Sous la direction de Michel Dugnat

Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)

Supplément numérique



AVEC LA PARTICIPATION DE :

Anne Boissel Rolan Bon Céline Bonnet Pierre Boulot Marielle Buravand-Jaën Agnès Castel Amélie Clément Clémentine Combes Claire Combescure Véronique Coni Fabrice Dardant Pascale Delage Régine Deltort Laurette Detry Magali Dieux Dominique Ditner Marina Douzon-Bernal Florence Duborper Équipe de l'Appui Parental de Montpellier Équipe USAP, CHU de Lyon Chloé Espinosa François Farges Nicole Farges Christine Faure Florent Fuchs

> Ingrid Garnier Frédérique Gignoux-Froment

> > Émilie Goiset,

Françoise Gouzvinski

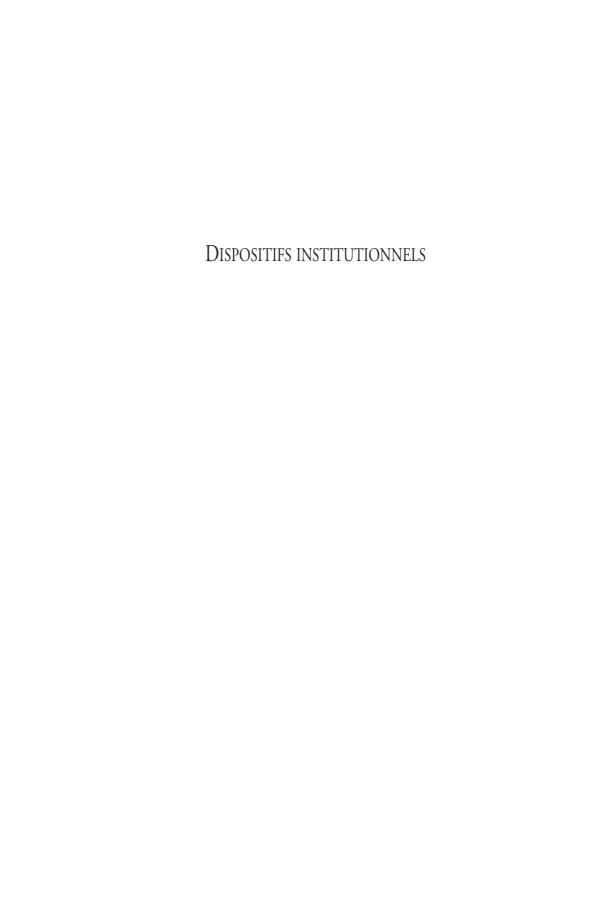
Marie-Thérèse Grangereau

Florence Gressier

Jokthan Guivarch Mélodie Hardy

Martine Houlier Sophie Joly Carmen Juteau Laure Le Treut Stéphanie Lopez Ève Lumbroso Caterina Maggi-Perpoint Vincent Magos Estelle Morau Brigitte Münch Nicolas Nagot Marie Notargioccomo Pierre Opinel Pascual Palau-Subiela Monique Perrier-Genas Lilly Philippe François Poinso Martine Poudevigne Marie-Aude Prévost Sylvie Rodriguez Ilana Sabo Isabelle Schertz Anne-Laure Sutter-Dallay Éric Tellitocci Amandine Thiriet Olivier Thomas Laurent Tigrane Tovmassian Unité parents-bébé du CH de Montfavet Luc Vanden Driessche Roger Vasseur Anne-Françoise Verrière

Catherine Yelnik



L'observation du bébé selon Esther Bick et ses applications au service de l'attention soignante

Ce texte vient témoigner des effets de transformation opérés par l'expérience sur plusieurs années de l'observation du bébé selon Esther Bick (OEB) dans une équipe de soins aux troubles de la relation précoce, l'unité parents-bébé du centre hospitalier de Montfavet (Avignon).

Au-delà des effets soignants observés souvent avec étonnement, surprise, pour les bébés, leur mère, et les effets de transformation de la qualité de leur relation et de leur lien¹, nous avons pu constater à quel point l'expérience de ce travail a contribué à soutenir et à transformer, chacun des membres de notre équipe, notre façon « d'être » dans le soin, les relations entre nous ainsi que notre capacité à collaborer, à penser ensemble le soin, les soins.

Nous avons fait le constat que ce travail exigeant d'observation fine de ce qui survient, de ses propres perceptions corporelles, sensorielles, émotionnelles et pulsionnelles, de leur mise en mots dans l'après-coup par l'écriture, et de leur partage groupal autour de la lecture des écrits lors des reprises en séminaires, développe une qualité d'attention aiguë, soutenante et respectueuse de l'autre et de ses rythmes, que l'autre soit un bébé, un parent, un collègue, un partenaire. Au fil du temps se construit une autre manière d'être attentif, d'être présent à l'autre.

Enfin, dans une période de renouvellement de l'équipe, les professionnels qui avaient contribué à l'élaboration des soins pratiqués dans notre unité

^{1.} Cf. F. Jardin, M. Douzon-Bernal, S. Frégni, A. Lefèvre-Penel, « Le regard soignant. L'application de l'observation selon Esther Bick, un dispositif de soins à l'unité parents-bébé au centre hospitalier de Montfavet », dans M. Dugnat (sous la direction de), *L'art d'accommoder embryons, fætus et bébés,* Toulouse, érès, 2014, p. 257-277.

partant à la retraite, nous nous sommes inspirés de la démarche de l'OEB pour les revisiter, les repenser, les copenser avec les nouveaux arrivants afin d'en assurer une transmission vivante et créative.

CONTEXTE

L'unité parents-bébé (UPB) du centre hospitalier de Montfavet a été fondée il y a une trentaine d'années par une petite équipe pluridisciplinaire de défricheurs, pour accueillir des parents et des bébés en souffrance dans leurs liens, et prévenir les effets sur le développement des bébés de ces ratés de la rencontre. Au fil du temps, dans un aller-retour entre pratique et théorie, une clinique a vu le jour à partir des expériences et des références théoriques des soignants, sur la base de leurs sensibilités, de leurs compétences, de leurs formations et d'une réflexion : une élaboration en équipe et lors d'échanges théoriques et pratiques avec d'autres professionnels. Cette clinique repose sur une conception globale du soin associant, en fonction de la singularité de chaque situation, psychothérapie, soins psychiques à médiation corporelle, accompagnement personnalisé et attention portée à l'environnement matériel et humain (familial, social et professionnel) des familles reçues, ainsi qu'aux liens familiaux et professionnels qu'elles entretiennent ou qui leur font défaut.

UN PLONGEON AUX ORIGINES

Une petite vignette sur la naissance d'un des soins psychocorporels pratiqués à l'UPB vient illustrer l'espace dans lequel s'inscrit cette clinique particulière du bébé.

Aux origines de l'unité, Madeline, une infirmière, est amenée à intervenir au domicile d'une jeune femme (psychotique) très carencée, mère d'une petite fille de 9 mois.

Le premier jour de la prise en charge, elle assiste au bain. La mère remplit rapidement la baignoire, déshabille son bébé et la plonge dans la bassine, sans que la soignante ait le temps d'intervenir. Le bébé hurle. L'eau était brûlante. Les hurlements de la fillette saisissent la soignante de stupeur, de sidération. La mère sort sa fille de l'eau d'un geste brusque et l'arrose avec la douchette d'eau froide. Le corps de l'enfant présente des marques rouges, bébé, mère et soignante mettront un long moment avant de s'apaiser.

En réunion d'équipe, la soignante raconte et témoigne de cette épreuve ; l'idée d'un soin en piscine pour la dyade est évoqué. Françoise propose de se mettre à l'eau avec mère et bébé dans la petite piscine du service. Les débuts

sont difficiles : la mère tire les cheveux de l'enfant, lui fait des crocs-en-jambe ; Françoise doit mettre tout en œuvre pour que l'enfant soit en sécurité, et en même temps il lui est difficile de s'approcher de l'enfant, la mère ne le tolère pas, elle ressent de la rivalité. En réunion, il lui vient l'idée de proposer de donner un bain à cette mère qui dit : « J'ai des nœuds dans la tête. »

Un temps de soin pour cette mère, maltraitée dans son enfance.

De bain en bain, Françoise démêle les cheveux de cette mère. Dans la piscine, Émeline le bébé commence à jouer, elle rejoue ce qu'elle a vécu au début des soins, elle attrape une poupée par les cheveux, lui plonge la tête dans l'eau et sa maman lui dit : « Tu lui en fais des misères à cette poupée. »

Le cadre des soins piscine mère-bébé est né, il comporte un temps pour la mère dans l'eau, et un temps pour la mère et le bébé dans l'eau.

J'ai choisi cette vignette qui illustre comment un soin dont le cadre s'est affiné, précisé par la suite, trouve son origine dans des éléments d'observation et un partage d'éprouvés corporels et de ressentis émotionnels ainsi que leur élaboration au sein d'un groupe.

Dès l'origine, on aperçoit combien sont centrales la question de l'observation de ce qui passe dans les corps, entre les corps et par les corps ainsi que celle du partage et de l'élaboration des émotions éprouvées dans la rencontre avec des bébés et des parents en souffrance. Ce passage est incontournable dans la clinique avec les bébés. Le bébé nous convoque dans son monde d'avant le langage; ses modes d'expression et ses modes de communication avec les adultes qui prennent soin de lui passent par le corps, les émotions...

Soigner des bébés et leurs parents en souffrance dans leur rencontre, c'est se retrouver plongé dans un monde archaïque aussi bien physiquement que psychiquement et émotionnellement. Un monde dans lequel les bébés du présent côtoient les bébés du passé devenus adultes, qu'il s'agisse des parents ou des soignants ; un monde où les phénomènes de projection, de déliaison, de clivage sont à l'œuvre. On s'y retrouve bombardé de perceptions, d'informations diffuses, au risque de ne percevoir que ce qui est directement entendable ; au risque de se trouver figé, sidéré par la souffrance, la violence à l'œuvre ; au risque de ne pas pouvoir la voir ; au risque de la contamination par la confusion, l'angoisse, la souffrance, la violence.

Au risque du découragement.

Alors comment cultiver, entretenir chez nous, soignants, une qualité d'attention à la fois soutenue et diffuse, à ce qui se passe pour le bébé, le ou les parents, à ce qui se passe entre eux et à ce qui se passe en nous, entre eux et nous ; une attention non seulement à ce que l'on observe et entend avec nos yeux et nos oreilles, mais aussi à nos éprouvés corporels, émotionnels, pulsionnels.

Cela est d'autant plus difficile dans l'instant qu'il y a plusieurs patients en présence, le bébé, le parent (les parents), leur relation, leur lien, ceux qu'il s'agit de soigner, sans compter tous ceux qui s'invitent dans la pièce : le bébé chez la mère, l'enfant chez le père, les grands-parents, ainsi que les relations que les parents entretiennent avec eux...

La méthode d'observation du bébé selon Esther Bick (OEB)

Accompagnées par Françoise Jardin, nous avons, pendant une quinzaine d'années, mené cette expérience régulière, exigeante et passionnante de l'OEB dans une visée thérapeutique. Bien modestement puisque ces observations, prescrites comme « soin », concernaient tout au plus un ou deux des nombreux bébés que nous accueillions chaque année avec leur parent, à l'unité en hospitalisation de jour, soit une vingtaine de bébés en quinze ans. Le protocole est le suivant : une observation est proposée une heure par semaine, chaque semaine à la même heure, dans le quotidien de l'unité, et cela pendant plusieurs mois. L'observateur est le plus souvent une stagiaire psychologue. Ces observations sont reprises tous les mois en séminaire avec les membres de l'équipe soignante et Françoise Jardin comme chef d'orchestre. C'est le séminaire de reprise. L'indication de ce soin est faite pour des bébés pour lesquels nous nous sentons particulièrement en difficulté, comme arrêtés dans leur évolution, inquiets, découragés, en échec thérapeutique².

LA BOUCLE VERTUEUSE DE L'ATTENTION, EFFETS SOIGNANTS

De séminaire de reprise en séminaire de reprise, nous observons avec surprise, voire parfois émerveillement, les effets de transformation que ce travail produit sur le bébé, la mère, la qualité de leur relation, de leur lien. L'attention du groupe soutient l'attention de chacun. Quelque chose se transforme. On ne voit plus que ce qui va mal. C'est comme si notre attention se décontaminait de notre angoisse, de notre découragement; nous reprenons confiance dans les capacités du bébé, nous reprenons espoir et par là nous lui redonnons espoir.

Dans ce nouveau climat, le bébé semble reprendre son évolution ; il se montre plus compétent, plus gratifiant. On voit le bébé retrouver sa capacité à aller chercher son parent ; son parent retrouve sa capacité à le percevoir, et dans une boucle vertueuse est attiré par lui, favorisant les conditions de la rencontre.

^{2.} Ibid.

UNE ATTENTION ATTENTIONNÉE, EFFETS SOUTENANTS, TRANSFORMATEURS ET FORMATEURS POUR LES SOIGNANTS ET L'ÉQUIPE

Dans l'espace du séminaire de reprise, à partir de la lecture des observations, le travail répété de mise en mots et de partage des éprouvés, des ressentis, associations d'idées, réactions, réflexions, des participants aux séminaires construit peu à peu une enveloppe groupale qui assure les conditions de confiance et de sécurité qui permettent qu'on puisse « y aller ». Se risquer à ressentir, se risquer à dire, car on sait que toute parole est utile et qu'elle pourra être accueillie, entendue, contenue au sein du groupe. Les perceptions s'affinent. « C'est vécu par tous les canaux », dira une soignante : une perception multimodale peut-être ?

Et on trouve du plaisir à la transformation, à la découverte de l'inattendu; du plaisir au partage, à une pensée en mouvement, une pensée vivante. Et ce plaisir maintient notre engagement dans ce travail exigeant qui transforme également la qualité de nos liens au sein de l'équipe, notre capacité à penser ensemble et à coopérer. Il introduit une autre façon d'être avec l'autre, d'être à l'autre, patient ou collègue. Notre expérience de ce travail, mené dans la régularité et la durée, a fondé les bases d'une culture commune qui ouvre et soutient un « champ pathique » nécessaire au soin psychique tout particulièrement dans la période périnatale³.

UNE TRANSMISSION CRÉATIVE : LES GROUPES DE TRAVAIL (SÉMINAIRES) SUR LES SOINS, INSPIRÉS DE LA MÉTHODE OEB

Alors l'idée a germé d'adopter une démarche issue de notre expérience de l'OEB pour nos réunions de réflexion sur les différents soins psychocorporels pratiqués à l'unité afin de mieux en assurer la transmission, le passage de relais, dans une période où l'équipe se renouvelait du fait de nombreux départs en retraite.

Des groupes de travail sont ouverts pour chacun des soins psychiques à médiation corporelle pratiqués à l'unité. Ils se réunissent une fois par mois pendant deux années successives en « séminaires » de réflexion. À chaque session, deux observateurs, les « conteurs », se désignent en début de séance et rédigeront ensemble un « conte-rendu » après chaque séance, qui rendra compte, contera, non seulement ce qui s'est dit, échangé, mais aussi ce qui aura été observé des mouvements dans le groupe. Chaque séance commence par la lecture du « conte » de la séance précédente. À partir de cette lecture,

^{3.} P. Delion, « La constellation transférentielle comme facilitateur d'empathie », dans M. Dugnat (sous la direction de), *Empathie autour de la naissance*, Toulouse, érès, 2016, p. 221-228.

les participants mettent en mots leurs réflexions, associations libres, ressentis. Il en découle une dynamique nouvelle de ces réunions. À chaque session se fait jour une compréhension plus fine et plus approfondie du soin et de ce qui est opérant dans le soin. Au-delà de l'élaboration d'une trace transmissible, il s'opère un partage et une reconstruction du soin avec les nouveaux venus. De cette façon, il y a non seulement transmission mais incorporation, intégration de ce qui a été fait, éprouvé, et dont on a observé les effets. Chacun peut alors faire sienne l'expérience et continuer à la faire évoluer.

Passage par les corps, passage par les mots pour un partage de l'expérience.

CONCLUSION

Au service de cette clinique du bébé et de ses liens premiers, clinique de la contenance, de l'ajustement, de l'accordage, qui nécessite créativité et plaisir dans l'échange, l'expérience de l'OEB nous a profondément soutenus, formés et transformés.

Ce travail poursuivi dans la durée a eu pour effet de faire de notre équipe un groupe de soignants en bonne santé coopérant en confiance avec une pensée vivante et créative au service d'une clinique forgée au fil du temps et de sa transmission⁴.

^{4.} Remerciements à Françoise Jardin, qui nous a accompagnés pour ce travail au service du soin à l'unité, ainsi que pour les formations à l'OEB de l'ARIP avec Maguy Monmayrant, à Simone Frégni et à Michel Dugnat, ainsi qu'à tous les membres de l'équipe, les bébés et leurs parents avec qui nous avons vécu cette aventure prodigieuse.

Corps et psychiatrie¹

Je présenterai ici la façon dont des soins psychocorporels sont intégrés au dispositif de soins de psychiatrie périnatale de l'unité parents-bébé de Montfavet-Avignon.

Cette unité, implantée depuis la fin des années 1980 sur l'hôpital de Montfavet, émane d'un projet de la pédopsychiatrie pour prévenir et traiter le plus précocement possible les troubles de la relation et des premiers liens parents-enfant. La perspective étant que ces premiers temps sont primordiaux dans le développement psychocorporel de l'enfant et que les difficultés psychiques du devenir parent peuvent rejaillir sur l'expérience relationnelle dont l'enfant a besoin pour étayer les différentes étapes de sa construction.

D'emblée on entend comment la question du corps et de sa représentation psychique va être au cœur de notre pensée soignante.

Cette période particulière de la périnatalité est par excellence un événement somato-psychique pour la mère qui transforme son rapport à son corps et probablement fait le lit de cet état particulier de préoccupation maternelle primaire où il va être question de s'identifier au vécu du bébé, et d'une lecture interprétative de ses expressions et de ses besoins.

Il s'agit bien alors, pour elle, de contacter une disponibilité à son éprouvé et d'interroger sa propre intégration psychocorporelle comme socle de son rapport à son bébé, car à ce stade le bébé est plus souvent perçu comme un « bébé-corps-besoin » que comme un « bébé-individu-interlocuteur ».

Il est important de rappeler que les soins adressés aux bébés en situation de vulnérabilité passent, dans notre expérience, par des conditions institutionnelles particulières qui présupposent qu'un soin psychique au bébé est nécessairement un soin psychocorporel et surtout un soin dyadique qui se déploie à l'adresse de la mère et du bébé.

^{1.} Société de psychiatrie de Marseille et du Sud-Est méditerranéen.

Présentation du cadre de l'unité

Avant d'entrer trop vite dans le sujet, il reste fondamental de décrire le contexte global dans lequel ces soins interviennent, car de la même façon qu'il n'y aurait pas de sens à séparer corps et vie psychique, ce serait un non-sens que d'aborder ces soins psychocorporels déliés de leur cadre institutionnel et de leur articulation avec l'ensemble du dispositif.

Les soins proposés peuvent prendre la forme d'un suivi ambulatoire ou celle d'une prise en charge en hôpital de jour à raison d'une à plusieurs journées par semaine selon la gravité des troubles.

Les indications sont variées ; ce sont des interventions préventives ou curatives sur la relation précoce entre :

– des parents en difficulté psychique dans leur expérience de la parentalité présentant en période périnatale soit des troubles psychiques à type de tableaux anxio-dépressifs, soit une pathologie puerpuérale (dépression du post-partum ou psychose puerpuérale), soit une pathologie psychiatrique connue plus ou moins stabilisée (trouble bipolaire, schizophrénie...), soit un trouble du *bonding* isolé, soit un trouble grave de la personnalité (en général sur fond d'antécédents d'abus ou de carences) ;

– et des bébés qui sont susceptibles de présenter des troubles du sommeil, de l'alimentation ou des troubles somatoformes d'expression digestive, cutanée ou du tonus.

L'unité a cette particularité que la même équipe porte l'ensemble des modalités de soins et les diverses activités dans un souci de continuité et de personnalisation du suivi : elle peut ainsi soutenir une représentation narrative de ce par quoi la famille et la dyade passent, ce qui est fondamental pour étayer le sentiment de continuité de la mère et de l'enfant.

L'équipe est constituée de professionnels d'horizons divers : infirmières, éducatrices spécialisées, puéricultrices, psychomotricienne, psychologues, assistante sociale, pédopsychiatres, tous réunis autour de la préoccupation commune d'un accueil bienveillant, d'un travail de liaison et d'attention spécifique à chacun, et rassemblés par des formations continues communes dans le champ de la périnatalité.

La place de la psychothérapie est centrale avec la particularité de proposer de façon quasi systématique un soin psychothérapique conjoint mère ou père-bébé, comme un espace de parole et d'élaboration de ce que l'arrivée de cet enfant vient transformer en soi et de ce que la rencontre suscite. Le bébé est attentif aux paroles qui lui sont adressées, il participe et fait un récit au travers d'une mise en langage dans le corporel de son propre lien à ce qui est nommé.

La formation à l'observation du nourrisson selon Esther Bick est très singulièrement associée à la pratique de l'équipe car dispensée par Corps et psychiatrie 13

l'Association recherche et (in)formation en périnatalité (ARIP) et développée comme un outil de soin pour intensifier l'attention aux manifestations d'un bébé et utiliser l'observation comme levier thérapeutique pour soutenir les compétences du bébé aux yeux mêmes des adultes.

