retourner à une respiration ombilicale qui viendrait annuler sa naissance, mais qu'il n'est pas sa sœur, qu'il n'a pas de maladie pulmonaire, qu'il a choisi de naître vivant et en bonne santé et qu'il ne peut pas retourner en arrière.

Je demande à l'infirmière qui m'a signalé la situation de me tenir informée de l'évolution des choses.

Cet enfant n'est pas né dans la tête de ses parents. On peut émettre l'hypothèse que la détresse respiratoire correspond à un souhait de poursuite de la grossesse et d'annulation de la naissance qui est une menace de mort par identification à la sœur morte à 1 mois, le tout aggravé par la mort des triplés avant leur naissance. Elle dit que c'était un accouchement par voie basse et qu'elle l'a « senti passer ». Quatre cadavres ont précédé Paul, sa place au monde est envahie de revenants bien encombrants.

On me rapportera par la suite que chacun s'est situé tranquillement et lorsque la petite famille est sortie, Paul était dans les bras de son père.

Il arrive qu'à l'appel du symptôme d'un bébé, nous soyons confrontés à l'impossibilité pour ses parents d'inscrire leur enfant comme vivant dans sa propre histoire. Les parents traumatisés par des épreuves en amont ou bien par un contexte familial difficile peuvent rester prisonniers de leur position contraphobique et ne pas parvenir à laisser au nouveau-né sa place de sujet. L'énonciation des places de chacun en rapport avec son histoire peut permettre de remettre à l'œuvre les pulsions de vie prises au piège de la répétition mortifère.

Bibliographie

- FREUD, S. 1905, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », 1985.
- FREUD, S. 1926. *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, Puf, 1981.
- MISSONNIER, S. 2014. « Le traumatisme de la naissance », conférence d'introduction à la psychanalyse du 22 octobre 2014 à la Société psychanalytique de Paris.
- RANK, O. 1924. *Le traumatisme de la naissance*, Paris, Payot, 2002.
- SZEJER, M. 1994. *Ces neuf mois-là*, Paris, Laffont.
- SZEJER, M. 2023. *La parole aux bébés*, Paris, Éditions Langage.
- WINNICOTT, D.W. 1949. « Birth memories, birth trauma and anxiety », dans *Through pediatrics to psychoanalysis*, Londres, Brunner-Routledge, 1958.
- WINNICOTT, D.W. 1988. *La nature humaine*, Paris, Gallimard, 1990.

Cahier psycho-ludique : un dispositif de médiation en temps de guerre

Anouch Sarafian-Chahbenderian

*« L'on devrait pouvoir comprendre
que les choses sont sans espoir,
et cependant être décidé à les changer. »
Francis Scott Fitzgerald*

En septembre 2020 et durant quarante-quatre jours, l'Azerbaïdjan et la Turquie mènent une offensive massive et brutale contre les Arméniens du Haut-Karabagh. Lors d'un séjour en Arménie, à quelques jours du cessez-le-feu, je prends la mesure de l'impact psychologique de cette attaque militaire sur toute la population arménienne et particulièrement les enfants. Baignés dans les discussions familiales liées à l'actualité, mais aussi dans un flot d'images, de sons et d'informations télévisées quotidiennes, les enfants sont les grands oubliés de cette guerre. Dans la cellule familiale, le déni est la meilleure défense. Les enfants ne souffrent pas du froid, ni de la faim et un traître indicateur s'ajoute à cela : ils jouent. Ainsi la guerre ne les atteint pas, en tout cas c'est ce que l'on s'accorde à croire et c'est ainsi qu'ils deviennent spectateurs fantômes des effets de la guerre sur les adultes. Le risque est immense, c'est le système de croyance en l'invulnérabilité des parents qui est en jeu si la parole n'émerge pas et s'ils n'assument pas

Anouch Chahbenderian est psychologue clinicienne et travaille dans le lieu de vie Le Colibri, installé à Jambville en Île-de-France. Elle participe à une recherche sur le post-traumatisme chez les survivants du génocide arménien. Elle apporte aussi une contribution importante en soins aux populations de République d'Arménie tant aux enfants qu'aux femmes enceintes exposés aux conséquences des guerres déclenchées par l'Azerbaïdjan.

les responsabilités protectrices (Bailly, 2003). Se cache certainement dans cette rencontre évitée la douloureuse et inévitable interrogation : dans cette guerre sans fin, ces enfants sont-ils les soldats de demain ?

Au cours de rencontres professionnelles, plusieurs confrères et consœurs me confient qu'affronter le regard de l'enfant interrogatif est effrayant dans cette période où tout semble sans réponse et où le risque génocidaire se réactive pour chacun. C'est dans ce contexte d'échanges avec mes pairs, absorbés par la détresse des leurs, paralysés par la vicariance du trauma, que naît l'idée d'un objet faisant tiers.

La démarche s'inscrit dans le cadre d'une intervention en santé mentale en Arménie basée sur un constat de faible accès aux soins psychiques et d'un frein sociétal à la verbalisation. À cela s'ajoute la triste réalité d'une grande instabilité géopolitique et d'une menace perpétuelle de reprise de la guerre, qui ne cesse d'accentuer la détresse psychologique de beaucoup d'Arméniens.

Penser l'action à distance

L'impuissance que génère cette guerre d'une grande ampleur pousse à la mise en action – et l'éloignement géographique à la créativité. C'est finalement l'objet « cahier » qui vient répondre à cette tentative clinique de communication et de soutien à distance. Sa fonction souhaitée est qu'il soit un tiers contenant, qui reconnaît d'abord l'enfant comme sujet témoin et victime de la guerre et qui ensuite accueille la plainte, la peur mais aussi les émotions positives, sans jugement.

Ce cahier psycho-ludique est créé en tandem avec Maïda Chavak, illustratrice, habituée des ateliers créatifs avec les enfants arméniens. L'objet esthétique a son importance, la portée souhaitée des dessins est d'ouvrir l'imaginaire, d'activer la poésie, la métaphore. Les graphismes invitent au narratif et engagent une conversation créative qui vise à remettre en mouvement la pensée.

Le cahier n'ambitionne pas la réparation mais la compréhension et l'ouverture, dans un principe de réalité et de reconnaissance des effets de la guerre. Pensé comme un bâton de parole dans la famille ou comme outil de médiation, le cahier est testé en mars 2021 auprès d'enfants réfugiés dans le nord de l'Arménie. Au cours des sessions, nous observons que le cahier attire aussi les mères qui n'hésitent pas à investir une page ou deux. Les consignes sont simples et peut-être suffisent-elles à convoquer la pensée, à faire une pause et à se centrer ? « À quoi rêves-tu ? » « Où suis-je né(e) ? Où suis-je aujourd'hui ? »

Distribué *via* un réseau associatif local et diasporique en Arménie et dans le Haut-Karabagh, l'objet cahier fait ses preuves. Son format est passe-partout, il entre dans la maison, fait tiers dans la relation et recueille parfois l'intime. À la croisée d'un journal qui ouvre l'écriture et le « souci de soi ».

Remonter dans la vie de l'enfant en s'adressant à sa mère devient un nouveau sujet de réflexion et rapidement l'objet du deuxième cahier. Tout comme celui destiné aux enfants, son but est d'accueillir le récit, celui d'une mère possiblement esseulée, endeuillée, mais aussi lui apporter soutien et réconfort en nommant les compétences de son bébé et en lui rappelant tout ce dont elle dispose pour le faire grandir psychiquement.

C'est l'axe de prévention en santé mentale du nourrisson et de l'enfant qui est visé dans la création du deuxième cahier. Mais dans le processus de création émergent rapidement les limites d'un thème aussi sensible que celui de la maternité et qui plus est en temps de guerre. « Ne pas nuire » étant le principe fondamental de toute intervention humanitaire en santé mentale et soutien psychosocial, le travail d'écriture s'est fait sur le fil ténu d'une reconnaissance de la réalité et d'un mode d'adressage proche de l'« empowerment¹ », au sens du pouvoir d'agir.

Comment s'adresser à ces femmes déjà souvent endeuillées sans risquer de les culpabiliser en leur disant que le stress qui les habite nuit et jour peut passer la barrière placentaire ? Que les premiers jours et premiers mois doivent être consacrés à leur nouveau-né, alors qu'elles ont tant de sujets qui les préoccupent ?

Elisabetta Dozio l'observe dans les dyades mère-bébé : les mères vivant dans les régions en guerre ont des réponses inadaptées, retardées ou des absences de réponse qui mettent à mal la continuité d'être du nouveau-né nécessaire à son développement. Ces réponses, non conformes aux besoins du bébé, sont selon Elisabetta Dozio (2020) les marqueurs de transmission du psychotrauma. Car une mère trop préoccupée, souffrant de reviviscences traumatiques, ne peut pas se dévouer à son tout-petit. En effet lorsque la mère est déprimée, absorbée par son monde interne, le maternage peut être chaotique et les risques de troubles de développement liés à un manque d'étayage affectif et éducatif sont importants.

1. Le terme « empowerment » signifie littéralement « renforcer ou acquérir du pouvoir ». Il articule deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état (être *empowered*) qu'un processus (Bacqué et Biewener, 2013).

Grâce aux travaux de Myrna Gannagé (1999) au Liban, on sait également que « les différences qui existent entre des enfants exposés à des événements traumatiques ne sont pas dues uniquement au niveau d'exposition au stress mais relèvent surtout de la qualité des soins maternels au cours des premiers mois de vie ».

Prendre soin de la mère en l'informant sans jamais la culpabiliser, la renarcissiser pour soutenir la relation à son bébé, participent de la prévention d'une éventuelle pathologie de l'enfant. La clé de communication avec la jeune mère est donc de l'aider à tirer parti de ses ressources existantes et à les renforcer en rappelant leurs effets bénéfiques pour le nouveau-né et pour elle-même.

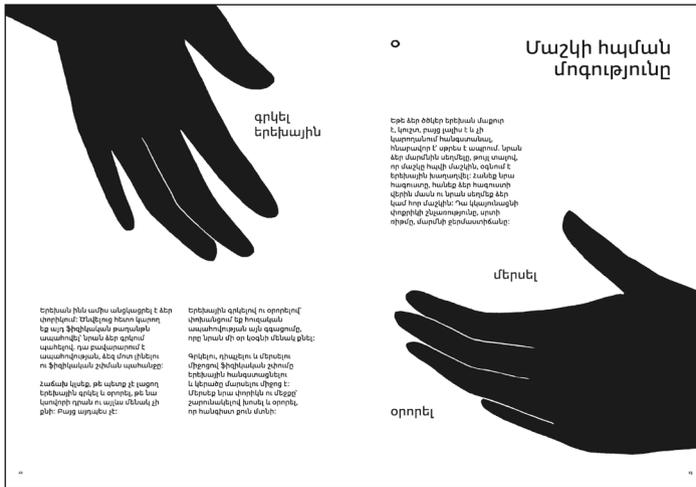
Bien sûr informer ne suffit pas pour aider à mieux faire, mais valoriser et rappeler aux mères ce qui les lie elles-mêmes à leur passé d'enfant, remettre en lumière les leviers communautaires et culturels, est un début. Ce nouveau cahier informe mais offre aussi plusieurs pistes d'actions simples et réalisables par tous les parents. Toutes ont pour objectif de favoriser la permanence du lien au bébé : la parole bien sûr, le portage, la berceuse. Différents leviers communautaires, pensés dans une action créative (chants, dessins) ont été identifiés pour relier la jeune mère à sa famille et plus largement à sa communauté.

La berceuse

Le cahier présente sur le volet développemental les compétences auditives du fœtus et sa capacité à mémoriser et être, une fois né, apaisé par un chant déjà entendu. Deux berceuses ont été sélectionnées et retranscrites dans le cahier pour redonner sa chance à une jeune mère de se saisir de ce patrimoine et de se le réapproprier.

Les vertus de la berceuse sont nombreuses. Passage du jour à la nuit, à la séparation, les berceuses se transmettent oralement, signent une histoire, enveloppent dans l'obscurité mère et enfant. Il s'agit d'un « holding transgénérationnel, populaire, universel² ». À cela s'ajoute la composante très souvent mélancolique des paroles qui peut venir au secours d'une mère angoissée qui ne trouve pas les mots à adresser à son enfant. « De ces choses indicibles, les paroles de la berceuse, portées par la voix maternelle, peuvent communiquer la gravité de la vie tout en la rendant pacifiante » (Versteeg-Solleveld, 1937).

2. I. Chaveneau, pédopsychiatre exerçant à l'unité père-mère-bébé, accueil de jour parents-bébé de Besançon.



La berceuse, structurant le temps par ses répétitions, ses rimes, ses arrêts, offre à l'enfant, comme disait le philosophe Gilles Deleuze, « un début d'ordre dans le chaos ».

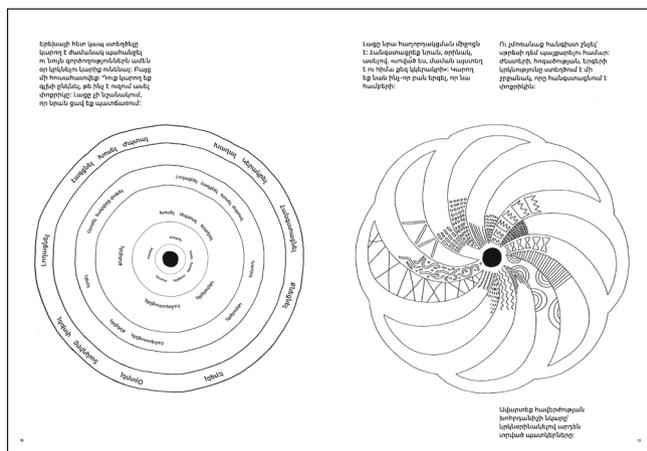
Bérengère Beauquier-Maccotta, pédopsychiatre, interroge : « Bercer un bébé, qu'est-ce au fond ? C'est aussi se laisser bercer, retrouver une musique ancienne inscrite dans le corps, dans les muscles » (2009). Mais comment la mélodie peut-elle rejallir et le rythme s'imposer dans le quotidien d'une mère préoccupée ? C'est le pari de l'objet tiers qui s'invite dans le quotidien de la jeune mère, le pari des paroles retranscrites et pouvant être chantées à nouveau, de la consigne simple qui convoque, mobilise et guide la jeune mère.

Le symbole arménien de l'éternité

Arevkhatch (Արևախաչ) pouvant être traduit comme la « croix soleil » représente une forme ronde « lévogyre », qui tourne à gauche dans un cycle. Le symbole est présent sur des stèles dès le v^e siècle et devient un élément courant de l'architecture et de la culture arméniennes en devenant symbole national.

Deuxième composante culturelle intégrée au cahier et spécifiquement choisi pour sa composante graphique qui évoque un cycle qui se répète, ce symbole permet de mettre en lumière les tâches éreintantes et chronophages réalisées par la jeune mère pour prendre soin de son nouveau-né, tout en insistant sur leur caractère ritualisant et sécurisant. Rappelons que le nouveau-né s'attache à la personne qui lui procure

l'essentiel des soins qu'il réclame. Reconnaître par les mots et le dessin le caractère cyclique et la fatigue que cela génère pour la jeune mère, a pour objectif de la déculpabiliser.



La déesse Anahid

La femme ayant porté la vie et donné naissance doit être narcissisée pour pouvoir investir son enfant et lui être dévouée. Faire référence à la déesse Anahid « Reine des Terres » (Emin, 1864), déesse de la fécondité, de la naissance c'est tenter de reconnecter la jeune mère à Anahid, dont le culte a traversé les siècles et lui rappeler ainsi son héritage. Anahid est un prénom encore très courant, citer Anahid c'est invoquer une amie, une sœur, une tante.

Le portrait d'Anahid est imposant dans le cahier, présenté de profil sur une page entière, regard fier et déterminé, les cheveux au vent. Les traits de son visage évoquent la femme arménienne d'aujourd'hui et d'hier. Le texte associé au portrait se termine par la phrase « Դուք միայնակ չեք: » qui signifie « Vous n'êtes pas seule ». On retrouve cette phrase à plusieurs reprises, associée à une consigne plus ou moins latente invitant la femme à réunir autour d'elle des personnes, des symboles. Par exemple, un exercice consiste à créer une sorte d'arbre généalogique, seulement la jeune mère a pour mission de nommer les personnes qui vont être présentes dans les débuts de sa maternité et non pas de faire l'état de la liste des membres de la famille en établissant une filiation. On s'approche du concept de « constellation maternelle » de D. Stern, pas au sens de la triade « mère-grand-mère-bébé » mais plutôt au sens de la matrice de soutien.



Conclusion

La guerre entrave tous les projets d'avenir, fait rupture et fige même après sa fin dans la peur d'une répétition. Et pourtant, dans cette vie suspendue, non maîtrisable, se renouvellent dans le Haut-Karabagh les jardins et les potagers, se rebâtissent des maisons et des écoles, s'agrandissent des familles. Un cycle de vie pourtant enrayé par un blocus, des coupures régulières d'électricité, de gaz et tant d'autres atteintes aux droits humains fondamentaux. Ces conditions impactent lourdement la vie des 120 000 Arméniens du Haut-Karabagh et de façon indirecte et tout aussi pernicieuse, celle des Arméniens d'Arménie. C'est dans la dynamique de résilience et de résistance exceptionnelle des Arméniens que s'invite le cahier auprès des jeunes mères, en mettant la poésie des dessins au service des actions soutenant la permanence du lien au tout-petit.

Bibliographie

- BACQUÉ, M.-H. ; BIEWENER, C. 2013. *L'Empowerment, une pratique d'émancipation*, Paris, La Découverte.
- BAILLY, L. 2003. « Les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant », dans C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, M.R. Moro (sous la direction de), *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*, Paris, Dunod, p. 193-202.
- BEAUQUIER-MACCOTTA, B. 2009. « Bercer », dans P. Ben Soussan (sous la direction de), *Cent mots pour les bébés d'aujourd'hui*, Toulouse, érès.

- DOZIO, E. 2020. *Mère et bébé dans la guerre*, Paris, Éditions InPress.
- EMIN, J.-B. 1864. *Recherche sur le paganisme arménien*, trad. fr. M.A de Stadler, Paris.
- GANNAGÉ, M. 1999. *L'enfant, les parents et la guerre. Une étude clinique au Liban*, Paris, ESF éditeur.
- VERSTEEG-SOLLEVELD, C.M. 1937. « Wiegenlied (Berceuse) », *Imago*, vol. XXIII.

L'expulsion du pays comme déclencheur de l'expulsion du corps

Arpine Nanyan

Freud nous dit : « On peut se rendre malade de n'avoir pas l'usage des mots pour dire son expérience... On peut guérir en trouvant ces mots pour peu qu'il y ait un autre capable de l'écouter » – dans le cadre d'un transfert.

Plus récemment, depuis la création de l'Institut de psychosomatique de Paris, ces notions nous ont été transmises sous forme des connaissances théoriques et pratiques plus approfondies. Des connaissances sans lesquelles, aujourd'hui, il serait difficile d'imaginer un travail analytique et thérapeutique surtout quand il s'agit de cas complexes accompagnés de manifestations psychosomatiques. En nous trouvant en face de ces patients, nous approchons fortement des notions théoriques telles que la pensée opératoire, la dépression essentielle, la répression des affects et des représentations, de discontinuité du fonctionnement mental, etc.

Il est à noter que les psychanalystes s'intéressaient à ces notions bien avant la création de l'Institut de psychosomatique dès les années 1947 quand Pierre Marty a d'abord publié sa thèse de médecine sur les vomissements psychogènes et plus tard « La relation d'objet allergique » paru dans un article commun avec Sami-Ali.

D'autres auteurs de l'époque comme Michel de M'Uzan, Christian David, Michel Fain avaient le souci théorico-clinique d'interroger les patients somatiques, d'approcher le plus profond, le plus près possible le fonctionnement mental. En outre, Pierre Marty insistait beaucoup

Arpine Nanyan, psychologue.

sur la première topique freudienne autour du concept de l'économie psychosomatique du Moi, par exemple.

Les notions mentionnées ci-dessus ont encore et de nouveau pris place dans ma tête, quand par la guidance/orientation d'une collègue j'ai reçu une mère avec sa fille pour un premier entretien, il y a deux ans.

La mère, une femme d'âge moyen, faisait sa thérapie psychanalytique chez la même collègue depuis quatre ans. Mère et fille se sont assises côte à côte ; ma patiente – nous l'appellerons Arina – avait 13 ans à l'époque. C'est la mère qui a commencé à parler du fait qu'Arina avait certaines difficultés liées à son père et qu'elle aimerait que sa fille travaille dans sa propre thérapie. Comme deuxième point important elle a évoqué les vomissements fréquents d'Arina. Avant d'aborder cette dernière question je me suis intéressée aux difficultés de la fille avec son père. De quoi s'agissait-il ?

La mère m'a raconté que le père d'Arina ne vivait pas avec elles, qu'elles avaient émigré en Arménie pendant la guerre depuis la Syrie quand il est devenu impossible d'y vivre. À ce moment-là le père se trouvait en Turquie. Il y avait déménagé avant la guerre pour le travail.

La mère et sa fille, avec l'aide financière de son frère habitant aux États-Unis, sont parvenues à sortir du pays et à partir en Arménie. Le père les y a rejointes quelques mois plus tard. Ils y ont vécu ensemble jusqu'au moment où le père décida de nouveau de partir dans un autre pays, cette fois-ci en Europe, toujours pour le travail, et cela faisait déjà quatre années qu'il n'était plus avec elles. La mère a mentionné qu'ils n'étaient pas officiellement divorcés mais plutôt séparés. Elle souhaitait en parler le moins possible car elle travaillait déjà sur cela avec sa thérapeute et préférait laisser sa fille évoquer ses questionnements concernant son père tels qu'elle-même les voyait.

À la question : « Que penses-tu de tout ce qui a été dit ? », Arina répondit brièvement qu'elle était d'accord avec sa mère et qu'elle préférerait en parler séparément. Arina est la fille unique de la famille. Sa mère l'a eue à 33 ans après une grossesse et un accouchement naturels tout à fait favorables malgré son âge. Le prénom de la fille a été choisi en l'honneur d'une princesse. Quand Arina a eu 1 an sa mère a perdu sa propre mère avec qui elle avait des relations très compliquées. En Syrie ils possédaient une pharmacie où travaillait la mère d'Arina, pharmacienne de profession. Depuis leur installation en Arménie elle ne travaillait plus et c'était son frère, médecin aux États-Unis, qui les entretenait financièrement.

Concernant les vomissements, la mère a noté que le premier épisode avait eu lieu dans la voiture qui les transportait en Syrie dans une autre ville pour partir en avion vers l'Arménie. Arina avait environ 3 ans à l'époque. Depuis ce jour-là les vomissements se répétaient chaque fois qu'elle prenait la voiture, ou dans les situations de stress, par exemple dans le cas d'un devoir écrit à l'école ou lors d'une rencontre avec des inconnus. Arina confirmait les propos de sa mère avec ses hochements de tête. Elle était silencieuse la plupart du temps mais très présente. J'ai proposé encore deux consultations, seule avec Arina, avant la prise de décision du travail thérapeutique à engager. Elle a accepté et sa mère est tombée d'accord avec toutes les conditions du cadre thérapeutique.

Au rendez-vous suivant Arina s'est présentée seule, comme convenu.

C'est une fille très agréable, avec de longs cheveux blonds de sirène, un corps complètement formé (elle est pubère depuis l'âge de 11 ans avec la présence des règles). Dans ses mouvements il n'y a pas de souplesse ni de plasticité. D'une part elle a un corps d'adulte sans présence de séduction, d'autre part un visage d'enfant et une posture maladroite. Elle parle l'arménien occidental¹ et utilise parfois des mots d'anglais. En apercevant son regard perdu, sa posture inappropriée et craintive, j'ai demandé si c'était difficile pour elle de venir ici, à ce rendez-vous et quelles étaient les représentations qu'elle avait de notre travail. Malgré son air confus Arina a prononcé les mots suivants avec une intonation calme et une lucidité très nette, à mon étonnement : « Je pensais depuis longtemps à ce travail et j'ai tout de suite accepté quand ma mère a proposé ce rendez-vous avec vous. Je sais que les connaissances et les études sont importantes dans la vie, mais j'aimerais plutôt être heureuse dans ma peau. »

Durant les deux premières séances elle n'a pas beaucoup parlé ni de son père ni des vomissements. Pendant une de ces deux séances elle a dessiné et c'est l'unique dessin qu'elle a fait jusqu'à maintenant. C'était un royaume sous-marin avec une princesse. Pendant qu'elle expliquait son dessin composé de plusieurs détails, je réfléchissais en suivant mes associations : ne pensait-elle pas à cette princesse pour « avoir des jambes » comme dans le mythe des sirènes, pour sortir du fond de l'océan et voir la réalité du monde extérieur ? J'étais partie loin dans mes représentations mais je suis revenue rapidement dans le cadre pour écouter ses propres fantasmes et j'ai réalisé alors qu'un

1. L'arménien occidental est parlé en Turquie, au Liban, en Syrie. L'arménien oriental est parlé dans le Caucase.

long chemin nous attendait pour définir le monde réel qu'elle imaginait pour la construction de son propre Moi.

À la fin de la séance j'ai proposé de commencer un travail thérapeutique avec une fréquence de deux fois par semaine.

Le début du chemin thérapeutique fut rempli d'histoires banales liées à sa scolarité. Au commencement de notre travail elle ne fréquentait que l'école et n'avait aucune autre occupation, activité, et pas d'amis. Elle communiquait surtout avec quelques élèves de sa classe émigrés de Syrie durant la guerre. Et même cette communication se limitait à l'intérieur de l'école ou au chemin du retour à la maison.

Généralement elle définissait l'école comme un milieu désagréable d'où elle rentrait fatiguée à cause du bruit permanent. Elle avait du mal à présenter oralement ses devoirs devant une classe composée de trente-cinq élèves ou devant les enseignants démotivés, fatigués et très nerveux (elle les décrivait comme ça). Cela lui faisait obtenir des notes non représentatives de ses réels apprentissages. Arina adorait apprendre mais les élèves intéressés par les études, motivés et impliqués étaient très peu nombreux et elle avait du mal à s'épanouir dans ce milieu.

À la maison, Arina est toujours avec sa mère qui n'a aucune activité, qui surfe souvent sur Internet, regarde des émissions sur Youtube. Sa mère n'a pas d'amis, aucun contact avec les proches, elle ne cuisine quasiment jamais. La nourriture est presque toujours commandée à l'extérieur. Mère et fille dorment dans la même chambre, lisent souvent les mêmes livres, regardent les mêmes films sur la suggestion de ma patiente. Ensuite elles discutent longtemps des personnages des livres ou des films. D'ailleurs elles ne parlent qu'anglais entre elles, elles lisent aussi en anglais.

Pendant les séances j'avais souvent l'impression qu'on était à trois dans le cabinet tant sa mère était présente dans son discours. Me venaient des associations au film français *La pianiste*, avec Isabelle Huppert et Annie Girardot où était racontée une relation compliquée entre une mère et sa fille ; d'une part l'omniprésence inébranlable de la mère et d'autre part l'envie inconsciente voilée d'Arina de se libérer de cette omnipotence. Elle a exprimé la présence de cette envie lors d'une séance vers le sixième mois de notre travail en parlant de ses vomissements et notant que jusqu'à maintenant elle avait mentionné la voiture et le stress comme raison à leur survenue, mais qu'il y en avait encore une dont elle n'avait pas parlé : elle vomissait chaque fois qu'elle voyait sa mère préparer le repas. C'est d'ailleurs pour cela qu'elles commandaient presque toujours la nourriture.

Un souvenir succède à ce propos : « Quand on était dans l'autre pays [la Syrie, son pays de naissance, qu'elle appelle toujours comme ça], j'avais 18 mois ou 2 ans, un jour j'étais à la pharmacie avec ma mère, je jouais avec les médicaments, les boîtes et du coup j'ai mangé un des médicaments, j'ai été hospitalisée à cause de cela. Après, ma mère m'a dit qu'on m'a fait un lavage d'estomac et nous sommes rentrés. »

Est-ce que par ces actes de vomissements elle ne « lavait » pas chaque fois son estomac en essayant de se libérer de l'omniprésence de sa mère (fixation orale traumatique) ? Pourtant, toute allusion critique à l'adresse de sa mère recevait sa défense : « Je la comprends. »

Dans cette réalité clivée, elle était obligée d'une part de se protéger de la paranoïa de sa mère (elle appelait comme ça les peurs et doutes irréels de sa mère), dont le monde se limitait aux vidéos sur YouTube, du genre crime le plus souvent, pour qui chaque contact avec le réel représentait comme un grand danger, et d'autre part de la protéger de ses propres peurs ou des manifestations colériques qui étaient souvent adressées au père d'Arina même s'il était loin d'elles.

Arina se souvenait souvent de leurs disputes pendant les courtes périodes où ils vivaient à trois. Dans ces moments-là c'était elle qui s'accrochait aux écrans (à l'âge de 7-8 ans) d'une manière addictive en regardant des vidéos pour adultes, à caractère sexuel ou criminel. Depuis ce temps-là elle avait des fantasmes envahissants de nature sexuelle qui devenaient souvent l'objet de son anxiété. En vomissant peut-être qu'elle expulsait du corps ce que son esprit n'arrivait pas à digérer car la « nourriture » était crue et non élaborée. À la suite de l'élaboration de cette interprétation ses fantasmes se sont apaisés et les vomissements ont fortement diminué.

Le père

En parlant de son père Arina déplaçait souvent les histoires de sa mère liées à son mari dans sa propre relation à lui. Jusqu'au moment où son travail lui a permis de comprendre que ce lien père-fille pouvait être séparé et différent de celui de sa mère et de son père. Après cette remarque elle nota qu'elle se sentait joyeuse avec lui, qu'il faisait souvent des plaisanteries, qu'ils dessinaient ensemble, jouaient de la guitare et regardaient des films. La relation père-fille se limitait actuellement à l'écran du téléphone ou à une forme de messages écrits. Des messages courts mais quotidiens.

Leur dernière rencontre avait eu lieu l'été passé, pendant les vacances, lors du séjour de son père en Arménie. Un épisode avait provoqué une secousse dans son corps quand le père avait mis son bras sur son épaule en essayant de l'approcher de lui. Arina avait du mal à nommer ce ressenti qui avait tellement ému son corps. Elle s'était rapidement échappée du toucher de son père.

À partir d'un certain moment Arina a commencé à fréquenter seule l'école et à venir seule à nos séances. Entre temps elle a demandé à sa mère de quitter sa chambre. Beaucoup de rêves ont été racontés dans les séances mettant en évidence sa fonction onirique avec la présence de libres associations. Elle y décrivait souvent un personnage noir, ou habillé tout en noir ou le visage fermé sous un tissu noir ou sans visage. Dans un des rêves il y avait une coupure d'électricité et de nouveau cet homme noir qui se présentait comme une menace, et les efforts désespérés d'Arina de prévenir les deux enseignantes (l'une des enseignantes était sa maîtresse qu'elle n'aimait pas du tout à cause de son caractère nerveux et impatient) du danger présent. Un souvenir lui parvint par le biais des associations où elle était chez eux en Syrie, il y avait une coupure d'électricité et elle entendait les tirs à l'extérieur. Est-ce que ce vécu noir traumatique ne s'expulsait pas aussi de son corps chaque fois qu'elle se retrouvait dans la situation insécurisante et vulnérable comme le jour où elle se déplaçait en Syrie sous les bombardements ? Et qui étaient ces deux enseignantes dans ses représentations inconscientes ? Sa mère qui s'énervait d'une réalité de séparation de sa fille (coupure d'électricité) mais qui cédait quand même ? Et moi qui essayais de tisser une autre réalité avec elle ?

Parallèlement aux rêves, les désirs réels se manifestent, par exemple celui de faire de la musique. À la suite de longues réflexions son choix s'est arrêté sur la flûte (sublimation du trauma : oral/symbole phallique ?). Très rapidement elle a appris à maîtriser l'instrument. Elle se plaisait à l'école musicale (contrairement à son école publique), elle adorait les élèves, les enseignants et les cours. Elle a commencé à fréquenter les concerts seule ou avec sa mère. Entre temps à l'école publique aussi il y eut des changements : elle présentait facilement ses devoirs devant les élèves et les enseignants, elle faisait des progrès dans les apprentissages, elle recevait des notes élevées et était désormais la préférée des professeurs. Elle s'est mise à explorer l'écriture sous la forme de poésies, de mangas, de BD illustrées avec une diversité des personnages, ainsi que la peinture, la tapisserie.

À la dernière séance de la première année thérapeutique elle s'est présentée perplexe, émue et inquiète, elle faisait des mouvements

stéréotypés en touchant son visage d'une manière inappropriée, sa respiration s'accélérait. J'essayai de mobiliser toute ma présence corporelle et mentale en suivant mes ressentis et en respirant avec elle. Quand nos respirations ont petit à petit pris le même rythme, je lui ai demandé ce que son corps était en train de me dire. Elle s'est effondrée et s'est mise à parler de la difficulté de la séparation. Je lui ai expliqué que la coupure d'électricité ne signifie pas forcément la disparition de l'énergie et qu'avec la reprise de notre travail on allumerait de nouveau la lumière et que l'on aurait peut-être un autre éclairage sous lequel seraient visibles d'autres réalités, que l'on n'avait pas encore explorées.

La deuxième année du travail thérapeutique se développa dans un déroulement régulier avec le maintien du même cadre : deux fois par semaine et en consolidant toutes les activités qu'Arina avait adoptées l'année précédente, même si sa mère lui avait strictement interdit d'en parler avec qui que ce soit, surtout son père, en justifiant cette interdiction par l'endommagement possible que cela causerait chez les autres.

Durant l'année, sous un autre éclairage sont devenus plus visibles les fantasmes sexuels et les rêves d'Arina qui étaient différents de ceux de l'année précédente, ainsi que la symbolique des associations. Avec beaucoup de prudence elle verbalisait ses désirs bisexuels-homosexuels. Chaque fois qu'elle abordait ces sujets elle exprimait un sentiment de honte mais arrivait néanmoins à verbaliser ses pensées et ses émotions.

Elle décrivait deux épisodes du sentiment amoureux envers un garçon de sa classe et une fille du chœur de l'école musicale. Par le biais d'une richesse symbolique intrinsèque à sa pensée elle voyait un lien entre ces deux personnes et son père. Le garçon avait le même sens de l'humour que son père, et tous deux jouaient de la guitare, comme son père. Les idées concernant ces sentiments amoureux devenaient parfois envahissantes. Son corps réagissait moins par les vomissements dans de telles situations mais faisait des *actings* par d'autres formes de manifestations comportementales. Elle qui respectait rigoureusement les règles du *setting* a essayé, durant les derniers mois, de me contacter deux fois hors du cadre pour exprimer son angoisse et pour parler en urgence d'une question.

Nous avons réfléchi à ces *actings* dans les séances suivantes et elle a pensé que ses angoisses l'avaient surtout habitée après que son père l'avait informée de son arrivée et d'une installation définitive en Arménie. Quand nous sommes parvenues à l'idée que son père et moi devions nous rencontrer pour mieux comprendre leur relation

père-fille, elle s'est sentie rassurée. Elle s'est calmée encore plus quand je lui ai expliqué que sa réalité extérieure pourrait connaître des changements différents, mais qu'elle pouvait être tranquille quant à cet espace thérapeutique qui serait toujours disponible aux horaires prévus et qu'elle disposerait de ma présence tant que ce travail ne s'arrêterait pas.

Les rêves s'associaient souvent avec son père : par exemple l'arrachement d'une dent dans le rêve porte la symbolique de son père dentiste. Dans une vidéo qu'elle avait regardé, un youtubeur racontait comment sa famille l'avait abandonné, trahi dans son rêve. Très émue elle a dit : « Mon père m'a abandonnée, trahie et moi je trahis mon enfance. » Trahir ? Je lui ai demandé s'il ne faudrait pas que la chenille meure pour donner la vie au papillon. Et nous nous plongeâmes longtemps dans la rêverie en explorant cette métaphore.

Le travail continue.

Bibliographie

- M'UZAN, M. DE ; MARTY, P. ; DAVID, C. 1963. *L'investigation psychosomatique*, Paris, Puf.
- REY, C. ; JANIN-DUC, D. ; TYSZLER, C. (sous la direction de). 2021. *Vocabulaire de psychanalyse avec les enfants et les adolescents*, Toulouse, érès.

Ce que l'Institut contemporain de l'enfance peut apporter à la pédopsychiatrie actuelle

**Interview du Pr. Bernard Golse
par le Pr. Michel Botbol**

Michel Botbol : Cher Bernard, à côté de ton activité académique et éditoriale qui n'a pas faibli depuis la fin de tes fonctions hospitalières, tu as dans les derniers mois pris deux initiatives qui ont marqué les pédopsychiatres et les professionnels qui s'associent à leur travail : d'une part la publication et la diffusion de ta lecture du rapport de la Cour des comptes de 2023 sur l'état déprimant de la pédopsychiatrie française actuelle et d'autre part la création de l'Institut contemporain de l'enfance dont l'amplitude et l'ambition déclarée ont suscité suffisamment d'espoir pour que le comité de rédaction des *Cahiers de l'enfance et de l'adolescence* te demande une interview pour mieux comprendre les ressorts et les objectifs de cet institut. C'est donc sur cela que je voudrais que nous centrons notre propos et je commencerai par te remercier vivement d'avoir aussitôt accepté de nous recevoir.

Bernard Golse : Je voudrais d'abord rappeler d'où vient l'idée de ce projet. J'ai eu l'immense privilège d'être formé par les trois grands maîtres de la pédopsychiatrie française : Michel Soulé pour la clinique, car je l'ai connu comme interne ; Serge Lebovici pour la dimension institutionnelle à travers, notamment, la création de la

*Bernard Golse, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'université Paris-Cité. Président fondateur de l'Institut contemporain de l'enfance.
Michel Botbol, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'université de Bretagne-Occidentale, Brest.*

WAIPAD (World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines : Association mondiale de psychiatrie du bébé et des disciplines associées) devenue WAIMH (World Association for Infant Mental Health) et le développement de la psychiatrie du bébé en France ; et René Diatkine, sur le plan éditorial, notamment au sein de la revue *Psychiatrie de l'enfant*. Ce que ces trois maîtres ont apporté constitue les racines de la psychopathologie psychanalytique en pédopsychiatrie y compris au niveau international. Cela a laissé des traces en France peut-être plus qu'ailleurs et ce fut une grande chance pour la pédopsychiatrie française et pour moi.

Quand j'ai rencontré Soulé à l'Institut de puériculture de Paris – qui est devenu maintenant l'institut Paris-Brune – il venait de créer le COPES (Centre d'ouverture psychologique et sociale). Il considérait en effet que, si être professeur était très important pour enseigner aux médecins et aux psychologues à l'université, cela ne suffisait pas en pédopsychiatrie car, dans cette discipline, il fallait aussi former les personnes qui sont sur le terrain avec les enfants, ceux qui tiennent les bébés dans les bras ou font face aux adolescents en difficulté, etc. Soulé tenait beaucoup à cela. En passant, on peut remarquer que Soulé avait à l'égard de l'université la même ambivalence que Freud qui a passé sa vie à vouloir être y professeur mais qui n'arrêtait pas, pourtant, de la critiquer ! Soulé disait qu'enseigner c'est transmettre des connaissances mais que former c'est transmettre des savoir-faire et des savoir-être. Bien sûr, les bons enseignants peuvent être des modèles identificatoires même dans l'amphithéâtre, avec alors également un petit effet de formation mais ce n'est pas la même chose que de former les gens dans un petit groupe – c'est sur cette idée que s'est fondé le COPES. Et puis, je suis moi-même devenu professeur et j'ai succédé à Soulé comme président de l'association Phymentin (Promotion de l'hygiène mentale infantile) qu'il avait fondée afin de gérer à la fois le COPES pour la formation, et des unités de soins clinique qu'il avait créées dans le 14^e arrondissement (USIS, EPI et une consultation d'adolescent), des structures de soins en apparence hétérogènes mais reliées entre elles par la pensée de Soulé.

Les quatre établissements de Phymentin ont ensuite fusionné avec le Cerep (Centre de réadaptation psycho-thérapique) qui comptait lui aussi quatre établissements de soin, et l'association est devenue Cerep-Phymentin, qui a une force de frappe plus importante avec quatre CMPB, trois hôpitaux de jour, un IME et une crèche thérapeutique récemment ouverte sur l'ancien site de l'hôpital Broussais.

C'est sur cette lancée-là que j'ai pensé que dans le contexte actuel difficile, il fallait tenir bon sur la notion de soin psychique parce que les attaques contre la psychanalyse dans l'autisme sont surtout, au-delà des critiques de la psychanalyse en général, des attaques contre le soin psychique avec l'objectif de le remplacer par des approches comportementales et rééducatives, jamais multidimensionnelles, mais aussi contre les sciences humaines dans leur ensemble et, plus grave encore, contre la liberté de penser. C'est en fait presque une attaque contre le sens puisqu'il s'agit d'imposer que les choses soient linéaires et dénuées de toute complexité.

Face à cela, je me suis dit qu'il fallait créer un endroit comme le COPES (qui est un modèle pour moi) afin d'essayer de tenir bon sur le soin psychique (*to cure*) au sens multidimensionnel du terme, comme Roger Misès le défendait, et ceci pour les bébés, les enfants et les ados. À cela je pensais qu'il fallait ajouter aussi le prendre-soin (*to care*) pour les enfants qui vont bien, au moins relativement, car ces enfants non cliniques aussi ont besoin que l'on soit attentifs à eux. Cette idée s'enracine pour moi dans les responsabilités que j'ai dans le cadre de l'association Pikler-Lóczy où cette dimension élargie du prendre-soin non clinique est très importante pour le soin quotidien des bébés même lorsqu'il vont à peu près bien.

M.B. : Cela fait penser aussi à ces interventions régulières que tu fais avec les enfants d'une classe d'un collège de Romilly-sur-Seine à la demande d'une enseignante qui t'a sollicité dans cet esprit d'un prendre-soin non clinique.

B.G. : C'est une goutte d'eau mais c'est un modèle très important pour moi. L'espace que constitue l'Institut contemporain de l'enfance, je le pense en référence clairement affichée aux différentes psychopathologies (c'est également cela que défend l'AEPEA qui insiste sur le fait qu'il y a plusieurs psychopathologies et pas seulement une psychopathologie psychanalytique). Ces différentes psychopathologies incluent bien sûr la psychanalyse, qu'il n'est pas question d'éradiquer car, même si on ne l'aime pas ou si on prétend qu'elle est morte, elle a quand même droit de cité ne serait-ce qu'au titre de son importance dans les sciences humaines. Elle sera donc une des références de l'institut mais elle ne sera pas la seule puisqu'on fera également référence aux psychopathologies systémique, attachementiste, cognitive et même développementale ainsi qu'à la pédagogie, car ce sont là différents aspects, sinon du soin, au moins du prendre-soin. En ce moment par

exemple on réfléchit à appliquer l'approche Piklérienne en EHPAD car le grand âge est une autre forme de dépendance où le prendre-soin est essentiel dans la mesure où, même si les personnes concernées sont dépendantes, il faut les laisser être vivantes avec leur part active jusqu'au bout. Cette application se fait actuellement dans un EHPAD du 6^e arrondissement de Paris, suivie par un doctorant, tout cela en incluant des ouvertures sur le monde de l'art et de la culture afin de dialectiser créativité thérapeutique et créativité artistique.

Un dernier aspect de l'institut concernera la recherche : il ne va pas lui-même faire de la recherche, mais il va la soutenir en participant à la diffusion des résultats de recherches qui partagent les mêmes valeurs que l'institut, et en s'attachant, en particulier, à ce que les protocoles de recherche ne soient pas élaborés seulement en CHU en réduisant les services de soin à un rôle de bassins de recrutement de cas, mais plutôt en les associant dès le départ à l'élaboration théorique et méthodologique de la recherche. On sera peut-être amenés à monter un fonds de dotation pour soutenir les doctorants.

M.B. : En pratique, comment l'institut est-il organisé ?

B.G. : Je fais tout cela avec Grégory Magneron qui est le directeur général du Cerep-Phymontin. Il y a également une régie composée de Christine Ascoli, ancienne directrice du COPES, Marie Rat, pour les aspects événementiels, Pascal Sebban, pour les aspects techniques et administratifs, Élodie Loesch, pour nous aider à monter en puissance quant à la communication sur les réseaux sociaux, et David Meyer pour nos relations avec les médias et les politiques, fort de son expérience comme conseiller institutionnel de la CIPPA (Coordination internationale entre psychothérapeutes psychanalystes s'occupant de personnes autistes et membres associés), que je préside. La CIPPA est d'ailleurs d'ores et déjà un partenaire important de l'institut.

L'organe central de l'Institut contemporain est un conseil stratégique et scientifique d'une quarantaine de personnes issues de différents milieux et disciplines, y compris du champ de la culture. Ce conseil travaille sur la sélection des dossiers que l'institut soutient et accompagne. C'est un moment de grâce car il n'y a pas d'enjeu de pouvoir, personne à nommer, et nous essayons tous ensemble de faire avancer des idées dans un monde qui a du mal à les recevoir actuellement. Il faut tenir bon. Nous nous réunissons tous les deux mois et on nous présente des projets ou des données qui concernent notre objet. Par exemple, Sylviane Giampino, qui est la présidente du Conseil de

l'enfance et de l'adolescence au sein du Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge (HCFEA) dont elle est vice-présidente et qui a été longtemps présidente de l'A.NA.PSY. p.e. (Association nationale des psychologues pour la petite enfance), est membre de ce conseil stratégique de l'Institut contemporain de l'enfance. Elle y a rencontré Sébastien Ponnou, chercheur à l'université de Rouen, qui a joué un rôle très important dans la rédaction du rapport du HCFEA intitulé « Quand les enfants vont mal – comment les aider ? », auquel elle l'a associé après leur rencontre. L'intervention de S. Ponnou a été cruciale dans la partie du rapport qui a fait grand bruit en alertant sur l'augmentation inquiétante de la consommation de médicaments psychotropes par les enfants et les adolescents. S. Giampino vient de surcroît d'être nommée au Conseil consultatif national d'éthique. Le conseil stratégique de l'Institut est donc une occasion de faire des liens entre des personnes significatives dans le champ de la pédopsychiatrie. Il y a aussi par exemple Dominique Versini et Claire Brisset. De plus, c'est au titre de ma présidence de l'Institut contemporain que Mme Juliette Méadel m'a recruté dans le groupe d'élaboration du rapport qu'elle a été chargée de faire sur la pédopsychiatrie, pour la Cour des comptes.

Ces actions me laissent penser que l'Institut pourrait, en devenant de plus en plus visible et lisible, appuyer efficacement cette idée du soin en fonctionnant comme un agitateur de pensée voire en contribuant à lancer des alertes comme cela a été le cas pour le rapport sur l'augmentation de la consommation des médicaments psychotropes par les enfants.

M.B. : Un dernier point. Parmi les différentes psychopathologies auxquelles tu te réfères tout à l'heure tu as évoqué incidemment la notion de psychopathologie développementale. À quoi cela correspond-il pour toi ?

B.G. : Ce que j'appelle psychopathologie développementale c'est l'idée que dans les faits de développement (la maturation des différentes fonctions ou structures neurologiques), il peut y avoir le germe d'un accroc qui va faire boule de neige et, de façon non linéaire, déclencher un processus qui aboutit à une complexité non linéaire compatible avec les constats cliniques. Ce à quoi je tiens à ce propos, c'est qu'il faut tout le temps intégrer l'endogène et l'exogène. Si on fait du concept de neurodéveloppement un synonyme d'endogène et de linéaire c'est un problème qui fait l'impasse sur cette complexité et notamment sur les effets d'après-coup que des accroc neurologiques peuvent induire aux

différents stades du développement. C'est dire qu'il y a toujours à considérer la place d'une dynamique psychopathologique y compris sur la base d'un défaut neurologique à un moment ou à un autre du développement. Dans un livre paru chez Odile Jacob¹ en octobre 2023 j'ai repris un article datant d'il y a dix ans dans lequel Stanghellini² disait que la psychopathologie est de fait la plaque tournante de tous les troubles psychiatriques.

1. B. Golse, *La pédopsychiatrie aujourd'hui. Ce que les enfants risquent de perdre*, Paris, Odile Jacob, 2023.

2. C. Stanghellini, R. Matthew et R. Broome, « Psychopathology as the basic science of psychiatry », *The British Journal of Psychiatry*, 2014, vol. 205, p. 169-170.

De naître à n'être, l'écho intergénérationnel. Par l'approche du récit de vie

Fabienne Foignet-Pohren

Violer : empr. au lat. *violare* « traiter avec violence », « violer », « profaner, outrager », dér. de *vis* « force, violence ».

« Madame,

Il est vrai que vous avez tendance à raconter votre vie à l'aune d'événements aussi abrupts et indigestes que cela, empruntant en permanence au registre de la souffrance, de la rupture, de l'abandon, de l'incompréhension.

Mais Violaine, vous pourriez également vous inspirer du dictionnaire des prénoms et penser à ses liens avec la violette, cette jolie fleur des champs ou des bois ombragés, et finir par accepter peut-être que votre vie n'était pas qu'un cadeau empoisonné. En cette fin des années 1970, ce prénom était couru mais restait élu à moyenne proportion, surtout sans doute ne devait-il pas sombrer dans la fosse commune des prénoms faciles à coller.

Mais à ce jour, nous n'avons pas terminé, moi de vous entendre et vous de raconter cette histoire de vie, de votre vie, qui vous fait si mal et que vous tentez de fuir depuis avant même d'être devenue une adulte. Qui a choisi votre prénom ? Pourquoi ? Encore quelques énigmes à l'équation.

Vous avez accepté que nous entamions cette aventure d'un récit de vie qui pourrait vous aider dans votre projet de guérir, de pouvoir vivre "ces deux vies qu'il vous reste à vivre" dites-vous, chacune d'elle représentant ce que vous devriez à chacun de vos deux enfants, dont les prénoms commencent par la même lettre et qui sont nés tous les

Fabienne Foignet-Pohren, cadre dirigeante, protection de l'enfance et ingénierie sociale.

deux le même mois de l'année à un an d'intervalle. Deux enfants qui n'ont pas encore atteint leur dixième anniversaire et à propos desquels vous avez demandé un accueil provisoire¹ alors qu'ils avaient 1 an et demi et 2 ans et demi

Si l'on se réfère à l'exercice des enfants pensés sur l'alphabet encore une seconde, l'on peut convenir que vous les avez également situés avant la première lettre du prénom de votre grand fils, ce jeune adulte dont vous êtes si fière mais dont vous avez le sentiment qu'il vous a été "rapté", par des gens et par la vie.

Je vous remercie encore pour cet effort consenti au titre de cet accompagnement que nous vous devons pour vous réajuster dans votre identité de mère, et plus encore de me soutenir également dans un travail d'écriture plus personnel qui m'éclaire chaque jour de plus en plus sur nos réajustements nécessaires, pour une relation éducative voire aidante qui soit plus horizontale et vertueuse. »

L'arbre généalogique, quelques branches, beaucoup de trous

Le temps des problématiques de mésalliances et des secrets de familles, de tous ces silences qui façonnent à jamais de lourds malentendus.

« Maman a été mise en nourrice alors qu'elle était bébé et que sa mère était sans doute une femme – vous voyez ce que je veux dire – une femme très légère, dans ces petits bourgs de province où l'on ne vous pardonne rien. Elle est "tombée enceinte" et a été mariée à mon père qui faisait partie d'une famille respectée de la ville bien qu'il fût agriculteur. Il lui a permis de réaliser son rêve car elle voulait être commerçante et ils ont acheté un fonds de commerce. Maman était corsetière, elle a ouvert son commerce de lingerie fine et nous habitons dans l'appartement au-dessus. Je n'étais pas une enfant désirée, je suis venue freiner encore plus ses rêves et ses projets. J'étais son alibi, elle m'emmenait et j'attendais, je n'étais pas censée savoir mais j'ai compris très vite. »

En vérité, Violaine, votre mère me raconte que sa propre mère l'a eue à 16 ans en 1951, avec un homme, votre grand-père de sang dirons-nous, qui était bien plus âgé qu'elle (vingt ans de plus je crois), et qu'elle a été mise en nourrice à 3 semaines car il travaillait beaucoup et loin

1. Accueil provisoire : inscrite dans le cadre réglementaire du code de l'action sociale et des familles (CASF), cette mesure administrative permet la prise en charge de mineurs au titre de l'ASE (aide sociale à l'enfance), avec l'accord écrit des parents ou des détenteurs de l'autorité parentale. Ce n'est donc pas une mesure sous contrainte, ni judiciaire (CASF art. L.222-5 ; art. L.223-2 ; art. L.223-5. ; art. R.221.1 et R.221-3).

et que cette femme, sa mère, votre grand-mère, était très avant-gardiste et voulait gagner sa liberté. Elle poussait loin le curseur de son désir d'émancipation, et elle n'était pas comprise à ce titre.

« Ce n'était pas une "fille légère", madame, ce que ma fille a toujours cru. Vous savez, la province dans les années 1950, c'était dur, tout le monde savait tout et la mère et la tante de cet homme, que je n'ai pas connues du coup, ont fait partie des femmes tondues sur la place de la ville après la guerre. Il avait honte, il a disparu. Et moi je me suis retrouvée en nourrice à 3 semaines, de lait coupé. »

« Ma mère a rencontré B. quand j'avais 6 ans, il avait deux fils, un de mon âge et un plus âgé. Un notable de la ville, tellement plus acceptable pour elle, et plus porteur de rêves. Ensuite, il y a eu la dure période du divorce car ma mère s'est retrouvée enceinte quand j'avais 7 ans, j'ai une sœur oui, on est donc partis au Canada. Mais là-bas il faut d'autres diplômes pour exercer, et lui n'a pas pu travailler tout de suite. Au Québec j'ai beaucoup souffert de la séparation d'avec mon père, j'en ai voulu beaucoup à ma mère, j'ai commencé à fuguer, à faire croire aux gens, dans la neige et par -40 °C que je devais vite rentrer en France, que mon père avait besoin de moi. Le dialogue s'est peu à peu rompu avec ma mère.

Je revenais une fois par an chez mon père, mais je n'avais pas ma place comme avant, il a changé de région, il était le cocu du bourg, il lui était devenu impossible d'y rester. Il a beaucoup déprimé et s'est adonné à l'alcool de plus en plus régulièrement.

J'ai été mise en pensionnat chez des sœurs au Québec où je n'ai pas tenu, cela est devenu invivable pour tout le monde, elle ne s'occupait pas de moi, elle ne s'intéressait pas à moi, plus tard elle s'est toujours intéressée à mes grossesses pour me retirer ma place auprès de mes enfants mais jamais à moi.