La notion de référente pour une dyade ou triade reçue en hôpital de jour est un élément également important. Ce choix participe à la qualité de l'accueil mais il a surtout une fonction contenante et de restauration déjà spécifique. Tout au long de la journée la mère va ainsi pouvoir s'appuyer sur ce lien : non seulement cette observatrice bienveillante restituera à la mère le vécu de son bébé par un récit attentif aux expressions de l'enfant, mais elle pourra la relayer si nécessaire. Elle lui reconnaît sa compétence potentielle et permet de contenir les projections maternelles sur le bébé, de jouer le rôle de pare-excitation adoucissant le jeu relationnel entre mère et bébé. Elle est garante du projet de soin repris en équipe lors des réunions et des rendez-vous médicaux. Son rôle de liaison est essentiel avec les partenaires impliqués dans la situation. Elle rassemble les éléments d'un récit à plusieurs entrées autour de cette relation naissante.

Du fait de son histoire ancienne, l'unité bénéficie aujourd'hui d'une inscription lisible au sein d'un réseau de périnatalité, au croisement du champ somatique et du champ psychique, qui constitue un maillage attentif à repérer les signes de souffrance psychique autour de la naissance et à créer les conditions d'une meilleure sécurité émotionnelle et psychologique des parents dans cette période.

GÉNÉRALITÉS SUR LES SOINS PSYCHOCORPORELS

Les soins à « médiation corporelle » ont une grande place, ils viennent compléter, enrichir un suivi ambulatoire ou un soin en hôpital de jour. Ils sont pensés le plus souvent par l'équipe en réunion clinique, comme une médiation de la rencontre qui vise à centrer le soin sur tel ou tel aspect pathologique de la relation ou du lien ; ils sont des facilitateurs, voire des catalyseurs, du soin, par le passage par l'éprouvé à la fois dans un lien transférentiel mais aussi dans un cadre très protégé de la rencontre.

Les soins « massage » pour la mère, « piscine » pour mère et bébé, et « conte relaxation » ont été les premiers développés, auxquels sont venus s'associer le « soin berceuse » et le « massage bébé », résultat de la recherche continue de l'équipe en vue d'améliorer les outils de soin, et de sa créativité.

D'emblée le souci de les accompagner institutionnellement a existé au travers de supervisions régulières. L'accent a été mis sur un cadre visant à créer une ambiance apaisante, sécurisante, dont le lieu, le climat et l'entourage constituaient une triple enveloppe pour faciliter la détente, le bien-être et l'accueil des émotions et des ressentis.

Les soins sont en général portés par deux soignantes au minimum, dont l'une est en position d'observatrice. Ils sont indiqués sur prescription médicale pour une durée de quatre à six séances hebdomadaires, renouve-lables, et sont systématiquement adossés à l'espace psychothérapeutique conjoint mère-bébé.

Une psychomotricienne de l'équipe peut accueillir pour un soin spécifique les bébés et leurs parents selon diverses indications, mais nous resterons ici centrés sur les soins à médiation corporelle développés par ailleurs.

DESCRIPTION DES DIFFÉRENTS SOINS

Le soin « berceuse » a lieu deux fois dans la semaine sur une heure. C'est un soin de groupe où mère et bébé, ou femme enceinte, sont invités à venir chanter des berceuses ou des comptines à l'adresse de leur enfant. Il est le plus souvent pensé pour de jeunes bébés pour soutenir une autre façon d'être ensemble, décentrée des temps de maternage souvent très envahissants dans ce premier temps de la rencontre. Comment se laisser envelopper par la voix, le chant ? Comment faire l'expérience du bercement et du portage, et de ces vibrations qui mettent en mouvement l'affectif et l'émotionnel ? La voix offre au bébé un support sensoriel qui en le rassemblant soutient son attention à la relation.

Les soignantes, dont la psychomotricienne et une chanteuse, intervenante extérieure, veillent à l'installation de chacun, à la qualité de l'accordage tonico-émotionnel mère-bébé et à la possibilité de faire l'expérience d'un plaisir partagé.

Les enveloppes groupales, sonores et attentionnelles se redoublent pour constituer un espace-temps privilégié. Ainsi il est implicitement question pour la mère d'être portée pour porter son enfant et de trouver l'assise qui rend disponible à l'accueil de l'expression du bébé. Mais c'est aussi pour elle le retour chargé d'émotion de son histoire et des transmissions transgénérationnelles et culturelles qui ont bercé sa propre enfance, afin de s'adosser symboliquement aux générations précédentes et au groupe pour s'engager dans ce lien.

Le soin « massage mère » existe depuis l'origine de l'unité, porté par des soignantes formées et référentes du soin, visant d'abord et avant tout à soulager un état de souffrance liée au bouleversement de la maternité.

Il s'adresse aux mères qui présentent une perte de l'estime de soi (détérioration de leur image corporelle plus ou moins secondaire à la grossesse ou à l'accouchement, effondrement psychique associé souvent à une dépression), mais aussi à celles qui sont dans un état de tension musculaire continue

Corps et psychiatrie 15

en général sous-tendu par une anxiété majeure, ou coupées de leur corps dans une intellectualisation défensive. L'objectif du soin est de susciter un bienêtre physique et psychique dans l'acceptation d'un prendre soin de soi pour permettre une reprise de contact avec ses ressentis corporels, mais souvent aussi avec l'inscription dans la mémoire du corps de la façon dont celui-ci a été traité. Ce soin cherche à permettre un processus de renarcissisation et d'individuation, conditions de la relation paisible au bébé.

Outre ses fonctions enveloppantes, contenantes et protectrices, la peau est aussi messagère du vécu psychologique et émotionnel. Ce soin s'accompagne nécessairement d'un travail séparatif avec l'enfant (qui est confié à la référente ou à la famille pendant ce temps), étape par elle-même source d'une élaboration du lien. Le soin se déroule en trois temps : le temps de l'installation où la mère désigne la partie du corps sur laquelle elle souhaite être massée ; le temps du massage proprement dit ; puis celui du conte, de l'histoire racontée par l'observatrice de ce qui vient de se partager sous son regard. Ce temps des mots pour tenter de formuler l'éprouvé représente peut-être un autre type de massage, une inscription du partage émotionnel dans la relation.

Le soin « piscine mère-bébé » concerne la mère avec son bébé ; il s'agit d'un soin relationnel qui s'appuie sur l'observation du bébé et de sa mère dans leurs interactions. Il est porté par deux soignantes, l'une dans l'eau, l'autre qui observe à l'extérieur du bassin.

Les indications portent sur la pathologie du lien : relation fusionnelle ou distante, difficultés d'accordage, carences affectives, portage psychique défaillant ou inconstant, pauvreté relationnelle. Les objectifs se déclinent dans les différentes séquences du soin : un temps proposé à la mère et au bébé réunis dans le même bain émotionnel avec la soignante pour du jeu, des échanges corporels dans ce milieu particulier, des essais de portage autres et un bain sonore soutenu par la soignante. Il peut permettre à la mère d'observer son bébé dans son interaction avec un autre adulte.

Un second temps est proposé, au cours duquel la mère est seule dans l'eau, le bébé restant dans la pièce, aux soins de l'infirmière en dehors du bassin. Nous l'invitons à se centrer sur ses éprouvés dans un soin dont le rituel lui est raconté au préalable pour qu'elle puisse se laisser aller à ce holding. Peu importe ce qui émerge alors, l'essentiel est que nous soyons en mesure de l'accueillir.

Gaston Bachelard écrit : « L'eau nous porte, l'eau nous berce, l'eau nous rend notre mère. »

De fait, par ses nombreuses propriétés, l'eau ouvre les champs potentiels du soin :

- elle peut inviter à la régression car elle facilite la relaxation et remet en contact avec des perceptions familières proches du milieu amniotique

intra-utérin ; elle peut faire émerger des vécus de maternités antérieures. Le bercement délicat ramène à la conscience ces expériences anciennes ;

en surface elle est miroir réfléchissant de notre construction identitaire.
 Dans sa profondeur, elle plonge dans une rencontre avec ce qui reste encore si étranger en soi;

- élément porteur, enveloppant, contenant, elle permet d'éprouver les limites du corps.

Intermédiaire tactile, elle autorise le contact sans le toucher direct, la rencontre de l'intime tout en maintenant une distance protectrice.

Un massage sans contact par un jet d'eau chaude associé à la position allongée sur un tapis en flottaison réactive l'expérience du portage et invite à lâcher prise pour s'appuyer en confiance sur l'autre ; les contacts ritualisés permettent une attention intensifiée aux appuis qui sécurisent.

L'eau détermine un « espace de jeu » ou espace transitionnel où le corps en mouvement parle, où les conflits peuvent se jouer de manière vive, où la dimension ambivalente de la relation va pouvoir s'exprimer. Elle produit un effet de loupe grossissante des troubles de l'interaction.

Le soin « massage bébé » est le plus récent et le plus fragile des soins à médiation corporelle sur l'unité. Il est également porté par deux soignantes dont l'une est observatrice, et se déroule obligatoirement en présence de la mère. Il faut rapidement se dégager de deux écueils. Dans la mesure où le bébé lui-même focalise l'adresse du soin, il justifie une sorte de prudence à ne pas susciter de rivalité avec la mère. Par ailleurs nous ne pouvons le présenter de façon réductrice comme un cours de massage pour bébé puisque notre projet reste une dynamique de soin.

Il propose à la mère d'être dans un premier temps témoin de la capacité du bébé à être acteur du soin puisqu'on l'invite à désigner la partie de son corps qu'il propose au massage. De même, elle peut observer sa capacité à recevoir du bon. Un récit est fait pour soutenir le bébé dans l'expérience de son éprouvé corporel et la mère est progressivement associée à la lecture de ce que manifeste son bébé. Dans un second temps, nous invitons la mère à faire l'expérience qu'elle est en mesure à son tour de donner du bon à son enfant.

Par l'identification possible à la soignante qui masse, nous cherchons la levée de l'inhibition du toucher maternel, pour tendre à dépasser l'appréhension du peau à peau et faire éprouver le plaisir à entrer dans une relation d'intimité avec le bébé. La mise en scène d'un soin centré sur l'enfant introduit une distanciation qui permet à la mère de voir son bébé autrement.

En nommant ce qui semble se vivre entre eux, la soignante opère une reconnaissance du style propre de cette mère dans le massage de son bébé, et de sa capacité à percevoir ce qu'il reçoit de ce qu'elle lui donne. Il s'agit de favoriser le meilleur accordage tonico-émotionnel entre eux.

Corps et psychiatrie 17

Par son regard et sa place un peu à l'écart, l'observatrice crée une enveloppe contenante et le fil de continuité de ce que vit chacun des trois protagonistes. Elle garantit l'inscription de ce moment de partage et autorise l'accès à l'intimité sans la menace que l'incestuel surgisse.

Le soin « conte-relaxation » est un soin de groupe sans les bébés. Il vise à offrir un espace de rencontre entre réel et imaginaire. Le récit d'un conte de fées suscite l'imaginaire de chacun et par sa potentialité associative et les émotions qui traversent les personnages, il crée la possibilité d'une distanciation, une identification des mouvements affectifs et une évocation des épisodes de la propre histoire de chacun.

Probablement, il autorise l'identification tour à tour à l'enfant et au parent et le retour des représentations infantiles des liens. Il met en scène la massivité des vécus ambivalents des relations parents-enfant et symbolise les passages initiatiques de la construction psychique.

Le groupe favorise le partage, l'échange des perceptions et des émotions ; ainsi s'ouvre pour chacun l'opportunité d'une confrontation à un autre regard et l'expérience de se vivre comme tout à la fois semblable et différent.

Le temps de relaxation qui suit peut alors faire retour au corps, à l'éprouvé comme une proposition d'intériorisation d'un apaisement par la liaison des différents niveaux de résonance du conte.

CHEMINEMENT DE L'ÉQUIPE ET INSCRIPTION INSTITUTIONNELLE

Initialement, ces soins étaient portés par des intervenants spécialisés détachés qui n'avaient pas d'autres implications sur l'unité. En 2010, la suppression de ces postes a nécessité une réorganisation de l'équipe afin d'assurer la pérennité du dispositif.

Cela a requestionné le cadre existant. Nous avons eu besoin d'un espace commun pour échanger autour de ces pratiques et pour nous accorder sur le sens que nous voulions donner aux soins psychocorporels. Une réflexion s'est mise en place une fois par mois, au cours de laquelle nous avons abordé, de nos différentes places (infirmières, éducatrices, psychomotricienne, psychologues, médecin), nos représentations. Autant que cela a été possible des supervisions ont suivi chaque soin.

Toutefois la réduction progressive des supervisions couplées au besoin de soutenir les soignants exposés à ces pratiques et d'éviter que se constituent des groupes insuffisamment reliés à l'ensemble du grand groupe soignant, a conduit à formaliser ces groupes d'élaboration mensuels. Ils offrent aussi l'opportunité de faire circuler les représentations et ainsi que puissent se transmettre ces pratiques fondées sur une expérience.

Dans les suites de la formation à l'observation du nourrisson selon Esther Bick, l'équipe a acquis une capacité à formuler par des écrits ce va-et-vient incessant entre l'éprouvé, le ressenti et l'élaboration clinique. Les comptes rendus apportent au groupe une proposition de représentation refléxive en liant la résonance associative de chacun, les éléments théoriques évoqués et les hypothèses de travail. Cela constitue une trame qui sous-tend une pensée collective qui se cherche, tâtonne, pour répondre à la question « comment ajuster le soin à ce qui fera soin ? » et continuer de créer, de transmettre.

Insistons sur les conditions institutionnelles à ce travail, au-delà de l'historique de notre organisation, car pour créer les conditions d'une sécurité émotionnelle suffisante pour la mère de telle sorte qu'elle ait le temps de l'ajustement, d'être plus disponible à son enfant, nous devons contenir à la fois les angoisses, la souffrance et le bouleversement émotionnel, mais également favoriser les possibilités d'attention de la mère à son bébé. Il s'agit de renforcer l'équipe dans son savoir-faire tout en perpétuant un état d'esprit pour permettre un accueil bienveillant, un positionnement patient et contenant, un regard vivant et vigilant, une confiance suffisante pour ouvrir à la parole et au transfert.

Ce « prendre soin » délicat nécessite une réflexion continue et critique, un engagement relationnel important associé à une capacité de distanciation. Il n'est pas possible de se réfugier derrière des gestes techniques ou des grilles préétablies, alors même que la complexité, la souffrance et les attaques de la pensée existent et que le sentiment d'impuissance et de violence peut être au premier plan. Nous devons alors être vigilants à détoxifier, relancer la pensée par des hypothèses psychodynamiques, favoriser l'expression des vécus subjectifs contre-transférentiels pour tenter de voir se dessiner la façon dont le transfert se diffracte et nous permet d'approcher ce qui est en jeu dans les liens.

Cela justifie d'être attentif au climat relationnel et émotionnel de l'équipe pour que la confiance soit suffisante afin de s'adosser individuellement à l'équipe, confronter son regard à celui du groupe, et mettre en travail ce que chaque soignante recueille auprès des mères et des bébés qu'elle accompagne. De fait, le dispositif institutionnel semble avoir progressivement constitué des sortes de cercles concentriques ou d'enveloppes en poupées russes qui dessinent comme une armature ; il étaye et relie les soignants autour de la rencontre avec les familles et les dyades mère-bébé.

LES HYPOTHÈSES OU LES PRÉSUPPOSÉS DE CE TRAVAIL DE SOIN PSYCHOCORPOREL

Que se dégage-t-il de ces temps d'élaboration des soins ? Nous faisons l'hypothèse que le passage par l'éprouvé représente un abord essentiel du

Corps et psychiatrie 19

vécu particulier de la période périnatale, où se cristallisent la question de la frontière entre soi et l'autre, l'articulation passé-présent, les liens infantiles et les liens actuels sur fond de remise en cause des équilibres établis.

Porter attention à ce qui se vit, ici et maintenant, permet l'inscription dans un partage émotionnel ancré dans une relation stable, fiable, et garantit grâce à ce portage une enveloppe contenante. Cela passe par une implication des soignants dans la représentation d'un don qui invite à penser et à accueillir les éprouvés de l'autre. Peut-être est-il alors possible de recontacter des expériences infantiles, de recevoir du bon d'un autre pour être en mesure d'imaginer en donner à son tour.

Nous émettons plusieurs hypothèses qui sont, me semble-t-il, autant de présupposés sous-tendant notre positionnement soignant :

- il y aurait une valeur réparatrice à lier différents niveaux de fonctionnement : corporel, affectif et imaginaire. Cette période périnatale s'accompagne souvent de puissants processus de déliaison ;
- travailler à l'accordage tonico-émotionnel qui suppose des ajustements réciproques constants et d'intégrer la différence et l'asymétrie de la relation, soutiendrait le travail psychique que le parent est amené à déployer à l'égard de son enfant.

Ces soins visent l'accordage non seulement de la mère à l'enfant, mais aussi des soignants à la mère et des soignants entre eux.

Nous supposons qu'il puisse y avoir une évolution de la capacité maternelle à prendre soin de son bébé en passant par l'expérience que l'on prenne soin d'elle, expérience de maternage partiel mais surtout de régression à une situation de dépendance à l'autre dans un contexte bienveillant.

Il y aurait une inscription dans la mémoire corporelle du style de maternage reçu par la mère, de la façon dont elle-même aura été traitée bébé. Dans certaines conditions, il serait possible de sortir d'une répétition de ce style avec l'enfant, par l'expérience nouvelle pour la mère d'un maternage plus ajusté et prévenant.

Nous tentons encore de préciser les processus à l'œuvre dans ces soins psychocorporels qui, dans notre clinique, sont une autre façon d'aller à la rencontre de la dyade et d'accepter de se laisser toucher par l'intermédiaire du partage émotionnel. Nous pensons être alors convoqués à opérer, pour eux, une fonction alpha, telle que décrite par Bion, au sujet de la fonction maternelle, transformant les éléments non assimilables projetés en représentations proposées comme une lecture de ce qu'ils traversent dans un éprouvé corporel encore insuffisamment lié.

Caterina Maggi-Perpoint Amélie Clément

Les premiers mois de fonctionnement de l'unité de soin et accompagnement précoce¹

Une collaboration entre obstétrique et pédopsychiatrie permettant une prise en charge spécifique attentionnée en post-partum immédiat

L'Unité de soin et accompagnement précoce a ouvert ses portes en avril 2016 : il s'agit d'un dispositif innovant de soin précoce et spécifique, en post-accouchement immédiat, pour des mères et des bébés présentant un risque de trouble des liens premiers. C'est une unité de quatre lits et leurs berceaux, située au sein même des Suites de naissance. C'est un projet conjoint entre obstétrique et pédopsychiatrie. L'unité fait donc partie du service d'obstétrique et bénéficie de moyens en plus, issus de la pédopsychiatrie.

L'HISTORIQUE

Depuis une dizaine d'années notre équipe de psychopathologie périnatale, appartenant au service de pédopsychiatrie du CHU, intervient dans les services d'obstétrique et néonatalogie de l'hôpital femme-mère-enfant (HFME) du CHU de Lyon.

^{1.} USAP, hôpital femme-mère-enfant, CHU de Lyon.

Il s'agit d'une maternité niveau 3, dotée donc d'une réanimation néonatale et d'une unité diagnostic anténatal, avec environ 4 700 accouchements par an, et une population qui présente globalement une grande précarité sociale et psychique du fait de son implantation dans les quartiers est de Lyon, les plus défavorisés de l'agglomération. De plus, l'HFME possède une frontière commune avec un des grands hôpitaux psychiatriques lyonnais, et cette proximité influence la population de nos accouchées.

Nous avons commencé à travailler dans cette institution dans les suites du plan périnatalité 2005-2007, qui a permis la création de nos postes. La psychiatrie adulte intervenait déjà en maternité, en liaison, en pointillé. Parmi les différentes demandes initiales qui ont été formulées par les chefs des services de l'obstétrique et de la néonatalogie, une des plus importantes était celle d'être présentes de l'anté au postnatal : une demande de continuité, de portage, pour aider les équipes en place à partager la préoccupation pour leurs patientes.

Nous nous sommes donc immergées dans l'institution, en participant à la vie institutionnelle du service, et peu à peu, à travers des situations cliniques complexes partagées, mais aussi des conflits et des tensions, nous avons pu trouver des préoccupations communes dont l'USAP notamment est le fruit.

De manière concomitante, notre maternité a augmenté son taux d'accouchements, a développé des centres de référence, avec donc des situations de plus en plus complexes au niveau obstétrical. Parallèlement, des directives ministérielles faisaient la demande de réduire la durée de séjour en postnatal immédiat. Ainsi, les équipes, comme nous-mêmes, recevaient la demande paradoxale de définir des situations de pathologies de plus en plus spécifiques et complexes avec en même temps une réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) en postnatal, compromettant la qualité de l'accompagnement.

Comment alors offrir une contenance et une continuité au moment de la naissance pour des patientes fragilisées dans le lien à leur bébé, soit par la maladie psychiatrique, soit par un parcours obstétrical si lourd ?

La création de cette unité constitue une des réponses à cette question.

LE DISPOSITIF

L'unité est composée de quatre lits et leurs berceaux, avec une salle de soins et une salle d'activités, toutes deux dédiées à l'USAP, au sein même des Suites de naissance, avec un accueil possible en post-accouchement immédiat. La durée moyenne de séjour est de dix à douze jours.

L'équipe de soin dédiée est multidisciplinaire et composée de sages-femmes, d'infirmières puéricultrices formées à la pédopsychiatrie, d'une psychomotricienne.

La responsabilité médicale est partagée entre pédopsychiatre et obstétricien.

L'unité s'appuie également sur le personnel intervenant habituellement en Suite de naissances : les pédopsychiatres de l'équipe de psychopathologie périnatale, la psychologue, l'assistante sociale, l'obstétricien et le pédiatre, la conseillère en allaitement, et les auxiliaires de puériculture la nuit et le week-end.

La prévention, le soin précoce et l'évaluation des troubles du lien sont au cœur du dispositif. Pour cela, des soins individuels et groupaux ont été prévus.

Le travail soignant se fait en binôme, en « double regard », pour permettre une observation attentive au moment des soins, binôme qui se crée entre sage-femme, infirmière puéricultrice et psychomotricienne.