“Si tu prends l'avion tu ne reviens pas” : je pense qu'elle avait atteint son but. »

« Ma fille n'a pas supporté le Canada, mais elle n'a jamais vraiment rien supporté, elle a toujours inventé des histoires folles, même son père adoré, elle a inventé qu'il avait fait des choses avec elle, rien que pour qu'il arrête de la suivre dans ses fugues et ses frasques, elle traînait tout le temps, elle a toujours été marginale ! Il a été traqué par la police, c'est pour cela qu'elle a été placée à la DDASS, même si après elle s'est rétractée. »

« J'ai retrouvé mon père très mal, il avait pourtant aussi fini par refaire sa vie. Cela ne m'a pas suffi, j'étais très instable, je fuguais tout le temps, je ne tenais pas en place, j'ai fini par être placée à la DDASS, mais même de là, à 14 ans, je fuguais et errais tout le temps, je n'avais

aucun ancrage scolaire et j'ai commencé à consommer de la drogue à ce moment-là. Mon père m'a sauvé la vie plusieurs fois... Une fois, en fugue à Rouen, j'étais tombée dans un trafic de traite des Blanches, il a pu arriver à temps.

J'ai vraiment été initiée à la drogue par mes fréquentations de foyers et à travers mes fugues qui m'attiraient directement vers ce milieu. J'ai très vite consommé de l'héroïne.

Je rencontre le père de mon premier fils à 15 ans, un amour fort, hypnotique et toxique : dealer et consommateur d'héroïne, il m'enfoncé dans le produit et n'hésite pas à m'utiliser pour ses affaires. Je reste sous son emprise pendant sept ans et avec lui pendant onze ans. J'ai eu mon premier fils à 20 ans. Mon père est pour beaucoup dans ma séparation d'avec cet homme.

Ma mère est revenue en France quelques années après mon départ – quatre ans je crois – et elle m'a fait hospitaliser d'office à plusieurs reprises en psychiatrie. »

« Elle était sous l'emprise de ce type, il a fait ce qu'il voulait d'elle, il l'a fait jusqu'à la faire travailler au bouchon si vous voyez ce que je veux dire, et plus encore. »

« Alors que mon fils aîné avait 2 ans et demi, et qu'elle m'avait fait hospitaliser une deuxième fois de force, elle a profité de ce temps de faiblesse pour me faire signer une déclaration selon laquelle elle récupérerait tous les droits sur mon fils ; je pensais que c'était juste pendant le temps de l'hospitalisation mais en fait non, elle a obtenu des droits sur son accueil en tant que tiers digne de confiance². »

« Je ne me souviens pas de ce qui se passe avant mes 6 ans, je ne me souviens pas de moments, bons ou mauvais, avec ma mère avant mes 6 ans, juste qu'elle commence à se servir de moi comme d'un alibi, et qu'elle va quitter mon père et m'arracher à lui. Mais j'aimais beaucoup pourtant cet appartement au-dessus de la boutique. Il avait tout ce qu'il fallait. »

L'autre histoire, le pacte du sang

Vous donnez naissance à vos deux derniers enfants, vous avez 37 puis 38 ans, en 2014 et 2015, après de longues années d'errance, de marginalisation et de consommations de drogues. Vous n'avez pas réussi à remonter la pente de la déshérence et de l'héroïne, la tristesse,

2. Lorsqu'un mineur est en danger ou en risque de danger au sein de sa famille, et lorsque le maintien au domicile parental n'est plus indiqué, le juge des enfants peut décider de le confier à un tiers.

la colère et la fascination morbide pour les conduites à risque vous enserrant et vous tiennent.

Votre mère vous reproche déjà la proximité de ces deux grossesses, l'une après l'autre, et d'ailleurs la seconde, la souhaitiez-vous vraiment ? Votre pudeur n'en dit rien, tandis que cela semble beaucoup plus clair pour la grand-mère de ce petit garçon. Puisque c'est à lui que nous nous intéressons en particulier.

Une autre histoire, un nouvel amour, un homme encore très marginal, vous êtes ce que l'on nomme des sans domicile fixe.

Au tableau d'une province des années 1950 qui produit les rejetons et les fuyards des « tondues » de l'après-guerre, son lot de nourrissons placés en nourrices laitières tels des enfants affamés, empruntant aux schémas quasi médiévaux de l'histoire des mères, a succédé le rêve américain de la belle adolescente qui laissa enfant et lingerie fine, tissant le fil rouge sang de votre histoire. Je préfère parler de vous et m'entretenir avec vous plutôt que de m'imaginer dans le récit d'Agnès Varda, qui situe Mona, retrouvée morte gelée dans un fossé d'une région campagnarde de la France ; revisiter votre histoire pour éclairer celle de votre petit garçon qui gravite aujourd'hui tous les jours autour de moi est une bien plus belle histoire que le début tragique de *Sans toit ni loi*³. Et pourtant, c'est de cette France-là, sans réseaux sociaux ni Internet, parsemée de routes et chemins, de bars et de cabines téléphoniques qui deviennent parfois des abris, de vieilles Peugeot qui vous prennent en stop, que naissent vos escapades et vos fuites abyssales autant que vos flirts fréquents avec la mort, l'overdose, l'autre côté du miroir.

C'est dans ce spleen et ses magies incandescentes que vous croiserez la route du père de vos deux derniers enfants, voyageur blessé venu d'une autre vieille province française et issu comme vous des mêmes déroutés. Vous resterez coincés là, compagnons de routes et soudés par la blanche⁴.

Par la force de vos besoins, et votre errance vissée au corps, il n'aura de cesse de jouer le héros pour vous sécuriser ou vous ramener les produits dont vous avez besoin, comme pour mieux vous retenir, au prix de violentes transgressions, de la police, de la prison et jusqu'à ce que vous tombiez tous deux aussi dans ce cercle vicieux de l'amour à mort et des coups pour le dire.

Il y a eu d'abord la petite fille, une lune de miel vous y a conduits, un temps d'apaisement et de rêves, des projets nouveaux, une caravane

3. Film de la réalisatrice Agnès Varda, drame/romance sorti en 1985.

4. La blanche est un des noms de la cocaïne, fine poudre blanche.

sur un terrain vague non loin de la mer du sud-ouest, mer argentique et couchers de soleil, mais de quoi dormir et manger, les chiens de monsieur, les rôdeurs et les trafiquants non loin, mais vous parvenez à les tenir à distance. Un temps.

Et puis c'est la rechute, le stress, le manque, les mensonges, la cavale et l'héroïne, à nouveau. Votre père n'habite pas loin, au bout de l'île, à côté, dans sa mesure de pêcheur solitaire, guettant les clignotants du phare et craignant ceux des pompiers ou de la police, après tout depuis votre tendre enfance vous le terrorisez de vos vertiges assassins.

Le petit garçon arrive dans ce temps de rechute et vous voyez à peine poindre votre ventre.

Madame, le syndrome de sevrage néonatal est un trouble affectant les bébés nés de mères toxicomanes. Le bébé en gestation d'une femme toxicomane s'habitue éventuellement à la drogue qu'il reçoit tandis qu'il est dans l'utérus. Après sa naissance, le bébé, devenu dépendant de la drogue à laquelle il n'a plus accès, manifeste des symptômes de sevrage. Ceux-ci comprennent des pleurs excessifs, des tremblements, des convulsions et une piètre alimentation.

Aujourd'hui, je pense très souvent à cela lorsque ce petit garçon de 8 ans fait des crises massives, que l'on appelle des crises « clastiques⁵ » et que rien ne vient le calmer.

« Elle ne voulait pas de ce deuxième enfant madame, je crois. Ma fille a eu ce deuxième enfant après la petite, de manière trop rapprochée, elle n'y arrivait pas, elle a eu une grossesse sous méthadone, je suis certaine qu'elle prenait toujours aussi de l'héroïne, ce bébé a dû être sevré, il est né en manque, elle ne lui donnait pas son biberon en le tenant dans ses bras. Elle le bloquait sur son coussin, tout emmaillotté et lui faisait tenir son biberon avec un autre coussin. Elle n'a pas pu tenir le protocole médical de sevrage et le petit a été brutalement coupé de son lait et de sa méthadone, il a été très malade, il a beaucoup souffert et a été gravement déshydraté, il n'avait que quelques jours. »

Vous ne dites pas les choses de cette façon-là, Violaine, et les angoisses de votre mère et de B. sont à la hauteur du seul lien qui vous unit depuis toujours, celui de vos peurs respectives, jamais de répit. Vous êtes devenus des étrangers, de probables ennemis. Et vous auriez tant à vous dire. Après tout la souffrance de ce petit nourrisson fait sans

5. Une crise clastique désigne une crise de colère très violente, pendant laquelle la personne se met à briser des objets ou du matériel, sans but précis. Ce sont des épisodes de grande agitation et d'agressivité, qui peuvent représenter un danger pour la personne elle-même, mais aussi pour son entourage.

doute écho au placement nourricier que votre mère subit elle-même à l'âge de 3 semaines, souvenez-vous.

Et pourtant j'observe et je sais votre amour intense pour ce petit garçon, mais également cette particulière pudeur, dans laquelle sa seule présence, son unique existence vous mettent. Vous n'avez pas pu démêler les circuits nourriciers du bon lait de ceux qui l'empoisonnaient, jusqu'à quel point ne scelliez-vous pas alors l'impossible disjonction de vos circuits ? La garantie par la voie du sang de la trace mnésique du produit toxique, celle qui fait de vous, consommateurs de drogues dures ou douces, des abstinentes peut-être, mais des abstinentes seulement. Le produit est inscrit en mémoire, encodé pour la vie. Chez le bébé aussi. Il faut bien s'en parler.

Les moyens habituels employés pour apaiser l'agitation et le risque d'autoblessure du bébé en manque de drogue sont d'emballer le bébé et de le nourrir de petites tétées fréquentes contenant de la préparation pour nourrissons hypercalorique. Si les milieux hospitaliers ne prévoient pas ces phases de réassurance des mères de manière à favoriser ce nursing contenant, sans les mettre au pilori sur la place de leurs conduites addictives, il peut être insupportable pour la mère de faire face aux torsions physiques et psychologiques du nourrisson.

Vous allez toutefois trouver vos solutions avec ce petit bébé, en dépit de la violence de ce démarrage. Ce petit garçon sans doute, le second, en fait, ne saurait vous être arraché.

C'est ainsi que vous saisissez vous-même les services sociaux en 2016, à la veille d'une probable incarcération afin de délibérer sur un projet d'accueil provisoire et de permettre que l'administration en charge des mineurs vienne protéger vos enfants le temps que vous sortiez, et retourniez vous installer auprès de votre père, avec un projet d'insertion et de renforcement de vos soins.

Votre mère et B. seront déboutés de leur demande d'accueillir vos enfants dans le cadre d'un statut de tiers digne de confiance. Bien entendu, ils garderont néanmoins des droits quant au maintien des liens avec eux, ainsi que votre père.

Votre petit garçon est donc accueilli à votre demande en famille d'accueil à 1 an et quelques mois. En plus de présenter des troubles de l'alimentation, à l'endormissement et de l'agitation, sans parler d'un strabisme (réputé de stress), votre fils (accompagné de sa sœur) devra arpenter les vicissitudes des placements en familles d'accueil et en changer au moins deux fois avant la sortie de prison de ses père et mère. Malheureusement, l'une de ces familles fera montre de comportements inadaptés et répréhensibles de surcroît et renforcera elle aussi

les sillons d'une forme d'insécurité psychique, déjà bien engagée chez vos enfants.

Vous ne serez pas en mesure de vous présenter à l'audience qui fait suite à l'interpellation du juge des enfants par les services de l'ASE en 2017 après votre sortie de prison, notamment parce que vous vous sentez trahie et que vous ne comprenez pas la volonté des services sociaux de judiciariser l'accueil de vos enfants.

Après deux échecs de placements en familles d'accueil (dont dû au fait que l'assistante familiale est tombée très malade), vos enfants sont accueillis ensemble dans une maison d'enfants en avril 2019 par voie de placement au titre de l'article 375 du Code civil⁶ : ils ont respectivement 4 et 5 ans.

Le petit garçon et maman blanche

Votre petit garçon voit rouge, très souvent rouge. Sa présence au monde et aux autres relève d'une captation sensorielle très au-dessus de la moyenne, à croire que cela dépasse la vitesse du son. Il regarde, entend, renifle, marche, court, attrape, saute, rebondit, et comprend ce qu'on veut lui dire avant que l'on ait terminé sa phrase. Car il lit le langage du corps, celui de yeux, des hochements de tête, des impatiences difficilement dissimulées, des colères, des lassitudes, mais également des joies, des bonheurs et de l'amour que l'on souhaite lui donner.

Mais votre petit garçon ne touche pas. Ou très rarement. Et furtivement. Il est encore très économe dans l'acceptation ou le don du contact physique. Trop dangereux, sans doute. Mais peut-être aussi, un champ mnésique entravé par cette naissance à rebours, qui a posé des douleurs physiques intenses, des ruptures brutales successives avec la méthadone d'abord, puis avec vous. L'amour que l'on veut lui prodiguer doit être subtil, progresser à tâtons il est de ceux qui signent avec patience et persévérance, observation, attente, pudeur et constance. Il est de ceux dont ont besoin les enfants blessés. La peur de l'abandon habite votre enfant et je crois également la crainte de tomber au sol, et de se fracasser. Le regarder avec respect et lui assurer de savoir où nous trouver à tous moments est un gage d'amour qui transcende l'absence de toucher mais qui en produit les mêmes effets, l'enveloppe assurée d'un processus de reconstruction d'un lien d'attachement préalablement compromis.

6. Art. 375 du Code civil : « Un enfant est en danger dès lors que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. »

Je suis témoin si souvent de cette panique intérieure qu'il provoque en vous, de ce silence soudain qui vous assaille, vous ne savez pas comment lui dire, à quel moment lui dire, tout cet attachement qui vous lie à lui, empoignée par la culpabilité cruelle et persistante de ces arrachements des premières heures de sa naissance, de ces nourrissements échoués, alors que sa petite tête ne tenait pas bien sur l'oreiller et que l'autre oreiller servait de support au biberon. Empêchée, paralysée, le cri primal de cet enfant a surgi dans la nuit de vos déserts blancs, la terreur d'avoir mis au monde un enfant « empoisonné », a pris le pas sur cet amour pourtant que vous souhaitiez lui prodiguer. Vos cavales, vos fuites en avant vers vos compagnons de galère, malgré la présence sporadique du père des enfants ont eu raison de votre statut de mère et de vos choix.

Nous vous avons appelée il y a quelques jours pour que vos enfants vous souhaitent un bon anniversaire. Le moment où je passe le téléphone à votre petit garçon, immédiatement après l'échange entre vous et sa sœur, est un moment d'enseignement fort, madame, de toute cette peur qui vous enserre encore : un grand silence, pesant. Je sentais vos deux cœurs battre, je me demandais à quel moment rompre ce silence et atténuer la chute de votre enfant... Au bout de deux respirations, il a dit, comme cherchant en même temps si vous étiez bien là, regardant dans l'appareil et comme le reniflant : « Maman ? Tu vas bien ? Tu ne me dis rien ? » Il était très angoissé et se voulait rassurant tout à la fois, comme prêt à ramasser votre propre chute, il vous a sentie blémir, il vous a sentie trembler. Je l'ai aidé à cet instant-là en lui rappelant à l'oreille que nous appelions pour l'anniversaire. Il s'est ressaisi, souriant et vous a souhaité un beau jour ! J'ai entendu votre soulagement et votre détente, vous avez même réussi à rire fort, de plaisir et de reconnaissance. À nouveau, il vous a tendu la main.

Un épisode d'autant plus fort que vous saviez que j'avais sa valise en main, qu'il était prêt à partir quelques jours en « droit d'hébergement⁷ » chez votre propre mère et son mari, B., dont la justice a signifié de nouveau les droits de rencontrer et recevoir leurs petits-enfants. Et vos enfants savent votre accord et votre apaisement à ce sujet aujourd'hui.

Car, madame, vous vous battez et si la substitution médicamenteuse au produit régente votre vie aujourd'hui, a priori de manière

7. Les droits d'hébergement s'opposent aux simples droits de visites, médiatisées ou non. Ils font partie de l'éventail des outils de soutien à la reprise des droits parentaux, ordonnés par le juge des enfants. Ils sont mis en œuvre par le service gardien (ASE) ou les services associatifs habilités. Ici c'est le cas, dans un contexte particulier de « délégation de référence complète de cette mission » faite aux services habilités.

plus stable, c'est-à-dire sans entrave par la consommation d'héroïne, vous êtes entièrement tournée vers le bien-être de chacun de vos enfants et la recherche de la meilleure réponse à leurs besoins.

De la distorsion intrapsychique à l'hypothèse de la résilience

Nous accueillons votre enfant depuis qu'il a eu 4 ans, avec sa sœur, qui était âgée de 5 ans : deux enfants différents, mais inséparables. La louve de Romulus n'aurait pu faire sans le jumeau de ce dernier. Les enfants sont petits et séparés de leur lieu nourricier depuis déjà plus de deux ans : un espace a priori d'ancrage qui s'avère immédiatement instable et insécurisant, on l'a vu.

Vos enfants se sont collés et quasi indifférenciés tant sur le plan psychique que sur le plan physique. L'imprégnation chaotique de leur environnement primaire génère chez eux cette attirance aimantée. Ils se sont programmés pour s'autoprotéger et compenser ensemble leurs besoins de protection. C'est un réflexe de survie qui permet les autorégulations physiologiques nécessaires à la gestion des émotions négatives et attaquantes comme la peur, la colère ou la tristesse.

Les premières heures de la vie sont déterminantes pour favoriser cet attachement du nourrisson, comme l'éjection d'une liane forte vers une écorce solide. « Les premières heures, jours ou semaines sont probablement des facilitateurs pour la mise en place de l'attachement, selon des modalités comparables à un processus analogue à celui de l'empreinte (imprinting) chez le nouveau-né (Polan et Hofer, 1999) . Celui-ci naît équipé de capacités de discrimination du familier et d'orientation vers une figure spécifique grâce à ses systèmes sensoriels de l'ouïe, de la gustation, de l'odorat en particulier, qui facilitent la construction de l'attachement du bébé à sa mère et facilitent l'attention et la protection de la mère envers son petit. Par contre, la proximité initiale du bébé avec sa mère n'est absolument pas une condition obligatoire pour créer un attachement de qualité. Une séparation initiale de quelques semaines ne compromet pas la qualité de l'attachement du bébé par elle-même : il faut neuf mois à un bébé pour créer un lien d'attachement avéré avec ses figures d'attachement (en général ses parents et ceux qui l'élèvent)⁸. »

C'est dans ces premiers jours et mois de la vie, en écho à une période intra-utérine déjà incertaine, que votre petit garçon ne parvient

8. N. Guédénéy et V. Beckechy, « L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving », *Devenir*, 2012, n° 1, vol. 24, p. 9-34.

pas à s'assurer de pouvoir grandir. S'il est sans doute convaincu de pouvoir vous aimer il ne trouve pas en écho la stabilité minimale dont il a besoin auprès de vous, ni de son père et sera un bébé ballotté. Pire, même le milieu institutionnel n'aura pas les moyens de le sécuriser pendant cette période particulière des trois premières années de la vie⁹.

Toutefois, en naissant, il fait connaissance avec cette grande sœur de 1 an qui n'est pas née dans un contexte identique et qu'il ne souhaitera plus quitter. Après tout, cela fait un an qu'elle est avec vous et son père, de caravane en logement social certes, mais logement tout de même. Leurs interactions positives vont les sécuriser et provoquer un impact positif sur leurs développements : neurologique, social, dans un contexte d'entre-soi et de survie, qui posera tout de même les bases d'une possible confiance en l'autre, et donc de l'apprentissage de l'altérité.

Nous avons pu accueillir vos deux enfants ensemble, car c'est une règle dans cette association de protection de l'enfance. Trois années ont permis d'observer leurs désarrois et leurs peurs, leurs incompréhensions et le caractère aiguisé de leurs regards et de leurs questions.

Ils ont décidé de maintenir le lien à leur histoire et à leurs parents. D'une façon extraordinaire, en mettant en permanence les professionnels du lieu d'accueil au rendez-vous du travail à faire avec vous afin de garantir cela. Sans relâche, vos enfants nous ramènent à votre existence et au fil qu'il faut renforcer et qui devrait les conduire à vous.

Votre petit garçon a d'abord traversé une courte période de latence, accueilli dans la même maison que sa sœur, bien qu'ayant sa propre chambre. Difficile pour lui de dormir dans un lit, il préférerait le sol, voire un matelas sur le sol. Le sommeil est un monde lointain et non « investis-sable ¹⁰ », la difficulté à s'alimenter suffisamment et à y prendre plaisir est vite apparue aussi, et l'hypothèse d'un sevrage brutal ajouté à la consommation *in utero* de produits addictifs n'est pas sans poser des difficultés à l'enfant dans son rapport à la nourriture.

La brutalité du contexte de post-partum qui ne vous sécurise pas et vous fait violence, là où l'hôpital n'est pas encore assez sensibilisé aux précautions de nursing nécessaires à la bonne évolution du bébé et du lien à sa mère, vient empêcher tragiquement une expérience plaisante et sécurisante de contacts tactiles et d'enveloppements.

Un quotidien dans une belle maison et trois autres enfants accueillis, que votre enfant va vivre comme des frères de cœur, ne suffiront

9. Les mille premiers jours correspondent au temps de la grossesse puis des deux années qui suivent.

10. Néologisme de circonstance, sur la difficulté à trouver le sommeil, au risque de l'ensablement ?

pas à apaiser les effets post-traumatiques de son histoire et de sa naissance.

La mémoire traumatique du petit enfant séparé précocement de sa mère ou de toute autre figure stable d'attachement va émerger dans le temps de cette séparation, pas à pas, au cas par cas.

Passé le temps de la sidération et de la prise de ses repères au sein du lieu dit « de vie », ici la maison familiale, le petit enfant va se souvenir ou être envahi par des attaques de mémoire. Des images flash, des odeurs, des sons, des regards, des paroles entendues ici ou là vont suffire à déclencher des réminiscences traumatiques et engager des émiettements psychiques graves.

Dans le même temps, c'est grâce à ces retours de mémoire que l'enfant va pouvoir poser des questions et chercher à se rassurer.

À l'arrivée des 7 ans de votre fils, il a fallu organiser l'accueil de vos enfants différemment et les installer chacun dans une maison respective : le partage à temps plein de ce quotidien du repas, de la douche, des jeux d'intérieur, des câlins aux accueillants, de la sociabilité entre pairs ne pouvait se réaliser sereinement pour chacun d'eux, et le temps du décollage était venu, pour sauver l'individuation psychique et la possibilité pour chacun de grandir en dehors du regard de l'autre. Il était temps, car même votre petite fille commençait à montrer des comportements régressifs très inquiétants : se tenir au sol très souvent en geignant et rampant plutôt que de rester debout et exprimer avec des mots son ressenti, frapper son frère ou bien se laisser frapper par lui, faire preuve d'impatience et d'agitation en permanence, crier, se sauver et combien d'autres. La prise de poids et l'absence de censure et de conscience de l'enveloppe corporelle venant en rajouter à ce tableau déjà fort préoccupant. Votre petite fille a toujours pu sauvegarder cependant l'espace des apprentissages et de la consigne scolaire et ne s'est pas mise en difficulté avec le lieu sacré de l'école et de l'apprendre. Un visa pour demain peut-être et pour le monde des adultes, assurément.

Il a fallu que nous mesurions ensemble la nécessité même que les « droits d'hébergement » chez vous se fassent également enfant par enfant et c'est toujours le cas aujourd'hui. Vos deux enfants habitent des maisons mitoyennes et se voient tous les jours, ils participent ensemble à de nombreuses activités et rien dans cette décision n'est venu réduire le terreau fort de leur relation.

Votre petit garçon ne parvient pas à faire face aux exigences du théâtre de l'école : cela lui fait très envie et à la fois très peur. Il n'est pas assez maître de lui pour penser qu'il pourrait être en même temps

un deuxième personnage, celui de l'élève. Obéir docilement à des consignes, un ordre de marche, une organisation temporelle des jours, heure par heure, ne jamais être seul à rêver ou bien à faire autre chose relève d'une exigence hors de son champ, hors de sa réalité à lui.

Alors nous faisons autrement avec lui, et nos collaborations avec l'école nous permettent de personnaliser et de diversifier la proposition qui peut lui être faite pour apprendre à regarder, à questionner, à lire, à écrire, à compter, à mémoriser, à ranger, à dessiner, à coller.

À l'été 2022, après avoir fait une énième crise clastique et après avoir été mis au calme dans sa chambre, ce petit garçon avait réussi à dissimuler un briquet qu'il avait trouvé dans le casier d'un adulte et a profité de ce temps de post-crise pour se détendre, peut-être, en jouant à allumer le briquet. Des pages d'un petit livre ont commencé à brûler... Un autre enfant derrière la chambre a perçu la fumée et le drame a été évité. Une crise d'une ampleur plus grande encore s'est déclenchée ensuite, et votre enfant nous a alertés au plus haut point quant à ses démons enfouis et ses besoins de temps et de soins : s'écrasant les traits du visage avec les deux mains, il s'écrasait ensuite le corps (déjà très fin) contre un mur en ramenant une lourde porte sur lui, tentant de disparaître dans le mur, tel un passe-muraille cherchant à rester coincé dans la pierre, las de ses allées et venues stériles.

Il m'a fallu une grande énergie pour le sortir de cet écrasement, le contenir dans les bras et l'amener à se dégager le visage au bout de quelques heures. Un dépliage progressif du corps tétanisé et replié, qui me permet progressivement d'absorber sa colère et sa peur et parfois de remettre en scène un espace propice au retour du symbolique : les mots.

Votre petit garçon a pu s'exprimer sur la dernière visite au parloir avec son père et sa future, très proche et nouvelle sortie d'incarcération. Avec ses mots il a pu parler également de sa peur à ce sujet : peur que cette libération le ramène encore une fois à « y retourner très vite », « le pousse à de nouveaux délits ».

Il a pu nommer son angoisse de disparition à votre endroit et son incompréhension à demeurer loin de vous au quotidien.

Il n'a pas été simple d'activer les relais pédopsychiatriques en lien avec le service d'aide sociale à l'enfance mais le contact a été pris et la construction d'une alliance thérapeutique entre nous tous et au profit de votre petit garçon a abouti à l'indication d'un traitement assorti d'une psychothérapie *via* un groupe thérapeutique d'enfants quelques mois plus tard.

Durant quatre mois, l'embouteillage psychologique de votre enfant a produit des répétitions de crises très aiguës, nous amenant parfois

à faire appel aux services de secours et à le faire accompagner aux urgences pédiatriques, dont une fois par une ambulance diligentée par le SAMU qui a dû le « sangler » après trois heures de pics sans retombée, à même un brancard en cuir, du haut du corps, en passant par les bras puis les jambes.

C'est une image difficile que de voir ce petit garçon exorciser ainsi la charge d'une forme de désespoir intrinsèque, et je ne peux m'empêcher à chaque fois de faire le lien avec les torsions du corps du nourrisson, qui du partum au sevrage n'était pétri que de douleurs.

J'ai dû envelopper ainsi, vous le savez, votre enfant à plusieurs reprises sans plus appeler les secours (ou juste pour une information par téléphone et une mise en scène de triangulation avec le corps médical) en parvenant à trouver avec lui au bout de quelques heures les gestes, puis le moment de son lâcher-prise, voire une petite mise en mots et un furtif câlin.

Depuis presque neuf mois, il est passé à autre chose et ses moments de montées de stress ou de débordements émotionnels sont plus espacés et mieux maîtrisés.

L'organisation des places de chacun autour de lui et la stabilité des propositions qui lui sont faites sur le plan éducatif, psychologique et pédopsychiatrique semblent porter leurs fruits. Le changement de maison de sa sœur a permis à votre petit garçon de s'autonomiser également dans son quotidien.