L'idée est d'offrir un espace de sécurité, contenant, qui puisse soutenir le passage de la « césure frappante de la naissance » (Freud, 1926). Il s'agit d'un espace intermédiaire entre l'avant et l'après-naissance, entre le dedans et le dehors, au moment même de la venue au monde de ce nouveau bébé, afin de mailler autour de cette dyade mise à mal par son histoire singulière, un dispositif d'accompagnement à la sortie, d'emblée effectif et ajusté.

L'écoute du discours maternel, l'observation du bébé et de la dyade, et la reprise en équipe des processus psychiques qui se déploient chaque jour, permettent un soutien plus ajusté à la parentalité et un accompagnement attentif et contenant des prémices de la mise en place de la nouvelle configuration familiale.

L'attention est centrée tant sur le psychique que sur le corporel. En effet, le corps de la mère ainsi que celui du bébé sont également au centre du dispositif, avec un accompagnement de la mère dans la réappropriation de son corps et de celui du bébé, et de la dyade dans une naissance/séparation plus progressive et dans la mise en place d'un lien corporel suffisamment bon. L'évaluation des capacités parentales et des situations à risque est également une des fonctions du service, ce qui implique des liens étroits avec les dispositifs de protection de l'enfance.

Notre unité devient, comme dans toutes suites de naissances, le théâtre, le lieu des premières rencontres. Nos patientes, leurs compagnons et leur bébé vont apprendre à se connaître dans nos murs un peu avant le retour au domicile. L'unité prend l'allure d'un sas : pas encore dehors, comme encore plongée dans la vie d'avant bébé, mais pas non plus « dedans » (Missonnier, 2004) comme avant la naissance. Nos patientes ont accepté l'indication de venir à USAP. Pour la plupart, elles ont pu visiter notre unité en anténatal.

Ainsi, les craintes amenées par les mères de ce que la rencontre puisse être difficile, entravée, redoutée, vont, au moment même où le bébé demande à être nourri, porté, changé, soit se dissiper, soit prendre forme. Le miracle

de la naissance est là, le bébé est là, la mère a survécu, les mères, comme ailleurs, relatent maintes fois l'aventure de cette naissance comme pour en combattre la sidération, et le bébé tout à côté de sa mère entend, témoin par son corps présent de leur survie.

Les bébés soumis à un état de sidération maternelle trouvent des stratégies de survie, dans un ajustement continuel à ce qui est offert par le parent, chacun selon ses compétences. Nous observons à l'USAP des bébés qui au bout de quelques jours se tendent, d'autres peu consolables qui pleurent avec des cris aigus et stridents, d'autres qui se font oublier, d'autres très compétents, qui semblent aider leur mère à les rencontrer.

Lors de ces quelques jours nous faisons une photographie de ces bébés, rien n'est figé, et pourtant que pouvons-nous préfigurer de l'évolution du développement de ces bébés? Comme l'échelle de Brazelton qui pourrait être un instantané des compétences et parfois des fragilités d'un bébé, l'observation faite dans les jours qui suivent l'accouchement pourrait s'en rapprocher: nous pouvons repérer chez ces bébés les risques évolutifs, le coût parfois trop élevé pour un bébé confronté à une distorsion si précoce du lien.

Une photographie, pas prédictive, mais qui peut préfigurer des trajectoires : comme lorsque l'on regarde d'anciennes photos, on retrouve toujours des ressemblances, des signes précurseurs de ce qui est advenu ensuite.

Cela constitue un point important de notre projet : créer un dispositif qui permette une observation suffisamment fine de ces premières modalités d'accordage mère bébé, pour repérer les ressources et les fragilités tant du côté parent que du côté bébé, et proposer un soin immédiat, à ce stade précoce, qui pourrait permettre la rencontre mère bébé, père bébé, qui serait sinon entravée. C'est à partir de cette rencontre que les processus de « familialisation » (Carel, 2007) peuvent démarrer ou se poursuivre. Nous pouvons ensuite proposer une prise en charge plus ajustée aux besoins de la famille, et les accompagner de manière contenante vers l'équipe qui s'occupera de cette nouvelle famille.

L'accueil de la mère et du bébé, des vécus sidérants de l'un et parfois de l'autre, les accueillir alors qu'ils sont dans ce « vrac » psychique et corporel permet peut-être de les aider à retrouver un espace pour la pensée et pour la rêverie. Nous observons avec eux quelle distance chaque protagoniste de la dyade doit parcourir pour aller l'un vers l'autre. Et quelle place peuvent prendre le père ou les autres protagonistes de la constellation familiale.

Grâce à une DMS de dix jours, affolante pour une unité mère-bébé mais largement enviable à la maternité, nous allons observer les stratégies que chacun va déployer. Par l'observation et l'accompagnement « au fil de l'eau » de leurs interactions, par les médiations invitant à la rencontre et à la réflexivité, nous soutenons le fait que la mère puisse développer une attention à ce bébé, et qu'en appui identificatoire sur notre position

d'observateurs, elle pourra s'ajuster un peu mieux. Du côté du bébé, nous observons ses stratégies adaptatives. Si ces stratégies sont trop coûteuses, nous verrons des agrippements, une sollicitation prédominante de la musculature postérieure, des pleurs, des difficultés alimentaires... L'orientation et son urgence à la prise en charge dépendront de cette malléabilité maternelle et des compétences adaptatives de ce bébé. L'enjeu étant que la tendance ne devienne pas symptôme si on se réfère aux mots d'André Carel (2007).

VIGNETTES CLINIQUES

Un des objectifs de l'équipe est de favoriser la survenue d'un ou de plusieurs moments fondateurs de la rencontre mère-bébé. Lors de ces trois situations que nous allons citer, marquées toutes par une sidération, voire par un effroi, nous avons choisi de décrire les instants lors desquels une rencontre a pu se faire, rencontre avec l'équipe, puis avec le bébé, lorsqu'un sens commence à émerger. Une rencontre incarnée, c'est-à-dire une expérience à la fois sensorielle et émotionnelle fondatrice. L'effroi provoqué par le déni de grossesse, l'effroi devant son propre bébé qui bouge, la sidération qu'entraîne la naissance d'un bébé avec des pieds bots, pour des mamans que nous imaginons très peu portées elles-mêmes dans leur petite enfance.

Première vignette clinique

M^{me} A., 24 ans, célibataire, séparée de son compagnon suite à des violences conjugales. Elle a accouché d'un bébé de 3 600 g alors qu'elle venait consulter à l'hôpital pour des maux de ventre. Le déni de grossesse n'a été levé qu'aux urgences, quelques heures avant la naissance de son bébé suite à l'annonce de l'obstétricien de garde. Après les premières vingt-quatre heures en suites de naissance, dans un état de sidération, indécise entre l'accouchement sous X et la reconnaissance, M^{me} A. décide de garder son bébé ; elle accepte ensuite de voir le pédopsychiatre et son transfert vers l'USAP. Le temps de l'hospitalisation à l'USAP, deux semaines environ, semble avoir permis un temps comme de « gestation » qui a abouti à une autre naissance du bébé, une naissance aux yeux de la mère, une rencontre avec lui, et une première mise en sens qui a permis l'affiliation du bébé et une ébauche de mise en histoire.

Un des ateliers thérapeutiques proposés résume les processus qui se sont déployés sur plusieurs jours à l'USAP, prémices du chemin que cette mère et ce bébé devront ensuite encore parcourir.

Atelier « peau à peau en présence », décrit par l'infirmière puéricultrice.

Nous sommes à j7, les gestes de la maman restent assez mécaniques, avec peu d'affects exprimés et très peu de parole. La sidération se lève peu à peu, mais difficilement. En équipe, au staff du matin, l'indication est posée d'un « peau à peau en présence », pour atteindre la mère et le bébé par le sensoriel, ce sensoriel qui a tant manqué pendant la grossesse.

En binôme avec la sage-femme, nous installons nos tapis au sol avec des oreillers, le coussin d'allaitement et une couverture pour créer un environnement accueillant.

M^{me} A. nous rejoint dans la salle d'activité, s'allonge sur les tapis et enlève son tee-shirt pour être en peau à peau avec son enfant, sous la couverture, pour préserver son intimité. Avec la sage-femme nous nous positionnons chacune au bord des tapis, l'une dans l'observation de la mère et l'autre du bébé. À cet instant, lorsque bébé est contre sa mère, il est en éveil calme, la regarde, émet quelques sons comme pour attirer son attention. Au bout d'un temps, la maman commence à sourire et se met même à rire face aux grimaces et aux petits bruits émis par son enfant.

Bébé semble donc disponible pour agripper le sein de sa mère, il réussit du premier coup et est efficace dès le début de la tétée. Madame semble prendre conscience de la véritable existence de son enfant, comme impressionnée par le désir du bébé de téter son sein ; elle se laisse faire, puis l'aide, et nous avons l'impression pour la première fois qu'elle se laisse aller à son « rôle de mère ». Nous sommes restées dans l'observation au moment de cet apprivoisement mutuel. À la fin du soin, maman et bébé se sont assoupis comme pour exprimer un lâcher-prise après ce moment si riche en émotion. Tous deux se sont donc rendus disponibles à cette rencontre.

Par la suite, M^{me} A. a pu évoquer cet atelier lors d'un entretien, en mettant en avant le déclic et la prise de conscience de la véritable rencontre avec son petit garçon. Elle explique aussi qu'elle a choisi ce prénom en référence à son père décédé plusieurs mois auparavant qui portait ce prénom. M^{me} A. a parlé également de problèmes de stérilité de son frère, de sa gêne par rapport à lui et de son soulagement du fait qu'il ait pu être présent pour elle en fin de séjour à l'USAP. Cette reconnaissance sensorielle au moment du peau à peau semble avoir permis de mettre en mouvement sa pensée.

Ce bébé venu de nulle part, sans histoire, était finalement bien au centre de l'histoire familiale. La rencontre entre la maman et son bébé, rendue possible par l'accueil de ce chaos initial, par l'attention déployée par l'équipe tout entière, a permis l'émergence de la parole et un premier remaniement familial, nécessaire à l'intégration du nouveau venu.

Deuxième vignette clinique

M^{me} V. a eu une grossesse difficile : la perte de l'un des jumeaux au 3^e mois de grossesse puis l'annonce de pieds bots au 5^e mois. Il s'en est

suivi la difficile décision de continuer les explorations diagnostiques par l'amniocentèse ou d'accepter la part de doute jusqu'à la naissance, ce que le couple a finalement choisi. Un suivi pédopsychiatrique pour elle, à la maternité, s'est mis en place, centré sur la grossesse et peu sur l'histoire de madame, qui paraissait alors dans une grande solitude; elle attendait, figée, la naissance. Elle a accepté facilement la proposition d'un séjour à l'USAP, mais elle a été très difficile à porter par l'équipe, restant figée, peu habituée à être maternée et prise probablement dans des vécus sidérants. Finalement, l'expérience vécue au sein de l'unité semble avoir permis la remise en route d'une certaine rêverie. De son côté, sa fille, qui devait faire face à la fois aux plâtres et à la sidération parentale a montré rapidement des signes de mal-être, se tendant et montrant une hypertonie postérieure. Le soin initié dans notre unité s'est poursuivi après la sortie dans une unité ambulatoire de soin pour bébé.

Observations de la sage-femme

L'état somatique de madame est toujours peu stable, avec une multiplication de complications diverses : anémie, périnée compliqué complet, désunion, infection au streptocoque A... Malgré la bonne prise en charge médicale et le retour à la normale de son état clinique, madame se mobilise très peu, reste au fond de son lit, demande beaucoup d'aide, met en avant une fatigue terrassante. À j15, les discussions au staff clinique du matin sur l'ampleur de l'écart entre l'état clinique « attendu » et son incapacité à se mobiliser physiquement et psychiquement aiguillent l'équipe sur les ateliers à proposer. Parmi d'autres, un atelier portage, en présence de la psychomotricienne et de la sage-femme, en double regard, permettra une mise en mouvement dans la réalité, avec quelques pas de danse avec sa fille en écharpe de portage, et une ouverture à la parole et à la tristesse parlée. Madame pourra en effet évoquer sa passion pour la danse et son incapacité à se projeter avec un bébé aux jambes plâtrées. La crainte d'une répétition à l'identique de ses relations distantes avec sa propre mère avec laquelle elle avait si peu partagé de choses, s'était en partie cristallisée autour de la pathologie de sa fille. L'attention portée par l'équipe au corps de la mère, l'accueil de cette partie figée semblent avoir permis une rencontre entre la mère et le bébé.

Troisième vignette clinique

M^{me} J. était enceinte de 22 semaines après trois fausses couches et beaucoup d'anxiété ayant fait l'objet de plusieurs indications de suivi psychiatrique qu'elle avait jusqu'ici refusées. Elle était secrétaire, et son mari travaillait dans le BTP; elle arrivait en consultation avec une liste de questions précises issues de lectures sur la grossesse et la maternité, qu'elle compulsait anxieusement. Très scolaire, le travail est pour elle rassurant et

elle attendra le début de son congé maternité pour accepter de venir en consultation de façon régulière.

Une métrorragie du troisième trimestre fera l'objet d'une courte surveillance en grossesse pathologique et permettra d'explorer ses ressources familiales qui sont spartiates. Elle est fille unique d'un couple formé par une mère dépressive non soignée, très peu rassurante, qui n'imagine lors de ce séjour qu'une issue défavorable à cette grossesse. Son père souffre de la maladie de Parkinson. La patiente répondra à son angoisse par l'organisation dès l'anténatal de la prise en charge assistante maternelle de son futur fils et la programmation de rendez-vous chez le pédiatre.

Cela ouvrira la porte à la PMI ainsi qu'au soin psychiatrique et madame s'autorisera à mettre sa mère à distance relative. Mais elle refusera dans un premier temps la proposition d'USAP craignant une trop forte dépendance sans laquelle elle ne pourrait se débrouiller. L'équipe s'inquiète de l'aspect très verrouillé, dans la maîtrise intellectuelle de la patiente au point que l'accouchement par voie basse paraît impossible. La naissance se fera par césarienne et Julien arrivera ainsi. C'est l'idée d'avoir le choix de venir sans obligation qui la décide à accepter le séjour à l'USAP.

Observations de la psychomotricienne

Scène du premier bain, à j1.

Lorsque nous entrons dans la chambre, madame se tient assise sur son lit sans bouger. Cette femme paraît non seulement beaucoup plus vieille que son âge mais elle nous semble même venir d'une autre époque.

Ses mains jointes sur son ventre rassemblent son corps raide et frêle. Derrière des lunettes trop grandes pour son visage fin et anguleux, s'anime un regard inquiet dans notre direction : « C'est pour m'apprendre le bain ? »

Je cherche bébé dans la pièce... Installé dos au lit de sa mère, entre la table d'appoint et le fauteuil, Julien émet quelques sons dans son berceau.

La série logorrhéique des questions éducatives de madame nous accapare et fait écran à la possibilité d'aborder, voire d'approcher, bébé.

Nous invitons madame à déshabiller bébé. Madame joint de nouveau ses mains et se tourne vers nous, le sourire grimaçant, pour nous signifier sa peur d'approcher son bébé. Ma collègue guide les gestes de madame. Bébé, jusque-là très calme, se met à bouger brusquement à l'ouverture des boutons pression de sa grenouillère. Madame bondit un mètre en arrière dans un cri aigu.

Sidérée, effrayée et sans voix qualifient l'état de chacune de nous trois, quand bien même le motif de l'effroi n'est pas le même! Les pensées se bousculent : être présente à bébé qui s'est mis à pleurer, être disponible à madame qui semble tellement apeurée, essayer d'accueillir sans comprendre.

Trouver le regard de la collègue fait alors point d'appui pour chacune afin de poursuivre, revenir à madame et bébé. De manière implicite, ma collègue se tourne vers madame et je vais auprès de bébé. Les mots ne viennent pas mais je remarque que nos gestes les apaisent.

La suite du bain se déroulera avec cette tonalité d'angoisse crescendo au fur et à mesure qu'il s'agira d'être dans les soins au corps de bébé. Bébé se désorganise de plus en plus jusqu'à l'apogée des cris lorsque sa mère le met dans l'eau. Madame tremble beaucoup, sa voix traduit sa peur de le lâcher. J'accompagne ses gestes en me plaçant derrière elle. J'ai du mal à m'ajuster à la raideur de son corps qui semble ne pas vouloir danser avec le mien dans ce bain à quatre mains. Ma collègue fait part de son association avec le piano. Madame dit qu'elle en joue, son dos s'adosse un peu contre mon buste. Le tonus de ses bras m'autorise progressivement à bercer bébé avec les mains de sa maman.

À la fin du bain, bébé s'endort épuisé, une fois au chaud dans ses vêtements propres. Madame est éprouvée elle aussi, les questions ont fait place au silence qu'elle paraît recevoir en elle quelques minutes. Elle regarde avec nous son bébé endormi dans son berceau.

Les soins continuent, les temps de discussion en équipe nous occupent beaucoup autour de cette situation par rapport au vécu de sidération qu'elle provoque. Sidération qui clive parfois l'équipe entre soutien au bébé et soutien à la maman, empathie pour le bébé et colère envers la mère.

Lors des entretiens avec la patiente, les échanges deviennent plus associatifs et le paysage de ses propres liens précoces se dessine peu à peu. Madame fait le constat douloureux et émouvant auprès du médecin d'un manque d'étayage maternel important avec la représentation d'une mère froide et surtout très peu présente psychiquement.

Au détour des différents soins choisis et proposés dans l'unité, l'équipe observe que M^{me} J. se transforme, détache ses cheveux bruns, son teint rosit... La temporalité de son apparence est aussi de plus en plus ajustée. Sa motricité devient moins ralentie et figée, quelque chose s'incarne...

Au vu des difficultés lors du bain, tant pour madame que pour Julien, l'équipe réfléchit à transformer ce dispositif pour soutenir l'assurance des gestes de madame et les points d'appui de bébé afin de favoriser leur disponibilité réciproque. Un « bain allongé » (dispositif thérapeutique développé à l'USAP) est proposé, en présence de la psychomotricienne et de la puéricultrice.

Madame rentre dans la pièce, souriante. Elle est fière de nous montrer « ses progrès », dit-elle, pour rajouter ensuite, le regard agrippé au nôtre, que « les pleurs de Julien continuent de la paniquer ».

En effet, une fois dans l'eau, les pleurs de Julien la désorganisent et madame se met à distance de la baignoire.

Je suis en train de tenir Julien en appui, le corps entièrement allongé dans l'eau. Je me mets à chanter « les petits poissons », bébé se calme. Ma collègue près de madame l'invite par un geste à se rapprocher. Je suis toujours en train de chanter, mon regard sur Julien qui se détend dans l'eau au rythme de la berceuse et des mouvements que j'induis de son corps qui flotte maintenant entre mes mains. Ma collègue observe madame. Madame regarde son bébé. Ma collègue fredonne l'air de la chanson. Madame chuchote à ma collègue que Julien « a l'air bien ». Le temps se suspend quelques minutes...

Madame gardera ce rythme lent et attentif à la sortie de l'eau et le rhabillage. Elle paraît avoir été bercée elle aussi.

CONCLUSION

De la figure effrayante de son bébé au dehors d'elle, y aurait-il un éprouvé de faire sien cet autre qui commencerait à pouvoir germer en les accompagnant tous les deux, ces mères et ces bébés, dans ce temps entre dedans et dehors qui est propre au séjour à la maternité ?

Dans ce post-couches immédiat, l'accueil de cet inorganisé, ce « vrac corporel et émotionnel » dans un partage d'éprouvés d'abord indifférencié permet une attention dégagée du vouloir comprendre. L'élaboration, la mise en histoire viennent après ; le partage entre professionnels de la même équipe, le travail d'élaboration qui suit permettent une transformation progressive de tous les acteurs en présence pour aboutir à une ébauche de mise en histoire, socle de ce qui pourra se tisser ensuite.

BIBLIOGRAPHIE

CAREL, A. 2007. « Travail de nativité et métamorphoses de la temporalité », dans A. Ciccone, D. Mellier, *Le bébé et le temps*, Paris, Dunod.

FREUD, S. 1926. « Inhibition, symptôme et angoisse », tr. fr., dans Œuvres complètes, Psychanalyse, tome XVII, Paris, Puf, 2002.

MISSONNIER, S. 2004. « L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel », dans S. Missonnier, B. Golse, M. Soulé (sous la direction de), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, Puf.

Équipe unité parents-bébé de Montfavet-Avignon

Sur les chemins de la rencontre

« À plusieurs voix, partageons la façon dont le "village UPB" accompagne et enveloppe la rencontre d'un bébé et de ses parents. À travers quelques récits, au gré d'une journée, en hôpital de jour, au rythme de chacun... Et si on inversait les choses! Il faut parfois un bébé attentionné pour qu'un adulte devienne un parent attentif... »

L'équipe soignante de l'unité parents-bébé du centre hospitalier de Montfavet met en scène sa réunion clinique, joue son attention conjointe.

LES PERSONNAGES

La scène se passe dans la salle du cubiculaire du palais des Papes. L'équipe est rassemblée autour d'une table pour sa réunion clinique.

LES ACCESSOIRES

Une chaîne stéréo, un xylophone, un *paperboard*, une table et des chaises.

CAMILLE ET SA MÈRE ANNA

Personnages Nathalie Aroca, puéricultrice Marina Douzon-Bernal, ancien médecin de l'unité Stéphanie Escriva, assistante médico-administrative Christian Kergosien, cadre socio-éducatif Aude Lefèvre, psychologue clinicienne Trine Saupic, infirmière

Première réunion de synthèse : Camille âgée de 3 mois – Depuis un mois dans l'unité

TRINE: J'aimerais bien qu'on parle de Camille et de sa mère Anna aujourd'hui. Je suis envahie par le discours de cette mère où tout est question d'organisation et de logistique. Anna me dit qu'elle aime « tout maîtriser », et que la venue de Camille ne lui permet plus de gérer sa vie de couple et de jeune femme comme avant.