La progression de la fréquentation scolaire est ténue mais réelle et il apparaît chaque jour un peu plus que la vivacité et l'intelligence de votre enfant sont là et sans doute au-dessus de la moyenne, et qu'il saisit autrement les prérequis nécessaires aux apprentissages. Tous les médias relationnels proposés à votre enfant, dont l'asinothérapie ont démontré ses compétences relationnelles et protectrices.

Sa force à percevoir l'espace sensoriel et émotionnel disponible autour de lui n'a d'égal que son atroce impossibilité à mettre de l'ordre dans ses propres émotions. Votre enfant y parvient cependant de plus en plus chaque jour, et ce travail de retour sur votre histoire et de mise en récit de ce que sont vos violences à être, alors que nous sommes les pierres angulaires de ce temps de vie, est sans doute un espace ressource pour lui, espace de sécurisation et peut-être de résilience. Un maillage de plusieurs peaux peut-être fondateur de ses propres contours psychiques et corporels.

La maison du bébé comme outil pour inscrire symboliquement un bébé dans sa filiation et dans le social

Marie Cousein

Présentation de la Maison du bébé (MBB)

La Maison du bébé est une institution qui dépend du secteur de pédopsychiatrie de Saint-Denis. Elle se situe en bordure du centre hospitalier Delafontaine, en lien étroit avec la maternité et son unité de psychopathologie périnatale, le service de néonatalogie, la pédiatrie et la protection maternelle et infantile (PMI).

Dans cette mini-institution, nous recevons les bébés avec leur mère, leur père, parfois la famille élargie. Nous les accueillons dans le cadre de consultations individuelles, et du groupe d'accueil, des groupes comptines et contes, et enfin d'un groupe ouvert à des bébés nés prématurément. L'équipe de la Maison du bébé se compose de psychologues, psychomotriciennes, éducatrice, secrétaire, pédopsychiatre, et puéricultrice.

À la Maison du bébé, l'accueil est centré sur le bébé, que nous considérons d'emblée comme un sujet parlant et désirant, dès avant sa naissance.

Nous tentons de démêler les questions que celui-ci pose à travers son corps et la manière dont les parents – et surtout la mère – verbalisent et associent sur ce qu'ils imaginent que leur bébé vit et traverse.

Marie Cousein, psychologue clinicienne - psychanalyste.

De fait, les questions du bébé sont en prise directe avec celles de la mère. Le bébé nous fait souvent signe depuis le bain de langage (Dolto, 1994) dans lequel il est pris, dès sa conception, et dans lequel les parents et leur histoire sont engagés, à travers les générations. Son langage corporel résonne avec l'infantile, l'archaïque de la mère, avec le nôtre aussi.

C'est là que se situe l'essentiel de notre travail : tisser de la parole, du récit, faire en sorte que le lien qui unit le bébé et sa mère, ses parents, sa famille, le ou la thérapeute et le monde qui l'entoure, soit humanisé. Car les difficultés précoces du bébé, ses premiers « symptômes » se dissolvent le plus souvent dans ce travail de symbolisation.

Ainsi accueillir en priorité le bébé est un choix politique. Ce travail du lien autour de l'infantile chez chacun est une manière de chercher, d'inventer une place dans la filiation, l'origine, et le social, d'autant que l'État français, pays d'accueil hostile, maltraite et insécurise des personnes venues de pays dans lesquels les violences politiques et/ou familiales sont banales.

Tel est notre pari : accompagner des enfants et des parents, parfois jusqu'à l'entrée à l'école maternelle, pour qu'ils trouvent leur place parmi les autres. Qu'ils deviennent sujets parmi les autres, le social étant ce qui garantit le registre de la parole dans le lien à l'autre.

L'histoire de Zouhair¹

L'histoire de Zouhair est représentative de cette question de l'insertion d'un sujet autant dans le fil diachronique que dans l'espace social synchronique.

Zouhair est un bébé qui doit grandir et trouver sa place entre un homme, son père – dont la paternité a été mise en doute et refusée – et une mère dévastée par ce qu'elle a vécu quelques mois auparavant dans son pays d'origine et par les réminiscences de son histoire infantile. Et cela dans un contexte sociopolitique délétère et malveillant de l'État français.

Zouhair a 3 semaines quand je le rencontre pour la première fois. Je reçois sa mère et lui dans un premier temps en consultation individuelle. C'est une psychologue de l'unité de psychopathologie périnatale de la maternité qui nous adresse cette mère et son bébé. Elle trouve

1. Zouhair est un prénom d'emprunt.

que cette femme va très mal, semble en proie « à un syndrome post-traumatique et à un syndrome dépressif sévère ».

Lors de cette première séance, cette femme nous livre un récit terrifiant. Je révèle ici quelques éléments de cette histoire, en accord avec madame et monsieur, car le travail thérapeutique est clos et quand je leur ai demandé l'autorisation d'écrire à partir de quelques fragments de la cure, ils m'ont répondu que c'était là « *a way to stop the hell* ».

Durant cette séance inaugurale, madame livre ce qui suit. En 2015, dans son pays natal, elle a été enlevée, séquestrée, droguée, violée et torturée pendant quatre jours. Les bourreaux ont filmé les scènes de sévices et ont menacé de les diffuser sur YouTube et de la tuer, s'ils revoyaient l'un ou l'autre du couple. Ils s'en prennent à madame car monsieur, militant d'un parti d'opposition au régime, se savait recherché et se cachait.

Madame ajoute qu'elle est enceinte de quelques semaines quand le viol a lieu, mais qu'elle ne le sait pas encore.

Lors de l'annonce de sa grossesse à la belle-famille, celle-ci, étant au fait de ce qui lui est arrivé, considère que l'enfant est issu du viol et lui intime, ainsi que le fait la famille de madame – sa mère et ses frères (son père étant décédé) – l'ordre d'avorter. Mais madame refuse car elle est sûre que le bébé est issu de son union maritale. Elle fait alors ce cauchemar récurrent : « *Every night I dream, someone takes away my child.* » Elle est terrorisée car sa belle-famille est puissante, socialement et financièrement, et dans ce sens supérieure à la sienne.

C'est cette double pression – celle de la famille qui l'a mise au ban, et la menace de mort des milices – qui a contraint le couple à quitter leur pays brutalement et à s'exiler en France. Ils n'ont depuis lors plus aucun contact avec leurs familles, de peur d'être retrouvés par les milices.

Il faut aussi savoir qu'ils espéraient migrer en Angleterre et qu'ils se sont retrouvés en France. Notre langue de thérapie est l'anglais. Ce n'est pas leur langue maternelle, ni la mienne mais c'est notre langue commune.

Une place impossible pour Zouhair

Zouhair a dormi tout le long de la première séance. Dans l'après-coup, son sommeil apparaît comme un choix de sa part de m'adresser sa mère, de la laisser raconter les raisons de son mal-être. Madame est

effondrée, ralentie, épuisée, ne dort plus la nuit, aux prises avec des cauchemars terrorisants.

Quant au père, il est présent à cette séance (ce qui ne se reproduira plus pendant un an) et se positionne comme celui qui tient la famille et sur qui madame peut s'appuyer.

Pendant ce premier entretien, je ne pense pas beaucoup à Zouhair et je m'interroge sur ce que cela peut dire de sa place et du lien mère-enfant, parent-enfant. Et de fait, pendant presque un an, j'ai accueilli la dyade sans réussir à faire beaucoup de place à Zouhair, contrairement à ce que nous avons énoncé des principes de la Maison du bébé !

C'est dire que le mal-être de madame est envahissant : mal-être lié aux événements traumatiques, mal-être lié à leur vie quotidienne dans un pays menaçant face à l'étranger, ce qui a considérablement attisé les symptômes déjà présents, leurs besoins vitaux n'étant pas assurés. Mal-être enfin lié à la reviviscence de son histoire infantile adossée à ce temps si particulier de la grossesse et de la naissance d'un enfant.

D'ailleurs, rarement, dans une thérapie mère-enfant, j'ai accueilli à ce point la demande béante de la petite fille et du bébé chez la mère. Je suis en effet, dans le transfert, à cette place de contenance maternelle hyperinvestie.

La sidération et la confusion que le récit de la mère a générées révèlent certes les signes du trauma qu'elle a vécu avec son bébé, et aux prises duquel tous deux sont encore. Elles résonnent aussi, dans le transfert ; je comprends que son mari et elle ont décidé de garder le bébé, mais, malgré les dires de madame, je crois comprendre que l'enfant est issu du viol. Ce d'autant que si la mère dit qu'elle est sûre que l'enfant est du mari, elle me confie : « *I don't think about the man, it's my baby* » et « *I would never have had an abortion* ». Ces deux dénégations ouvrent sur l'idée que son mari ne serait peut-être pas le père et l'éventualité d'un avortement, avec la culpabilité qui sourd.

Cette question de la paternité et ce trou dans ma compréhension augurent la question de la place de Zouhair, de quel père, de quelle lignée est-il ? Claude Boukobza avait écrit dans son article « Bébés précaires » (2012) : « Le bébé et sa mère plongés dès avant la naissance dans le trauma nous confrontent à l'indicible et à l'impensable de la mère, mais aussi à la non-perception du bébé. »

En effet, ces douleurs excluent la remémoration, et le récit, comme si l'expression par le dire ou l'éprouvé était eux-mêmes frappés d'interdit. Comme si seule l'exclusion était de rigueur, emportant sur

son passage toute parole et émotion, ne pouvant laisser place qu'à la sidération.

Ainsi donc, Zouhair avait disparu dans le sommeil, on l'avait presque oublié.

Si un bébé vit la détresse de sa mère, il s'imprègne de toutes ses perceptions sensorielles qui participent de sa construction psychique, car il se trouve être dans cet état de *Hilflosigkeit*, qui le rend dépendant radicalement de sa mère et de son environnement. Dépendance de ses besoins vitaux et affectifs. Comment intérioriser cet environnement perpétuellement instable et mouvant quand l'expérience extérieure sert d'appui et de référence à la conquête de la stabilité intérieure ?

Concernant le père, lorsque les parents de monsieur intiment l'ordre à madame d'avorter, ils ne soutiennent pas son choix de devenir père, le refusent, et du même fait dénie celui de son enfant, qui ne sera pas leur petit-fils : ils rompent la filiation. Symboliquement, il n'y a pas de place et d'inscription, ni pour le père, ni pour son fils, que ce soit au sein de la filiation ou du social, puisque l'État laisse les milices appliquer leur loi en dehors de tout ordre symbolique. C'est de cette façon que résonne la phrase de madame : « *I don't think about the man, it's my baby.* » En effet, dans ce contexte traumatique, de ruptures de liens familiaux et sociaux, le père de Zouhair est un homme atteint par le doute de sa paternité et qui ne peut assumer sa fonction paternelle. Il se présente lisse et sans affect, dans une position défensive et une culpabilité qui ne peut se dire. Pendant des mois, quand je lui demande dans la salle d'attente comment il va et lui fais remarquer qu'ils ont traversé de terribles épreuves, il me répond inmanquablement : « *That's ok, I'm fine.* »

À cela s'ajoute le contexte des difficultés de leur arrivée en France car l'État ne cesse de les suspecter d'être là pour de mauvaises raisons. Ainsi, la France répète l'exclusion dont ils ont été les victimes dans leur pays d'origine : leur demande d'asile est rejetée deux fois de suite par l'OFPPA² (exceptionnellement, grâce à des circonstances particulières, j'avais pu obtenir qu'ils passent un deuxième entretien à l'OFPPA).

De ce fait, ils n'ont pas accès aux besoins vitaux : pas de papiers, un logement insalubre et insécure, pas d'argent pour se nourrir correctement, car ils n'ont pas le droit de travailler. Madame a même dû

2. L'Office français de protection des réfugiés et apatrides.

vendre ses bijoux, c'est ce qui lui restait de lien avec sa terre natale, qui pouvait faire union entre le pays d'origine et le pays d'accueil.

La menace de mort, l'exclusion par les familles respectives, l'exclusion dans le pays d'accueil, les met dans un état de grand dénuement, proche de ce que Olivier Douville appelle « la menace d'effacement du sujet » (Douville, 2009).

C'est ainsi que la Maison du bébé est là comme collectif et bout du social pour créer de l'asile, du partage de commun, de contenance, pas en miroir de l'État et de son traitement des réfugiés, mais bien pour tenter de leur offrir les conditions pour que leur histoire et leur place de sujet se logent quelque part.

La Maison du bébé doit inventer, parfois bricoler des modes d'accueil qui tiennent face à cette menace d'effacement du sujet.

Le dispositif de la Maison du bébé face à la fusion mère-bébé

Si le père semble entravé dans sa fonction, Zouhair et sa mère, eux, sont collés et il s'avère impossible d'être en place de tiers dans cette dyade ; l'écho de cette énonciation « *I don't think about the man, it's my baby* ».

De même, le lien transférentiel ne me mettait pas en place de tiers, j'étais plutôt à celle du même ou d'un lien archaïque mal séparé psychiquement. Nous y reviendrons.

C'est ainsi que je voudrais adresser Zouhair au groupe d'accueil ouvert, à une psychomotricienne, à l'ostéopathe. Mais pendant longtemps, seules mes séances de consultation sont possibles pour madame et son bébé. Toutefois elle peut accepter des soins pour elle-même auprès d'une psychiatre et de l'ostéopathe après quelques mois de cure.

J'essaie aussi de maintenir de l'extériorité dans nos séances et de ne pas nous laisser enfermer, madame sait qu'il y a d'autres espaces à la Maison du bébé. C'est pourquoi je profite des temps de réunion d'équipe pour parler de cette famille, pour faire exister la dyade au sein de la structure.

Dès les premières séances, la mère et son fils vont mal. J'observe un bébé, âgé de 1 mois et demi, réveillé cette fois, qui montre des signes préoccupants : un regard accrocheur, très sérieux, la bouche incurvée

vers le bas, aucun sourire, malgré mes tentatives de mamananais³ et tous les compliments que je peux lui faire, car c'est un très beau bébé. Sans doute sent-il et voit-il mon inquiétude, ce qui teinte mes regards, mes tentatives de jeux et de compliments. Zouhair est peu animé, mal au sein, l'accordage est difficile. Il ne lâche sa mère ni des yeux, ni du corps. Il pleure beaucoup, impossible de le laisser sur le tapis plus de cinq minutes, et, dès qu'il manifeste un malaise, sa mère le prend dans les bras, le met au sein, sans pouvoir lui parler, lui adresser quelque consolation ou explication. En outre, Zouhair dort très peu ; mère et fils sont épuisés. Zouhair est témoin de la détresse maternelle, de sa tristesse, comme un miroir (Winnicott, 1975).

Dans ces moments, je peux dire à Zouhair : « Je vais m'occuper de ta mère, ton papa aussi s'occupe de ta maman, et toi tu peux dormir, tu peux être tranquille, on est là pour elle. » Ou bien : « Papa et Maman ont vécu des choses difficiles au pays d'où tu viens, toi aussi tu as senti qu'on faisait du mal à ta maman, et dans ton pays on ne punit pas les méchants. C'est pour ça que tes parents sont venus en France, pour que tu grandisses dans un pays protégé par la loi et que tu puisses aller à l'école sereinement et bien grandir. » Ou encore : « Ce n'est pas ta faute si maman est triste. Elle est triste d'être loin de son pays, de sa famille, de sa mère. »

En fait, il n'est pas question que je m'adresse à Zouhair ni que je m'amuse avec lui. Immédiatement, madame se sent lâchée, elle disparaît de la séance, je ne l'entends plus, elle s'écrase sur le canapé, je ne vois plus qu'un morceau de corps, sans même plus apercevoir son visage, la menace d'« effacement du sujet » en acte.

J'entends alors pourquoi Zouhair dort très peu la nuit, il est tel un vigile, il crée les conditions le et la protégeant de la chute inquiétante dans le sommeil. Comme lui, je veille sur elle et ne la laisse plus sans un regard, ni un signe de ma présence à ses côtés.

Zouhair l'empêche de sombrer et même de mourir, car après le premier refus de l'OFPPRA elle dit : « *Life is too long, I don't want this life anymore.* » Zouhair a pris cette fonction d'empêcher sa mère de sombrer voire même de mourir tant elle diffuse des affects dépressifs

3. « Mamananais » vient de l'anglais « *motherese* » ou « *parentese* » : langage non standard produit par les adultes parlant aux petits enfants, universel, caractérisé par une certaine prosodie, un ton haut, et un vocabulaire infantin. Il est un des précieux outils de travail pour sortir un bébé replié sur lui-même, en raison de signes précoces d'ordre dépressif ou qui pourraient devenir autistiques (Laznik, 1995, 2017 ; Saint-Georges, 2013).

et suicidaires. Ainsi le collage mère-bébé leur sert à se rassurer l'un l'autre, tout autant qu'à « s'empiéter » (Winnicott, 1969) l'un l'autre, il sert assurément à survivre pour l'un comme pour l'autre.

Il faut donc être délicat, prudent et envisager ce travail comme de la dentelle et ne pas en déchirer l'étoffe, par impatience ou inquiétude.

De même, la lecture de mes notes me rappelle la sensation que je ne fais pas la distinction entre Zouhair, sa mère et moi, dans le transfert. Nous sommes un corps, je ressens cette proximité que j'ai sentie en séance, ce corps-à-corps, du côté du même, si difficile à décrire avec des mots puisqu'il s'agit précisément d'un « en-deçà », reliés à l'archaïque.

Hervé Bentata parle de « corporaison », une enveloppe corporelle en constitution, au-delà de l'image, dans sa dimension sensori-motrice (Bentata et Cousein, 2019).

Nous savons que les femmes qui portent des bébés et qui en accouchent retournent au sensoriel, et à l'affectif des premiers temps de la vie. C'est, dit Michèle Montrelay, la logique de « l'être deux-dans ». Être « deux-dans », « dedans », c'est quand la mère et l'enfant habitent avec leur « sentir » respectif « deux-dans ». Ce n'est pas seulement le retour au foetal ou à l'archaïque, mais le fait de le vivre à deux. « On est ensemble dedans, la mère porte l'enfant, mais la mère est portée elle aussi dans ce temps-là » (Montrelay, 2009). Cela suppose côté mère une réactivation de frayages relatifs à sa propre vie intra-utérine ou néonatale. Ces frayages sensoriels couplés à ceux de l'enfant qu'elle porte, qu'elle allaite, qu'elle éduque font trace. Des événements, des propos, des situations ordinaires ravivent des affects qui réactivent ces traces, affects d'angoisse, de rage, de tristesse qui peuvent être entendus si l'analyste se situe non seulement intellectuellement mais aussi affectivement là où l'analysant les éprouve, mais ne se les représente pas (Montrelay, 2009).

Dans le transfert, nous devenons tous trois convoqués à cet endroit de l'archaïque. Aussi, à deux reprises durant cette première année de suivi, notamment une fois quand Zouhair a 5 mois, je me réveille en pleine nuit, d'un bond, angoissée, je me dis que je ne fais pas assez pour ce bébé, que cette cure n'avance pas, que Zouhair va se refermer sur lui et que ce sera irréversible. En effet, Zouhair ne se retourne pas encore du dos sur le ventre et j'avais imaginé, la nuit aidant, que c'était le signe précoce d'un autisme ! Ce qui est néanmoins remarquable est que la

semaine suivante, Zouhair commence à se mouvoir en vue du passage sur le ventre et quelques jours après, il se retourne. À nouveau, six mois plus tard, je me réveille de la même manière, cette fois il a 10 mois, certes il se retourne, mais il ne se déplace pas. Il reste allongé sur le tapis, il joue, mais immobile. Chaque fois, la question me traverse de sa position de vivant. Et étonnamment de la même manière, il commence à vouloir se déplacer pour attraper les objets durant la séance suivant ce nouveau réveil nocturne.

L'angoisse n'est-elle pas un marqueur du désir ? Être à cette place de contenir Zouhair et sa mère, leurs détresses, mais aussi porter et transmettre le désir vers un mieux-être, et surtout vers la vie m'animent profondément.

En outre, Montrelay parle de l'ombre comme de la capacité d'une femme en train de devenir mère à créer ce « couplage sensoriel, moteur, rythmé » dont elle n'a pas encore conscience et qui se transmet de corps à corps, ceci dès la conception, par l'effet de l'être deux-dans. Aux premiers mois de la vie, le travail conscient et inconscient de la mère se transmet corporellement, affectivement au fœtus puis à l'enfant. Avoir une ombre c'est pouvoir éprouver, accueillir, penser charnellement la vie, l'angoisse, les joies de son enfant. Celle de la mère de Zouhair est abîmée, par son histoire récente et passée. C'est dire que si le soutien maternel défaille dans ce temps-là et qu'un choc physique ou psychique est vécu, l'être de l'enfant s'effondre, le bien-être se change en panique et en douleur. Prendre en compte ce processus en tant qu'analyste, c'est admettre la possibilité qu'une sensation rapportée par Zouhair et sa mère, et datée de sa gestation, de sa naissance, des tout premiers mois, ne les concerne pas forcément lui et elle seul-es.

Ce faisant, le chemin de la cure tendait à renforcer le transfert. Elle arrive depuis quelque temps à la Maison du bébé avec l'allure d'une petite fille : elle a perdu beaucoup de poids, s'habille et se coiffe comme une jeune fille, jean et baskets, t-shirt, couleurs pastel et la plupart du temps rose, queue de cheval...

Peu de temps auparavant (six mois après le début du suivi), je réussis à la convaincre de faire une séance d'ostéopathie, car elle souffre de douleurs dans le corps. Elle accepte seulement si je suis présente, car l'ostéopathe est un homme. Celui-ci est néanmoins assez habile pour lui donner confiance, d'abord sans la toucher lors de la première séance, puis en prenant soin de son corps peu à peu. Un jour qu'elle est allongée, la tête dans le trou de la table de travail, elle se rappelle un jeu

d'enfance : un jeu de « *hide-and-peek* » avec ses amies. Elle se met à rire à gorge déployée, d'un rire de petite fille, qui résonne aussi comme des pleurs. Le cache-cache de la présence-absence, de la disparition, l'avait bouleversée. Elle ne peut en dire plus ce jour-là, mais un pan de son histoire infantile s'ouvre, qui nous décale aussi de la fixation traumatique des premiers mois.

Cette phrase déjà évoquée « *life is too long, I don't want this life anymore* » est prononcée quelques jours précédant une semaine de vacances. Elle est décisive dans la tournure de la thérapie, car elle m'inquiète et m'amène à lui proposer de venir à mon cabinet pendant cette semaine. Je pense que la séparation d'avec notre cadre de travail, dans le transfert, même une semaine, à ce moment de la cure, n'est pas judicieuse. Je crains un passage à l'acte, et me demande quelles peuvent être les incidences de sa séance chez l'ostéopathe et son retour en enfance. Je pense à sa mère absente et à laquelle son transfert massif me convoque. Elle vient donc au cabinet, et choisit de s'y rendre seule, sans son fils. Dès son arrivée, elle pleure sans rien pouvoir dire. Puis elle se jette sur mes genoux en s'excusant, se love en position fœtale, et sanglote : « *Can you be my mum for a while ? I miss her so much.* »

La séparation brutale d'avec sa mère, au moment de l'exil, sa perte, et l'impossibilité d'être en contact avec elle depuis lors, notamment dans ce temps de jeune maternité, sont un chagrin immense. Il peut ici se dire et se déplier. Elle associe sur un événement important : lorsqu'elle avait 1 an et demi, son père est mort dans un accident de voiture. Il laissa alors sa mère avec ses six enfants, dont madame, l'avant-dernière, et son petit frère de 6 mois.

De fait, à cet instant, madame se retrouve face à une double perte : celle de son père, mais aussi celle de la mère qu'elle a connue avant la mort du mari. Madame nous dit à cette occasion qu'elle a dormi avec sa mère jusqu'à son départ de la maison pour ses études de médecine, à 19 ans. Nous décelons ici le rapport adhésif à l'Autre qu'il a fallu soigner et que nous retrouvons dans le trio transférentiel. Mais cette fois, madame le nomme, ce qui crée désormais un petit écart entre elle et l'Autre.

Ce qui augure une plainte c'est qu'elle dort mal, son bébé se réveille toutes les heures de la nuit et l'allaitement lui pèse. À cette occasion, elle invite de façon inhabituelle monsieur en séance. Et la question du sevrage se met en mouvement. Le père, après avoir entendu sa plainte, parle de la manière dont sa mère l'a sevré, à 2 ans et demi. Madame, elle, n'a aucun souvenir et n'en a jamais parlé avec sa mère.

Nous avons imaginé ensemble que le sevrage aurait eu lieu brutalement à la suite de la mort du père.

Cependant, cette tierce présence paternelle, qui s'est située dans la parole, a permis aux associations de circuler, aux signifiants de se mobiliser. La séparation du corps à corps mère-bébé pouvait commencer à se penser.

C'est aussi à l'occasion de cette discussion que madame et Zouhair ont pu commencer à se rendre dans le groupe d'accueil ouvert de la Maison du bébé, ouvrant ainsi cette mère et son enfant à une socialité avec les autres.

En conclusion

Si offrir à cette famille des modes d'être et d'accueil qui leur permettent une reconnaissance et une inscription dans l'ici et maintenant, nous ne pouvons rappeler qu'il n'y a de véritables inscriptions que transgénérationnelles, avec une réappropriation de l'histoire familiale et de l'Histoire aussi.

Aujourd'hui, Zouhair est un petit garçon qui montre des symptômes, parfois préoccupants, mais qui est résolument du côté de la vie et du lien à l'autre. Un espace s'est créé entre lui et sa mère, dans lequel la fonction paternelle, celle de tiers, peut s'inscrire.

Progressivement, le lien mère-enfant n'est plus seulement celui de la survie, mais un lien subjectivé et désirant de part et d'autre. Chacun prenant sa place dans le trio de la famille, et dans le social de la Maison du bébé.

La transmission des inconscients à deux, entre Zouhair et sa mère, et de ses traces réactualisées dans le truchement du transfert à trois, est nécessaire mais pas suffisante. Les espaces multiples de la Maison du bébé, l'écoute et l'accueil des membres de cette équipe, directement comme à travers notre travail d'élaboration en commun, ont permis à Zouhair et à sa mère de penser la lignée, l'ailleurs et leur devenir. Sans la structure de la Maison du bébé, il aurait été plus difficile de se décaler face au mal-être de cette femme. Cette institution a permis une extériorité nécessaire pour ne pas sombrer dans la répétition de la fusion, la complaisance, voire la fascination que ces récits terribles peuvent générer.

Reste que le politique doit jouer un rôle dans l'inscription ou l'effacement des traces des violences subies dans l'espace public. Quel avenir quand les institutions et les besoins vitaux dont elles sont garantes

– papiers, logement, emploi – ne sont pas assurés ? Quand la citoyenneté est barrée, des traces demeurent cachées et mettent à mal les patients et leurs descendants, parfois de manière fatale.

Bibliographie

- BENTATA, H. ; COUSEIN, M. 2019. « La Maison du bébé, un lieu pour s'attacher », communication au VI^e Congrès international transdisciplinaire sur le bébé « Hommage à Trevarthen », hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, 3-6 juillet.
- BOUKOBZA, C. 2012. « Bébés précaires », dans O. Douville (sous la direction de), *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, Paris, Dunod, p. 73.
- DOLTO, F. 1994. *Tout est langage*, Paris, Gallimard.
- DOUVILLE, O. 2009. « Que vaut le nom que je porte lorsque mes cultures se déchirent ? », *Journal des psychologues*, n° 26, p. 72-76.
- LAZNIK, M.-C. 1995. *Vers la parole. Trois enfants autistes en psychanalyse*, Paris, Denoël.
- LAZNIK, M.-C. ; MURATORI, F. ; MAESTRO, S. ; PARLATO, E. 2005, « Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents », dans M.-F. Castarède et G. Konopczynski (sous la direction de), *Au commencement était la voix*, Toulouse, érès.
- MONTRELAY, M. 2009. « Sentir », dans *La portée de l'ombre*, Paris, éditions des crépuscules, p. 58.
- SAINT-GEORGES, C. 2013. « La synchronie et le mamanais dans les films familiaux peuvent-ils nous éclairer sur la dynamique interactive précoce des bébés futurs autistes avec leurs parents ? », *Cahiers de Préaut*, n° 10, p. 79-114.
- WINNICOTT, D.W. 1975. « Le rôle de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT, D.W. 1969. « L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, p. 80-97.

Famille : un partenaire pas comme les autres

Ivy Daure

Changer la consigne ne change pas le paradigme

Les ARS et les nouvelles postures ministérielles nous invitent de plus en plus et avec insistance à travailler en collaboration, en partenariat avec les familles et cela représente un changement dans le contrat de collaboration ou d'implication des professionnels avec celles-ci, mais pour autant pourrions-nous changer de contrat sans changer de paradigme ?

Selon le dictionnaire Larousse, « paradigme » signifie représentation, vision du monde, modèle, courant de pensées, point de vue.

Selon moi, le paradigme qui sous-tend le travail et nos rapports avec les familles qui ne demandent rien (Mugnier, 2012 ; Pregno, 2011) mais qui donnent à voir le chaos, le symptôme et cela à toute étape de la vie, est basé sur deux prémisses.

La première, celle que nous avons apprise dans nos formations, (d'éducatrices, de psychologue de médecin, d'assistante sociale, d'infirmière, d'agent d'entretien, etc.), est qu'il faut chercher la faille, voir ce qui ne va pas, ce qui dysfonctionne, repérer le problème pour le réparer quelquefois dans une perspective linéaire. Et cette logique du problème/de la faute à corriger reste très difficile à faire changer ; se décaler, se déplacer, se décentrer de la logique habituelle. Et cela en partie parce que les familles que nous accompagnons nous ramènent,

Ivy Daure est docteure en psychologie, psychologue clinicienne en exercice libéral. Enseignante à l'université de Bordeaux, elle est aussi formatrice et superviseur de nombreuses équipes. Elle réalise de nombreuses conférences en France et à l'international. Membre du comité de rédaction du Journal des psychologues et de la revue Terapia Familiare à Rome. Directrice de la collection « Art de la psychothérapie » aux éditions ESF sciences humaines.

souvent malgré elles, vers cette vision, puisqu'elles peuvent se montrer incompétentes, inefficaces, incohérentes. Et j'écris bien « se montrer », ce qui ne veut pas dire « être ».

Chercher les ressources, les compétences, ce n'est pas d'emblée notre élan premier.

La deuxième prémisses est basée sur la croyance voire la certitude que les familles sont la cause de ce qui pose problème, et même plus précisément, que ce sont les parents.

Alors, comment travailler avec des personnes que nous trouvons inadéquates, incompétentes ? Il est difficile de s'associer aux familles maltraitantes, négligentes, abusives, intrusives ou qui abandonnent leurs parents à l'EHPAD – quand même c'est un excellent EHPAD.

Néanmoins, travailler avec les familles peut être une vraie ressource. Les impliquer au-delà de la recherche d'information demande de la patience, de la détermination mais aussi une certaine croyance – je reviens à la question du paradigme. La croyance que la famille, son histoire relationnelle, le style relationnel intergénérationnel, son script relationnel, son mythe fondateur, sont peut-être une clé pour comprendre la souffrance de celui dont nous nous occupons, qu'il soit enfant, adolescent ou sujet âgé. Le fonctionnement de ce système est un levier pour comprendre le sens du symptôme, de ce qui pose problème, le message qu'il apporte mais aussi comment chaque personne interagit avec l'extérieur.

Du paradigme au mythe : il faut la rencontre pour comprendre

Passer de la posture « on parle des familles » à la posture « on parle avec les familles », « on entend les familles se raconter » n'est pas tâche facile.

J'ai bien peur qu'une certaine croyance actuelle soit que l'évaluation et la thérapie diagnostiques sont une affaire exclusive entre celui qui soigne et celui qui présente des symptômes. Dans cette logique sous-jacente à la dialectique symptôme-évaluation-médicament, tout ce qui se trouve en dehors de cette *double relation*, comme la famille, n'est d'aucune utilité ou, tout au plus, peut être utile à titre purement informatif. Et c'est vrai à tout âge de la vie (Andolfi, Mascellani et Salerno, 2023).

Le lecteur dira probablement que je joue avec les mots – je m'explique. La famille n'est pas la seule cause, n'est pas la fautive, mais pour autant, il est judicieux de rechercher les responsabilités au sein

de la famille, penser la famille dans sa dimension multigéométrique, lui donner la parole, l'accompagner dans le dévoilement des scripts relationnels et l'ensemble sera une ressource diagnostique – et pourquoi pas curative – précieuse.

L'invitation serait la suivante : au lieu de se concentrer exclusivement sur les symptômes et les troubles de l'enfance ou de l'adolescence ou encore du sujet âgé, explorer le développement de la famille et se concentrer en particulier sur les événements de vie défavorables qui ont marqué son histoire au fil des générations et laissé des traces, des blessures douloureuses peut nous donner bien plus que des informations (Andolfi, Mascellani et Salerno, 2023).

Le paradigme est toujours soutenu par un mythe. Je retourne au dictionnaire Larousse qui définit le mythe comme « une idée fantasmée, imaginaire, l'ensemble de croyances, de représentations idéalisées autour d'une personne, d'une histoire, d'un phénomène, d'un événement historique ». Nous pourrions ajouter que tous les systèmes ont un mythe – famille, institution, association, couple, tout système pour petit qu'il soit existe parce qu'il a une idéologie, qui est sa colonne vertébrale. Cela est donc vrai pour les familles que nous accompagnons, les familles des professionnels¹ et les institutions.

De nombreux mythes se rencontrent, des croyances qui quelquefois s'opposent, ce qui constitue autant de complexités à faire penser les systèmes en interaction ou en intersection. Nous pouvons facilement imaginer la difficulté à accorder ces normes, ces codes et ces valeurs. On entend parfois des collègues dire : « Je ne peux pas faire cela, ça ne correspond pas à mes valeurs. » « Je m'en vais je ne me retrouve plus dans ces missions. »

Robert Neuberger parle des trois messages importants que le mythe véhicule.

« Ceux qui indiquent le destin individuel : ce que nous devons devenir quand on fait partie d'une famille. » (Une jeune de 18 ans me disait : « Quand on est un Martin on râle » – niveau de liberté individuel.)

« Ceux qui indiquent comment on doit se comporter vis-à-vis des autres membres du groupe familial. » (« Je ne dois pas raconter ce qui se passe à la maison. » « Je ne dois pas abandonner mon parent en institution. »)

« Ceux qui signalent comment penser et comment agir face à ceux qui sont étranger au groupe. » (Par exemple : « Il faut se méfier de l'extérieur. » « Les gens ne peuvent pas comprendre notre famille,

1. Qui sont souvent elles aussi accompagnées par ailleurs.

il vaut mieux ne rien dire. » « Attention, les travailleurs sociaux placent les enfants. ») [Neuburger, 2005, p. 24]

Pour faire famille : un couple d'abord ?

Les nouvelles familles nous montrent qu'il n'est pas nécessaire d'être un couple pour faire famille, mais partons de l'expérience des familles dites classiques pour avancer que les deux personnes qui forment un couple et fondent une famille apportent dans cette nouvelle structure ce qu'ils ont hérité, leurs convictions mythiques, valeurs, normes, règles et cela sera négocié de manière plus au moins complexe par le système. L'état des parents, leurs histoires familiales, leurs vécus d'enfants, les expériences relationnelles qu'ils ont eues avec leurs propres parents, sont autant d'éléments qui jouent un rôle significatif dans leurs façons de faire parents.

Il n'est pas rare que nous observions une inversion des rôles générationnels dans certaines familles, dans lesquelles de surcroît il est difficile d'établir des limites saines et claires. Les enfants se retrouvent souvent porteurs de fardeaux qui ne leur appartiennent pas, dans une confusion de places qui rend malade de la relation ou dans la relation.

Les rapports que les familles ont établis avec les institutions, les professionnels de la protection de l'enfance ou les soignants, sont aussi un facteur important pour la prise en charge qui va suivre.

Savoir son enfant en institution, en faire la demande ou bien se voir contraint à l'accompagnement de son enfant ou adolescent en institution n'est pas anodin, surtout quand les parents y ont été. Nous pourrions ajouter que mettre son parent en institution quand la vieillesse s'impose n'est pas facile non plus.

Dans ces différents cas de figure il est question de sécurité, de protection et d'instrus. L'institution et les professionnels sont un mal nécessaire. Pardonnez-moi de l'écrire comme ça. Mais les familles ne sont jamais très contentes de faire appel à nous ou d'avoir affaire à nous, même si elles sont soulagées quand nous arrivons à les aider, et cela est à la fois paradoxale et indéniable. Les familles aimeraient y arriver sans nous. Autrement dit, en principe, nous ne sommes pas les bienvenus. Alors nous nous devons de tenir une posture d'accueil, le contraire équivaudrait à se trouver systématiquement avec les portes du système fermées.

Singularité des familles

Bien entendu, et cela n'est pas une nouveauté, chaque famille est unique, même si nous pouvons observer des signes communs, des styles de fonctionnements semblables, leurs origines et le contexte de leurs manifestations sont toujours uniques.

Une des caractéristiques du système est la capacité des processus vivants à atteindre le même état final à partir de différents points de départ.

« L'équifinalité est une caractéristique que nous pourrions définir comme la capacité du système ou des individus de réagir au changement de façon singulière. Néanmoins, leurs réactions dépendent des caractéristiques du système ou du sujet, c'est-à-dire : sa structure, son histoire, les contextes, la nature du changement et son état émotionnel. Face à une même cause, à une même crise, des réponses différentes seront construites en fonction du système. L'inverse est également vrai, l'équifinalité définit aussi le fait que face à des causes différentes ou des troubles d'origines différentes, des réponses semblables vont être trouvées » (Daure, 2020, p. 26).

Cette capacité dynamique d'évolution est une vraie note d'optimisme sur les possibilités de changements d'un système puisque, avec le temps et avec le jeu des interactions internes et externes dans lequel le système évolue, l'état d'un système devient de moins en moins dépendant des conditions initiales. Guy Ausloos (2001) donne une définition de crise fort intéressante qui est la suivante : selon les Chinois et les Japonais, *crise* sonne comme un mot qui n'existe pas ; il est la jonction de deux mots, deux anagrammes dont le premier signifie « danger » et le deuxième « opportunité ». La crise serait donc à la fois danger et opportunité, autrement dit danger qui donne l'opportunité, qui la provoque, qui nous y projette, l'occasion de transformer. Selon la logique systémique, il n'y a pas de changement sans crise, c'est la crise qui provoque le changement ou bien qui annonce un changement à venir. La crise est donc inévitable, bouleversante mais nécessaire à l'évolution psychique et relationnelle du sujet. Les crises du cycle de vie sont inéluctables, liées au développement, provoquées de façon endémique par l'avancée dans l'âge, l'adolescence, l'âge adulte, la vieillesse, mais aussi socialement et culturellement en fonction des exigences du milieu socioculturel en termes d'attendus envers le sujet à chacune de ces étapes. Ce sont précisément les crises qui amènent un système-famille à rencontrer un système-institution.

La perspective du cycle de vie, qui aborde une vision peut-être plus fonctionnelle de ce qui fait problème², est une possibilité dans la lecture longitudinale de la famille dans son évolution à tout âge de la vie, qui inclue bien évidemment les parcours de vie, les événements traumatiques, l'évolution individuelle de la personne. La prise en charge doit donc tenir compte de la complexité et voir le problème depuis la vieille bonne fenêtre biopsychosociale, considérant ainsi que le réseau de contextes et de relations dans lequel s'inscrit un individu joue un rôle fondamentale dans ce qu'il nous montre, dans ce qu'il communique (Andolfi, Mascellani et Salerno, 2023).

La thérapie familiale, par laquelle l'utilisation des lieux, des contextes physiques et symboliques prend de la valeur au fur et à mesure que la relation thérapeutique se construit, permet de traiter plusieurs contextes dans un même espace thérapeutique.

Dans ce sens, Posabella (2023, p. 222), avance les trois axiomes de Minuchin :

« [1] L'individu a une vie psychique qui n'est pas seulement personnelle mais qui influence le contexte relationnel tout en étant influencé par lui.

[2] Les changements dans la structure atteinte par la famille dans son processus de développement influencent le comportement et les processus internes de chaque membre du système.

[3] Le thérapeute, travaillant dans le système familial en tant que "soignant", devient une partie du contexte, formant un nouveau système qui s'influence mutuellement. »

La rencontre devient alors le facteur de changement ; c'est bien cette relation qui peut devenir thérapeutique, que Maurizio Andolfi appelle la troisième planète, une planète comme « un lieu psychique à construire au sein de l'accompagnement : un espace de rencontre et de traitement réciproque, d'inter-subjectivité où la position particulière et l'individualité du "soignant" lui-même assume sa propre part active dans le système » (Posabella, 2023, p. 222). Cela implique un autre paradigme, celui de la neutralité. Sommes-nous vraiment neutres ? Pour les systémiciens, la réponse est non.

La curiosité bienveillante : une posture vers le changement

Il est indispensable de rester curieux ; certains diront de la curiosité qu'elle est le début de l'intelligence, j'ajouterai que la curiosité est

2. À entendre ici, trouble ou symptôme.

aussi l'intérêt pour l'autre et sa réalité. Néanmoins, nous devons compléter cette notion comme nous le propose Robert Neuburger (2022a et 2022b) avec le mot bienveillance. La curiosité bienveillante est une clé importante dans le processus d'accompagnement. Une curiosité qui donne place et existence au sujet, à son histoire personnelle et transgénérationnelle. La curiosité bienveillante ne s'arrête pas au symptôme ou au diagnostic, elle va au-delà, elle va vers l'histoire telle que le sujet la raconte, telle qu'il la vit et la voit et cela conduit à un autre regard, pour celui qui se raconte mais aussi pour celui qui supporte le récit.

La curiosité bienveillante est une proposition de disponibilité, qui peut être faite par beaucoup mais qui ne sera possible pour le sujet qu'avec certains. Cela nous amène aussi à penser que dans cette lecture l'interchangeabilité n'existe pas quand il s'agit d'humains.

Pour soutenir la rencontre, nous pourrions nous appuyer sur certains piliers

Nous savons tous qu'il n'y a pas de réponse magique, qu'il n'y a pas de réponse unique et qu'il n'y a pas celui qui y arrive à chaque fois. Tout est question de réflexivité, de curiosité bienveillante, de créativité, de capacité à chercher les ressources en soi et chez l'autre. Cela étant dit, Reynaldo Perrone et Yara Doumit-Neufal (2019) parlent des quatre piliers de l'intervenant systémique et je pense que nous pourrions les ajouter à notre panoplie.

Ces quatre piliers sont en interdépendance³ :

1. L'autorité : C'est la crédibilité qui vient de soi, c'est la crédibilité qu'on s'accorde. Qui n'est pas transmise mais acquise par la connaissance théorique ou l'expérience de vie. Ces deux moyens d'apprentissage impliquent le sujet et le rassurent sur ses compétences et son autorité. L'autorité est directement liée au contexte, ce qui fait autorité à un moment donné peut ne plus le faire dans un contexte différent. Néanmoins, à mon sens, elle peut être soutenue ou pas par l'entourage et le regard porté par les autres.

2. La responsabilité : La capacité à assumer la conséquence de ses actes, de se porter garant de ses effets sur les autres et l'environnement. C'est remplir ses engagements. Mais cela signifie aussi assumer les conséquence des actes de ceux qui sont sous notre responsabilité.

3. Les définitions qui vont suivre ont été extraites du livre de Perrone et Doumit-Naufal mais surtout de la vidéo très éclairante de Julien Besse, en bibliographie.

3. Le pouvoir : Mes attitudes ont un impact sur les personnes qui m'entourent, alors cela représente un pouvoir, qui est la capacité à produire un effet, c'est l'écart entre l'avant et l'après d'une intervention. Ce qu'on dit, ce qu'on fait et ce qu'on raconte ont une importance et un pouvoir de changement, d'amélioration ou de destructivité.

4. La légitimité : C'est tout ce qui est fondé sur le droit, qui fait appel à la justice. Nous sommes légitimes pour faire cette intervention. Nous avons la légitimité pour exercer telle ou telle mesure. C'est accordé par la société, un diplôme, une ordonnance, une mission...

Cela est aussi très systémique et ne dépend absolument pas d'une personne toute seule. Cela nous implique tous dans chaque contexte, dans chaque relation, ces quatre piliers sont en jeux, ils sont facteur de changement et ils sont le changement.

Les mots de la fin

Affiner notre regard pour explorer les compétences et les ressources des personnes que nous accompagnons doit faire partie de notre réel intérêt pour lutter contre un mouvement trop souvent repéré qui est celui des familles qui se dévalorisent et des professionnels qui se découragent (Pregno, 2011).

Nous accumulons de l'expérience, les familles aussi, les symptômes, eux, se chronicisent, essayer de garder un regard novateur et dynamique peut être une ressource.

Les familles seront toujours plus fortes que nous, elles resteront alors que nous sortirons de la vie des personnes que nous accompagnons et cela est bien souhaitable. Cela étant dit, travailler avec les familles représente un levier à activer.

Bibliographie

- ANDOLFI, M. ; MASCELLANI, A. ; SALERNO, A. 2023. *La magie de l'enfant dans la thérapie familiale*, Paris, ESF.
- AUSLOOS, G. 2001. *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*, Toulouse, érès.
- BESSE, J. 2022. « Incarne ces 4 piliers dans ta posture professionnelle ! », vidéo publiée sur YouTube : <https://youtu.be/aZHK9eZAeAE>
- DAURE, I. 2017. *La thérapie systémique individuelle. Une clinique actuelle*, Paris, ESF.

- DAURE, I. 2020. « La Covid, une occasion d'épanouissement ou le paradoxe pandémique », *Le Journal des psychologues*, vol. 7, n° 379, p. 25-30.
- MUGNIER, J.-P. 2012. *Ces familles qui ne demandent rien*. Paris, Éditions Fabert et Yapaka.be.
- NEUBURGER, R. 2005. *Les familles qui ont la tête à l'envers. Revivre après un traumatisme familial*, Paris, Odile Jacob.
- NEUBURGER, R. 2022a. *La famille revisitée*, dans S. Monzani et N. Rizzo (sous la direction de), *Parentalités contemporaines. Regards croisés systémique et psychanalytique*, Paris, ESF, p. 273-282.
- NEUBURGER, R. 2022b. Préface, dans I. Daure, *Le couples est un lieu. Quand l'analyse des lieux raconte le couple*, Paris, ESF.
- PERRONE, R. ; DOUMIT-NAUFAL, Y. 2019. *Provoquer le changement*, Paris, ESF.
- POSABELLA, F. 2023. « Psychothérapie nomade ou nomadisme thérapeutique. Une approche systémique relationnelle avec l'enfant », dans M. Andolfi, A. Mascellani et A. Salerno (sous la direction de), *La magie de l'enfant dans la thérapie familiale*, Paris, ESF, p. 221-230.
- PREGNO, G. 2011. « Le travail avec les familles qui ne demandent rien : la non-collaboration comme solution », *Thérapie familiale*, vol. 32, n° 4, p. 419-436.

L'association sos Villages d'enfants, l'audace à la croisée des besoins des enfants et des territoires

Fabienne Foignet-Pohren

En 1949, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, Hermann Gmeiner, jeune médecin autrichien, a l'idée de réunir des enfants orphelins et des veuves de guerre. Le concept des villages d'enfants sos, seule alternative aux orphelinats et foyers de l'époque, est né.

En 1956, Gilbert Cotteau, alors jeune professeur du nord de la France, crée l'association française Villages d'enfants sos à Busigny, qui devient le deuxième village. Le concept sera par la suite repris partout dans le monde.



Fabienne Foignet-Pohren, cadre dirigeante, protection de l'enfance et ingénierie sociale.

Les valeurs de l'association se déclinent comme suit.

L'approche par les droits comme boussole des actions : l'enfant est considéré non pas seulement comme une personne à protéger mais aussi et surtout comme un sujet de droit.

Un projet individualisé pour l'enfant : l'attention est centrée sur la personnalité de l'enfants, sur le respect de son identité et de son histoire.

L'importance accordée au développement des relations fraternelles : la fratrie est une ressource éminemment active pour l'enfant et l'adulte qu'il deviendra.

Le modèle d'accueil de type familial et la sécurisation affective : qui lui permet de tisser des liens affectifs durables qui l'aideront à acquérir les compétences favorables à son autonomie et à sa socialisation.

Des figures d'attachement et une dynamique relationnelle pour l'enfant : l'accompagnement est centré sur des figures d'attachement et des « tuteurs » de résilience stables.

Un accompagnement dans la durée pour garantir l'inclusion dans la société : la préparation à l'autonomie est une constante préoccupation de sos Villages d'enfants.

Le droit effectif des enfants et des jeunes à participer aux décisions qui les concernent : garantir le droit de chaque enfant à s'exprimer, à être entendu et auteur de son parcours.

L'accompagnement des familles et de la prévention : en complément à notre mission en Villages d'enfants, nous développons des actions de prévention et de renforcement des capacités familiales.

L'association a également un statut international d'ONG et la France fait partie des pays qui financent nombre de programmes en direction de l'international.

SOUTIEN FINANCIER en milliers d'€		et		NOMBRE DE PROGRAMMES	
ARMÉNIE	2		4		4
BÉNIN	1		1		1
BURKINA FASO	2		4		2
CAMEROUN	1				
CÔTE D'IVOIRE	2		4		2
HAITI	1		4		2
LAOS	2				
MADAGASCAR	4		12		12
MAROC	2				
MALI	4		9		3
NIGER	3		4		1
TOGO	3		5		2
INDE	2				
INDONESIE					
TUNISIE	2				
ROUMANIE	2				
ÉQUATEUR	2				
NÉPAL	1				
HONDURAS	1				
BOSNIE	1				
SOMALIE	1				
RWANDA	1				
VIETNAM	7		9		2
TOTAL	47	52	31	35	11

Village d'enfants SOS
 École et centre de formation
 Structure pour jeunes
 Structure de santé
 Programme de renforcement des familles et centre d'appui communautaire

Par souci de rigueur et de transparence, ne sont présentés ici que les programmes directement soutenus financièrement par SOS Villages d'Enfants France.

L'accueil des tout-petits : un enjeu immense

Afin de poursuivre la dynamique engagée depuis quelques années, le département du Nord, appuyé par son conseil scientifique et l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE), souhaite poursuivre le développement d'actions nouvelles ou innovantes, en réponse aux besoins spécifiques des enfants les plus vulnérables, en prévention comme en protection. Dans ce cadre, il a lancé un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour identifier les projets associatifs visant à prévenir et à limiter l'impact des maltraitements sur les enfants, qui pourraient être soutenus et mis en œuvre dès 2022.

Depuis 2020, en partenariat avec les acteurs associatifs et publics du secteur de l'enfance, de nouvelles réponses ont été développées sur tout le territoire pour agir le plus précocement possible auprès des enfants et de leurs familles, pour sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures, pour préparer leur avenir et sécuriser leur vie d'adulte. Des actions participatives ont été lancées pour leur donner davantage de moyens d'agir et mieux garantir leurs droits.

En complément de cette feuille de route stratégique, un plan d'urgence pour la protection de l'enfance, actant la création de cent cinquante nouvelles places en établissements, trois cents places en accueil familial et cent cinquante mesures d'intervention renforcée à domicile, a été décidé en juin 2022 pour faire face à l'augmentation des besoins, dans un contexte marqué par l'augmentation des violences intrafamiliales et l'amélioration du repérage des situations de danger pour les enfants.

Les projets visant la réponse aux besoins des plus petits, dans les mille premiers jours, sont donc favorisés et soutenus.

L'association sos Villages d'enfants va donc se positionner pour ce projet expérimental qui se situe de surcroît dans son département historique.

Un projet innovant d'accueil précoce en protection de l'enfance

sos Villages d'enfants implante le « village des tout-petits » du Nord dans le Cambrésis au sein de l'agglomération de Cambrai, à proximité du Village d'enfants sos de Neuville-Saint-Rémy. C'est la directrice de ce village qui supervisera hiérarchiquement l'équipe de professionnels, conduite par une infirmière de puériculture, en charge de l'accueil et de l'accompagnement des enfants.

Pour assurer un accueil de qualité à douze enfants, l'équipe interdisciplinaire sera composée d'une psychologue, d'une éducatrice de jeunes enfants, d'une auxiliaire de puériculture, d'une aide-ménagère et d'un agent d'entretien. L'accent est mis sur la nécessité d'un encadrement renforcé et ce sont deux aides familiales qui travailleront en présence continue auprès des enfants, ce qui représente le recrutement de huit aides familiaux, au lieu de deux personnes par maison comme l'on a habituellement.

Les Villages d'enfants de l'association sont habilités par les départements au même titre que les Maisons d'enfants à caractère social (MECS) dans le cadre des missions de protection de l'enfance. La particularité des Villages d'enfants réside dans des choix non négociables, ce qui génère aujourd'hui une identification de plus en plus souvent distincte du statut des MECS. Parmi ces choix on retrouve :

- accueillir des fratries ;
- mettre en place un habitat douillet et confortable favorisant de grands espaces à vivre, au sein des maisons familiales qui constituent le Village d'enfants. Celui-ci est néanmoins pensé sous l'égide de l'inclusion et de la non-stigmatisation et est souvent implanté anonymement dans le tissu social d'un territoire urbain ou rural ;
- recruter des personnes (éducateurs familiaux ou aides familiaux) sur des sessions de vingt et une journées pour les premiers ou douze journées pour les seconds de présence continue au sein de la maison familiale. Ces personnes sont historiquement nommées « mères sos » en lien avec les motifs de création des « héros fondateurs », la substitution parentale pure et simple liée aux statuts d'orphelins de la majorité des enfants accueillis dans les années 1950 à 1960. Progressivement et à l'instar de l'évolution générale du secteur et de la recherche de professionnalisation de ses différents acteurs, la substitution évoluera normalement vers une approche de suppléance et de soutien à la parentalité plutôt que d'effacement ou de dévalorisation des prérogatives parentales et d'absence d'identification de leurs compétences. L'enfant « placé » est pensé de plus en plus comme un enfant « accueilli » inscrit dans une constellation familiale dont il nous faut tenir compte dans le travail d'élaboration partagée autour des motifs de l'ordonnance de placement provisoire (OPP).

Les éducateurs ou aides familiaux travaillent en étroite collaboration avec une équipe interdisciplinaire dont les locaux se situent au cœur du Village d'enfants : la maison commune. Lieu ressource et

support, la maison commune regroupe les personnels de direction (directeur, chef de service), deux cadres fonctionnels (psychologue, responsable des programmes éducatifs), l'équipe éducative et pédagogique (éducateurs spécialisés, animateur, éducateur scolaire, technicien de l'intervention sociale et familiale), un secrétariat de direction, un homme d'entretien et une personne pour le ménage ou autre prestataire ciblé.