NATHALIE : Une fois elle a même dit que Camille lui a coupé les ailes. J'ai trouvé ça très fort comme paroles.

AUDE : Les ailes de la liberté ?

TRINE : Oui. Elle se sent très seule et désemparée face à ce bébé qui pleure et qui ne prend pas correctement le sein.

AUDE : Elle nous montre à quel point elle se sent dérangée et embarrassée avec ce bébé qui empiète trop sa vie, qui l'empiète trop.

TRINE : Tiens, ça me fait penser... Elle qui est passionnée d'équitation, en rentrant de promenade l'autre jour, elle a comparé son bébé avec son cheval, en disant qu'elle était capable de maîtriser un cheval de plusieurs centaines de kilos et pas un bébé de quelques centaines de grammes!

Éclats de rire général!

NATHALIE: C'est énorme ça!

MARINA: Et qu'est-ce que t'as ressenti, Trine, à ce moment-là?

TRINE : Beaucoup de violence et d'agacement !

AUDE : Anna se sent persécutée par sa fille. Tu te rappelles, Trine ? L'autre jour Camille dormait et sa mère est venue seule en psychothérapie. Et tu es arrivée avec Camille dix minutes plus tard en disant qu'elle était réveillée et qu'elle ne montrait plus de signes de fatigue. Je te dis pas la tête de cette mère à ce moment-là ! [Pause] Il faut que je lui prête beaucoup d'attention à cette mère, elle est avide d'échanges, c'est comme si je la nourrissais ; en la recevant deux fois par semaine, j'ai l'impression qu'elle vient téter deux fois.

NATHALIE : C'est comme si elle avait besoin d'être nourrie pour nourrir sa fille...

AUDE : Je ne sais pas mais pour l'instant elle a besoin que je la nourrisse.

TRINE : Et d'ailleurs elle me dit que Camille fait exprès d'avoir faim ou de ne pas avoir sommeil pour rester avec elle lors des entretiens avec toi!

AUDE : Tu te rends compte, tu dis que Camille fait exprès d'avoir faim alors qu'elle ne peut pas la nourrir avec son lait !

TRINE : Et en même temps elle passe beaucoup de temps et d'énergie à tirer son lait pour le donner au lactarium ! Et elle donne son lait congelé à sa fille.

NATHALIE : Pourquoi ? La tétée au sein n'est pas possible ?

TRINE: Non impossible, il a fallu que j'intervienne pour arrêter les tétées au sein et passer au biberon. C'était insupportable! Elle lui donnait la tétée en déambulant dans l'unité, avec sa fille plaquée au sein pour faire taire ses pleurs, et l'obliger à prendre le sein. Camille ne pouvait pas téter, je me demande même comment elle pouvait respirer, elle se tordait, se débattait, s'arc-boutait dans les bras de sa mère, en poussant de petits cris. Et là j'ai dit stop!

MARINA: Cette lutte c'est ce qu'elle vit depuis sa naissance, ça évoque l'image de pugilat entre sa mère et ce bébé qui m'était venue lors de la première consultation en entendant le récit de cette mère centrée sur sa souffrance frustrée de ne pas arriver à nourrir son bébé au sein. Son projet et sa volonté étaient d'allaiter à tout prix, et la mise au sein était si difficile que, rappelez-vous, c'est ce qui avait amené son bébé à être hospitalisé à deux reprises dans ses deux premiers mois pour stagnation pondérale. Et devant l'absence d'une étiologie somatique, le service de néonat avait pensé à un trouble du lien et nous les avait adressées.

Silence...

MARINA : Alors comment soutenir Camille et sa mère pour les aider à sortir de cette lutte ?

AUDE : Si elle met tant d'énergie pour donner son lait au lactarium, c'est que c'est important pour elle, je fais l'hypothèse que cela lui fait du bien de penser qu'elle nourrit plein de bébés, des bébés imaginaires. Cela soigne son idéal de mère et pour l'instant on en est là!

C'est sa façon de poursuivre cette grossesse idéalisée et de se débattre avec ses idéaux de mère. C'est comme si le problème ne venait pas d'elle mais de Camille.

TRINE : Elle se sent encore enceinte, elle dit avoir le sentiment de ne pas avoir encore accouché, et que Camille n'est pas encore née.

NATHALIE: Et pourtant elle en fait du bruit!

MARINA : Alors on parle beaucoup de la mère, mais comment ça se passe pour Camille ?

TRINE : C'est un bébé hypervigilant, avec des troubles importants du sommeil ; elle dort de petits moments, elle est très difficile à endormir, c'est comme si elle luttait.

NATHALIE : C'est un bébé avec un tout petit visage, sérieux et fermé, aux sourcils froncés et difficile à rencontrer. Un bébé très triste!

TRINE : Oui très, très triste ! Elle s'enferme dans des pleurs, l'endormissement est une lutte, elle transpire, elle bouge, elle pleure, elle n'arrive pas à lâcher.

MARINA: Et avec toi Trine, comment ça se passe? Est-ce que tu peux la rencontrer? Est-ce que tu arrives à la trouver?

TRINE: Oui, mais c'est très difficile, il faut aller la chercher, c'est une petite fille qui se bat, qui s'accroche à ce qu'elle peut. L'autre jour elle s'accroche à ma chaîne; puis elle me repousse, c'est violent; mais quand même au bout d'un moment elle accepte de se lover dans mas bras, comme un tout petit bébé, et elle peut s'apaiser.

NATHALIE : C'est comme s'il y avait de la rivalité entre elles.

TRINE : Elle dit que Camille sourit à tout le monde sauf à elle.

AUDE : C'est trop conflictuel, il y a un rapport de force, de la tension.

CHŒUR, CHRISTIAN: Comment passer de toute cette tension à de l'attention? Comment soutenir Camille et la rendre aimable aux yeux de sa mère? La faire naître, la rendre gratifiante? Comment les faire se rencontrer autrement?

L'équipe choisit d'arrêter le soin berceuses qui est dyadique car il nous semble qu'il faut s'occuper de chacune d'elles... Il nous apparaît nécessaire de proposer des soins qui les séparent, des massages pour la mère, des temps privilégiés de portage et de jeux pour Camille avec Trine sa référente, et la formalisation d'un temps de psychothérapie individuelle pour la mère et d'un autre temps dans la semaine pour la dyade.

Deuxième réunion : Camille a 7 mois - Depuis cinq mois dans l'unité

MARINA : Alors, on en est où avec Camille et sa mère ?

TRINE : Camille pleure beaucoup moins, elle peut jouer tranquillement, elle est très attirée par les autres bébés, elle sourit, elle s'éclaire.

NATHALIE: Oui elle devient jolie! Son regard est plus expressif.

AUDE: Et elle devient malicieuse.

TRINE : Elle a pris du poids, mais elle a toujours un côté exigeant, elle continue à décider de ce qu'elle mange. À midi elle a préféré les salsifis de l'hôpital à la purée bio de sa mère!

MARINA: Et comment sa mère a supporté ça?

TRINE : Elle a pris sur elle mais elle la respecte, elle laisse faire, mais elle reste toujours inquiète pour son poids !

AUDE : Elle se sent de moins en moins attaquée par Camille. J'ai le sentiment que c'est parce qu'elle fait un lien avec l'éducation très rigide qu'elle a reçue, et elle repère maintenant son profond ressentiment envers sa propre mère qui ne l'a pas nourrie d'affection, pas comprise, voire rejetée.

TRINE : Comme elle s'est aussi sentie rejetée par sa fille.

AUDE : Camille est encore un peu prise dans cette fantasmatique maternelle... mais ça avance !

MARINA: Et en dehors du repas, comment ça se passe entre elles deux?

TRINE : Camille va davantage vers sa mère, la relation est moins tyrannique, elle réussit à surprendre sa mère et à la faire sourire.

NATHALIE: Ah oui, comment?

TRINE : Eh bien elle est agile, fine, performante, elle surprend sa mère par ses capacités. Elle va même chercher du réconfort dans ses bras !

NATHALIE : J'associe avec le réconfort que sa mère trouve aussi dans le massage, où elle se montre toute petite fille, avec une petite voix, toute timide. Elle reçoit le massage comme un maternage.

TRINE : On voit au moment des retrouvailles, après le soin massage, comment Anna guette, observe, est attentive à la réaction de sa fille envers elle.

AUDE: Ah oui?

TRINE : Oui, Camille lui jette des petits regards de côté avec un petit sourire coquin. Elle répond à son attente, elle est attentive au retour de sa mère et de façon attentionnée elle manifeste sa joie de la retrouver, et quand sa mère la prend dans ses bras, Camille peut maintenant se lover contre elle.

Yassin et sa mère Jasmine

Personnages
Nathalie Aroca, puéricultrice
Nada Benjaber, éducatrice spécialisée
Stéphanie Escriva, assistante médico-administrative
Fanny Knipping, assistante de service social
Françoise Lévèque, infirmière
Ève Lumbroso, pédopsychiatre
Caroline Monin-Civalleri, psychologue clinicienne
Jeanne-Élisabeth Prévot, psychomotricienne

Premier temps

La psychologue et la référente se croisent dans le couloir et conviennent de parler de Yassin.

NADA: Il faut qu'on parle de Yassin, je n'arrive plus à capter son regard.

CAROLINE : C'est vrai qu'il me semble à moi aussi particulièrement figé. On l'inscrit à la réunion clinique de ce soir.

CHŒUR, FRANÇOISE: Nous rencontrons M^{me} N. (Jasmine) et Yassin, il a alors 6 semaines. Yassin est un enfant caché, un bébé de la honte conçu hors mariage. Yassin dans le ventre de sa mère était déjà caché. Caché de la mère elle-même. Déni de grossesse. Une fois la grossesse découverte, à plus de 7 mois, la famille de madame l'exile au Maghreb, on l'envoie loin des regards. Là où la faute a été commise. Elle est séquestrée sur le lieu même du crime. Puis elle s'enfuit, aidée par le père de son enfant, et trouve refuge dans un centre maternel en France. Elle accouche peu de temps après.

ÈVE: Autant Yassin nous a paru être un bébé au départ éveillé, autant il nous donne à présent l'impression de s'éteindre. Il est passif. Comme s'il ne pouvait dire non. Il se conforme à ce que lui donne sa mère en termes de nourrissage affectif comme alimentaire. On a affaire là à un gros poupon inerte, oppressé. Avec ses yeux noirs immenses qui ne s'animent pas. Pourtant la relation est tendre, peut-être trop?

FANNY: Elle le dévore de bisous.

NADA: Oui. Le premier mois de la prise en charge je trouvais qu'il s'intéressait beaucoup, qu'il était bien éveillé. Mais depuis quelques semaines j'ai l'impression de passer la journée avec un bébé qui évite le regard, se réfugie dans le sommeil, ne sourit plus. Et quand il ne dort pas, il pleure et reste inconsolable.

CAROLINE : Je trouve aussi en séance qu'il est particulièrement figé. Mais bon... tu as vu comme il est gros, il est comme momifié dans son surpoids. Il vomit à chaque rendez-vous.

NADA: Non, il ne vomit pas, tu exagères, il rejette un peu de trop-plein. J'ai vu avec elle les rythmes et les quantités. Je sais, elle lui donne trop de biberons. C'est sa façon de répondre à ses pleurs et j'essaie de travailler avec elle les autres réponses possibles. Mais tu as raison il bouge très peu, il dort énormément, pas moyen de le voir sur le tapis de la salle d'éveil.

FANNY: Yassin a 5 mois et fait déjà quatre fois son poids de naissance, alors que la plupart des bébés le doublent seulement. C'est inquiétant. Il vomit ou régurgite et elle aussi se fait vomir. On voit bien dans l'unité. Elle se lève et disparaît au milieu du déjeuner.

CAROLINE: Il est comme un double d'elle-même. Il est noyé dans la problématique maternelle. Mère et fils sont en miroir, il ne faut pas que ça manque et pourtant ça déborde. Elle aussi est obèse. Et ce depuis longtemps. Elle a été opérée deux fois dans le cadre d'une chirurgie de l'obésité morbide, anneau puis réduction. En ça Yassin et elle s'inscrivent dans la filiation vu que toute la famille est obèse. Les chiens ne font pas des chats. Son père à elle est pâtissier, elle passe son temps à nourrir l'équipe! Elle court tellement après sa réintégration familiale.

NATHALIE : En plus ils pourraient arriver à l'aise en jogging, mais non, ils sont complètement engoncés dans leurs vêtements.

JEANNE-ÉLISABETH: Les vêtements c'est aussi un contenant, une deuxième peau. C'est une façon d'éprouver les limites du corps, une façon de lutter contre le sentiment de dilution corporelle. Un jean serré donnera toujours plus de contenance qu'un jogging qui flotte.

FANNY: Pour le moins ils se font beaux quand ils viennent dans l'unité. Madame très maquillée, endimanchée, Yassin habillé comme un petit homme, chemise, cravate.

NADA: Mais moi j'ai qu'une envie : le déshabiller ce bébé. Ça me soulage de le dégrafer au premier change du matin. Mais lui ne réagit pas, ne bouge pas plus.

NATHALIE: Elle était habillée d'un simple pull ce matin, qui lui couvrait à peine les fesses. Un pousse au crime. C'est vraiment étrange, comme si elle n'avait pas de rapport avec son image ce jour-là. Je me suis sentie pousser l'envie de lui dire qu'elle ne pouvait pas sortir comme ça, comme le ferait une mère.

CAROLINE : Mais je me demande sur quel registre elle est en s'habillant comme cela. Est-ce vraiment une posture de séduction ? Est-ce que ce n'est pas plutôt une tentative de colmatage narcissique ?

JEANNE-ÉLISABETH : L'image du corps c'est ce qui se construit dans l'œil de l'autre.

ÈVE : Mais comment prendre soin de ces deux corps tellement ligotés l'un à l'autre, oppressés dans leurs vêtements alors qu'ils sont si peu contenus, ni psychiquement ni corporellement ?

JEANNE-ÉLISABETH : En fait, il n'y a ni contenance ni portage au sens de Winnicott.

NATHALIE: Et si on proposait un soin piscine? Ça permettrait de les porter dans le même bain. De travailler « comment être ensemble ». En les mettant tous les deux dans la piscine ils pourraient faire l'expérience d'être ensemble autrement, ensemble mais deux, différenciés.

CHŒUR, FRANÇOISE: « L'eau nous porte, l'eau nous berce, l'eau nous rend notre mère », Gaston Bachelard.

Deuxième temps

CHŒUR, FRANÇOISE: Aux 5 mois de l'enfant elle ne s'en sort plus. Alors qu'au départ elle était en centre maternel, elle se retrouve seule dans un appartement avec Yassin. On échange sur comment solliciter les partenaires sociaux. Elle est déprimée et mange tout le temps. Yassin pleure beaucoup. La souffrance se manifeste. Il est hypervigilant. Elle-même parle d'un placement de son enfant. Tous deux continuent de grossir. « C'est trop! »

NADA et CAROLINE : Il faut qu'on parle de Yassin.

NADA: Elle ne le supporte plus et ne supporte plus sa solitude, son isolement. Elle est dans l'attente d'un signe de sa mère. Elle s'imagine parfois que sa famille prépare son retour. Elle attend leur pardon, leur bénédiction.

FANNY: Alors qu'en réalité ils n'en font rien.

NATHALIE : On les sent vraiment seuls. C'est vrai qu'on aurait très envie de les mettre à nouveau dans un centre maternel.

CAROLINE : Ils passent le début de la nuit à parler sur Skype avec le père, resté au pays. Lui aussi elle l'attend. Et pour se consoler ils passent le reste de la nuit à se faire des goûters.

NADA : D'ailleurs, pour faire réagir sa mère elle lui a même dit qu'on risquait de lui enlever son fils. Et ça a été efficace, la mère est arrivée le lendemain.

CAROLINE : Mais sa mère ne semble pas fiable.

NATHALIE : Pourquoi ?

NADA: Elle ne peut pas s'opposer à son mari, au poids de la culture! Elle ne peut ni accepter sa fille qui a fauté ni accepter que son petit-fils soit placé.

NATHALIE : Elle est très ambivalente. Elle a fait l'aller-retour dans la journée et depuis plus de nouvelle.

CHŒUR, FRANÇOISE: À défaut de la contenance du village familial, l'équipe tente de les accompagner dans le trouvé-créé d'une colonne vertébrale. Installer son soi dans un corps bordé. Habiter son corps.

ÈVE : J'ai fait la prescription du soin piscine et j'ai demandé à notre psychomotricienne de les recevoir pour nous aider à penser.

JEANNE-ÉLISABETH : J'ai rencontré ce bébé deux fois en séance de psychomotricité.

NATHALIE : Ah oui ! Elle voulait que Yassin ait des séances de psychomotricité pour maigrir.

JEANNE-ÉLISABETH : Ce n'est pas comme ça qu'elle me l'a présenté! Elle était inquiète que son bébé soit souvent arc-bouté. J'ai trouvé un bébé sur le dos, figé, en flexion des quatre membres. Il a une respiration rapide. Il me fait l'effet de n'être pas tranquille.

Je lui propose des contacts prolongés (mimes) sur tout le corps pour qu'il puisse éprouver la continuité corporelle, et cela lui permet d'abaisser son tonus et son seuil de vigilance, alors il peut me regarder et il accepte que je le manipule.

Sa maman m'a dit qu'elle n'osait pas le retourner sur le ventre de peur qu'il ne s'étouffe. Elle est quand même attentive au développement de son fils : elle se demande et elle me demande si c'est normal qu'à 5 mois Yassin ne soit pas capable de se mettre tout seul à plat ventre.

FANNY : Elle a lu des bouquins.

CHŒUR, FRANÇOISE: Peu de temps après Yassin se tourne du dos sur le ventre. Il attrape les objets, il les porte à la bouche. Il babille en réponse à sa mère. L'appui sur un adulte/des adultes attentionné(s) fait émerger chez la dyade l'attention réciproque. La référente offre d'autres temps pour un autre mode de relation.

Troisième temps

NADA ET CAROLINE: Il faut qu'on parle de Yassin.

CHŒUR, FRANÇOISE: Cinq mois ont passé. Depuis, Yassin est allé en crèche. Alors il a commencé à manquer à sa mère. Elle s'est mise à penser à lui. Enfin il n'est plus un prolongement d'elle-même. Et surtout son père est arrivé.

NADA: Depuis la crèche, et encore plus depuis l'arrivée de son père, je trouve que quelque chose a changé. Il me reconnaît. Avant j'avais l'impression d'être interchangeable et maintenant il me montre son attachement.

ÈVE: Et entre eux?

NADA: Ça me semble plus authentique entre eux. Mais bon, encore tout à l'heure, elle essayait de l'endormir avec le portable à fond sur les comptines de YouTube. Je lui ai suggéré de chanter. Et à la maison elle l'endort toujours au biberon.

CAROLINE : En séance elle chante tout le répertoire Disney.

NATHALIE : Elle se berce elle-même ?

CAROLINE : J'ai parfois l'impression qu'elle chante pour que je l'écoute. Elle me regarde la regarder chanter. Elle attend mon approbation. L'une de mes filles alors qu'elle devait avoir 3 ans m'a dit un jour : « Alors maman moi je chante et toi tu me regardes et tu souris. » Elle me rappelle ce souvenir. Une attente de reconnaissance d'elle-même.

NADA: Et de ses compétences maternelles.

JEANNE-ÉLISABETH: En matière de compétences je trouve Yassin, en cinq mois, transformé. Il fait son quatre pattes, il maîtrise même la marche arrière. Il se met debout tout seul. Il se met à jouer avec moi, il est même initiateur du jeu. Il dit plein de mots nouveaux. Mais il régurgite de plus en plus en séance.

CAROLINE : C'est la même chose en séance avec moi, les régurgitations sont là à chaque fois.

NATHALIE : Et le père ?

JEANNE-ÉLISABETH: Il va falloir qu'ils s'apprivoisent. Elle est un peu désorientée. Comme elle a appris et continue d'apprendre à être mère, elle va devoir apprendre à être femme, à être la femme de ce mari pour une part inconnu. Mais je suis d'accord, Yassin a plaisir à être en relation et dans un jeu partagé. C'est très agréable. Bon, c'est vrai, les régurgitations persistent et ils sont à présent trois à manger en grande quantité.

ÈVE: Trois? Il y en aurait un de trop?

NADA: Non, ils vont s'ajuster.

NATHALIE : Elle préfère quand même pour le moment dormir avec son fils plutôt qu'avec son mari.

NADA: J'ai pris Ketty sur mes genoux tout à l'heure parce qu'elle pleurait, sa mère avait quitté la pièce. Yassin n'a pas supporté, il s'est mis à hurler. Il voulait prendre sa place et être sur mes genoux.

CAROLINE : Envie ? Jalousie ? Duel ou triangulaire ?

ÈVE : Il semble vouloir l'exclusivité.

NADA: Peut-être que Yassin ressent l'ambivalence de sa maman envers le papa. Elle voit qu'il a du mal à s'intégrer en France et cela la met de plus en plus en colère. Yassin au milieu de tout cela ne s'en sort pas trop mal pour le moment. Il se développe bien et la crèche lui permet de poursuivre son individualisation (son petit bonhomme de chemin ?).

ÈVE: Oui, en revanche ce qui ne cède pas, ce sont ses régurgitations qui s'entremêlent avec les vomissements de sa maman. Désormais, elle peut faire le lien entre les deux. Et elle a pu nous avouer toute la dimension souffrante et pathologique de son lien avec la nourriture. Elle est prête à envisager des soins spécifiques. C'est quand même incroyable le chemin qu'elle a pu faire depuis qu'on la connaît! Elle est actrice de ses soins maintenant. Elle n'est plus victime de sa famille. Mais il faudra qu'on reparle de Yassin.

CHŒUR, FRANÇOISE: Au début de la prise en charge, l'enfant a du mal à émerger en tant que personne (dyade indifférenciée?). Puis peu à peu il apparaît et l'attachement se fait. Enfin le père arrive, tant attendu. Y aura-t-il de la place pour tous?