Ce lieu central et fédérateur est également très vivant, des espaces de vie partagée y sont prévus : espace ado, espace famille, ludothèque, salles pédagogiques, salle de repos, salles d'entretiens, cuisines, laverie, stockage de jeux et matériel pédagogiques, etc.

Chaque étape du cycle de vie d'un projet de création de nouveau dispositif en Village d'enfants SOS est importante et nécessite un temps spécifique. L'association s'appuie sur une méthodologie d'accompagnement de projet qui permet l'identification des modalités de collaboration internes et externes avec les responsables territoriaux et l'ensemble des parties prenantes de l'aventure humaine que constituera la création d'un village des tout-petits au sein du Village d'enfants sos de Neuville-Saint-Rémy.

Elle a permis une phase dite de préfiguration, animée grâce au recrutement, plusieurs mois avant l'ouverture du dispositif, d'une infirmière de puériculture, qui a été chargée de l'organisation, avec l'appui technique et méthodologique du siège de la direction du Village d'enfants sos de Neuville-Saint-Remy et l'appui des équipes du programme de renforcement des familles du département du Nord pour les 0-3 ans.

Elle a également pour vocation de favoriser l'intégration du village des tout-petits dans le fonctionnement quotidien du Village d'enfants sos de Neuville-Saint-Rémy et l'appropriation progressive du projet par l'ensemble des membres de l'équipe. Enfin, elle a comme exigence partagée de garantir les meilleures conditions d'arrivée aux premiers bébés accueillis par une équipe mobilisée par les valeurs associatives et la volonté d'articuler la prise en compte des droits et des besoins des enfants.

Un comité de pilotage a été constitué pour garantir l'effectivité de la mise en œuvre dans les conditions et les délais exigés. Le pilotage de l'équipe projet est assuré par la direction de la prospective et du plaidoyer du siège. Il implique, au niveau du siège, la direction générale, la direction des activités (directeur des activités et directeur territorial Nord), la direction des ressources humaines et la direction financière.

Le plan de communication s'articulera autour d'un événement qui sera l'occasion de communiquer sur la création du village des tout-petits, par des messages et des relais médias adaptés à chaque public concerné. Il s'agira de l'inauguration du village des tout-petits en 2024, en présence des acteurs institutionnels locaux, des représentants de l'association et éventuellement d'ambassadeurs de l'association.

Des besoins des petits enfants

Être porté, câliné, regardé, consolé... Autant que de soins, un tout-petit a besoin d'affection, de stabilité et de maternage pour vivre, grandir et s'épanouir. En protection de l'enfance, les fratries de très jeunes enfants nécessitent une attention toute particulière et une prise en charge sur mesure que les mères et les pères SOS, ainsi que les équipes de professionnels des villages d'enfants SOS leur apportent au quotidien.

Parmi les enfants vivant dans les villages sos, 6 % ont moins de 3 ans et 11 % sont âgés de 3 à 6 ans. Avant l'entrée dans le langage, autour de 2 ans, les professionnels doivent redoubler d'attention pour décrypter les signes de leur épanouissement ou d'un éventuel mal-être, et adapter ainsi jour après jour leur accompagnement pour répondre à leurs besoins.

L'arrivée d'un tout-petit n'est pas simple car un bébé peut bouleverser l'organisation d'une maison, au regard de la spécificité de son rythme. Ses besoins en maternage et la disponibilité physique que l'on a pour lui viennent réduire l'investissement possible pour les autres enfants de la maison.

Par ailleurs le « speed » provoqué par le rythme des quatre autres enfants augmente ostensiblement le risque d'accidents domestiques avec le petit enfant.

IL FAUT TOUT UN VILLAGE POUR QU'UN TOUT-PETIT GRANDISSE

L'histoire de Jason, qui a rejoint le village de Gémozac à l'âge de 1 an, en est un exemple. « *Il souffrait d'un eczéma dû au stress* », raconte Flavien Blanc, père SOS. Cette maladie cutanée n'était pas la seule manifestation de son mal-être. « *Il était aussi musculairement très tendu, toujours en hypervigilance, comme à l'affût d'un danger.* » Jason n'avait pas été victime de maltraitances physiques, mais sa mère, souffrant de troubles psychiatriques et d'alcoolisme, n'avait jamais su prendre soin de lui. À l'époque, Flavien s'occupait de cinq enfants, dont quatre de moins de 6 ans : « *Avoir autant de petits à*

gérer alors qu'il faut donner un biberon toutes les trois heures, c'est épuisant. Heureusement, les premiers mois, les relais ponctuels de notre équipe d'accueillants m'ont permis d'avoir des temps de repos, et donc de tenir la distance. »

De plus, pour soutenir cet accueil, l'éducateur familial a pu bénéficier, plusieurs fois par semaine, de l'aide d'un autre professionnel, pour le bain, les repas ou des rendez-vous divers. Une pratique qui s'est généralisée dans toutes les maisons accueillant des bébés.

Extrait de *Villages de Joie*, revue interne de sos Villages d'enfants, décembre 2022, n° 263.

UN « VILLAGE DES TOUT-PETITS »

Ces dernières années, les demandes d'accueil de fratries de tout-petits en protection de l'enfance ont explosé et les pouponnières sont saturées. Un phénomène amplifié par la diminution du nombre de familles d'accueil – dont beaucoup partent à la retraite sans être remplacées – et la crise de la Covid-19, qui a fait basculer les familles fragiles. Pour répondre à ces besoins, SOS Villages d'Enfants a conçu une proposition alternative et innovante aux pouponnières, dans la droite ligne de son engagement associatif : ce dispositif expérimental, appelé « Village d'enfants SOS des tout-petits », ouvrira ainsi ses portes en 2023 dans le département du Nord. Constitué de deux maisons pouvant accueillir chacune six enfants accompagnés par deux aides familiales en continu, il sera porté par le village d'enfants SOS de

Neuville-Saint-Rémy. Les fratries accompagnées seront composées uniquement d'enfants de 0 à 3 ans et de leurs grands frères et sœurs jusqu'à l'âge de 6 ans. Les aides familiales y seront épaulées par un psychologue, un éducateur de jeunes enfants, une infirmière-puéricultrice et une auxiliaire de puériculture. Enfin, un appartement pédagogique permettra aux équipes de travailler le lien avec les parents, en fonction de l'intérêt supérieur des enfants.

« Nous continuerons, bien sûr, à accueillir les plus petits partout ailleurs, précise Hervé Laud. Mais ce village expérimental nous permet de proposer aux responsables de l'aide sociale à l'enfance une nouvelle réponse adaptée aux problématiques spécifiques des très jeunes enfants accueillis en protection de l'enfance. » ■

Extrait de *Villages de Joie*, revue interne de sos Villages d'enfants, décembre 2022, n° 263. Hervé Laud, directeur de la prospective et du plaidoyer de sos Villages d'enfants France.

Les directeurs ou directrices de villages d'enfants sont de plus en plus sollicités par des départements limitrophes pour présenter les fonctionnements des villages dans un moment de forte nécessité d'accueillir un nombre croissant de tout-petits : c'est le cas de la Dordogne, de la Charente, et de beaucoup d'autres.

L'expérimentation du Nord vient bouger les lignes d'un modèle d'accueil de frères et sœurs sans distinction d'âges et donc de besoins là où le tout-petit exprime vite les limites d'un espace de vie contraignant qui lui demande de s'adapter sans répit, et qui fragilise l'accueillant dans sa prise en charge.

Par ailleurs, l'ouverture de lieux d'accueil du tout-petit, au titre de primo-placements aux fins d'observation, évaluation, orientation, pourrait également prendre la forme d'ateliers d'éveils, d'espaces en accueils de jour des 0-3 ans qui pourraient être créés dans le périmètre de plusieurs villages afin de ne pas perturber le retour au sein d'une « maison fratrie » en fin de journée ?

La revalorisation des enjeux du rapport *Les 1000 premiers jours* de Boris Cyrulnik, ajoutée à la revalorisation des figures d'attachement portée par la loi de 2016, et sans compter les alertes portées par d'autres déjà il y a quelques années sur la nécessité d'éloigner le petit enfant sans tarder des situations les plus dégradées et toxiques¹ ont

1. M. Berger, *Ces enfants qu'on sacrifie... Réponse à la loi réformant la protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2014.

sans doute produit le besoin exponentiel actuel d'accueil du tout petit en protection de l'enfance.

Si l'adaptation fine de la réponse aux besoins de l'enfant est de mise et si cette expérience venait à le confirmer, il n'en reste pas moins que le travail systémique avec les familles sur l'identification et la dynamisation de leurs problématiques devrait également être un gage de réussite et la voie ouverte au développement de structures d'accueil² parents-enfants plus nombreuses, et sur davantage de départements.

D'autres projets à mener !

2. Centres parentaux (par extension des centres maternels) : structures financées par les départements dans le cadre de la protection de l'enfance ; loi du 14 mars 2016 art. L222-5-3.

Cabinet de lectures

Bouchard Alexandra, *Césarienne sur demandes maternelles. Le féminin à l'épreuve de l'accouchement*, Toulouse, érès, collection « La vie de l'enfant », 2023, 267 pages.

L'ouvrage d'Alexandra Bouchard explore un sujet méconnu dans le domaine de la maternité. Autant les périodes de la procréation médicalement assistée, de la grossesse et de l'accouchement ont une littérature abondante autant le sujet de la césarienne est peu étudié car considéré comme un acte médical. Pourtant, la césarienne est devenue plus fréquente depuis une vingtaine d'années. Longtemps associée à des raisons « d'urgences » vitales pour la mère ou le bébé, elle est aussi considérée comme un accouchement « pas naturel ». Lors des entretiens avec des parturientes, le discours est souvent teinté des signes d'état de stress post-traumatique (ESPT) après une césarienne pour raison médicale. Pourquoi une femme choisirait un accouchement par « voie haute » sans raison médicale ? Par confort ou autres motifs ?

C'est à cette question qu'Alexandra Bouchard tente de répondre dans son étude. Dans l'évolution de notre société, la question de la parentalité se modifie mais aussi celle de l'enfantement. Le livre est composé de cinq parties construites de manière didactique. En premier lieu, elle retrace l'histoire de la femme et de l'accouchement. Elle décrit l'évolution de la place du corps devenu progressivement « objet » de la technique médicale. La position du corps de la femme en travail s'efface au profit du vrai « travail » du médecin. Alexandra Bouchard revient sur des évidences concernant la « césarienne ». Elle déconstruit les fausses croyances sur son développement dans l'histoire de l'humanité mais aussi sur son association avec la mortalité de la femme ou du bébé. Ces représentations sont vivaces et circulent encore dans la psychologie populaire. Elle traite ensuite le sujet sous l'angle

sociologique en comparant les pratiques médicales d'autres pays ayant déjà cette culture de la « demande » de la césarienne. Dans l'évolution de notre société française, elle distinguera d'une part la césarienne « programmée » pour des choix d'organisation des familles et d'autre part la décision des soignants pour des raisons de fonctionnement de l'établissement ou pour des dérives financières de certains professionnels. Dans cette partie, elle met en avant un des facteurs de changement avec la loi Kouchner de 2002 remettant le patient dans une place d'acteur de sa prise en charge. Dans les maternités, progressivement, la loi Kouchner a permis une évolution dans la relation patient-médecin et l'écoute de la parturiente. Bien évidemment, cela a été rendu possible par l'évolution de la technicité médicale de la césarienne devenant plus sûre pour la mère et le bébé. Les notions médicales de la grossesse et de l'accouchement sont importantes car elles servent aux lecteurs pour comprendre toutes les modifications d'un corps servant à « se reproduire », mais aussi l'impact de celles-ci sur la jouissance sexuelle. Dans la représentation de la jeune parturiente, le corps se déforme autant que la partie génitale de la femme. Dans ces explications médicales, nous voyons aussi poindre quelques « théories infantiles sexuelles » du jeune enfant où le bébé sort du ventre sans douleur et sans souffrance, Alexandra Bouchard prenant en compte d'une part l'hypersexualisation de la femme avec la peur que l'enfantement déforme le corps et le sexe et d'autre part la question de la féminité dans la maternité.

Le second chapitre introduit un sujet inévitable quand on traite la question de la femme et de l'accouchement : la douleur. Dans notre culture judéo-chrétienne, « Tu enfanteras dans la douleur » est inscrit dans notre inconscient. Lors de l'accouchement, la question de la douleur ferait presque oublier ce qu'elle masque en réalité : la peur de la mort. Est-ce que l'évitement de la souffrance de l'accouchement par « voie basse » serait responsable de cette demande de césarienne ?

En tant que psychologue en néonatalogie, c'est le premier motif que l'on voit de refus d'accoucher : la souffrance est une douleur que personne n'arriverait à contrôler. À travers les femmes racontant des récits d'amies ou de mères ayant eu des accouchements difficiles, Alexandra Bouchard illustre parfaitement les peurs anticipatoires de la souffrance lors de l'accouchement dans les vignettes cliniques. Elle décrit la peur des femmes face à la douleur et celle de ne pas être suffisamment soutenues par les soignants. Dans le paradoxe de cet acte clinique si spécifique, il y a une banalisation de l'acte de la césarienne pour ces patientes en faisant oublier le risque de ce geste médical.

En abordant les notions de *féminin* et de *maternel*, elle questionne la représentation du « rituel » de passage de femme à mère. Est-ce que l'éprouvé de la douleur fait la mère ?

En développant son hypothèse de travail autour du lien entre la demande de césarienne sans raison médicale et la trajectoire psychosexuelle de la fille à la femme, Alexandra Bouchard nous amène sur des pistes de théories psychanalytiques revisitées. Pour cela, elle décrit l'évolution des théories freudienne et de ses successeurs. Elle s'emploie à faire une rétrospective très complète des auteurs ayant abordé le sujet du développement de la sexualité de l'enfant, de la grossesse et de l'accouchement. Dans cette revue de littérature, elle décrit les notions de « préoccupation maternelle primaire » de Winnicott, « la dette de vie » et « la transparence psychique » de Bydlowski, la « maternalité » de Racamier. De plus, elle développe l'évolution sur la théorie de l'œdipe pour argumenter son hypothèse qu'elle aborde dans les derniers chapitres. Dans son travail, elle questionne la douleur pour aborder la liaison psyché-soma comme une expérience singulière. Elle fait le lien entre la question de l'intensité extrême lors de l'accouchement en se référant aussi à du matériel peu utilisé comme des échelles de la douleur montrant le lien avec des états de stress important après l'accouchement. Alexandra Bouchard utilise un matériel « inspirant » de dessins avant et après la césarienne. Si le dessin est un outil dans la clinique de l'enfant pour illustrer les représentations inconscientes, il est moins utilisé chez l'adulte. Tout en revisitant la place de la femme lors de l'accouchement, elle requestionne la position passif/actif sur le plan du fonctionnement psychique. Alexandra Bouchard complète la théorie autour de la période de l'accouchement à la lumière de sa recherche. De plus, elle précise la construction de la grossesse psychique selon les personnalités et la construction psychosexuelle. En interrogeant le discours des parturientes avec les éclairages de la sociologie, médicale et psychanalytique, elle nous amène vers le cœur d'un phénomène émergeant dans notre société. C'est bien plus qu'un phénomène de mode d'une société algophobe.

En refermant ce livre, le lecteur, étudiant ou praticien, en sait bien davantage sur la clinique en maternité. Il convient de souligner la rigueur du travail, le choix fort judicieux de la pratique du dessin avec ces femmes et futures mères. On note la richesse des références bibliographiques mobilisées permettant au lecteur de se replonger dans des textes fondamentaux du développement psychosexuel.

Frédéric Groux

Martine Lamour, *Ces bébés follement aimés*, Toulouse, érès, collection « 1001 BB », 2023, 168 pages

Bouleversant, intime et pudique à la fois, le petit livre de cette grande dame de la pédopsychiatrie du bébé est un beau témoignage sur le travail si difficile auprès des bébés dans les familles « à problèmes multiples ».

Que d'émotions et d'apparente simplicité pour nous faire partager les ressentis du bébé, en protection de l'enfance.

Que de délicatesse pour décrire les lourdes fragilités de leurs parents, le délire, parfois, la psychose, les dépendances aux toxiques : « ces grands brûlés relationnels », dit-elle.

Psychiatre en pspérinatalité et en pédopsychiatrie pendant toute sa carrière, Martine Lamour transmet, dans cet écrit, ses ressentis infantiles en écho aux ressentis des bébés.

Intime et professionnel résonnent de façon poétique, métaphorique avec une rare puissance évocatrice.

La douleur vive des bébés, de leurs parents, des professionnelles qui pansent et pensent autour de ces bébés s'entrecroisent.

Martine Lamour nous transporte aussi, de façon très incarnée, en ces moments institutionnels où les échos douloureux pour les professionnelles des souffrances des bébés trouvent un accusé de réception bienveillant en équipe et se transforment grâce à une réflexivité travaillée et nourrie en d'autres lieux. Son approche respectueuse et la continuité de son portage pour les patients et les professionnels s'entendent à chaque page. Et elle rappelle l'immense enseignement que nous a transmis Myriam David, l'originalité et la pertinence clinique de son travail auprès des bébés dans les familles à problèmes multiples.

Élisabeth Chaillou

Les cahiers dans les salles obscures

À propos de *Close*, de Lukas Dhont, 2022, Grand prix du Festival de Cannes

Ce film aurait pu s'appeler *La blessure*.

Close c'est la proximité, le rapprochement, l'intime...

(*To move a little closer; my brother and I have become much closer over the years; a close friend*)

Parce que les blessures de ces grands enfants sont multiples, on les voit à l'écran, ils les vivent sans les comprendre.

On les ressent ou pas, on les comprend ou pas, on n'a pas vraiment le temps d'anticiper tellement on vit l'instant avec eux...

Ces corps dansent, le ballet est beau, le mouvement, les regards, la nature, suffisent à éclairer cette amitié si particulière, si intense, quelques prémices d'un amour peut-être ? C'est tout.

Avec *Girl*, le réalisateur nous avait bousculés, le corps souffrait dans l'intime envie de le changer. C'est tellement violent et réfléchi.

Ici le film évoque, pure poésie, l'insouciance de corps encore dans un élan naturel, authentiques, sans questionnement.

Et puis,

La blessure de ne pas être attendu au rendez-vous habituel

La blessure de l'absence

La blessure de ne pas être compris

La blessure de ne pas savoir quoi répondre à « vous êtes ensemble ? »

La blessure de l'insupportable

La blessure de voir l'autre s'émanciper

...

Et la blessure au bras, la fracture. Celle qui réveille, qui autorise à pleurer et qui fait réfléchir à pourquoi on pleure. Celle qui réunit le corps et l'esprit, les maux et les mots.

Elle était nécessaire, cette blessure.

Pour exprimer la douleur et commencer à la partager.

Les proches n'ont pas senti la détresse dans son intensité.

Nous non plus ?

La critique qui reproche à *Close* « la pornographie des émotions, le mauvais mélo, la sensiblerie » n'a pas su regarder simplement, comme on regarde ces « enfants » dans la cour de récréation, ces corps en mouvement doux, violents, brutaux, agressifs, gracieux, légers, provocants...

La vie de jeunes adolescents au corps grandissant.

Avec peu de verbalisation possible à la maison, ou ailleurs. On pose les mots, avec un psychologue qui écoute mais c'est bien tard.

Je l'aurais bien appelé aussi, ce film, au risque d'être ringarde, *Émois et nous !*, sans prétention et d'ailleurs ce film n'a pas la prétention de nous faire comprendre, il nous laisse réfléchir à notre façon d'avoir regardé et c'est bien de regarder au cinéma...

Patricia Alecian Brenky,
psychopédagogue

L'enfant dans la guerre au cinéma

La représentation de l'enfant au cinéma s'impose presque toujours, aux yeux des spectateurs, comme une évidence de joie spontanée et d'innocence. Monde du merveilleux espiègle et des rêves prêts à éclore, l'enfance fascine aussi les réalisateurs, entre l'idéalisation d'un temps révolu et le désir d'une histoire autobiographique à réécrire sur le mode du roman familial.

Pourtant, les grandes crises mondiales du siècle dernier ont changé radicalement le regard sur l'enfance, lorsqu'on la découvre bouleversée par la fragilité des adultes, leurs compromissions ou leur cruauté. Cette désillusion sur l'enfance, certains cinéastes n'ont pas hésité à l'affronter, en filmant le « mal » que la guerre fait à l'enfant, perverti dans un monde sans lois ni repères, le privant de ses jeux d'enfant et le livrant à des responsabilités d'adulte qui délitent peu à peu son sens moral.

Ces représentations cinématographiques transgressives de l'enfance nous interrogent tant par leur pertinence psychologique savamment étayée par des observations du réel, que par la transformation d'un regard sur le temps de l'innocence, traversé par la fin de « l'esprit de l'enfance ». L'enfance ne serait plus vue comme la promesse d'un devenir, rompant avec l'image lisse de portraits d'enfants joueurs, prévisibles et stéréotypés.

Un adulte en miniature

Des cinéastes sensibles ont tenté de porter un regard différent sur l'enfant, sur ses propres perceptions de son environnement et de ses relations au monde adulte en temps de guerre, en filmant à sa hauteur. Ces réalisateurs, qu'ils soient italiens, allemands ou français, permettent de saisir sans fard ce que les conflits meurtriers ont détruit dans la vie psychique de ces enfants, à savoir la confiance en l'Autre, porteur de la loi et de références morales sûres, et la capacité de jouer.

Une des premières conséquences des conflits est le délabrement physique et moral dont sont victimes les familles, durant la guerre et l'immédiat après-guerre.

En ville, et dans une moindre mesure à la campagne, les familles souffrent de pénuries de toutes sortes, tentent de survivre aux privations matérielles par la débrouille et le commerce clandestin. Les enfants sont non seulement témoins, mais aussi impliqués dès leur

plus jeune âge dans la réalisation de ces trafics. Ceux-ci s'exercent dans des non-dits et des secrets imprévisibles, ne permettant pas à ces enfants de poser un regard critique ou distancié sur les actions illégales de leurs tuteurs.

Dans le chef-d'œuvre de Roberto Rossellini de 1948, *Allemagne, année zéro*, nous suivons l'errance d'un enfant, Edmund Köhler, dans la ville de Berlin totalement dévastée, après la capitulation de l'Allemagne, en 1945. Ce garçonnet âgé de 12 ans est le plus jeune de la fratrie. Son père, veuf et très malade, doit garder le lit, tandis que son frère aîné se cache, pour échapper au sort des soldats allemands ayant servi dans la Wehrmacht. Ce faisant, il prive sa famille de sa carte d'alimentation, à laquelle il a pourtant droit. Sa grande sœur se dévoue sans relâche aux tâches de la domesticité, tout en tentant d'échapper à la prostitution. Edmund et sa famille vivent de façon précaire, dans un appartement exigu, en colocation avec d'autres familles qui partagent l'eau et l'électricité rationnées.

Même si Edmund ne semble pas privé d'un foyer, il n'a pas de référents parentaux solides. Il a quitté l'école depuis longtemps, et ne peut compter sur personne pour se nourrir. Il assiste, impuissant, aux plaintes et aux injonctions verbales de son père qui exhorte son frère à se déclarer aux autorités. Le jeune garçon, sensible et impressionnable, est ému par la souffrance de son frère, qui se terre dans leur domicile. Il se dévoue en proposant de chercher lui-même la nourriture qui manque, par la vente clandestine d'objets divers. Peu à peu, livré à lui-même dans les rues aux immeubles détruits, sans but précis, Edmund s'éloigne de son domicile et fait de nouvelles rencontres qui le fragilisent un peu plus. Son jeune âge l'expose à la violence de jeunes délinquants ou d'adultes qui le dépouillent, et qui l'entraînent à commettre des trafics pour leur propre compte. Chaque adulte qu'Edmund rencontre est préoccupé par sa propre survie, et ne se soucie guère de sa situation de précarité extrême. Pire encore, il semble pris pour un alter ego, auquel chacun se confie. Il n'a pas une existence d'enfant, avec des préoccupations de son âge. C'est un adulte en miniature, témoin de la faiblesse des uns, exposé aux actions malhonnêtes des autres, sans qu'on lui ait laissé une seule chance de comprendre ce qui lui arrive.

Dans *Le tambour*, film de Volker Schlöndorff, adapté du roman de Günter Grass, Oskar Matzerath est aussi un petit adulte en miniature. Le spectateur suit l'évolution de cet enfant qui vit dans un faubourg de Dantzig dans un contexte de montée du nazisme. Oskar

ne grandit pas. Le jour où il saisit, dès l'âge de 3 ans, lors d'une réunion familiale, que le cousin de sa mère est aussi l'amant de celle-ci, Oskar se jette du haut de l'escalier qui mène à la cave. De cet accident à valeur d'acting out, il garde la séquelle d'une petite taille, par refus et protestation, et pour ne pas ressembler aux adultes. Cette petite taille ne l'empêche pas de poser un regard d'une grande acuité lucide sur le monde de l'entre-deux-guerres, et sur ses parents en particulier. Détenteur d'un secret familial, à l'origine d'un doute sur sa filiation, il observe le monde des faux-semblants et de la corruption morale, dans cette petite ville-État souffrant de tensions ethniques et enclavée sur le territoire de la Pologne.

Et c'est parce que ses proches sont loin d'avoir, à ses yeux, une conduite morale irréprochable qu'Oskar joue de son petit tambour en fer, à casser les oreilles, et qu'il use de son cri perçant pour briser les objets en verre précieux. Ces particularités font de lui un enfant étranger aux clichés de l'enfance aimable et insouciant. Oskar est un enfant qui ne sourit jamais, ne grandit pas et ne joue pas. En effet, S. Freud, dans *Au-delà du principe de plaisir*, signale que la pratique du jeu est liée, pour les enfants, au désir de grandir : « Il est bien clair que toute leur activité de jeu est sous l'influence du souhait qui domine cette période de leur vie, le souhait d'être grand et de pouvoir faire comme les grands¹. » La pratique musicale de son tambour est un instrument à faire fuir et à agresser les adultes qui lui demandent d'être docile ou de fermer les yeux. Chassé du dessous des jupes de sa grand-mère dès l'âge de 3 ans, Oskar a développé une pulsion voyeuriste, qui le conduit à observer les actions des adultes, leurs travers et leur imposture, et à y répondre du son de son tambour et de son cri strident, dérangeant, par le retour du refoulé, l'ordre établi.

Rien n'arrête Oskar : lors des affrontements liés au rattachement de Dantzig à l'Allemagne, il provoque directement la mort ses « deux » pères, qui ne représentent, ni l'un ni l'autre, la loi ou l'ordre symbolique. À l'instar d'un Surmoi punitif, il est le vengeur de sa mère, victime du trio amoureux pervers.

Des « jeux interdits » aux passages à l'acte

Dans un contexte de dérégulation et d'abandon vécu par l'enfant, la question du jeu reste essentielle. Comment l'enfant peut-il garder en temps de guerre un espace psychique pour une activité ludique,

1. S. Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Puf, 2022, p. 15.

source de joie spontanée qui transparait normalement dans ses jeux ? Dans ses tourments, l'enfant peut-il avoir accès à la fonction symbolique du jeu, comme question du désir ou de l'abréaction de ses affects traumatiques ?

Jeux interdits est un long-métrage de René Clément, sorti en France en 1952. Ce film émouvant, qui reste un modèle de traitement de l'enfance au cinéma, explore la question du jeu en lien avec les pertes et les deuils subis par une toute jeune enfant au début de la guerre de 39-45.

Au cours de l'exode civil de 1940, un convoi d'hommes, de femmes et d'enfants est bombardé par des avions allemands. Paulette, 5 ans, serre son petit chien contre elle. Mais l'animal, apeuré par le bruit, s'échappe de ses bras. Paulette court après lui, ses parents la suivent imprudemment et succombent tous les deux, mitraillés par un avion, sous les yeux de leur fillette.