JULES ET SES PARENTS

Personnages

Lucie Charial, psychologue clinicienne Claudine Duclos, infirmière Stéphanie Escriva, assistante médico-administrative Christian Kergosien, cadre socio-éducatif Aude Lefèvre, psychologue clinicienne Ève Lumbroso, pédopsychiatre Jeanne-Élisabeth Prévot, psychomotricienne Isabelle Sbricci, infirmière CHŒUR, CHRISTIAN: Jules est un bébé qui a été désiré par ses parents. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problème particulier. Au retour à la maison, très rapidement la situation se dégrade, malgré un papa présent et soutenant. La maman de Jules décompense.

Après plusieurs nuits blanches, des troubles obsessionnels apparaissent avec des angoisses majeures dont la peur de faire tomber Jules ou de lui faire mal.

Sept jours après la naissance de Jules, sa mère fait une crise clastique. Elle frappe, se débat, et son délire est dirigé essentiellement sur le fait qu'elle a peur de tuer son bébé. Elle est hospitalisée à la demande d'un tiers. Le diagnostic de psychose puerpérale tombe très rapidement et le psychiatre nous sollicite afin de mettre en place une prise en charge pour cette maman et son bébé, connaissant toute l'importance de soutenir ces liens précoces (mère-bébé).

Au cours de l'hospitalisation de madame, nous proposons dans l'unité parents-bébé, des temps de soutien à la relation mère-bébé en présence du papa, au rythme soutenu de trois fois par semaine.

Silence.

Première réunion clinique, Jules a 1 mois

AUDE (rendez-vous avec le père): J'ai une trace bouleversante du premier entretien en psychothérapie avec Jules et son père. Ce qui me reste, ce sont ces deux paires d'yeux écarquillés qui me fixaient. Les deux yeux du père et les deux yeux de Jules. Ils avaient les mêmes yeux, des yeux très ronds, très vifs et très fixes. Des yeux sidérés, comme habités d'effroi. C'était tellement traversant que la nuit qui a suivi cet entretien, j'ai même fait un cauchemar dans lequel il y avait des yeux partout!

Le père de Jules éprouve une grande culpabilité pour avoir mis trop de temps à mesurer que la situation était si grave. Et quand il l'a compris, il ne pouvait plus appeler les secours, car s'il le faisait, cela aurait pu mettre davantage en danger sa femme ou leur bébé, car elle cassait, tapait, et jetait tout.

ÈVE : Cette famille a dû vraiment vivre un drame.

AUDE : Il était dans l'incapacité de quitter la pièce car s'il lâchait sa femme ou son bébé, il y avait danger de mort pour l'un et pour l'autre. Sa femme a fini par sortir de la maison pieds nus et a hurlé dehors. Ce sont les voisins qui ont appelé la police. Ce papa a beaucoup eu besoin de raconter et de pleurer cette « nuit de l'enfer », ce sont ses mots. C'était effrayant! Ce qui a aussi fait trauma, ce sont ces trop longues heures et journées où sa femme était hospitalisée en psychiatrie. Il ne pouvait ni la voir ni communiquer directement avec elle.

CLAUDINE : Pendant combien de temps cet homme n'a pas pu voir sa femme ?

ISABELLE : Cela a duré sept jours.

AUDE: Oui, sept jours, sept nuits et cela a été bien plus pour lui. Petit à petit, on a pu reprendre avec Jules cette trop grande peur qu'il a eue avec son père. On a reparlé de cette crise, de la maladie de sa maman, mais de façon un peu plus tranquille, décalée, un peu détoxiquée.

ISABELLE: De mon côté, j'ai besoin de vous parler des temps de rencontres entre Jules et de ses parents. Cela fait quinze jours que la prise en charge a débuté, ils viennent trois fois par semaine et le temps des séances varie selon l'état de la maman, environ quinze minutes. Jules a 1 mois. C'est un bébé calme, parfois il dort dans son cosy, il a encore cette position fœtale avec sa tête tombant sur son épaule. Sa mère est peu expressive, son regard est fixe, ses gestes sont ralentis, mécaniques, saccadés. Elle a du mal à se mouvoir. Ses pieds sont couverts de bandages. Elle a fait une phlébite, puis des escarres se sont formées. Du coup, c'est avec soin que je l'installe, confortablement, sur le tapis d'éveil, entourée de coussins.

CLAUDINE : C'est à cause du traitement ces ralentissements ?

ISABELLE : Oui, elle est tassée. Elle écourte parfois la séance en mettant en avant cette fatigue. En revanche, elle a toujours cet élan de prendre Jules dans ses bras, mais très vite il est lourd, lourd...

Puis elle parle de sa peur d'être comme sa mère, son enfermement en psychiatrie.

CLAUDINE : Mais de quoi elle parle ?

ISABELLE : Sa mère est hospitalisée en psychiatrie pour une maladie chronique. Cette préoccupation l'envahit souvent. J'ai l'impression que lorsque son regard se pose sur Jules, elle ne le reconnaît pas. D'ailleurs, elle peut dire : « Ce n'est pas mon bébé. Il est encore dans mon ventre » (elle met ses mains sur son ventre). « Il est mort. »

CLAUDINE : Et le père est présent pendant ces moments-là ?

ISABELLE: Oui toujours. D'ailleurs, elle le regarde en disant cela. Je vois les yeux de ce papa s'emplir de larmes. Moi-même je ne peux résister à les contenir. Puis, elle se rend compte de ce qu'elle dit et s'en excuse auprès de lui, en le fixant du regard.

AUDE : Ce père ne reconnaît pas sa femme. Il est rongé d'inquiétude et de doute sur sa possible guérison. En venant dans l'unité, il lutte contre cette pensée. Il veut lui faire confiance et pour cela il s'appuie sur le capital de

leur histoire, de leur amour, et leur projet de famille. Il cherche a transmettre toute cette confiance à son bébé. Jules est en miroir avec son père et est en quelque sorte missionné, très précocement, à développer toute une « attentionnalité » pour soigner sa mère.

ISABELLE : J'ai la sensation qu'elle vient pour voir uniquement son mari. D'ailleurs, c'est quelqu'un qui la rassure. Il est bienveillant comme si quelque part il devenait soignant.

CLAUDINE : Cette mère vient convoquer son compagnon en quelque sorte ?

ISABELLE : Oui, je pense qu'elle cherche à être le centre de l'attention, comme si elle avait besoin de se retrouver d'abord une sécurité en tant qu'épouse.

CLAUDINE : En fait, elle a besoin de rencontrer son mari et de vérifier qu'il est là avant de rencontrer son bébé...

ISABELLE : Et Jules se fait tout petit, il dort et laisse la place avec attention. *Silence.*

ISABELLE : Je me souviens d'une autre fois où elle avait Jules, bien installé dans ses bras. Pour l'embrasser, elle a retiré ses lunettes, et Jules s'est tourné vers le sein de sa mère, comme s'il recontactait des sensations profondes.

CLAUDINE : Était-ce comme une succion, un réflexe archaïque ?

ISABELLE : Pour moi, à ce moment-là, c'est comme s'ils se reconnectaient, ou se reconnaissaient dans quelque chose d'antérieur.

CLAUDINE : Il vient solliciter sa mère ?

ISABELLE: Oui, j'ai l'impression qu'il est encore dedans, qu'il recontacte sa mère, comme avant sa naissance. Peu à peu, cette attention que Jules va apporter à sa mère va aider celle-ci à se centrer sur lui. D'ailleurs au cours des séances, elle va se mettre à lui parler, il est dans les bras de son père, Jules va alors tourner la tête vers elle.

CLAUDINE : Et comment elle réagit à ce moment-là ?

ISABELLE : Elle a peu de réactions verbales ou physiques. Mais la lecture que je peux faire vient d'ailleurs, de ces petits moments fugaces et minimes de rencontres avec son bébé.

CLAUDINE : On a vu un élan du bébé dans son corps pour s'adresser à sa mère. Est-ce que c'est parce que c'est un bébé sécure ? Sur quoi il s'appuie ?

AUDE : Ce qui est fondamental pour cette dyade père-fils, c'est que ce père a vraiment pu s'appuyer sur ses propres parents. Et c'est à partir de cela que Jules a pu aussi s'appuyer sur son propre père.

Ce père et ce fils ont vraiment fait équipe. Ils ont fait un pacte. On peut dire qu'ils sont soignants, comme des cothérapeutes.

ISABELLE : Jules a pu s'appuyer sur moi et lors de ces séances, il s'appuyait pour développer de l'attention auprès de sa mère.

Parfois, je disais en parlant à la place de Jules : « Oh maman, regarde comme je te regarde ! », « Comme je te souris ! », « Comme ta voix résonne en moi et me fait réagir ! », « Comme je te reconnais ! »

Jules a vraiment œuvré pour chercher sa maman. Parfois elle ne s'en rendait pas compte. C'était très fluctuant en fonction de son état mais petit à petit cela a commencé à prendre sens pour elle.

CHŒUR, CHRISTIAN: Après ces séances, très courtes, d'un quart d'heure, Jules et sa mère ont pu être pris en charge en hôpital de jour jusqu'aux 8 mois de Jules. Ils ont alors pu bénéficier d'entretiens psychothérapiques, de soins berceuses, de massages bébé et de séances de psychomotricité. L'ensemble de ces soins a soutenu des temps privilégiés entre Jules et sa mère, et ont consolidé le lien mère-bébé.

Deuxième réunion clinique, Jules a 8 mois

LUCIE: Je me rappelle les premiers entretiens avec Jules et sa mère. Jules avait 4 mois. Quand je les recevais à moment-là, j'étais attentive aux mouvements de déplacement de ce bébé dans les différentes maisons où il avait vécu depuis sa naissance. Quand sa mère a été hospitalisée, Jules a été accueilli avec son père chez ses grands-parents paternels.

Puis il y a eu les visites à l'UPB avec sa mère, et quand sa mère est rentrée à la maison Jules a quitté la maison des grands-parents paternels pour rentrer chez lui. J'ai été à l'écoute des différents lieux où il a dormi, vécu, et il m'a semblé important de verbaliser les différentes maisons et les déplacements.

J'avais également en tête la question de savoir ce qu'allait produire pour Jules la séparation avec ses grands-parents en quittant leur maison.

J'étais soucieuse d'identifier les différentes figures d'attachement pour ce bébé et de nommer qui était présent pour lui et ses parents.

ÈVE: Lorsque je les ai rencontrés, il avait déjà 7 mois et ce qui m'a frappée tout de suite, c'est l'hypertonie de ce bébé. Il était impossible à porter, impossible de le rassembler, pourtant son père essayait mais il n'y avait rien à faire. La maman est encore dans un contact peu expressif, avec un très

fort émoussement émotionnel, une pauvreté de parole. Je suis inquiète à ce moment-là parce qu'elle m'explique qu'elle doit reprendre le travail le mois prochain et qu'elle ne pourra pas continuer l'hôpital de jour. Elle est encore très fragile. Elle m'explique qu'ils vont être au domicile à tour de rôle avec Jules, et qu'ils vont alterner leurs horaires de travail. Je me dis qu'il faut qu'on leur propose quelque chose, qu'on continue à les soutenir. J'ai pensé à un soin de psychomotricité toutes les semaines, cela me semble essentiel. Je vais continuer à les recevoir.

JEANNE-ÉLISABETH: Jules avait 8 mois quand je l'ai rencontré pour la première fois en psychomotricité. Au premier rendez-vous, c'est son père qui l'a accompagné. Je retrouve tout à fait cette notion de pacte père-fils dont tu parlais. Quand ils venaient ensemble en psychomotricité, je les sentais complices. La séance suivante c'est Audrey, sa maman, qui l'a accompagné. Contrairement au papa, elle ne pouvait pas venir s'asseoir sur le tapis avec son fils et moi. Elle prenait une chaise et s'asseyait loin, à côté du bureau. Jules regardait beaucoup sa mère, comme s'il lui montrait toutes ses compétences: se retourner tout seul, ramper, essayer de s'asseoir. Sa mère l'encourageait de loin. Même quand les deux parents venaient ensemble, Audrey ne venait pas s'asseoir sur le tapis, malgré les demandes de son mari.

ISABELLE : À ton avis, qu'est-ce qui fait qu'elle ne pouvait pas venir sur le tapis ?

JEANNE-ÉLISABETH : Peut-être que c'était trop régressif pour elle, donc trop dangereux.

LUCIE : Peut-être que quand ils étaient tous les trois, ils ne pouvaient pas encore lier quelque chose d'une relation à trois.

ÈVE : D'ailleurs cela s'illustre bien dans leur organisation au niveau de la reprise de travail.

JEANNE-ÉLISABETH: La semaine d'après ils sont venus encore tous les deux accompagner Jules. La maman a enfin accepté de venir s'asseoir sur le tapis. J'ai proposé un jeu de balle, c'est une balle à picots que Jules aime beaucoup. Elle a circulé des uns aux autres, même à Jules, avec un soutien à la communication: « Pour Papa, pour Maman, pour Jules, pour moi. »

Jules était extrêmement attentif à tout ce qui se passait. Et puis il s'est levé et a marché en s'agrippant à nous jusqu'à arriver devant sa mère. Il lui a souri. Et elle a pu l'accueillir à sa façon : elle lui tenait les mains (mimes).

ÈVE: En très peu de temps, j'ai été impressionnée par l'évolution de ce bébé. Il a pris un temps patient à l'exploration d'un jouet. Il est resté assis sur les genoux de sa mère tranquillement. Cela n'avait plus rien à voir. Quant à madame, elle était beaucoup plus animée. Elle a même exprimé toute sa reconnaissance et son empathie pour tout ce que son mari avait porté pendant ces mois.

LUCIE : J'associe que c'est peut-être moins compliqué pour cette mère d'être face à un bébé « verticalisé ».

ISABELLE: Ce qui résonne en moi face à cette idée de verticalité, c'est l'image de cette maman qui a vécu toute son enfance avec une mère malade, déprimée, que l'on peut imaginer couchée. Et j'ai eu aussi la vision de la mère de Jules... couchée dans les coussins lors des premiers temps dans l'UPB, avec son bébé dans les bras...

Est-ce que dans le regard de cette mère, l'enfant qui se déplace, qui marche est synonyme de la vie ?

JEANNE-ÉLISABETH : Est-ce le soutien du père ? Est-ce la verticalité du bébé ? Est-ce que ce sont les jeux à trois dans les séances de psychomotricité ou bien les efforts de Jules pour aller chercher sa mère ?

Dans tous les cas, la mère est revenue seule avec Jules les séances suivantes. Quelque chose s'est amorcé entre eux aujourd'hui : quand Jules tombe sur le tapis parce qu'il tâtonne encore dans sa motricité, elle peut tout à fait lui dire : « C'est pas grave » et s'approcher pour le câliner. Elle initie des jeux, elle peut lui proposer de venir tapoter un gros ballon qui est dans la salle : ils mettent en place un jeu d'imitation réciproque, ils se regardent dans les yeux, se font des sourires. À ce moment je n'existe plus, ils sont bien calés dans leur relation mère-fils. J'ai l'impression d'être un spectateur muet.

LUCIE: Ou un arrière-plan sécurisant...

ÈVE: Quand je les ai vus le dernier vendredi, ils sont arrivés tous les trois. Ils me disent qu'il marche depuis peu et que c'est l'âge des premiers « tout » : la première piscine, le premier manège, la première fois qu'il mange à la cuillère. Il ébauche des mots, il se fait comprendre. Ils l'ont laissé une semaine chez les grands-parents pour partir un peu tous les deux. Et elle me dit avec enthousiasme que la vie a repris son cours. Ils ont des projets. Ils me demandent en fin de rendez-vous, de préciser s'il y a un risque de rechute dans l'hypothèse d'une nouvelle grossesse.

AUDE : Et alors, qu'est-ce que tu as répondu ?

ÈVE: Oui, qu'il valait mieux être attentif avant, que ce serait bien de prévenir quelque chose. Ce qui est le plus surprenant, c'est que sur le pas de la porte, elle dit: « La prochaine fois qu'on se reverra, c'est quand je serai enceinte. »

Marie-Thérèse Grangereau Fabrice Dardant Carmen Juteau

D'une pratique institutionnelle attentionnée

L'UNITÉ INTERSECTORIELLE « POUR ET AUTOUR DU BÉBÉ »

Les idées, la conceptualisation, la rêverie, les projets

Les préoccupations, les idées qui nous ont accompagnées au cours de l'élaboration de ce projet, sur le coup et dans l'après-coup, semblent à ce jour se retrouver et se décliner sur plusieurs axes, toujours en devenir.

La force de ce projet semble naître du mouvement, de la dialectique. Sa faiblesse est sans doute du côté d'une difficulté à retrouver parfois le pôle... Nord.

Il semble que le mouvement des premières pierres qui s'assemblaient indiquait le souci de laisser place aux ouvertures, à la mobilité, aux différentes formes de pensées et donc au « pas-tout » (J. Lacan).

Ce « pas-tout » laisse un espace à la création mais aussi à la finitude, césure qui ordonne la mise en acte et la révélation de l'invention. Cette dynamique ainsi posée semble avoir rendu possible un mouvement qui entoure, trace des contours à partir de ces pierres qui permettent les allers et retours, le dedans et le dehors, la séparation et les retrouvailles, « l'accueil » et le « caché coucou ».

Aujourd'hui, cette structure dévoile plein de détours

Elle est l'intersection, l'arrimage, l'accordage entre deux pôles de pédopsychiatrie, avec pour chacun son territoire, sa géographie et son histoire. Cette architecture est habitée par des professionnels : psychomotricienne et puéricultrice y travaillent à plein temps mais aussi d'autres thérapeutes, les psychologues y séjournent de longs moments et les pédopsychiatres, avec eux, se déplacent entre le dedans et le dehors de ces deux pôles unis et séparés.

Un peu plus en périphérie, dans chacun des deux pôles, interviennent des éducatrices de jeunes enfants, des infirmières et des assistantes sociales.

Tout ce « dedans-dehors » est en lien avec le partenariat de la « Petite Enfance » des territoires des deux pôles avec lesquels la clinique est partagée à plusieurs ou plus individuellement.

LES STRUCTURES DE LA GARANTIE, VEILLEUSES DU MAINTIEN DE CE « PAS-TOUT » ET DE LA MISE EN ACTE

Les réunions cliniques et les réunions partenariales

Les patients, pères, mères, bébés, s'adressent d'une façon singulière aux différents professionnels qu'ils rencontrent. Ils s'appuient sur l'imaginaire supposé de leur fonction, pour se dire.

Ainsi, lors des réunions pluriprofessionnelles, des points communs et des différences se dégagent des approches cliniques. Cette dialectique permet d'entrevoir une autre dimension qui se décale de l'appréhension imaginaire. Cette nouvelle dimension dévoile une logique plus structurale. Il s'agit d'une garantie qui décentre professionnels, parents et bébés. Chacune des parties est entamée, confrontée à un manque. Il n'y a plus de « maître » (J. Lacan).

La réunion de « copilotage » avec les responsables des deux pôles de pédopsychiatrie

Elle permet de transmettre aux responsables de nos institutions, nos questions, nos avancées et nos difficultés. Celles-ci sont interrogées.

Cette dialectique produit à nouveau des surprises qui induisent à leur tour des mouvements institutionnels, organisationnels, qui interfèrent bien évidemment sur la clinique.

LE « PAS-TOUT », SES EFFETS, LE PASSAGE DE L'ANGOISSE À LA MENTALISATION, LA TRANSMISSION, LA LECTURE DE NOS MAÎTRES

Ce montage qui permet le décalage tant dans la construction de l'institution qu'au niveau de l'élaboration clinique nous dévoile le « pas-tout ». Ces espaces permettent la création et ordonnent du même coup « la finitude ». La césure organise la mise en acte et la révélation de l'invention. Le phénomène ne nous tombe pas du ciel. Il est le fruit du travail de nos « maîtres » (J. Lacan), de leurs transmissions écrites, que nous avons la chance de pouvoir lire encore et encore.

Ce moment d'invention est crucial. Il produit de la perte, de l'angoisse, de l'agressivité. Il nous pousse tous, professionnels, parents, bébés, à créer, inventer, mentaliser, et... chacun à sa place, sans s'imposer à l'autre.

Serait-ce l'espace de « l'attention flottante » nommée par Freud ? Le temps de l'hésitation et le jeu de la spatule de D.W. Winnicott ? Le moment présent et le sens du vécu décrit par D.N. Stern ? La symbolisation et la capacité de rêverie nommées par W.R. Bion ? Tous ces écrits qui prennent origine dans le cadre du transfert nous indiquent un chemin... Laisser place à l'invention de chacun.

Les deux exemples cliniques choisis nous disent encore mieux. Ils nous permettront d'entrevoir cette notion « d'attention flottante » et les créations qui se produisent à l'insu des thérapeutes.

LE TRAVAIL CLINIQUE ET LE « GROUPE CACHÉ COUCOU »

Le « groupe caché coucou » se déroule chaque semaine en trois séquences. C'est un atelier ouvert aux mamans avec leurs bébés, pour un accompagnement autour de la séparation.

C'est au moment de cette coupure que des symptômes peuvent surgir et que les questions complexes sont accueillies : les bébés interrogent comment se séparer, se différencier, se construire avec et sans leur maman ; les mamans interrogent, elles aussi, comment vivre une vie de mère et de femme avec ou sans bébé ; chacun cherche comment supporter cette séparation, comment se développer avec ce manque induit.

L'atelier débute par un temps d'accueil au cours duquel mères, enfants et soignants se disent bonjour et échangent quelques mots sur chacun. Il se poursuit par un temps de séparation mères-bébés : les mamans quittent la salle pour un temps de relaxation et de parole avec la psychomotricienne et un autre soignant du service. Les bébés restent ensemble avec deux ou trois autres soignants, sur les tapis, avec doudous, jeux...

Puis c'est le temps des retrouvailles avant de quitter le groupe et les lieux.