Restée indemne, Paulette se met à errer dans la campagne, serrant contre sa poitrine son chien agonisant. Michel Dollé, un garçonnet d'une dizaine d'années, enfant de fermiers déluré et livré à lui-même, la découvre et, ému, la prend sous son aile. Il la présente à ses parents, dans l'espoir qu'ils accueillent la petite dans leur foyer. Les paysans refusent dans un premier temps une « nouvelle bouche à nourrir », mais Michel, adroitement, leur force la main.

Paulette veut enterrer son petit chien, Michel l'observe et lui propose son aide. Cette activité leur donne une idée de jeu : ils vont créer des sépultures dans un lieu abandonné, une minoterie en ruine, pour tous les animaux morts qu'ils découvrent. Michel en vient à tuer des animaux pour satisfaire la demande sans cesse croissante de Paulette de creuser des tombes.

Afin d'agrémenter leur propre cimetière improvisé de jolies croix, Michel entreprend de voler des crucifix à l'église et au cimetière communal. Le garçonnet vole également les croix du corbillard qui transporte son frère, décédé d'un accident de cheval, un nouveau malheur causé par l'arrivée de Paulette à la ferme. Il vole aussi celle de sa sépulture. Sa famille est persuadée que ce sont leurs voisins qui ont volé la croix, ce qui déclenche un conflit ouvert, avec passages à l'acte des deux patriarches. Mais Michel est dénoncé par le prêtre à qui il s'était confié sur ses vols. Il fuit jusqu'au moulin, où il détruit toutes les sépultures.

La création des sépultures d'animaux morts a-t-elle valeur de jeu symbolique ? Celle-ci permet-elle à la fillette d'élaborer un tant soit

peu la perte de ses parents ? Il est notable de constater qu'à la mort de ses parents, Paulette ne manifeste aucune émotion, aucune angoisse. Elle caresse la joue de sa mère inerte sur le sol, sans mot dire, sans doute incrédule. Paulette semble éprouver un choc traumatique qui la laisse en totale sidération, dissociée de ses affects. Elle cherche à serrer contre elle son petit chien, qui agonise. Quand elle erre dans la campagne, Paulette n'appelle pas, ne pleure pas. Elle fait la rencontre du petit Michel, qui l'aide à enterrer son chien, premier geste du deuil.

La création du cimetière devient une activité qui remplit les journées des enfants, obnubilés par la création et la recherche de croix pour rendre ce lieu le plus réel possible. Il est frappant de voir que Michel développe une certaine cruauté, en tuant les animaux pour les enterrer, afin de satisfaire la demande de Paulette, qui ne pleure toujours pas la mort de ses parents. L'amitié profonde qui la lie à Michel, grâce à leurs jeux interdits, occupe son esprit et son temps, et lui permet de faire face à la négligence des adultes qui l'ont accueillie. Le jeu clandestin, par sa répétition traumatique, remplit-il son rôle de fonction symbolisante ? S. Freud nous éclaire sur ce point : « On voit que les enfants répètent dans le jeu tout ce qui leur a fait dans la vie une grande impression, que par là, ils abrégissent la force de l'impression et se rendent pour ainsi dire maîtres de la situation². » En réalité, l'activité macabre semble être l'expression du jeu amoureux d'une fillette envers un garçon un peu plus âgé, et vient abrégier, par l'adresse à un autre semblable, les affects liés à la mort brutale de son petit chien. La mort du petit chien semble plus facile à appréhender par Paulette que la perte inconcevable de ses parents. Mais, lorsque la fillette sera finalement emmenée par les gendarmes, dans un immense bâtiment pour réfugiés de la Croix-Rouge, dont elle tentera de s'enfuir, effrayée, elle appellera en larmes le prénom de son ami Michel et criera, dans la foulée, « maman ». Les affects de désespoir peuvent enfin secouer de sanglots le corps de l'enfant qui ressent pour la première fois la privation fondamentale de sa mère.

Dans *Allemagne, année zéro*, lorsqu'Edmund rencontre son ancien instituteur, c'est avec une candeur et une naïveté propres à son âge qu'il lui confie la dureté de sa vie. C'est pour lui une personne de confiance. Mais celui-ci l'entraîne chez lui, et le prenant affectueusement sur ses genoux, feint de l'écouter. Edmund ne saisit pas que cet homme aux caresses inquiétantes tente d'obtenir sa confiance, afin de l'entreprendre pour des commerces illicites. Pire encore, Edmund prend au pied de la lettre les propos de son instituteur, à connotation nazie,

2. *Ibid.*

sur son père malade et faible, dont il faudrait se débarrasser pour laisser « la place aux forts et aux valeureux ». L'idée germe en lui : Edmund subtilise au chevet de son père hospitalisé le flacon d'un médicament dangereux et lui administre une dose mortelle à son retour d'hôpital. Comment Edmund peut-il accéder à la compréhension de son passage à l'acte ?

Hyper-responsabilisé par ses proches, Edmund est prisonnier d'une angoisse étouffante, issue des conditions de vie misérables de son milieu familial. Il est aussi privé d'attention et de liens sociaux avec les enfants de son âge, déscolarisé avant les bombardements que la ville de Berlin a connus pendant les derniers affrontements. Et le seul qui lui « offre » un peu d'attention et d'écoute, pour des raisons qui lui échappent, c'est son enseignant. Sa détresse psychique est telle qu'il ne peut faire face au langage infiltré de propagande nazie et son discernement s'en trouve affecté, au point de commettre un geste qui fera de lui, à 12 ans, le meurtrier de son père.

Après qu'il a confié le secret de son meurtre à son instituteur, ce dernier prend peur et le gifle violemment. Edmund se retrouve à nouveau seul et errant dans la ville. Il rencontre quelques enfants qui jouent au foot avec un ballon de fortune et veut se mêler à eux. Il est rejeté par le groupe sans explications. Edmund est renvoyé à sa solitude et ne sait où aller. Il s'arrête un instant pour écouter la musique d'un orgue, émanant d'une église détruite.

Il y semble sensible. Il continue de déambuler, joue à la marelle sur le sol et arrive près de chez lui, après un long vagabondage. Mais Edmund monte dans un bâtiment détruit et désaffecté, en face de l'immeuble où il vit. Il y trouve un objet ressemblant à un pistolet qu'il porte à son front en mimant un tir. Puis, il fait semblant de tirer sur des cibles imaginaires, avant de se débarrasser du pistolet en le lançant par une ouverture. Il regarde d'en haut la ville, et soudain, il voit apparaître, de son immeuble, le cercueil de son père, prêt à être conduit au cimetière. Il entend sa famille l'appeler pour la cérémonie des adieux. Mais Edmund est troublé par cette scène et ne répond pas à l'appel des siens. Il semble réaliser, progressivement, la portée de son geste. Il continue de déambuler dans ce lieu sans âme ni vie, jonché de gravats et glisse sur une poutre comme sur un toboggan. Il semble avoir encore envie de jouer. Mais il regarde à nouveau par une ouverture son immeuble et ne peut en supporter la vue. Il se jette dans le vide en criant. Une passante le découvre sur le sol, sans vie.

Cette scène du suicide d'un garçon est non seulement poignante, mais aussi criante de vérité. Edmund a tenté, par ses imitations, de se

tuer ou de tuer des cibles imaginaires, ou bien en glissant sur une poutre de façon dangereuse, de surmonter l'effroyable expérience vécue, en y prenant un rôle actif, mais sans y parvenir. Le passage à l'acte auto-agressif de l'enfant trahit l'échec de la « satisfaction pulsionnelle directe, empreinte de plaisir³ » qui existe dans le jeu. L'enfant, par son passage à l'acte, se tue car l'impensé de son acte meurtrier s'impose désormais comme trauma, et source de déplaisir extrême, sans que les jeux solitaires, qu'il réalisait auparavant, aient pu l'aider à abrégier les affects liés à son geste. Sauter dans le vide est donc le seul recours, pour l'enfant abandonné, d'échapper aux affects d'angoisse massive.

La fin de la guerre a donné naissance en Europe à un nouveau langage cinématographique, expérimental, loin des circuits de distribution officiels. Dès la fin du fascisme en Italie, en 1943-1944, les films à petits budgets sont tournés en décors naturels, avec des acteurs non professionnels, dont des enfants, souvent recrutés dans la rue.

Ce cinéma néoréaliste italien, dont la Nouvelle Vague française s'inspirera à son tour, s'intéresse au thème de l'enfance, en prise avec le désastre moral provoqué par le conflit mondial. En témoignent les films de Roberto Rossellini, Vittorio de Sica, mais aussi René Clément et François Truffaut pour les cinéastes français.

En effet, la guerre contribue à bouleverser profondément les valeurs morales et éducatives des familles. En cela, elle occasionne de graves traumatismes sur les enfants, non seulement en chargeant leurs frêles épaules de responsabilités trop lourdes pour eux, mais aussi en affectant leur capacité à jouer et à reprendre le contrôle sur leurs impressions de déplaisir.

Volker Schlöndorff a mis en scène l'histoire d'un enfant qui renonce à grandir et à jouer, mais qui apprendra au contact d'acteurs lilliputiens, l'importance de l'imitation ludique, grâce aux jeux du cirque, pour ne pas se laisser dominer par le discours nazi.

René Clément a filmé la petite Paulette, enfant sensible et vive, dont le recours, avec son ami Michel, aux « jeux interdits » diminue l'impact du trauma de la perte de ses parents sur sa vie psychique. Ce film a reçu le Lion d'or au festival de Venise en 1952, la plus haute récompense du cinéma mondial, et l'Oscar du meilleur film étranger en 1953.

3. *Ibid.*, p. 22.

Roberto Rossellini est le cinéaste qui filme au plus près le désespoir d'un enfant, privé d'affection et soumis aux conditions d'un délabrement matériel et psychologique de sa famille.

Edmund, à l'instar de la jeune fille nommée « Mouchette » dans le film du même nom (1967) de Robert Bresson, est confronté à la pauvreté matérielle et morale de son foyer, et comme Mouchette, son errance le conduit à donner sa confiance à un Autre qui abuse de sa naïveté. À aucun moment nous ne voyons ces deux enfants être en lien avec des adultes doués d'empathie, ou bien jouer avec leurs semblables. Leur solitude est effroyable et leur geste fatal, loin d'être le fruit d'une cruauté, indique seulement une fatigue, une dépression et un désir de paix familiale. Ils le paieront tous deux de leur vie.

Caroline Mehallel
caroline.mehallel@free.fr

Résumés et mots-clés

Accueillir le premier chapitre de la biographie humaine

Missonnier Sylvain

Au départ centrée sur la relation parents/bébé, la psychologie clinique de la parentalité a progressivement intégré le temps prénatal. À partir de sa pratique clinique, l'auteur témoigne de cet élargissement qui s'est déployé dans le registre médical tant avec l'émergence du diagnostic anténatal qu'avec l'exploration d'un champ psychothérapeutique inédit : la consultation thérapeutique anténatale.

Une illustration clinique de cette pratique est proposée. Elle débouche sur plusieurs débats théorico-cliniques : une réflexion sur l'angoisse périnatale ; les révisions de postulats théoriques à envisager pour fonder la consultation thérapeutique anténatale ; ses singularités transféro-contre-transférentielle.

Mots-clés : Grossesse, consultation thérapeutique anténatale, transfert, contre-transfert.

Abstract

Initially focused on the parent/baby relationship, the clinical psychology of parenthood has gradually integrated the prenatal period. Based on his own clinical practice, the author describes this expansion, which has taken place both in the medical sphere, with the emergence of antenatal diagnosis, and in the exploration of a new psychotherapeutic field: therapeutic antenatal consultation.

A clinical illustration of this practice is proposed. It leads to several theoretical-clinical debates: a reflection on perinatal anguish; revisions of theoretical postulates to be considered as a basis for therapeutic antenatal consultation; its transference-counter-transference singularities.

Keywords: Pregnancy, antenatal therapeutic consultation, transference, counter-transference.

Le projet de naissance : une nouvelle place dans le paysage obstétrical français
Maurane Margraff

Les professionnels de la périnatalité, qu'ils soient médecins ou sages-femmes, se voient impliqués dans l'intimité de femmes et de couples s'appêtant à être parents. Reflet de récentes évolutions sociétales, le projet de naissance occupe une place grandissante dans les maternités françaises et soulève de nouvelles préoccupations tant chez les futurs parents que chez les professionnels de santé. Qu'ils mettent l'accent sur le respect de la physiologie ou sur la prise en charge de la douleur, les projets de naissance transforment le séjour en maternité en une expérience personnalisée. Tantôt encouragés, tantôt dépréciés des soignants, ces projets redéfinissent les soins maternels en France et semblent restituer aux femmes une part du contrôle de leur accouchement.

Mots-clés : Naissance, projet de naissance, maternité, maïeutique, parentalité, obstétrique.

Abstract

Perinatal professionals, whether they be physicians or midwives, are immersed in the intimacy of women and couples preparing to become parents. As a reflection of societal changes, birth plans have been gaining increasing prominence in French maternity wards, giving rise to fresh concerns among both prospective parents and healthcare professionals. Whether emphasizing the respect for physiology or pain management, birth plans transform the maternity stay into a personalized experience. Sometimes endorsed, sometimes depreciated by healthcare providers, these birth plans redefine maternal care in France.

Keywords: Birth, birth plan, maternity, midwifery, parenthood, obstetrics.

La grossesse aux temps du chaos.

Après-coup et théorie du traumatisme en trois temps

Bernard Golse

La grossesse se trouve parfois tirailée entre la vie et la mort, par exemple quand elle se passe dans un climat de violence collective ou individuelle, en temps de guerre ou dans un climat de violence à l'égard de la femme enceinte et dans tous ces cas, il y a danger pour le fœtus.

Après avoir précisé la cible parfois inconsciente de la maltraitance infantile, l'auteur évoque la question des violences faites aux femmes enceintes – violences qui s'adressent potentiellement au fœtus – avant d'évoquer la dynamique de l'après-coup et enfin de proposer une théorie du traumatisme en trois temps.

Mots-clés : Après-coup, fœtus, grossesse, maltraitance, traumatisme.

Abstract

Pregnancy is sometimes torn between life and death, for example when it takes place in a climate of collective or individual violence, in times of war or in a climate of violence against the pregnant woman, and in all these cases, there is a danger for the fetus.

After having specified the sometimes unconscious target of child abuse, the author evokes the question of violence made to pregnant women – violence which is potentially aimed at the fetus – before evoking the dynamics of the aftermath and finally proposing a theory of trauma in three stages.

Keywords: Aftermath, fetus pregnancy, abuse, trauma.

Articuler le soin et la protection de l'enfance en psypérinatalité.***L'expérience d'un pédopsychiatre en unité de soins conjoints***

Germain Dillenseger

Dans les situations de risque ou de danger pour les enfants des familles qu'ils suivent, les professionnels de psypérinatalité participent au travail de prévention et de protection de l'enfance. Ce travail spécifique nécessite d'être élaboré et articulé avec leur mission centrale de soin. À partir de son expérience de pédopsychiatre en unité de soins conjoints, l'auteur présente une approche de l'accompagnement de ces familles basée sur la recherche d'un rapport de confiance et de transparence avec les parents. Un exemple de dispositif de travail interinstitutionnel prénatal, autour de situations de risque pour l'enfant à naître, est présenté et discuté.

Mots-clés : Psypérinatalité, parentalité, unité parents-bébé, protection de l'enfance, éthique.

Abstract

In situations of risk or danger for the children of the families they care for, psyperinatal professionals are involved in prevention and child welfare. This specific work needs to be developed and articulated with their core mission of care. Drawing on his experience as a child psychiatrist in a joint care unit, the author presents an approach to supporting these families based on the search for a relationship of trust and transparency with the parents. An example of inter-institutional prenatal work in situations of potential risk for the unborn child is briefly presented and discussed.

Keywords: Perinatal psychiatry, parenting, parent-baby unit, child welfare, ethics.

Psychothérapie mère-bébé avec un bébé de 5 mois présentant un évitement relationnel

Élisabeth Chaillou

L'auteure exprime le pas-à-pas de la construction d'une psychothérapie mère-bébé issue d'une clinique de la non-demande. L'évitement du regard majeur de ce bébé de 5 mois pose des questions diagnostiques neuropédiatriques et pédopsychiatriques. Penser les relations entre ce bébé et cette mère en termes de dysharmonie interactive est un appui pour les consultations et la psychothérapie qui s'engage ensuite. Les variations de la symptomatologie de ce bébé, au cours de ce traitement de onze mois, et la transformation des affects post-traumatiques de sa mère illustrent la pertinence de la notion d'évitement relationnel et de son ouverture sur des perspectives évolutives très larges.

Mots-clés : Évitement relationnel précoce, extrême prématurité, évitement du regard, psy-périnatalité, parentalité douloureuse.

Abstract

Mother-infant psychotherapy with 5-month-old infant with a severe relational avoidance ????????

Keywords: Relational avoidance, extreme prematurity, gaze avoidance, psy-perinatality, painful parenting.

Conjugaison des fils de vie et de mort en périnatalité

Hélène Oguibénine

Cet article expose une vignette clinique autour d'un suivi d'une patiente en centre de consultations ambulatoires pédopsychiatriques parents-bébé ayant débuté au cours d'un deuil périnatal et se poursuivant par les consultations parents-bébé avec l'enfant puiné. Il illustre la manière dont les histoires infantiles douloureuses et les phénomènes identificatoires qui s'y rattachent chez les patients impactent l'histoire de leur désir d'enfant et influencent la façon dont des événements traumatiques après coup pourront être mis en récit.

Mots-clés : Deuil périnatal, identification à l'agresseur, désir d'enfant, réactualisation du traumatisme.

Abstract

This article presents a clinical vignette based on the clinical follow-up of a patient in a parent-baby outpatient child psychiatry unit, which began during perinatal period and continued with parent-baby consultations with the

second baby. It illustrates the way in which painful childhood histories and the identification phenomena associated with them in patients have an impact on the history of their child desire and influence the way in which traumatic events in the aftermath can be recounted.

Keywords: Perinatal bereavement, identification with the aggressor, child desire, reactualisation of the trauma.

L'enfant et le lignage : troubles dans la filiation.

À propos de quelques situations en Afrique et en milieu africain en France

Olivier Douville

Des enfants très jeunes, en Afrique de l'Ouest le plus souvent ou issus de l'immigration africaine, se sont vu qualifier d'« enfants-ancêtres », suite à divers symptômes de retraits psychiques. Il est important de situer d'un point de vue anthropologique les conditions d'apparition puis le sens actuel d'une telle nomination. Ce texte propose une exploration des liens possibles entre la situation d'« enfant » et la nomination d'« ancêtre », aujourd'hui que les violences dans l'histoire sociale et politique ont gravement détruit les ordres de filiations et des appartenances culturelles.

Mots-clés : Ancêtre, enfant-ancêtre, lignage, mythe, mort, naissance, psychopathologie africaine.

Abstract

Very young children, most often in West Africa or from African immigration, have been qualified as “child-ancestors”, following various symptoms of psychic withdrawal. It is important to situate from an anthropological point of view the conditions of appearance and the current meaning of such a nomination. This text proposes an exploration of the possible links between the situation of “child” and the nomination of “ancestor”, today where the violence in social and political history has seriously destroyed the orders of filiations and cultural belonging.

Keywords: Ancestor, child-ancestor, lineage, myth, death, birth, African psychopathology.

Sophie ou les balbutiements de la naissance d'une vie psychique

Laurette Detry

À travers les vicissitudes du début de vie mouvementée de Sophie, nous allons brièvement cheminer pendant les trois premières années de son existence à travers des observations cliniques liant vie quotidienne et soin

psychique et le travail d'accompagnement d'une assistante familiale engagée. Le repérage des signes de souffrances psychiques d'un nourrisson est complexe. Cela nécessite un mode de traitement spécialisé qui tient compte d'un contexte de discontinuités majeures des soins essentiels ainsi que du niveau de maturation de l'enfant. Dans un premier temps, leur expression passe inaperçue par la difficulté à percevoir les réactions de détresse exprimées ou banalisées avec un tableau psychopathologique toujours variable.

Mots-clés : Dénier de grossesse, placement familial précoce, soins du corps, motricité spontanée et développement mental, signes de souffrances du nourrisson, interactions biologiques et émotionnelles, consultations psy à domicile.

Abstract

Through the vicissitudes of Sophie's eventful early life, we will briefly explore the first three years of her life, through clinical observations linking daily life and psychic care, and the accompanying work of a committed family assistant. Identifying the signs of psychological suffering in an infant is a complex task. It requires a specialized treatment approach that takes into account the context of major discontinuities in essential care, as well as the child's level of maturation. At first, their expression goes unnoticed, as it is difficult to perceive the distress reactions expressed or trivialized, with an ever-varying psychopathological picture.

Keywords: Pregnancy denial, early foster care, body care, spontaneous motricity and mental development, signs of infant suffering, biological and emotional interactions, home psychology consultations.

« Il est quelle heure ? » Quand sonne l'heure du retour, entre perte de boussole et perte d'objet d'investissement

Lisa Descamp, Céline Ropars

Le placement d'un enfant à la naissance implique chez le tout-petit sa construction psychocorporelle dans l'intersubjectivité d'un premier lien suffisamment stable avec un autre adulte que ses parents. Parallèlement, son lien naissant à ses parents s'établit au plus près du possible de chacun d'eux. Lorsqu'une dysrythmie entre le temps de la justice et le temps de l'enfant s'installe dans la perspective d'un retour au domicile des parents, quels sont les effets psychocorporels chez le tout-petit. À quel point l'internalisation des premiers objets permet par la suite d'investir une figure d'attachement familiale de meilleure qualité ? Nous verrons comment Tom, cet enfant à « deux mères », s'est organisé dans sa construction subjective, lorsque le temps de l'introjection lui a manqué.

Mots-clés : Placement, construction psychocorporelle, individuation, rythmicité, attachement.

Abstract

The placement of a child at birth implies that the toddler's psycho-corporal construction is based on the intersubjectivity of a first, sufficiently stable bond with an adult other than his parents. At the same time, his nascent bond with his parents is established as close as possible to each of them. What are the psycho-corporal effects of a dysrhythmic relationship between the time of justice and the time of the child, in the perspective of a return to the parents' home? To what extent does the internalization of the first objects subsequently enable the child to invest in a better-quality family attachment figure? We'll see how Tom, this child with «two mothers», organized his subjective construction when he missed the time for introjection.

Keywords : Placement, body-psychological construction, individuation, rhythmicity.

Du traumatisme de la guerre au traumatisme de la naissance

Myriam Szejer

La guerre, par la violence des situations qu'elle engendre, nous amène à repenser la question du traumatisme fondamental de la naissance qui fut l'objet d'une polémique importante entre Freud et Rank. C'est à la lumière de la clinique psychanalytique du tout-petit pratiquée dès les premiers jours de la vie et des traumatismes des bébés pris dans la tourmente de la guerre en Ukraine que je propose une relecture de ce traumatisme.

Mots-clés : Traumatisme, guerre, naissance, psychanalyse, supervision.

Abstract

War, through the violence of the situations it engenders, leads us to rethink the question of the fundamental trauma of birth, which was the subject of a major polemic between Freud and Rank. In the light of the psychoanalytical treatment of the very young from the very first days of life, and the traumas of babies caught up in the turmoil of war in Ukraine, I propose a rereading of this trauma.

Keywords: Trauma, war, birth, psychoanalysis, supervision.

Cahier psycho-ludique : un dispositif de médiation en temps de guerre

Anouch Sarafian-Chahbenderian

Le cahier comme objet de relation naît d'une observation des dynamiques familiales et d'échanges avec des cliniciens arméniens, subissant la guerre menée par l'Azerbaïdjan en septembre 2020. Cocréé et illustré par Maïda Chavak, le cahier est d'abord adressé à l'enfant puis, dans une nouvelle édition en 2023, à sa mère. Visant à mobiliser dans sa portée esthétique et communautaire des ressources internes, aspirant à remettre en mouvement la pensée par la poésie des dessins, et en action par la consigne dirigée.

Mots-clés : Périnatalité, guerre, prévention périnatale, lien mère-bébé, empowerment.

Abstract

The notebook as an object of relationship arises from an observation of family dynamics and exchanges with Armenian clinicians, undergoing the war led by Azerbaijan in September 2020. Co-created and illustrated by Maïda Chavak, the notebook was first designed for the child, and then in a new 2023 edition, for the mother. The notebook aims at mobilizing internal resources through a community framework, aspiring to put thought into motion through the poetry of the aesthetic drawings and into action, through directed instructions.

Keywords: Perinatality, war, perinatal prevention, maternal-infant bonding, empowerment.

L'expulsion du pays comme déclencheur de l'expulsion du corps

Arpine Nanyan

Tout sujet a des réponses somatiques et psychologiques face aux difficultés de la vie, aux accidents, aux maladies et aux agressions de la société. Les guerres font également partie de ces agressions qui laissent des répercussions destructrices non seulement sur les territoires et frontières des pays mais également sur le monde psychique des sujets. La présentation clinique de l'exemple d'une adolescente permettra d'éclairer cet enchaînement où le trauma de guerre est un point de déclenchement des manifestations psychosomatiques dues aux vécus traumatiques dans l'histoire de cette adolescente.

Mots-clés : Adolescence, psychosomatique, guerre, exode du pays, vomissements psychogènes, vécu traumatique, espace thérapeutique.

Abstract

Every person has somatic and psychological responses to the difficulties of life, accidents, illnesses and aggressions of society. Wars are also part of these aggressions which leave destructive influences not only on the territories and borders of the countries but also on the person's mental health. The clinical case of an adolescent girl will spread the light on this sequence where the trauma of war is a trigger for psychosomatic manifestations due to traumatic experiences in the life path of this girl.

Keywords: Adolescence, psychosomatic disorders, displacement from the country, psychogenic vomiting, traumatic experience, therapeutic space.

Ce que l'Institut contemporain de l'enfance peut apporter à la pédopsychiatrie actuelle

Interview du Pr. Bernard Golse par le Pr. Michel Botbol

Au moment où s'accumulent les inquiétudes concernant l'avenir immédiat de la pédopsychiatrie, en France notamment, l'entretien que cet article rapporte s'est centré sur la création récente par le professeur Bernard Golse de l'Institut contemporain de l'enfance pour soutenir ou relancer la notion de soins psychiques au sens multidimensionnel du terme. Le professeur Golse le met d'emblée en lien de continuité avec certaines de ses expériences formatives qui l'ont le plus inspiré, et notamment celle qu'il a rencontrée au début de sa carrière comme interne du professeur Soulé en relation avec les enseignements des autres maîtres de la psychiatrie infanto-juvénile de l'époque. Soulé disait en effet qu'enseigner c'est transmettre des connaissances mais que former c'est transmettre des savoir-faire et des savoir-être et qu'au-delà de ce qui relevait de l'apport universitaire il fallait développer des associations chargées de cette autre transmission. C'est sur cette idée que s'est fondé le Centre d'ouverture psychologique et sociale (COPES) dont Golse est devenu le président à la suite de Soulé.