Préoccupation des thérapeutes qui écoutent les bébés

Les thérapeutes sont attentifs à ce moment particulier de la séparation et à la façon dont les enfants le vivent : déni, fuite, cris, détresse, agitation, pleurs ; leur préoccupation est de repérer les sentiments qui témoignent

de leurs angoisses face à cette situation, celle qui repère l'effondrement, la colère, la rage, la terreur, le sentiment d'être perdu, l'inquiétude, l'arrachement..., celle qui va proposer une présence « contenante » dans le sens, de la « capacité négative » de Bion, c'est-à-dire celle qui va pouvoir maintenir une qualité d'attention, d'observation bienveillante, de réceptivité face aux émotions, et qui va pouvoir les tolérer et mettre en mots ces éprouvés quand cela est possible.

Cette approche se donne pour objectif de soutenir au mieux l'enfant dans ses capacités à faire face, en fonction de ce qu'il montre. C'est donc ainsi que sa propre créativité et son développement seront soutenus.

Pour illustrer cela, voici la première rencontre avec Ibrahim, un bébé de 1 an, lorsqu'il vient pour la première fois.

Ibrahim vient au groupe avec sa maman.

La naissance de ce cinquième enfant a été traumatique pour elle. Elle est associée à une perte irréparable, celle de son utérus. En effet, elle a subi une hystérectomie lors de son accouchement.

Ibrahim est un enfant très accroché au sein de sa mère qui s'épuise.

Lors de la première séance, durant le temps d'accueil, Ibrahim se love contre sa maman. Elle peut dire que c'est la première fois qu'il fait cela. Ibrahim se prépare-t-il à ce qui va suivre, le départ de sa maman ?

Quand celle-ci disparaît après l'avoir posé sur le tapis au centre de la pièce, Ibrahim se met à pleurer, à l'instar de l'autre petite fille qui est là ce même jour. Les thérapeutes l'entourent de leur présence avec juste quelques mots pour lui indiquer qu'il peut montrer ce que lui fait le départ de sa maman.

Les thérapeutes remarquent des pleurs sans larmes. Ibrahim ne semble pas céder à l'effondrement, il les regarde et « se tient » seul, le corps en extension, le bassin creusé. Il tape aussi beaucoup des pieds, comme s'il manifestait de la colère face à cette situation nouvelle et au départ de sa maman. Petit à petit, les pleurs se modifient très légèrement pour laisser paraître des petits sons, comme une parole pleurée...

Au retour de sa maman, les pleurs cessent. Ibrahim se love à nouveau contre elle en cherchant le sein. Il trouve le collier de sa maman auquel il reste accroché.

Durant les séances qui suivent, Ibrahim continue à pleurer. Bientôt, les larmes et le nez coulent. Ibrahim commence-t-il à éprouver un vrai chagrin et à pouvoir s'y laisser aller ?

Puis ses pleurs s'accompagnent de sons produisant des vocalisations qui peu à peu font penser à des airs de comptines arabes. Elles semblent le réconforter et l'apaiser.

Ibrahim montre ainsi sa capacité à retrouver en lui une maman vivante qui calme et chante. Plus solide, il peut alors se tourner vers les jeux mis à disposition sur le tapis.

Durant des semaines, Ibrahim aura une alternance de pleurs et de petits moments de jeux et d'exploration au cours desquels il semblera beaucoup réfléchir. Ces moments apparaîtront comme des tentatives de symbolisation de sa vie intérieure.

Ibrahim est particulièrement intéressé par une tige en bois sur laquelle peuvent s'enfiler des anneaux. Il tente de les réunir mais en vain. Il frappe alors le sol... Il cogne les anneaux entre eux comme s'il cherchait la représentation d'un ensemble et d'une séparation. Cela s'organise avec la découverte de la rythmicité très pulsionnelle qui pourrait apparaître comme une mise en forme de son agressivité, déclenchée par la séparation. Parfois, il passe son doigt dans le petit trou de l'anneau et le prend en bouche comme un mamelon, comme s'il se représentait le sein.

Au fil des semaines, Ibrahim développe ses possibilités de déplacement, rampant, puis marchant à quatre pattes. Il installe sa relation aux autres, soignants et enfants. Il institue alors de lui-même des jeux de « coucou-caché » avec les soignants, disparaissant de leur vue et réapparaissant avec beaucoup de plaisir.

Il peut découvrir tout l'espace, fait de nombreux va-et-vient. Il continue à développer ses capacités de vocalisation, et peut s'isoler dans un coin avec un jeu, vocalisant comme s'il se racontait une histoire.

À la maison, Ibrahim est décrit comme étant plus gai, riant et pouvant jouer seul.

À la dernière séance, avant la longue séparation des vacances, nous notons qu'Ibrahim dort profondément. Il n'aura qu'un tout petit moment d'éveil au cours duquel il se cachera les yeux, puis nous sourira à plusieurs reprises. Il recommencera à se cacher. Il se rendormira ensuite profondément et détendu.

LE TRAVAIL CLINIQUE ET LE « GROUPE ACCUEIL »

Présentation du « groupe accueil »

Le « groupe accueil », ouvert, se déroule dans le cadre de l'unité de soins, chaque semaine. Il est animé par trois soignants de l'équipe pluriprofessionnelle : une éducatrice de jeunes enfants, une infirmière et un psychologue. Un stagiaire peut être présent sur un temps long.

Ce groupe fonctionne durant les vacances d'été. Dans ce dernier cas il sert de point d'appui à la continuité des soins. Il est alors animé par l'ensemble des professionnels de l'équipe. Il a pour vocation d'accueillir au sein de l'unité, les mères et leurs bébés. L'accueil a lieu suite à une consultation auprès d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue. Son ouverture permet l'arrivée et le départ des mamans et de leurs enfants au fil du temps. Ce principe sous-tend une dynamique structurelle.

Il propose un temps de rencontre au sein duquel l'attention collective, soignante, parentale, des bébés eux-mêmes, offre aux dyades un appui nouveau. Ces différentes formes d'attention opèrent un décalage qui permet de voir et d'entendre autrement. Cette perspective fait ouverture pour le bébé et son parent.

Deux moments cliniques vont illustrer les inventions produites par ce travail.

Madame M. et son fils Hassan

Première consultation auprès du psychologue. Rencontre de M^{me} M. et de son fils Hassan.

Hassan et sa maman sont accompagnés à la consultation dans le service de pédopsychiatrie par une puéricultrice de la protection maternelle et infantile, en raison de difficultés interactionnelles. Hassan a 2 mois. Lors de la consultation dans le service de prévention, il avait été noté un portage distal et peu de réciprocité dans son regard. M^{me} M. ne parvenait pas à se poser avec son bébé qu'elle balançait de gauche à droite, de l'horizontale à la verticale.

Lors de la consultation Hassan se montre calme. Son corps manifeste des mimiques de désorganisation, une asymétrie du mouvement de ses membres, des tensions ; ses poings sont serrés et ses jambes sont en hyperextension. Son regard est souvent fuyant. Il louche souvent fortement. Il est tonique. Il présente une bonne croissance staturo-pondérale. Il montre de bons réflexes de succion, un fouissement dans le sein de sa maman, un agrippement à son doigt et une bonne tenue de la tête lorsqu'il est verticalisé dans ses bras.

Certains signes inquiétants posent la nécessité d'une consultation pédopsychiatrique pour Hassan et sa maman.

Deuxième consultation auprès du pédopsychiatre. Rencontre de M^{me} M. et de son fils Hassan.

C'est l'occasion pour M^{me} M. de revenir sur les difficultés qui l'ont conduite à venir consulter :

La grossesse d'Hassan a été découverte à 20 semaines d'aménorrhée. Le couple parental s'est séparé au cours de la grossesse. M^{me} M. a été vivement critiquée par sa famille. Elle évoque alors les relations difficiles avec sa mère.

Suite à tous ces événements et à son histoire, elle a présenté de grandes difficultés à investir sa grossesse, avec le sentiment que le bébé n'était pas son enfant.

Les préconisations de soins s'orientent alors vers une approche individualisée « mère-enfant » autour d'un enveloppement en écharpe et d'un temps de partage au « groupe accueil ».

L'évolution des soins dans le « groupe accueil ».

Le portage semble déjà plus ajusté que lors des premières consultations et M^{me} M. peut le dire.

Hassan a maintenant 6 mois. Il se montre bien éveillé et attentif. Il organise de nombreux échanges de regard avec les soignants, le sourire réponse est installé. Les modalités d'interaction mère-bébé restent en revanche pauvres avec une quasi-absence d'interactions visuelles ou d'adresses verbales. M^{me} M.

est logorrhéique, envahie par des préoccupations personnelles et donc peu disponible pour son enfant. Elle parvient à apaiser les pleurs de son fils en proposant le biberon et parfois en le portant lové contre elle.

Avec le temps Hassan a bien grandi. Il s'est étoffé physiquement et allongé. Sur le plan relationnel, les liens « mère-enfant » ont évolué positivement.

M^{me} M. échange positivement avec les autres mamans et transmet son expérience positive avec beaucoup de délicatesse.

La consultation médicale permet de faire le point sur l'organisation des soins et l'évolution d'Hassan. M^{me} M. explique que les choses ont changé pour eux deux.

Conclusions

Le cheminement de M^{me} M. a permis que se tisse un lien d'attachement à son fils.

Elle a pu transmettre aux autres mères son expérience et ainsi faciliter leur propre évolution. Sa bienveillance et son positionnement à sa juste place lui ont permis d'accueillir les difficultés des autres mères avec finesse. M^{me} M. met ainsi en narration l'impasse dans laquelle elle se trouvait elle-même comme témoignage d'un chemin possible.

Rencontre de deux dyades : M^{me} P., maman de Mireille, et M^{me} F., maman de Mélissa

M^{me} P. est accueillie dans l'unité de soin. C'est sa deuxième grossesse. Lors de la naissance de son premier enfant, son mari avait présenté une grave décompensation psychique qui avait donné lieu à des soins. L'arrivée imminente de ce deuxième enfant provoque à nouveau chez ce papa un épisode psychique qui nécessite deux hospitalisations. L'accouchement de M^{me} P. est douloureux sur le plan physique. Plusieurs consultations ostéopathiques sont nécessaires. Nous faisons la connaissance de M^{me} P. et de Mireille qui a 6 semaines. Cette petite fille se montre très tranquille et très éveillée. M^{me} P. est très attentionnée à son enfant malgré une fatigue physique flagrante.

M^{me} F., quant à elle, est adressée au « groupe accueil » en raison des troubles du sommeil de sa petite Mélissa.

M^{me} F. se dit « à bout de forces », elle est marquée physiquement. Mélissa vient aux séances endormie et vêtue de son pyjama. Lorsqu'elle se réveille, en toute fin des séances, elle se montre passive. Elle alterne des moments de sérénité avec de petits pleurs durant lesquels elle se montre hypertonique. Le portage de sa mère ne l'apaise pas systématiquement.

Au fil des rencontres, Mélissa est plus présente. Elle arrive éveillée ou bien se réveille rapidement. Elle peut être avec les autres bébés sur le tapis. Elle regarde et découvre ce qui l'entoure, elle sourit. Elle n'est plus en pyjama.

Les difficultés de sommeil perdurent mais de façon moindre et le vécu de M^{me} F. ne semble plus tout à fait le même. Elle n'est plus submergée et enfermée

par la problématique du sommeil de son enfant. Elle semble avoir pris de la distance. Les échanges avec les autres mères et les soignants se développent et plus particulièrement avec M^{me} P. Le partage des vécus maternels se poursuit sur les questions du sevrage, de la séparation. M^{me} F. s'interroge sur sa propre crainte de se détacher de son enfant.

EN CONCLUSION

La cohabitation dans un espace partagé permet une imprégnation soignante qui se transmet dans sa fonction et dans ce que Jean Oury appelle « l'ambiance ». Cette ambiance groupale constitue l'enveloppe au sein de laquelle se déposent les questions, les blessures, les souffrances et les joies qui trouvent ainsi un contenant métaphorique au sein duquel la « perlaboration » se transmet.

Ces montages, qui permettent le décalage tant au sein de l'espace institutionnel qu'au niveau de l'élaboration clinique, nous révèlent le « pas-tout ». Ils permettent la création et ordonnent du même coup « la finitude ». Cette césure organise la mise en acte et la révélation de l'invention.

Émilie Goiset Agnès Castel Monique Perrier-Genas En présence de Marie Notargioccomo

Un dispositif attentionné pour les bébés vulnérables

Le Pôle bébés vulnérables a ouvert en septembre 2012 et a pour mission d'offrir lors de « l'arrivée » à domicile (terme plus juste que « retour à domicile ») un accompagnement aux bébés nés avant 32 semaines d'aménorrhée et aux nourrissons ayant des problèmes somatiques graves, hospitalisés en période néonatale. Le pôle est un service ressource du centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de Vienne (Isère) mais est installé dans un local différent réservé à cette activité. La création de ce pôle est à relier d'une part à la politique de prévention menée par le CAMSP depuis de nombreuses années (détachement de personnel sur le pôle mère enfant de l'hôpital général, implication dans le champ de la périnatalité avec participation aux séminaires de travail avec F. Molénat, ouverts sur la ville) et d'autre part à « l'enseignement » retiré par l'équipe à partir de l'expérience clinique auprès des enfants et des familles.

L'accompagnement du bébé et de sa famille au pôle se décline selon trois modalités :

- principalement par la visite d'une psychomotricienne à domicile ;
- par des co-consultations avec le médecin pédiatre et la psychomotricienne ;
- par l'accueil dans un groupe parents/bébés, animé par une psychomotricienne et une éducatrice spécialisée, le jeudi.

Avec le choix d'une intervention à domicile, la professionnelle est au cœur de la réalité familiale. Le projet d'accompagnement au pôle est à « géométrie variable », discuté avec la famille lors de la co-consultation,

réévalué selon les besoins. À la demande du médecin pédiatre, des bilans ciblés peuvent être réalisés par les professionnels du CAMSP (kinésithérapeute ou orthophoniste). La mise en lien de l'équipe du pôle avec les partenaires (hôpital, PMI, pédopsychiatrie...) est essentielle. Le suivi au pôle peut se poursuivre au maximum jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Des relais si besoin sur le CAMSP ou d'autres structures (centre médico-psychologique, centre psychothérapeutique parents-bébés, établissement d'accueil des jeunes enfants...) sont le cas échéant envisagés. Le pôle reste un lieu ressource pour les familles après la fin de la prise en charge.

L'INTERVENTION À DOMICILE PAR AGNÈS CASTEL, PSYCHOMOTRICIENNE

Laura est une petite fille née à 28 semaines d'aménorrhée. Trois mois après sa naissance elle arrive au domicile. Sur orientation de la puéricultrice de PMI, sa maman me téléphone et nous prenons rapidement rendez-vous. Laura est âgée de 3 mois et demi, soit 3 semaines d'âge corrigé. Je me présente et Laura est attentive à ma voix. Elle est installée dans sa nacelle sur la table du salon, sa tête est calée vers la gauche sur les conseils de la puéricultrice. Elle rassemble ses mains, bouge ses jambes.

J'explique le fonctionnement du Pôle bébés vulnérables à madame. Je propose quelques visites avant la première co-consultation au pôle.

Je fais ainsi connaissance avec Laura, ses parents et la grand-mère maternelle qui est très présente. Un premier lien se crée. Madame est aussi intéressée par le groupe du « jeudi des bébés ». Mais les médecins conseillent de limiter les sorties à l'approche de l'hiver car Laura reste fragile sur le plan pulmonaire. Madame n'ose alors plus sortir. Elle exprime ses peurs et m'interroge sur les signes physiologiques (sommeil, bavage, éternuement, température). Est-ce normal ? Faut-il se repérer par rapport à l'âge réel ou à l'âge corrigé ?

Lors des visites, je suis à l'écoute des parents. Mon regard se porte sur la façon dont Laura se met en mouvement spontanément, dans la relation avec ses parents, dans les installations proposées à la maison et au cours de mes propositions sensori-motrices.

À mon entrée au domicile, mon sac de jeux à la main, je suis invitée par madame à me laver les mains. Dès que je sors un jeu, elle va en chercher un similaire, soigneusement lavé préalablement. Laura est installée dans la pièce principale, allongée dans un lit parapluie, les jambes en position de batracien, la tête à droite. Je propose à madame de s'asseoir sur une chaise avec sa fille. L'ajustement tonique semble difficile, Laura paraît peu tonique. Je parle à Laura et après un petit temps, elle me regarde. Elle fixe vivement le hochet et la petite balle rouge que je lui présente. Puis son regard n'accroche plus.

Je propose alors un temps de bercement dans un drap, tenu par sa maman et moi à chacune des extrémités. Cet enveloppement apaise Laura qui joint ses mains. Je chante et madame pose son regard sur sa petite fille, sans mot. Mais elle demandera à refaire ce temps de bercement lors des prochaines visites. Et au fil du temps elle trouve de la voix, fredonne avec moi.

Afin d'aider Laura à être un peu plus rassemblée dans son corps, je l'installe dans son lit en privilégiant l'enroulement de son bassin et le rassemblement de ses bras. Ces appuis posturaux lui permettent une certaine régulation tonique. Laura est alors plus à même de manifester son accroche à la relation par son regard, son sourire.

A la première co-consultation au pôle par le médecin pédiatre et ma collègue psychomotricienne, les parents débordent également de questions et parlent de la conception de Laura liée à un don d'embryon. Ce qu'ils ne m'avaient pas confié. Une première rencontre avec une psychologue avait été proposée à madame à la maternité. Elle n'acceptera pas de poursuivre ce suivi là-bas ni au centre psychothérapique parents-bébés.

Laura a 6 mois, soit 3 mois d'âge corrigé. Les inquiétudes maternelles persistent, renforcées par les rendez-vous médicaux (médecins pédiatres de l'hôpital et médecins référents pour le réseau Ecl'Aur qui assure le suivi des bébés prémas sur notre région). Le corps médical reste inquiet du manque de tonicité de Laura particulièrement au niveau de sa tenue de tête. Des séances de kinésithérapie sont prescrites. La maman exprime alors sa crainte du handicap. Laura a 8 mois, soit 5 mois d'âge corrigé, madame accepte de l'installer sur un tapis de jeu, au sol, dans sa chambre. J'introduis petit à petit des joujoux que j'ai lavés mais mon sac reste encore à l'entrée. Je chante des petites chansons. Je sollicite Laura en jouant avec ses mains et ses pieds mais elle a peu de réaction. Pourtant, un peu comme si mes sollicitations l'avaient réveillée, elle attrape prestement un hochet posé sur son buste et va lentement vers des jeux posés sur le côté. Elle ne se retourne pas et ne se redresse toujours pas sur le ventre. Madame s'active et veut me montrer les exercices faits en kinésithérapie. Elle est prisonnière des paroles des médecins qui pointent les manques et les difficultés de son enfant en se référant à des échelles de développement. Elle est anxieuse car d'après ces échelles, Laura devrait rire aux éclats. J'assiste à une scène où madame cherche par tous les moyens à faire rire sa petite fille mais sans succès. Elle dit ne plus pouvoir être positive malgré les observations faites ensemble sur les capacités de Laura. Elle n'y croit pas. Avec son accord, je me mets en lien avec le kinésithérapeute.

Dans nos rencontres, le jeu, voire la mise en jeu, entre cette mère et son enfant reste difficile. Mais un ballon choisi par madame sera propice aux échanges. Laura installée assise, calée contre le corps de sa maman, est face à moi, sur le tapis. L'enthousiasme, l'élan que je mets à leur lancer le ballon, ont un impact. Laura sourit, se redresse, suit du regard et vient avec sa main à la rencontre du ballon. Mère et fille s'animent. Madame me rapporte alors son regret : Laura ne bouge pas et ne sourit pas lors des différentes consultations médicales. Je lui

propose de transmettre des comptes rendus des visites à domicile pour parler des difficultés mais aussi des possibles de Laura. Madame accepte. Une IRM est prévue qui ne révèle pas d'anomalies mais ne chasse pas pour autant les inquiétudes, ni celles de la mère, ni celles des médecins.

Laura a 10 mois. Je rapproche mon sac de jeux de la chambre et madame ne me demande plus de me laver les mains. Je peux sortir des jeux sonores que Laura apprécie. Ainsi, nous jouons tantôt avec les jeux de la maison, tantôt avec les miens.

Au début de l'été, Laura, sa maman et sa grand-mère viennent au groupe du « jeudi des bébés », premières sorties hors des consultations médicales. C'est un temps d'échanges avec d'autres parents, une ouverture. En septembre, madame reprend le travail à temps partiel, et Laura va trois jours par semaine chez une assistante maternelle, et un jour chez sa grand-mère. Madame s'organise pour que les visites à domicile puissent se poursuivre.

Laura a 18 mois, elle est souriante et vient à ma rencontre à quatre pattes. Après discussion avec la maman, nous nous installons dans la pièce principale sur un plus grand tapis en mousse. Cet aménagement permet à Laura de jouer seule, d'explorer dans une distance qui est supportable pour madame. Laura est plus expressive, souriante et actrice dans les jeux d'échanges. Elle ose maintenant fouiller dans mon sac de jeux. Elle s'intéresse au corps de l'autre : cherche mes cheveux, ma bouche, ma main, mes bijoux. Cependant, dans le face-à-face, elle peut encore détourner le regard et arrêter son élan moteur. Laura émet quelques sons dans le plaisir du jeu lorsque je fais des bulles de savon. Le jeu est un bon médiateur. Elle montre de l'intérêt pour les transvasements. Madame lui laisse des boîtes à manipuler. Les médecins continuent de surveiller sa motricité globale et son langage. La grand-mère maternelle soutient les progrès de Laura et porte un regard positif sur son évolution.

Je suivrai ainsi Laura jusqu'à ses 2 ans. J'aurai à respecter la temporalité des parents et la temporalité de Laura. Dans cette situation comme dans bien d'autres, la mère s'appuie sur ma présence. Et c'est au travers de mon regard, de mes yeux, que madame peut se sensibiliser aux manifestations de sa petite fille et que Laura peut découvrir du plaisir à jouer. Le rééducatif, le neuromoteur ne doivent pas prendre toute la place car le tonus est lié aussi au tonico-émotionnel, à l'élan qui traverse le lien parent-enfant. Mon travail est aussi de faire du lien, d'articuler ce qu'il en est de la kinésithérapie et de la psychomotricité par exemple, de transmettre aux médecins la connaissance que j'ai de l'enfant chez elle, dans un contexte de jeu. Le contact avec le kinésithérapeute contribuera à soutenir une approche globale de cette petite fille et surtout à se poser la question de son désir.

Le travail fait en supervision avec mes collègues m'a permis de supporter la mise à distance que madame opérait à mon égard, lors des premières visites, de mieux comprendre ce que cela venait signifier et de trouver de nouvelles pistes de réflexion. De plus, j'ai eu besoin du travail en équipe

pour supporter le discours médical que j'ai souvent trouvé très sombre à l'égard de cette petite fille.

Le dispositif de visite à domicile qui me plonge dans l'intimité des familles me semble approprié pour ces bébés et leurs parents.

« Le jeudi des bébés » Par Monique Perrier-Genas, psychomotricienne

Au « jeudi des bébés », pour les professionnelles, le plus important est d'accueillir, c'est-à-dire de recevoir le bébé et ses parents sans trop d'a priori, dans un cadre chaleureux et sécurisant. Nous nous rendons disponibles pour la rencontre aussi bien physiquement que psychiquement. Et nous soutiendrons l'initiative du bébé comme du parent en évitant d'interférer de façon trop intrusive. Nous avons pour appui nos différentes formations : la conduite de groupe thérapeutique et la sensibilisation à l'observation du bébé selon Esther Bick et Emmy Pikler ainsi que des formations à l'approche bullingérienne.

Au « jeudi des bébés », nous nous adaptons aux besoins et aux différentes séquences de vie du bébé. Nous laissons l'expérience de groupe se déployer. Et les parents comme les bébés se saisissent de cet espace-temps pour amener leur questionnement, nous faire partager leur désarroi comme leurs découvertes, mettre en scène leurs difficultés comme leurs réussites...

Lilli est sortie depuis dix jours de l'hôpital où je les avais rencontrés et leur avais présenté le « jeudi des bébés ». Ce jeudi-là, ce jeune couple arrive avec leur bébé dans un cosy et s'installe. Lilly est endormie. Nous les saluons. À cette rencontre, je serai plus près d'eux, ma collègue plus attentive à Laura qui joue sur le tapis avec sa maman. C'est la deuxième sortie de Lilli et son père dit que venir ici, c'est une façon de ne pas être confiné à la maison.

En effet au jeudi des bébés, parents et enfants expérimentent leurs premiers moments de socialisation, ils passent de la sphère privée (le domicile) à la sphère publique, (le « jeudi des bébés »). Et j'ajouterai que dans ce lieu, ils savent que des professionnelles les attendent.

Madame et monsieur s'interrogent sur le rythme d'alimentation de Lilli. Ils essaient la demande comme ils disent. Ils parlent des difficultés pour trouver des tétines de biberon qui conviennent à leur bébé. La mère de Laura explique qu'elle a gardé les biberons de néonatologie ; au début c'étaient les seuls que Laura acceptait.

Dans ce groupe, les difficultés d'alimentation s'énoncent, des interrogations communes se partagent. L'expérience de l'allaitement au sein ou au biberon organise un des pôles essentiels de la relation mère-bébé. Et cette

expérience est de fait troublée aussi bien pour le bébé que pour son parent par une hospitalisation en néonatologie. Et c'est au « jeudi des bébés » que Lilli prendra un biberon sans régurgiter. C'est souvent là aussi que le parent suffisamment rassuré et ayant dépassé ses craintes autorise le moment venu son enfant, pour la première fois, à goûter un petit boudoir disponible lors de la collation.

Quelques jeudis plus tard, Vivian est là avec sa maman quand Lilli arrive avec ses parents. Vivian, âgé de 14 mois, est fasciné par le bébé. Le père de Lilli prend leur petite fille dans ses bras pour la présenter à Vivian. Monsieur est très fier. Madame H., la mère de Vivian, salue Lilli et ajoute que Vivian était aussi très petit quand il est arrivé au « jeudi des bébés ». D'autant plus qu'il était né très tôt, ajoute-t-elle. Et au cours de leurs échanges, ces parents font le constat ensemble que leurs bébés ont été tous deux de grands prématurés nés en niveau 3.

Au « jeudi des bébés », les jeunes parents accueillis parlent facilement entre eux car la détresse vécue à la naissance de l'enfant fait résonance en chacun : leur bébé a été très vulnérable dans ses premiers mois, voire ses premières heures de vie. Nous avons toujours observé combien les parents sont sensibles et accueillants les uns à l'égard des autres et les enfants aussi.

À la fin des rencontres, le père de Lilli fait fréquemment quelques réflexions qui font référence au séjour de sa petite fille en néonatologie. Lilli n'aime pas qu'il lui remette son bonnet. Il associe que cela lui rappelle peut-être le matériel de ventilation qu'elle supportait difficilement en réanimation. Lilli utilise moins son bras droit, le bras où étaient branchés les cathéters.

Dans le groupe, monsieur dépose ce qui l'embarrasse dans sa relation à son bébé. Il nous amène le bébé malade qui l'a bouleversé. Le « jeudi des bébés » est l'occasion pour lui de découvrir des installations et des façons de jouer, de prendre du plaisir avec sa petite fille, de s'en émouvoir. Et à la maison monsieur et madame se procurent un coussin un peu « pareil » que le nôtre, un hochet musical car Lilli apprécie beaucoup celui que nous avons... Ils nous l'amènent pour nous le montrer et ce jour-là nos jeux restent dans le placard.

Le père de Lilli retrouve un travail et madame continue à venir avec sa petite fille. Elle envisage elle aussi de reprendre son travail.

Ce jeudi-là, elles sont les seules participantes au groupe. Madame peut, pour une première fois, s'éloigner de Lilli qu'elle laisse sur le tapis, car le café est prêt. Lors du déplacement jusqu'au fauteuil, mère et fille ne se quittent pas des yeux. Quand madame est assise, Lilli se met à causer à la petite souris accrochée à l'arche au-dessus d'elle. Et madame constate que Lilli, après l'avoir regardée partir, s'amuse.

Maintenant le corps-à-corps mère-enfant est moins prégnant. Lilli et sa maman explorent dans l'espace une distance physique qui les renvoie à une distance psychique à nouveau créatrice pour l'une et l'autre. En effet le « jeudi des bébés » offre l'occasion de tester comment se séparer tout en restant en lien psychiquement toujours habité par la présence de l'autre. La semaine suivante, madame nous dit que pour la première fois Lilli a dormi chez ses grands-parents.

Quelques semaines plus tard, madame arrive précipitamment et nous parle immédiatement de leur rendez-vous chez la nourrice. À peine assise, elle se relève et va chercher des jouets dans son sac. Lilli est dans son cosy, nous sourit. Madame se retourne en sanglots. Elle revient à sa place ; il lui faut du temps pour se reprendre. Lors de la prise de notes après la séance, nous constaterons ma collègue et moi, avoir été traversées par le même fantasme, à savoir que madame allait nous annoncer le décès d'un proche. Madame nous demande si le docteur Goiset nous a dit... Nous répondons par la négative. Et elle parle alors de la chute de sa petite fille qui est tombée de la table à langer. Elle ajoute qu'elle ne l'a pas dit à beaucoup de monde et surtout pas à ses beaux-parents. Nous soulignons que tout n'est pas à dire à tout le monde. Désormais elle change Lilli au sol et elle n'a pas confiance quand elle voit faire son mari qui, lui, continue de la changer sur la table à langer. Je relève que madame a eu peur pour sa petite fille. Madame acquiesce et en larmes parle des photos chez les grands-parents où Lilli est toute petite avec sa sonde et son masque pour la respiration. « Ce n'est pas que ça ne fait pas plaisir qu'ils aient ces photos en exposition chez eux, mais c'est dur », dit-elle. Elle évoque alors les premiers jours de vie de Lilli. Lilli regarde beaucoup sa maman; elle soupire et elle rote. Madame la prend dans ses bras. Lilli a gardé un petit hochet en main, elle le tape contre l'accoudoir du fauteuil. Sa mère ramène ses petites mains dans les siennes. « Ta maman a eu peur lorsque tu es tombée de la table à langer, peut-être que toi aussi. » Lilli me regarde. « Tu sais, quand tu es née, tu as eu besoin de rester à l'hôpital, les médecins et les infirmières t'ont soignée ; ton papa et ta maman t'ont beaucoup soutenue. Et ce fut plein d'émotions pour tout le monde. » Suite à ces paroles, l'émotion est forte pour nous toutes, dans la salle. Madame se calme, Lilli sourit. Et madame propose que nous nous installions sur le tapis pour jouer. Elle initie le jeu de la petite bête qui monte, monte... Lilli rit. Au temps du café madame nous confie que les autres enfants chez la nounou sont presque du même âge que Lilli et sont aussi de petits gabarits alors qu'eux ne sont pas nés prématurés. Ça lui a fait du bien de constater cela car les médecins souvent disent que Lilli ne grossit pas assez vite, que son poids est limite. Après avoir chanté notre chanson rituelle qui marque la fin du groupe, madame change la couche de Lilli. Elle s'installe spontanément sur la table à langer ; je suis à ses côtés.

Dans cette séquence la chute vécue ramène au traumatisme de la naissance. Le « jeudi des bébés » ouvre un espace-temps où les émotions peuvent être accueillies, où madame trouve des mots pour évoquer ce moment de vie si angoissant pour elle, son époux et leur bébé. Et le docteur Goiset nous dira combien madame avait parlé de cette chute de façon très banale sur un ton détaché, lors de sa venue aux urgences pédiatriques.

Le « jeudi des bébés » offre donc un espace-temps où peuvent se déposer des affects, se partager des trajectoires de vie. Où parents et enfants se sentent contenus émotionnellement et s'appuient sur ce dispositif groupal pour élaborer ce qui leur est arrivé, pour grandir psychiquement. Les mécanismes d'introjection devenant possibles, créant un espace intérieur avec pour contenant le groupe qui garde quelque chose de leur désarroi. Le « jeudi des bébés » offre aussi une ouverture au jeu, à la fantaisie, aux chansons. L'important est peut-être, pour ces parents et ces bébés si bousculés à la naissance, de se rencontrer, de jouer. En fait de faire connaissance.

LA CO-CONSULTATION PAR ÉMILIE GOISET, PÉDIATRE

C'est un dispositif particulier, où nous avons le temps d'accueillir, d'observer, *via* les regards croisés pédiatre/psychomotricienne, le bébé et ses parents. Après toutes les urgences (de la naissance, des soins...) qui ont déjà le plus souvent marqué la vie de ces tout-petits et de leurs parents, il me semble d'autant plus important d'avoir le temps... Et c'est un luxe.

Nous écoutons, observons, répondons aux interrogations quand nous le pouvons, ou tout simplement respectons certains silences. L'examen clinique est bien sûr un temps important, incontournable, il doit être attentif et minutieux pour ces petits bébés particulièrement vulnérables, à risque sur le plan neurologique. Le temps d'observation sur le tapis de jeux, dans les bras de ses parents est tout aussi informatif. Les consultations sont variables au cours du temps, il s'agit de faire connaissance, d'observer et de soutenir les progrès, d'accompagner parfois dans la révélation du handicap, en essayant de laisser un peu de place à la rêverie, à l'espoir, sans pour autant nier les difficultés. Certaines consultations sont faciles et agréables, d'autres nous laissent épuisées et remplies d'interrogations. Nous ne sommes pas trop de deux pour accueillir les émotions, les questionnements, les révélations surprenantes (annonce d'une grossesse et accouchement, intervention chirurgicale, don d'embryon). La supervision, nouveauté pour la pédiatre « hospitalière » que je suis, est aussi très importante pour élaborer, prendre le temps de comprendre, d'analyser, et soutenir au mieux ces familles.

Le Pôle bébés vulnérables n'est qu'un temps donné, un passage pour ces petits bébés et leurs familles, une convalescence, mais aussi un accompagnement vers des soins spécifiques pour certains d'entre eux. Respecter

la temporalité de l'enfant et de ses parents, qui n'est pas forcément la nôtre, nécessite de s'adapter, de choisir le bon moment, les bons mots.

Le travail d'équipe est essentiel et demande de la délicatesse : une réunion hebdomadaire nous rassemble afin d'échanger, de préparer les consultations, de faire un retour des suivis à domicile et des informations plus générales concernant les bébés. Chacun peut exposer son point de vue, les discussions sont parfois animées, nous n'avons pas les mêmes formations. Les différences de point de vue sont intéressantes, parfois dérangeantes, mais elles nous mettent au travail afin de rester au plus près des besoins des enfants et des familles que nous accueillons.

Le travail y est soutenu par une supervision avec une psychothérapeute, qui nous aide à analyser, à métaboliser toutes ces situations parfois intenses, qui nous interrogent souvent, et nécessitent une remise en question permanente de nos pratiques. Le lien avec les différents partenaires est aussi très important.

Le pôle a été créé dans l'idée qu'il permettrait une arrivée plus rapide des enfants au CAMSP. Mais arriver jusqu'au CAMSP reste difficile pour les familles. Par contre, l'intérêt du pôle est d'accompagner et d'inscrire ces bébés dans un processus de soin qui répond à leur besoin. Il faudra peutêtre, pour certains d'entre eux, rester au pôle jusqu'aux alentours de leurs 2 ans. Le Pôle bébés vulnérables permet « un entre-deux », dans un contexte d'inquiétude quant à l'avenir. Et ainsi évite une certaine forme de solitude pour ces bébés et leurs familles après leur arrivée à domicile. Au pôle, un réel travail de prévention est fait auprès du bébé et de ses parents non seulement du côté développemental mais aussi d'un point de vue psychoaffectif. L'expérience nous amènera à construire des outils pour affiner et valider notre action. Beaucoup reste à faire.



12, rue Émile Romanet 38200 Vienne polebebes-vienne@apajh38.org

L'équipe de puéricultrices de l'Appui Parental de Montpellier¹

L'Appui Parental, une mesure de prévention précoce pour la petite enfance

La mesure de prévention « Appui Parental² » est un accompagnement à la parentalité de proximité, intensif et très précoce. Elle a vu le jour au sein d'une équipe de protection maternelle infantile (PMI) de Montpellier en 1998 dans l'objectif de limiter le nombre de placements de très jeunes enfants. Elle est destinée à des familles en grande vulnérabilité ayant un ou plusieurs enfants âgés de moins de 3 ans. Ce dispositif vise à permettre le développement optimal de l'enfant au sein de sa famille, même fragile. Après avoir évoqué les fondements de cette mesure, les modalités de mise en œuvre, nous décrirons les conditions d'intervention de l'infirmière puéricultrice.

À travers des vignettes cliniques issues du terrain, nous aborderons le cœur du travail de la professionnelle et ses actions thérapeutiques au sein des familles. Enfin, nous chercherons comment la puéricultrice trouve l'attention nécessaire pour faire face aux problématiques complexes vécues autour de l'enfant.

^{1.} Écrit par l'équipe des puéricultrices de l'Appui Parental : Djamila Kanoun, Karine Guinet, Régine Deltort, Florence Lemaitre, Marine Legrand, Amélie Fabre, Hélène Delsau, supervisée par J.-P. Visier, Laurent Vauclare, A.-L. Georges et C. Phalip.

^{2.} M. Laurent Vauclare et son équipe locale de PMI ont élaboré et mis en place la mesure « Appui Parental ». Les puéricultrices de secteur assuraient l'exercice de cette mesure. Depuis 2009, il est devenu un dispositif partenarial service public/association avec l'Association languedocienne pour la jeunesse. L'ALPJ gère plusieurs établissements qui accueillent des enfants et une maison d'enfant à caractère social (MECS).

FONDEMENTS DE L'ACTION

Les critères d'entrée dans le positif

Parmi les familles ayant de très jeunes enfants, certaines présentent des fragilités (des parents ou des enfants) qui retentissent sur la prise en charge de l'enfant et sur la qualité du lien en construction : séparation précoce parent-enfant, pathologie ou handicap, précarité, isolement, vulnérabilité sociale ou psychologique de la famille, antécédent de maltraitance ou placement. Cette mesure a été créée pour prévenir les troubles du lien parent-enfant et ses conséquences possibles sur le développement de l'enfant.

Les ressources théoriques

L'ensemble de l'équipe s'appuie sur des concepts tels que la théorie de l'attachement, la motricité libre, le développement sensori-moteur, les recherches en neurosciences affectives et sociales, l'éducation positive...

Le cadre législatif

L'Appui Parental s'inscrit dans le cadre des lois du 5 mars 2007 et du 14 mars 2016 portant sur la protection de l'enfant. Elles mettent l'accent sur la nécessité de renforcer la prévention et sur l'intérêt prioritaire de l'enfant au cœur du dispositif.

Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant :

- « Art. L. 112-3 : La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.
- « Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant.
- « Les modalités de mise en œuvre de ces décisions doivent être adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant, en sa présence, et s'appuyer sur les ressources de la famille et l'environnement de l'enfant. Elles impliquent la prise en compte des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et la mise en œuvre d'actions de soutien adaptées en assurant, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale de l'enfant. »

Les modalités de mise en œuvre

Il est important de repérer les familles en difficulté le plus précocement possible, afin de leur proposer la mesure au plus près de la naissance.

La sage-femme de PMI, lors d'une consultation prénatale, rencontre Stéphanie³ enceinte de six mois. Celle-ci confie qu'elle est suivie par un psychiatre et traitée par neuroleptiques. La sage-femme observe que Stéphanie parle lentement, que ses gestes sont limités, elle semble fatiguée et déprimée. Elle est isolée familialement, son logement n'est pas adapté à l'arrivée d'un bébé. Inquiète, la professionnelle initie une réunion de service pluridisciplinaire au sein du service médico-social du secteur, pour échanger. La décision est prise de proposer un appui parental à Stéphanie.

Les parents signent un contrat de six mois, renouvelable jusqu'aux 3 ans de l'enfant, dans lequel sont stipulés des objectifs de travail définis par l'équipe PMI.

Stéphanie accepte de venir signer le contrat à l'agence départementale de la solidarité. Elle rencontre le médecin adjoint-santé, la puéricultrice de la PMI et celle de l'Appui Parental. Les objectifs de l'intervention sont repris avec elle : soutenir la parentalité dans le quotidien, veiller à la création du lien d'attachement le plus sécurisant possible pour le bébé, apprendre à reconnaître les besoins du bébé et à lui répondre de façon adéquate.

La puéricultrice de PMI reste référente, à disposition de la famille lors de ses permanences et des consultations avec le médecin. La famille s'engage à recevoir la professionnelle à son domicile. Elle est invitée à participer à un ou plusieurs ateliers collectifs hebdomadaires dédiés à l'Appui Parental.

Trois ateliers sont proposés : l'un avec une psychomotricienne, un lieu d'accueil parent-enfant et un temps de bébé-nageur. En effet, le travail de la puéricultrice de l'Appui Parental s'étaye d'une expérience en collectivité autour d'une activité ludique adaptée aux bébés et aux enfants plus grands avec la présence active des parents. Dans un environnement adapté, l'enfant joue, explore et entre en relation avec ses pairs. Pour les parents ce sont des lieux de rencontre et l'occasion de tisser des liens.

La visite à domicile

La mesure d'Appui Parental se conçoit avec l'adhésion de la famille. Autant que possible, le travail se construit en partenariat avec elle pour qu'il ne soit pas vécu comme une intrusion. Parfois, face aux inquiétudes quant au développement et à la sécurité de l'enfant, les professionnels de

^{3.} Les prénoms ont été modifiés par respect de l'anonymat des personnes.

PMI sont amenés à négocier avec les parents la mise en place de la mesure. Les objectifs sont clairement énoncés, plus ou moins validés par la famille.

La professionnelle entre au cœur de l'intimité des familles. Elle doit être bien préparée, patiente, à l'écoute, et reformuler les objectifs de sa venue pour instaurer un lien de confiance au fil des rencontres.

La puéricultrice retrouve Stéphanie après son accouchement, à son domicile. Stéphanie a encore des questions concrètes concernant l'aménagement de l'espace. Le bébé Lisa prend de la place, la maman est dépassée et fatiguée. Avec patience et empathie la puéricultrice l'écoute et reconnaît sa fatigue. Elle répond à ses questions, lui permet d'aller se laver en gardant le bébé. Lisa pleure. La puéricultrice l'enveloppe dans ses bras, la regarde et lui parle : « Tu pleures... » Lisa, bien contenue et sécurisée, capte son regard puis s'apaise.

Le travail au domicile demande de la souplesse et de grandes capacités d'adaptation. La puéricultrice respecte les parents dans leurs demandes, leurs compétences et leurs possibilités. Parfois elle pose le temps imparti pour la visite et le respecte pour aider la famille dans l'élaboration de limites.

Écrire certaines observations immédiatement après la visite permet de garder au mieux l'objectivité dans la description des informations recueillies. Ce récit est un support à l'analyse du vécu et donne les pistes pour les objectifs de travail lors des prochaines visites. Il permet d'effectuer régulièrement des liaisons objectives avec les partenaires de travail et d'élaborer le rapport de fin de mesure. À cette occasion, la puéricultrice se positionne sur l'intérêt de renouveler la mesure.

La puéricultrice de l'Appui Parental est en lien avec la sage-femme, la puéricultrice de PMI et l'équipe de la maternité. Le temps passé à la maternité a paru long à Stéphanie et de retour à domicile, tout semble problématique. Elle est soucieuse et désemparée lorsque le bébé pleure.