C'est dans cette ligne qu'il a inscrit les différentes déclinaisons du projet de cet institut à destination des bébés, des enfants et des adolescents tant pour ceux qui présentent des troubles dans leur fonctionnement psychologique et/ou leur développement que pour ceux qui vont bien mais nécessitent néanmoins que l'on prenne soin de leurs besoins psychiques. Cela lui est apparu tout à fait approprié à la situation où, au-delà des attaques contre la psychanalyse, on assiste à des attaques contre le soin psychique mais aussi, plus grave encore, contre la liberté de penser – et finalement contre les sciences humaines en général. Il s'agit donc avant tout de défendre une idée élargie du « prendre soin », y compris en dehors des situations cliniques (comme le développe l'association Pikler-Lóczy), position qui est également défendue par l'Association européenne de psychopathologie lorsqu'elle insiste sur la

pluralité des psychopathologies qui inclue la psychanalyse mais ne se limite pas à elle. Sans être une institution de recherche, l'institut se fixe également l'objectif d'appuyer la recherche dans les domaines relevant de ces principes en contribuant à son assise en dehors du champ universitaire ; l'institut utilisera pour cela en particulier les leviers que lui apporte son organisation largement ouverte sur son contexte et, notamment, les liens que permet de nouer son conseil stratégique réunissant des personnes qui, dans tous les champs disciplinaires et institutionnels, sont significatives pour la pédopsychiatrie

Mots-clés : Pédopsychiatrie, partenariat multisectoriel, soin psychique, pluralité des psychopathologies.

Abstract

At a time when concerns are mounting about the immediate future of child psychiatry, particularly in France, the interview this article reports focuses on Professor Bernard Golse's recent creation of the Institut contemporain de l'enfance (Contemporary Institute of Childhood) to support or revive the notion of psychological care in the multidimensional sense of the term. From the outset, Professor Golse links it to some of the formative experiences that have most inspired him, and in particular that which he encountered at the start of his career as an intern with Professor Soulé, in relation to the teachings of the other masters of child psychiatry of that time. Soulé used to say that teaching was about passing on knowledge, but that training was about passing on know-how and interpersonal skills, and that over and above the academic contribution, it was necessary to develop associations responsible for this other transmission. It was on this idea that COPEN and Phymentin were founded, and Golse became its president after Soulé. It was along these lines that he developed the Institute's various projects for babies, children and teenagers, both for those with psychological and/or developmental disorders, and for those who are doing well but still need to have their psychological needs taken care of. This seemed to him to be entirely appropriate in a situation where, in addition to attacks on psychoanalysis, we are witnessing attacks not only on psychological care, but also, and even more seriously, on freedom of thought and, ultimately, on the human sciences in general. Above all, therefore, we need to defend a broader idea of care, including outside clinical situations, as developed by the Pikler-Lóczy association, a position also defended by the European Association of Psychopathology when it insists on the plurality of psychopathologies, which includes psychoanalysis but is not limited to it. Without being a research institution, the Institute has also set itself the goal of supporting research in the fields covered by these principles, by contributing to its establishment outside the university field. To this end, the Institute will make use of the levers provided by its organization, which

is largely open to its context, and in particular of the links forged by its Strategic Council, which brings together people from all disciplinary and institutional fields who are significant for child psychiatry.

Keywords: Child psychiatry, multi-sector partnership, psychological care, plurality of psychopathologies.

De naître à n'être, l'écho intergénérationnel. Par l'approche du récit de vie
Fabienne Foignet-Pohren

Cet article s'inscrit dans un numéro de la revue qui explore la thématique de la périnatalité. Une proposition d'une vignette qui témoigne de l'histoire d'un enfant placé dès l'âge de 18 mois, après un temps de naissance douloureuse, bébé sevré brutalement de la méthadone. L'enfant a aujourd'hui 8 ans et transpire des effets de ces traumatismes périnataux mais également d'une forte soif de vivre.

Le choix est fait de se projeter sur les personnages sur la base d'une approche préalable dans le monde réel de ceux-ci par l'auteure : la méthode a consisté à valoriser les liens qui sont établis chaque jour entre les expressions ou symptômes de cet enfant placé et ce qui peut être mis au travail, en douce progression, avec sa mère en particulier.

Un regard sur plusieurs générations pour parler de l'enfant en particulier, par l'adresse directe à sa mère, actrice volontaire d'une approche par le récit de vie, personne en souffrance également, inscrite dans une filiation précaire et lourde de secrets de familles, teintée de souffrances en héritages. La grand-mère maternelle a également pu être entendue de son point de vue, alors que le dialogue entre les deux femmes est rompu depuis plusieurs années.

L'approche intergénérationnelle paraît fondamentale dans le travail avec les familles d'enfants « placés », afin qu'elles comprennent dans quelles mailles ils sont pris, et la force résolutoire des mots mis sur les questions laissées en suspens ou contournées. Comme un gage espéré de cautérisation des plaies, voire de dégageant des process annoncés de répétitions sociales ou de fabrications de déterminants sociaux.

Dans une alternance entre le style du roman social et celui de l'enquête d'investigation, nous tentons prioritairement ici une approche empathique d'individus qui sont informés de la double démarche d'accompagnement clinique de leur situation familiale et de réflexion distanciée à visée d'écriture.

À l'instar de la démarche interactionniste du récit de vie, fondée sur l'immersion et l'observation participante, le propos ne peut prétendre à aucune conclusion car la démarche d'accompagnement précède et succède à la rédaction du document. Elle ne peut alors, au mieux, que valoriser quelques hypothèses de travail.

Mots-clés : Clinique intergénérationnelle, empathie, institution, violer.

Abstract

This article is part of an issue of the journal that explores the theme of perinatality. A proposal for a vignette that bears witness to the story of a child placed at the age of 18 months, 18 months after a painful birth, a baby suddenly weaned from methadone. The child is now 8 years old and is sweating from the effects of these perinatal traumas but also from a strong thirst for life.

The choice is made to be able to project oneself onto the characters on the basis of a prior approach in the real world of these characters by the author: the method consisted in highlighting the links that are made every day between the expressions or symptoms of this foster child and what can be put to work, slowly progressing, with his mother in particular. A look at several generations to talk about the child in particular, by direct address to his mother, voluntary actress of an approach by the story of life, person in suffering also, registered in a precarious filiation and heavy with secrets of families, tinged with suffering as legacies. The maternal grandmother could also be heard from her point of view, while the dialogue between the two women has been broken for several years. The intergenerational approach seems fundamental in the work with the families of "placed" children, so that they understand in which meshes the children are caught, and the resolving power of the words put on the questions left in suspense or circumvented. As a hoped-for guarantee of cauterization of wounds, even of release from the announced processes of social repetitions or fabrications of social determinants. In an alternation between the style of the social novel and the investigative survey, we are primarily attempting here an empathic approach of individuals who are informed of the dual approach of clinical support for their family situation and distanced reflection with a view to 'writing.

Like the interactionist approach of the life story, based on immersion and participant observation, the subject cannot claim any conclusion because the accompaniment approach precedes and follows the writing of the document and that it can only, at best, highlight a few working hypotheses.

Keywords: Intergenerational clinic, empathy, institution, rape.

La maison du bébé comme outil pour inscrire symboliquement un bébé dans sa filiation et dans le social

Marie Cousein

Un bébé, son père et sa mère (celle-ci ayant subi de graves violences dans son pays d'origine) sont accueillis à la Maison du bébé, institution du secteur de pédopsychiatrie de Saint-Denis. La question du retentissement du trauma,

de l'infantile et de l'archaïque de la mère sur l'enfant, mais aussi du père, sont autant de prismes nécessaires pour avancer dans la cure et faire en sorte de soutenir le sujet, individuellement et socialement. La clinique du bébé est ici envisagée comme un choix politique de le considérer comme un sujet parlant et désirant dès avant la naissance. Cette conviction ne va pas toujours de soi.

Mots-clés : Bébé, famille, institution, traumatisme.

Abstract

A baby regularly visits the “Maison du bébé”, part of the children’s psychiatric department of the Saint-Denis hospital, with his father and mother, who suffered serious political violences in her native country. The baby is taken into processes of deferred unconscious by the mother as well as the father, and in this way the issues of trauma, infant and archaic are assigned unconsciously to all his experiences. This observation enables us to support the subject, individually and socially. Here the political clinical approach has been taken to consider the baby as a speaking and desiring subject, even before birth. This approach is not self-evident.

Keywords: Baby, family, institution, trauma.

Famille : un partenaire pas comme les autres

Ivy Daure

Le travail avec les familles, même s’il représente aujourd’hui une demande explicite de l’ARS et que les institutions souhaitent devenir de plus en plus acteurs de cette pratique d’inclusion des familles, est encore loin d’être une évidence. Malgré les vraies avancées du paradigme dans lequel les familles sont des partenaires de l’accompagnement et de la prise en charge des enfants et de leurs aînés, les professionnels manquent encore de formation et de soutien dans cette démarche.

Dans cet article nous avancerons des axes de réflexion et d’action pour penser l’accompagnement des familles avec plus d’aisance à travers l’activation de leurs compétences et celles des professionnels, un processus qui met en scène les ressources du système tout entier.

Mots-clés : Famille, mythe, ressources, paradigme, institution.

ABSTRACT + KEYWORDS ????????????

L'association sos Villages d'enfants, l'audace à la croisée des besoins des enfants et des territoires

Fabienne Foignet-Pohren

Depuis près de soixante-dix ans, sos Villages d'enfants accueille des fratries séparées de leurs parents sur décision de justice pour leur offrir un point d'ancrage et une ressource affective.

L'association s'est développée dans les années 1950 sur une logique de suppléance parentale en lien avec les orphelins de guerre, comme le firent beaucoup d'œuvres caritatives de l'époque. Elle évolue au cours des décennies suivantes vers une approche de la suppléance parentale qui prend en compte la place des familles même dans un contexte d'investissement. La valeur centrale et historique de l'association réside dans sa volonté de n'accueillir de façon non négociable que des frères et sœurs.

Nous souhaitons ici mettre en avant une initiative récente de création d'un village dit « de tout-petits », à la croisée des attentes du département du Nord et des compétences de l'association sos Villages d'enfants. Si la focalisation sur une tranche d'âge spécifique ainsi que la modification structurelle de l'organisation en ce sens démontrent les innovations possibles de ses équipes interdisciplinaires, la prédominance de l'esprit de famille et du lien d'attachement comme gage principal de la croissance psychique restent les principes conducteurs.

Mots-clés : Accueil, fratrie, sos Village d'enfants.

Abstract

For nearly 70 years, sos Children's Villages has welcomed siblings separated from their parents on a court decision to offer them an anchor and an emotional resource.

The association sos Children's Villages developed in the 1950s in a logic of parental replacement in connection with war orphans like many charities of the time. It revolves with the following decades towards an approach of parental replacement that takes into account the place of families even in an investment context. The central and historical value of the association lies in the non-negotiable desire to welcome only siblings.

Here we would like to highlight a recent initiative to create a village called «village for very little children», at the crossroads of the expectations of the North Department and the skills of the association sos Children's Villages. If the focus on a specific age group as well as the structural modification of the organization in this sense, demonstrate the possible innovations of its interdisciplinary teams, the predominance of the spirit family and the bond of attachment as the main pledge of psychic growth remain the principle claims.

Keywords: Home; siblings; sos Children's Village.

PAGE POUR RÉSUMÉS ET MOTS-CLÉS MANQUANTS

Appel à contributions

Cahiers de l'enfance et de l'adolescence Argument pour le numéro 11 Des enfants et des soins

Pour ce numéro, nous avons choisi de mettre au pluriel (« des soins ») les actions, inscrites dans des institutions diverses, qui concourent au soin de l'enfant, de sa famille, et des professionnels. Certaines pratiques visent à traiter la douleur qui est « dans le corps », mais nous avons le plus souvent affaire à la souffrance, qui se déploie dans le rapport à soi et à autrui, dans la capacité d'agir et dans les entraves du dire (Paul Ricoeur).

Il nous faut alors chercher à comprendre ce qui fait souffrir l'enfant, dans sa vie, dans sa famille. On peut distinguer et articuler *le soin* (au sens d'un travail sur le trouble ou le symptôme) et *les soins* (au sens de prendre soin de l'enfant par une attention à ses besoins et par tous les actes qui concourent à assurer sa construction psychique, sa sécurité émotionnelle, son aisance relationnelle et sociale).

La question du soin, comme celle des soins, se pose de façon cruciale pour les professionnels de la protection de l'enfance. De quoi souffre l'enfant placé ? Que doit-on soigner ? Comment considérer la protection de l'enfance et ses dispositifs – dont le placement – sous l'angle du soin ? L'accueil familial, notamment, peut-il constituer un soin pour l'enfant séparé ? Quel que soit le contexte de nos interventions, le soin de l'enfant suppose une approche du lien à ses parents, qui ne peut être réduite à l'autorité parentale et ses attributs, à l'intervention judiciaire, ni au droit des parents *versus* le droit des enfants.

Un travail clinique respectueux de l'enfant et de son devenir suppose de le considérer dans l'ensemble de ses liens aux autres, liens passés comme actuels, quotidiens comme ponctuels, libres ou encadrés, et implique la considération de la souffrance de ses parents, quels que soient leurs manquements, leurs empêchements, leurs défaillances.

Les soins prodigués à un enfant, notamment quand il est placé, ne peuvent se déployer que dans un entrelacs de contraintes, d'accueils, de contradictions. Aussi nécessaire soit-il pour sa protection, le placement d'un enfant comporte en lui-même une part de violence par la perte de son environnement initial, l'éclatement de ses liens familiaux, amicaux, sociaux. Sa souffrance peut être majorée par la multiplicité des lieux d'accueil. Dans ces contextes de ruptures imposées à l'enfant, comment lui proposer un soin qui tienne compte de ses positions subjectives, par-delà les nombreuses injonctions et contraintes auxquelles il fait face ? Comment les professionnels rencontrés – éducateur, assistant familial, psychologue, juge, directeur... – vont-ils concourir au soin de l'enfant ? Quels que soient la discontinuité relationnelle, les traumatismes, les aléas, les errances et les erreurs, comment chaque professionnel va-t-il soutenir la construction du récit intérieur qui fonde la continuité psychique nécessaire à l'enfant pour « se déplacer » sans dommage majeur dans sa vie ?

Dans la pratique, cette question est d'autant plus aiguë que les institutions de soin et d'éducation sont elles-mêmes enserrées dans un carcan étroit, par des exigences croissantes d'économie, d'agilité et d'efficacité, alors que ces mêmes lieux ne parviennent pas à répondre aux flux croissants de demandes et de besoins. Lorsque les professionnels sont soumis à des charges de travail et à une précarité économique qui s'accroissent, que faire des symptômes de l'enfant et de leurs effets sur son développement, comme sur les institutions et les professionnels ? Dans le face-à-face avec l'enfant qui se livre dans l'expression de sa souffrance, se développent des stratégies d'approche et de reconnaissance, des espaces d'écoute de la plainte et d'observation des symptômes, qui mobilisent intensément soignants, éducateurs, familles d'accueil, et les soumettent également à des moments de lassitude et de découragement. Ces mouvements inévitables rappellent que les « soignants » ont eux-mêmes besoin que l'institution prenne soin de leur pratique, par une attention aux conditions et au sens de leur exercice. Ils ont besoin de lieux d'analyse et de partage entre pairs, de réflexion et de mise en question de leurs certitudes, de soutien de leurs actions.

Soigner une souffrance qui s'est déployée dans les premiers liens prend du temps et nécessite que l'enfant puisse s'inscrire dans une temporalité permettant qu'un « à venir » s'ouvre pour lui. Soigner et prendre soin se logent aussi dans les interstices du quotidien, ces « petits riens » fondés sur l'alliance de la compétence et de l'engagement, de l'écoute et du tact, sur une relation qui offre à l'enfant une attention humanisante.

Pour l'Atelier 2AF,
Anne-Marie Martinez, John Rideau, Marina Stéphanoff

Recommandations principales aux auteurs :

Article écrit en Word, police 12, entre 12000 et 25000 signes (espaces comprises).

Adjoindre des mots-clés et un résumé (100 mots), en français et en anglais.

Envoyer l'article à l'une des adresses suivantes :

martinez.am@bbox.fr
john06500@gmail.com
marinasc@wanadoo.fr

Recommandations aux auteurs d'articles pour la revue *Cahiers de l'enfance et de l'adolescence*

Envoyer l'article en fichier Word (pas PDF) au responsable de la revue, Olivier Douville, à l'adresse courriel suivante :
douville.olivier@yahoo.fr

Chaque article doit être minutieusement relu au plan de la syntaxe et de l'orthographe, il appartient au directeur de la publication de renvoyer son texte à l'auteur s'il n'est pas correctement rédigé.

La relecture de l'article soumis de façon anonyme à expertise sera effectuée par des membres du comité de rédaction et de lecture. Compte tenu des avis exprimés, le directeur de publication tranchera entre quatre options :

1. Accepté en l'état.
2. Accepté avec des révisions mineures.
3. Accepté avec des révisions majeures.
4. Refusé.

Pour les options 2 et 3, l'auteur-e enverra une nouvelle mouture précisant en quoi il ou elle s'est aidé-e des recommandations des lecteurs.

Pour la transmission des informations concernant la publication de l'article par l'éditeur de la revue, érés, écrire à la même adresse courriel.

Normes de l'article : en police 12, interligne simple, l'article pourra comporter entre 12 000 et 25 000 signes (espaces comprises).

La bibliographie sera indiquée aux normes internationales suivant les exemples ci-dessous :

BALANDIER, G. 1969. *Anthropologie politique*, Paris, Puf.

BEAUD, M. 1991. « Travail et société », *Revue économique*, 2, p. 155-172.

LIVOIR-PETERSEN, M.-F. 2008. « Quand le partage émotionnel ne peut faciliter le développement du bébé », dans P. Delion (sous la direction de), *Les bébés à risque autistique*, Toulouse, érès, 2^e édition, p. 79-109.

MOSCOVICI, S. (sous la direction de). 1984. *Psychologie sociale*, Paris, Puf.

RABAIN, J.-F. 1979. *L'enfant du lignage : du sevrage à la classe d'âge*, Paris, Payot.

Chaque article doit comporter un résumé en cent mots et cinq mots-clés, en français et en anglais.

Chaque auteur-e précise sa fonction, ses adresses institutionnelles et personnelles. Le document comportera donc :

Nom et adresse de l'auteur-e sur la première page.

Titre et résumés avec les mots-clés (anglais/français) sur la deuxième page.

Le corps du texte sur les pages suivantes.

Projet éditorial pour la revue *Les cahiers de l'enfance et de l'adolescence* Association Atelier 2af

Au début était *La lettre du GRAPE*,

Une revue, lancée par un petit groupe de passionnés, formateurs et cliniciens, autour des questions de la protection de l'enfance, du placement familial, de la famille.

Une revue construite par Denise Bass, directrice du GRAPE, Serge Lesourd, Arlette Pellé, Pascale Mignon et Henri Decaevel, tous les quatre psychanalystes. Nous sommes en 1989...

Puis rapidement, la revue prend son envol avec, dès 1993, la publication assurée par les éditions érès, aux couvertures dessinées par le graphiste Marc Dumas de l'atelier de création visuelle Tout pour plaire. Serge Lesourd puis Françoise Petitot se succèdent jusqu'en 2012 pour mener cette *Lettre du GRAPE* puis *Lettre de l'enfance et de l'adolescence*, et de 2012 à 2018, l'équipe du RAPEF-GRAPE prend le relais pour dix numéros de *La revue de l'enfance et de l'adolescence* autour de Jean-Marc Bouville.

Et puis, et puis... les temps sont durs pour les structures associatives de formation qui s'empêchent dans des difficultés internes, avec la concurrence, le rétrécissement des budgets de formation...

Mais la revue créée par le GRAPE continue, tel le phénix, sous une autre forme ! Soutenue par l'association Atelier de recherche sur l'avenir de l'accueil familial (Atelier 2AF) que préside Denise Bass, son nom devient *Cahiers de l'enfance et de l'adolescence*¹.

Quatre membres de l'ancien comité de rédaction en assurent la continuité. Mais le comité de rédaction s'enrichit des collaborateurs d'Atelier 2AF et de personnalités nouvelles.

Les objectifs demeurent les mêmes qu'en 1989 :

– *L'enfant est un sujet à part entière. Même observé, placé, accueilli, déplacé, étudié, scruté, administré, il nous faut toujours prendre en compte sa subjectivité, son histoire, son devenir.*

– *La revue demeure centrée sur un dossier avec des articles à l'international, des notes à propos de livres et de films.*

– *L'orientation reste psychanalytique en étant constamment ouvert aux autres disciplines des sciences humaines et sociales.*

– *Les articles s'adressent prioritairement à un public de professionnels qui travaillent autour des questions de l'enfance, de l'adolescence et des familles avec une attention*

1. L'Atelier 2AF, lancé en 2012, est issu des professionnels et formateurs du GRAPE qui travaillaient au sein du groupe de réflexion sur le placement familial. L'association est à l'origine de trois colloques dont les actes ont été publiés par la *Revue de l'enfance et de l'adolescence* : en 2013, « Grandir en placement familial au XXI^e siècle », n° 90 ; en 2015 « La parole de l'enfant, faut-pas-s'y-fier ? », n° 94 ; en 2018 : « Faire une place à l'enfant placé », n° 99 (à venir).

particulière pour ce qui restera la partie préoccupante dans toute société : les enfants et adolescents en difficulté dans leur famille.

– La revue reste concernée par les grands débats sociétaux autour des familles, de l'enfance et de l'adolescence. Depuis trente ans, ils n'arrêtent pas de se modifier au fil des années tout en se demandant comment humaniser le petit d'humain.

Le comité de rédaction :

Patrick Alecian, psychiatre, pédopsychiatre, psychanalyste adhérent à la Société psychanalytique de Paris, coordinateur de la Maison des adolescents des Hauts-de-Seine, chargé d'enseignement à l'Institut de psychologie de l'université Paris-Descartes, membre du conseil scientifique de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Denise Bass, ex-directrice du GRAPE, présidente d'Atelier 2AF.

Jean-Marc Bouville, membre correspondant de l'ALI, professeur agrégé en sciences sociales, responsable d'Antigone-formation, ex-rédacteur en chef de la *Revue de l'enfance et de l'adolescence* (2012-2017).

Marie-Camille Genet, psychologue, psychothérapeute, docteur en psychologie clinique et en psychopathologie, qualifiée aux fonctions de maître de conférences universitaire enseignant-chercheur.

Marlène Iucksch, psychologue clinicienne, psychanalyste ALI, a travaillé en AEMO judiciaire Olga-Spitzer, membre du comité de rédaction de la *Revue de l'enfance et de l'adolescence* de 2012 à septembre 2017.

Léandro de Lajonquière, psychanalyste, professeur d'université à l'USP (São Paulo, Brésil) et à Paris-VIII en sciences de l'éducation, responsable de la revue *Estilos da clínica*, membre du comité de rédaction de la *Lettre de l'enfance et de l'adolescence* de 2012 à septembre 2017.

Sylvie Lapuyade, médecin pédopsychiatre consultant et thérapeute, CMPP Boulogne, psychanalyste.

Daniele lefevre, psychologue clinicienne, ex-directrice de CAP Alésia.

Anne-Marie Martinez, ex-responsable départementale de l'accueil familial du Val-de-Marne, ex-directrice de l'unité d'accueil Ffamilial de Jean-Cotxet, membre du groupe de travail sur le placement familial du GRAPE, membre fondatrice de l'Atelier 2AF.

Pascal Mignon-Moreau, psychologue, psychanalyste, analyste, membre du comité de rédaction de *La lettre du GRAPE* de 1989 à 2010, anime l'association Les Turbulences autour des questions sur la petite enfance.

Anne-Marie Royer, pédopsychiatre, psychanalyste, a dirigé le secteur de psychiatrie infanto-juvénile de La Roche-sur-Yon, a fondé la maison des adolescents de Vendée, travaille actuellement à l'institut Théophile-Roussel pour l'intersecteur de Nanterre, Hauts-de-Seine.

Marina Stéphanoff, psychologue clinicienne, psychanalyste, directrice de CAP Alésia, a travaillé en MECS, placement familial et LAEP.

EN LIBRAIRIE

ARGENTEUIL

Le Presse Papier, 01 39 61 93 95

AVIGNON

Mémoire du Monde, 04 90 85 96 76

BERGERAC

Marbot, 05 53 06 45 20

BESANÇON

Les Sandales d'Empedocle, 03 81 82 00 88

L'intranquille, 03 81 58 76 60

BIGANOS

FNAC, 05 56 26 59 17

BLOIS

Librairie L'Abbé, 02 54 78 12 95

BORDEAUX

Mollat, 05 56 56 40 40

Machine à Lire, 05 56 48 03 87

BREST

Dialogues, 02 98 44 88 68

CAEN

Au Brouillon de Culture, 02 31 50 12 76

CHAMBERY

FNAC, 0 825 02 00 20

CHARLEVILLE-MÉZIÈRES

Librairie Rimbaud, 03 24 41 00 12

CHARTRES

L'Esperluette, 05 61 80 89 34

CLERMONT-FERRAND

Les Volcans, 04 73 43 66 75

COLOMIERS

La Préface, 05 61 78 56 95

DUNKERQUE

Furet du Nord, 03 28 24 48 30

GRADIGNAN

L'Espace Livre, 05 56 75 26 87

GRENOBLE

La Dérive, 04 76 54 75 46

LILLE

Furet du Nord, 03 20 78 43 43

LIMOGES

Page et plume, 05 55 34 45 54

LYON

FNAC Bellecour, 0 825 02 00 20

LUXEMBOURG

Librairie Promoculture, 052 48 06 91

MARSEILLE

Cours Julien, 04 91 47 57 85

MONTAUBAN

La femme Renard, 05 63 63 01 83

MONTPELLIER

Sauramps, 04 67 06 78 78

MONTREUIL

Colibrije, 01 48 58 07 17

NANTES

Vent d'Ouest, 02 40 48 64 81

PARIS

Paris 1 :

Fnac Forum des Halles, 0 825 02 00 20

Paris 5 :

Eyrolles, 01 44 41 11 74

Librairie de Cluny, 01 46 33 82 18

L'arbre à Lettres, 01 53 33 83 23

Paris 6 :

Le divan, 01 53 68 90 68

FNAC Montparnasse, 0 825 02 00 20

Gibert Joseph Vitry, 01 45 73 58 58

La Procure Paris, 01 45 48 20 25

Paris 11 :

L'appel du Livre, 01 43 07 43 43

Paris 13 :

FNAC Italie, 0 825 02 00 20

Paris 15 :

Le Divan, 01 53 68 90 68

Paris 17 :

Ars Luna, 01 42 27 23 87

PRIVAS

La Fontaine, 04 75 64 59 00

RENNES

Le Feiller, 02 99 87 87 87

ROUEN

L'Armitiere, 02 35 70 57 42

SAINT-ÉTIENNE

Librairie de Paris, 04 77 49 21 21

STRASBOURG

Kleber, 03 88 15 78 88

TASSIN-LA-DEMI-LUNE

Pleine Lune, 04 72 59 05 13

TOULOUSE

Ombres Blanches, 05 34 45 53 33

TOURS

La Boîte à Livres, 02 47 05 70 39

VAULX-EN-VELIN

Gibert Joseph Carre de Soie, 04 37 24 22 88

VÉLIZY-VILLACOUBLAY

FNAC, 0 825 02 00 20

VERNEUIL D'AVRE ET DITON

FNAC, 02 78 04 01 06

VITRY-SUR-SEINE

Gibert Jeune, 01 55 53 53 53

Belgique

ATH

Littérath, 02 68 84 18 46

BRUXELLES

Filigranes, 02 2 511 90 15

LIÈGE

Livre aux Trésors, 02 4 250 38 46

NAMUR

Agora, 081 22 06 32

Point Virgule, 04 71 48 86 06

Papyrus, 02 81 22 14 21

WATERLOO

Graffiti, 02 2 354 57 96

WOLUWE-SAINT-LAMBERT

Le Rat Conteur, 02 2 762 66 69