La professionnelle utilise ses compétences relationnelles pour créer un temps de sécurité avec chaque membre de la famille. L'alliance établie permet de se mettre en empathie avec le parent, avec l'enfant, et petit à petit de faire passer un message plus précis pour les réponses à donner aux besoins du bébé.

Dans le cas d'un couple parental, le dialogue s'établit plus aisément avec l'un ou l'autre. Il est difficile d'obtenir une alliance égale avec le père et la mère. C'est encore plus compliqué d'acquérir l'alliance mutuelle lorsque les deux parents sont présents.

L'ATTENTION APPORTÉE À L'ENFANT

La puéricultrice est très attentive au développement du bébé. Elle observe ses compétences, ses besoins, son degré de tolérance, et ajuste son intervention.

- « Chez l'enfant, lors de ses premières années de vie, le temps est précieux ! » « Les bébés ça ne peut pas attendre ! » (Visier et coll., 2011).
- Il est important pour le bébé de pouvoir expérimenter un lien sécure ⁴ avec un adulte bienveillant. *Le temps des parents et de l'enfant n'est pas le même*. Les parents ont contractualisé la mesure d'Appui Parental, pourtant ils ne sont pas toujours en capacité de mettre en œuvre des choses concrètes et nécessaires pour leur enfant. C'est la puéricultrice de l'Appui Parental qui apporte de la sécurité au bébé, mais également à la maman qui va pouvoir, ensuite, en donner à son enfant.

Samira a 6 mois au moment de la mise en place de la mesure d'Appui Parental. Elle fuit le regard de sa mère et celui des adultes en général. Lors de l'allaitement maternel, par exemple, elle détourne le regard toute la durée de la tétée. Inquiète par le retrait relationnel manifeste de Samira, la puéricultrice décide d'intervenir deux à trois fois par semaine. Mounira, sa maman, est débordée, aux prises avec ses préoccupations. Elle est indisponible et en grande difficulté pour percevoir les besoins de sa fille, elle ne joue pas avec elle et lui parle très peu car, selon elle, un bébé « ça ne comprend pas »... À travers des moments de jeu, la puéricultrice s'intéresse à Samira. Peu à peu, celle-ci s'ouvre au monde qui l'entoure. Elle est en sécurité dans la relation avec la puéricultrice, vocalise davantage, regarde la professionnelle et lui sourit en réponse. Après plusieurs mois de prise en charge et malgré une attention particulière portée à Mounira, celle-ci reste absorbée par son quotidien et ses souffrances psychiques.

Observer le bébé pour répondre à ses besoins avec empathie

« L'empathie est innée chez tous les êtres humains. Une relation empathique, aimante est la condition fondamentale pour permettre au cerveau d'évoluer de manière optimale. L'enfant est alors capable de déployer toutes ses facultés affectives et intellectuelles. Il sait exprimer ses émotions, aimer, coopérer. Il réfléchit, aime apprendre, découvrir. Et il a du plaisir à vivre. » L'empathie, cette « capacité innée qui permet de détecter et de répondre aux signaux émotionnels d'autrui, capacité nécessaire pour survivre, se reproduire et avoir du bien-être » (Gueguen, 2014).

^{4.} Le terme « sécure » est repris de l'anglais, il signifie « sécurité physique, psychique, comblé dans ses besoins ».

Le bébé a besoin dès la naissance et tout au long de sa croissance que le donneur de soin réponde à ses besoins. La professionnelle qui intervient au domicile est attentive, elle supplée la famille si nécessaire. Il est possible d'intensifier les visites jusqu'à trois ou quatre fois par semaine lorsque le bébé montre des signes de retrait par exemple : quel que soit le temps accordé au bébé, la qualité de la relation est primordiale. Le bébé construit des circuits neuronaux qu'il pourra réutiliser lorsqu'il rencontrera un autre donneur de soin, dans l'empathie. Ainsi l'évolution de la santé du bébé et de son développement psychomoteur est le point d'alerte pour prendre les mesures nécessaires de protection d'un enfant. La puéricultrice est attentive aux signes de souffrance psychique précoce.

Réguler les émotions en les reconnaissant

Yann a quelques semaines ; la puéricultrice arrive alors que Muriel souhaite lui donner un bain car sa couche est bien pleine. Yann attend sereinement puis accepte mal le déshabillage. La puéricultrice émet l'hypothèse en le regardant : « Tu pleures, tu n'aimes pas être déshabillé, tu as peut-être un peu froid », « maman fait au plus vite pour te mettre dans l'eau chaude du bain ». Yann apprécie l'eau du bain.

La parole adressée à la mère et à l'enfant permet à chacun de se sentir écouté.

« Le bébé est équipé dès le huitième mois de grossesse pour déclencher de façon automatique les processus de protection des émotions négatives, mais il ne peut les réguler. Cette régulation est effectuée dans un premier temps par l'intervention des donneurs de soin et s'automatise progressivement.

Cela renvoie aux capacités des donneurs de soin :

- à reconnaître les éprouvés du bébé (la spécificité de ses ressentis émotionnels)
 dont celui-ci prend ainsi progressivement conscience;
- à répondre à ses besoins (physiques et émotionnels) dans la continuité.
 Le nourrisson s'organise pour profiter au mieux de l'accordage avec les donneurs de soin et en parer les difficultés » (Visier et coll., 2011).

Soutenir un attachement le plus sécure possible

Lorsque le bébé est en détresse (angoisse, peur, chagrin, tristesse, colère), son système d'attachement est activé. Il va donc mettre en œuvre un ensemble de comportements ou d'actions pour chercher à établir une proximité avec sa figure d'attachement, en vue de diminuer son stress et de rétablir son sentiment de sécurité. Il ne sait pas contrôler ses émotions et s'apaiser seul, son cerveau n'en a pas la capacité. Face aux pleurs qu'il manifeste, le parent ou la puéricultrice va percevoir que l'enfant se sent

en danger et lui apporter de la proximité et du réconfort. Le bébé va alors pouvoir se calmer.

Le parent à l'écoute perçoit et interprète les signaux du bébé et y répond de façon rapide et adéquate. L'enfant sécurisé va pouvoir explorer son environnement.

À la fin de la première année de vie, l'enfant a construit avec chacun de ses parents une relation particulière d'attachement.

Pamela souhaite que la puéricultrice soit présente sur les actes de la vie quotidienne. Elle envisage de faire le bain de Kylian. Au moment du déshabillage, le bébé fait caca. Pamela souffle et fait des gestes brusques, elle est déstabilisée. Kylian recherche le regard de la puéricultrice, celle-ci, confiante, le regarde sereinement. Une remarque humoristique permet à la maman de se détendre, de dédramatiser. La toilette peut continuer. Kylian retrouve sa maman capable d'empathie.

La puéricultrice soutient l'enfant et la mère dans la création d'un lien sécure. L'enfant se sent apaisé par le regard de la puéricultrice, il y trouve suffisamment de garantie pour se protéger des émotions négatives passagères de la mère.

Steve a 2 ans, il est victime de brutalité de la part de sa mère et passe du rire aux larmes dans la même minute. Il cherche les bras de sa mère, puis la repousse, et recommence. Il se met en colère sans que l'on en comprenne la cause.

La personne qui devrait le protéger et être la source de réconfort est en fait celle qui lui fait peur, l'origine de « l'alarme ». Sensibilisée à la théorie de l'attachement, la puéricultrice de l'Appui Parental offre à l'enfant un havre de paix, de sécurité et l'expérience d'une relation sécure.

« Les violences psychologiques abîment les cerveaux des enfants. La maltraitance émotionnelle influe sur le cortex cérébral et les réseaux neuronaux de l'enfant. Un grand nombre de structures cérébrales (cortex préfrontal, amygdale, hippocampe, corps calleux, etc.) et leurs circuits neuronaux sont altérés. Les enfants souffrent d'agressivité, d'anxiété, de dépression, puis plus tard, à l'adolescence et à l'âge adulte, peuvent développer des comportements à risque, des troubles dissociatifs et des somatisations. D'autres études ont montré que ces maltraitances endommageaient également les circuits neuronaux qui soustendent la compréhension du langage » (Gueguen, 2014).

Désir et réalisation du désir

Il n'est pas nécessaire que le désir soit réalisé mais il est important qu'il soit reconnu.

Aya a 3 ans, elle « surfe » sur sa tablette. La puéricultrice s'installe à côté d'elle et valorise sa dextérité. Elles jouent environ dix minutes, durée déterminée au préalable. La puéricultrice l'informe que c'est la dernière partie. Au moment

d'arrêter, Aya s'accroche à la tablette, retient son souffle, son visage devient rouge, elle fait la moue. La puéricultrice lui dit : « Tu aimerais continuer... » « C'est difficile. » Elles se regardent et reprennent ensemble le coloriage du dessin entrepris un peu plus tôt.

La non-réalisation d'un désir entraîne une émotion négative. L'identification de cette émotion permet de se sentir reconnu, de différencier le désir de sa réalisation et de s'apaiser.

- « Les émotions font partie des biorégulateurs nous permettant de survivre. Elles naissent dans le corps, déclenchées par un événement externe ou un état interne, physique ou mental. Elles se traduisent par :
- des modifications physiologiques: neurologiques, endocriniennes, métaboliques, immunitaires, activation du système nerveux autonome (modification du rythme cardiaque, tremblement, transpiration, sécheresse de la bouche, striction anale, œsophagienne, envie d'uriner, modification du diamètre pupillaire, de la couleur des téguments...). Ces modifications peuvent être ou non observables (ouvertes ou couvertes) ;
- des modifications comportementales éventuelles : mimiques, vocales incluant la prosodie, décharges (cris, pleurs, rires), déclenchement de stratégies adaptatives (fuite, position d'attaque, comportements de séduction, de consolation...);
- une mentalisation qui n'est pas systématique et apparaît de façon décalée. Elle traduit la prise de conscience par le sujet de l'émotion à l'œuvre chez lui. Il peut ainsi la ressentir, l'éprouver » (Visier et coll., 2011).

Vivre la différence

Il arrive parfois qu'une relation très fusionnelle se mette en place entre une mère et son enfant. Il semble que certaines mères expriment auprès de la puéricultrice de l'Appui Parental leur propre ressenti au travers de leur enfant : « Elle s'ennuie », « Il a froid », « Il n'aime pas dormir dans son lit », « Il est content de vous voir »...

Carole prend très souvent Jade dans les bras. Or, cette petite fille grandit et parfois la repousse. Un jour, Jade est allongée sur le tapis d'éveil et commence à pousser de petits cris. La puéricultrice commente : « Tu te régales. » Carole la prend dans ses bras et dit : « Elle n'aime pas son tapis d'éveil. » Ayant une bonne relation de confiance avec Carole, la puéricultrice lui dit : « Vous aviez très envie de la prendre dans vos bras », attend un moment puis ajoute : « Jade commence à s'exprimer verbalement et ses petits cris semblent davantage être un signe de plaisir. »

La puéricultrice perçoit la complexité des émotions. Elle nomme le ressenti de l'enfant puis celui de la mère. En validant les ressentis des deux,

elle leur permet de co-exister dans la différence. Celle-ci se construit aussi dans la relation entre la professionnelle et le parent.

« Les limites sont indispensables à la sécurité physique et psychologique [...] Ressentir qu'ils n'ont pas la même représentation d'une situation est occasion d'émotions de surprise, de peur, d'angoisse, se traduisant explicitement (opposition, conflit, colère, retrait...) ou restant implicites (sentiment d'impuissance, de culpabilité, de honte, de rancune...).

Ces émotions sont un marqueur dans la construction du sentiment d'exister dans la relation au parent » (Visier et Maury, 2005).

La notion de concurrence

Lors d'une activité sur l'extérieur, Laura est très fatiguée, renfermée. Elle s'assoit dans un coin, loin de tout. Kelly, 2 ans, est collée à elle, lui fait un câlin. La puéricultrice leur propose de venir jouer avec elle. L'enfant se lève avec un grand sourire et lui donne la main. Laura dit : « Tu préfères la puéricultrice à moi, ta maman » ; la professionnelle répond : « C'est difficile de ne pas se sentir aimée par son enfant », puis s'adressant à la fillette : « Nous allons jouer ensemble, maman se repose. » Kelly rit aux éclats en dévalant le toboggan et sollicite la puéricultrice pour recommencer. Laura interrompt l'échange en proposant un gâteau.

La notion de concurrence fait référence pour la mère à la notion de compétence. Pour cette raison, il est important de considérer les parents comme personnes ressources, soutenir ce qui fonctionne plutôt que d'attaquer ce qui dysfonctionne.

Une équipe de professionnels attentifs

La puéricultrice de l'appui Parental est respectueuse et prévenante. Elle est sensible aux ressentis de chacun des membres de la famille, sans oublier d'être à l'écoute de ses propres émotions. Qu'elles soient positives ou négatives, celles-ci sont un outil de travail.

En effet, les craintes des puéricultrices sont nombreuses : trouver la porte close, perdre l'alliance avec les parents, se sentir impuissante, submergée, ou voir de la maltraitance.

Lorsque la rencontre est terminée, il est parfois difficile de partir sereine et de ne pas s'interroger sur ce que vit l'enfant au quotidien. La puéricultrice peut douter de ses compétences et ne pas se sentir en sécurité. Le travail en réseau et la supervision lui permettront de retrouver de l'assurance.

Le travail de réseau

La puéricultrice de l'Appui Parental n'est pas seule. Elle reste très reliée aux travailleurs médico-sociaux du secteur référent du lieu d'habitation de la famille : sage-femme, puéricultrice, médecin de la PMI, assistantes sociales, médecin adjoint santé. Des réunions périodiques sont organisées et complétées par des échanges téléphoniques ou des mails.

La puéricultrice fait un travail de coordination auprès des différents intervenants qui prennent en charge l'enfant : pédiatre, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, pédopsychiatre, responsable de la structure d'accueil, services hospitaliers...

Elle accompagne aussi la famille dans des démarches de soins ou autres (loisirs, achats, rendez-vous administratifs...).

Louis a 7 mois, il est né prématurément. Ses parents, porteurs d'un handicap, l'accompagnent depuis qu'il a 3 mois au centre d'action médico-sociale précoce. Des séances de kinésithérapie ont lieu dans un cabinet libéral. Le suivi médical de Louis est effectué par le pédiatre du quartier. L'équipe de PMI le voit régulièrement. La mère a des rendez-vous tous les mois chez un psychiatre. Les parents sont autonomes pour tous ces rendez-vous.

La puéricultrice intervient au domicile depuis la naissance. En accord avec la famille, elle sollicite les autres professionnels pour échanger, partager les observations et coordonner les différentes prises en charge. Ce travail d'équipe permet d'ajuster l'accompagnement au domicile. L'alliance établie entre cette puéricultrice et la famille permet à la professionnelle de dire et de reformuler les conseils posés par les autres professionnels. Les deux visites par semaine apportent un soutien régulier, assidu et continu pour que Louis bénéficie des conseils de tous.

Il est rare de pouvoir réunir tous les intervenants autour d'une table. Néanmoins, l'échange des regards permet de garder une vision globale et objective de la santé de l'enfant et de son développement. Le travail de fourmi, de liens de l'un avec l'autre permet de tisser une grande toile de bienveillance autour du bébé.

La supervision ou l'analyse de pratique de l'Appui Parental

Il est parfois difficile de ne pas être fasciné par l'histoire passée racontée par le parent et de rester dans l'instant présent, sans chercher à en savoir plus.

Pauline raconte son enfance. « À l'orphelinat, je courais dans les champs, je protégeais trois enfants, je ne sais pas ce qu'ils sont devenus. »

L'empathie de la puéricultrice va alors se traduire à travers son attitude : mimiques sur le visage, langage corporel.

Il est important de simplement écouter. Reconnaître l'émotion du moment, ce n'est pas naturel!

Morgane raconte en souriant à la puéricultrice : « Quand j'étais bébé, ma mère avait du mal à me porter, elle avait des soucis de santé, elle me faisait souvent tomber et j'ai eu plusieurs fractures, c'est pourquoi j'ai été placée à l'âge de 6 mois. »

Face à ces familles en grande difficulté, la puéricultrice dispose d'un savoir-faire et d'un savoir-être qui s'acquièrent petit à petit au contact des collègues, des autres professionnels, des familles et lors du travail hebdomadaire d'analyse de pratique.

Cet espace de réflexion de deux heures dirigé par un psychologue ou un pédopsychiatre est un temps d'échange et d'introspection sur le travail d'accompagnement. Les séances sont ouvertes aux professionnels de PMI, aux adjoints-santé. Il est possible d'inviter les professionnels qui connaissent l'enfant. Les puéricultrices assistent aux séances de leurs pairs. Ainsi, elles donnent leur avis et s'imprègnent de l'analyse des situations.

La professionnelle rapporte ses émotions négatives : la sensation d'impuissance, la contrariété, la colère, l'ennui, l'angoisse, la culpabilité, le sentiment d'incompétence, la sidération. Le superviseur écoute, aide à identifier ces ressentis et leur donne du sens.

Fatou, 30 ans, vient d'Afrique. Il y a eu de très fortes pluies sur la ville. L'appartement a été inondé. Elle décrit l'événement à la puéricultrice comme quelque chose de terrible. Celle-ci écoute, reformule, compatit. Plus tard, après un temps de jeu avec les enfants, la puéricultrice entend Fatou chantonner.

Lors de la supervision, la puéricultrice exprime sa surprise et son incompréhension face à la discordance entre la description faite par la mère et la réalité des faits. Elle est aussi stupéfaite par l'intensité de la joie qui succède si rapidement à la tristesse. Subitement elle se souvient de l'histoire de Fatou : cette femme a survécu à un naufrage lors de son arrivée en France. Ce qui compte, c'est de reconnaître l'émotion sur le moment, qui n'est pas proportionnelle au fait, sans la réduire à ce qui l'a provoquée. Cela participe à diminuer l'intensité des émotions passées.

Laeticia termine d'habiller Jules, 5 mois, et le dépose dans son lit. « Il faut que je vous dise quelque chose, c'est trop dur en ce moment pour moi, je pleure beaucoup, j'ai recommencé à fumer du cannabis le soir. Jules est dans son lit, je me dis que je peux alors prendre un moment pour moi, j'en ai vraiment besoin. Jules dort et je n'ai plus à m'occuper de lui. » La puéricultrice répond : « Je comprends que c'est difficile pour vous en ce moment. Vous êtes très courageuse. En attendant le soir pour fumer, vous protégez votre bébé. Vous n'êtes plus seule, nous pouvons vous aider. »

La puéricultrice évoque cet échange en supervision. Elle se sent tiraillée entre le devoir de protéger l'enfant et celui de préserver l'alliance avec la mère. Le superviseur invite chaque professionnel à imaginer sa propre réaction. Au cours du débat toutes les inquiétudes sont posées et les solutions possibles envisagées. La discussion porte notamment sur des risques pour cet enfant s'il reste auprès de sa mère. L'enfant se développe bien et est accueilli régulièrement chez une assistante maternelle.

La posture bienveillante et l'absence de jugement de ses collègues permettent à la puéricultrice de se sentir comprise et reconnue dans ses ressentis.

Les paroles du superviseur participent à diminuer le stress de la puéricultrice et à restaurer son sentiment de sécurité. Il met en lumière qu'« on ne protège pas la mère en la mettant en défaut. En attribuant à Laeticia le rôle de mère protectrice, elle la reconnaît dans cette fonction ».

Plus tard, la puéricultrice accompagnera sereinement madame dans une démarche de soin.

Le travail de la supervision permet de soutenir l'équipe pluridisciplinaire dans différences instances pour la prise de décisions pertinentes dans l'intérêt de l'enfant.

CONCLUSION

Face à un constat préoccupant, une petite équipe de PMI a fait le pari de proposer une alternative au placement. La mesure préventive d'Appui Parental est née et s'étend aujourd'hui à la métropole montpelliéraine. Par sa proximité, la puéricultrice aide les parents à développer leurs compétences au travers des gestes de la vie quotidienne. Elle leur apporte une expérience nouvelle et leur permet de mieux comprendre les besoins de leur enfant pour y répondre de façon adaptée.

La puéricultrice permet aux enfants d'être en lien direct et régulier avec une personne référente stable, qui leur apporte des bases de sécurité sur le plan relationnel et émotionnel. Cette professionnelle bienveillante s'investit émotionnellement auprès de l'enfant. L'expérience d'une relation sécurisante permet à l'enfant de se développer mais aussi de construire ses capacités de résilience.

Accéder le plus vite possible à la relation avec le bébé est essentiel. Les émotions positives de la professionnelle envers le bébé soutiennent « la pulsion » de vie de celui-ci.

Confrontée à la difficulté, la puéricultrice ne banalise pas, ne s'habitue pas. Elle est guidée par la santé et le bon développement de l'enfant. Elle trouve de la sécurité auprès de l'équipe et lors du travail de supervision.

Le bébé attentif est entouré d'une professionnelle attentionnée, sécure, et de parents soutenus.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAR, M.; GARRET-GLOANEC, N.; LE MARCHAND-COTTENCEAU, M. 2009. « Réflexion autour du corps du bébé comme indicateur de souffrance psychique précoce », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, p. 542-547.
- GUÉDENEY, N.; GUÉDENEY, A. 2016. L'attachement: approche théorique, Paris, Elsevier Masson.
- GUEGUEN, C. 2014. Pour une enfance heureuse. Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau, Paris, Éditions Robert Laffont.
- VISIER, J.-P. 2005. « Une expérience de supervision : l'appui parental », dans M. Gabel, M. Lamour, M. Manciaux (sous la direction de), *La protection de l'enfance. Maintien, rupture et soins des liens*, Paris, Éditions Fleurus.
- VISIER, J.-P.; BÉCAMEL, F.; MAURY, M. 2011. « Des émotions des parents à celles des professionnels », dans M. Lamour, M. Gabel (sous la direction de), *Enfants en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, érès.
- VISIER, J.-P.; MAURY, M. 2005. « Une aide pour aborder les troubles du comportement », dans Y. Breton (sous la direction de), *Approches du trouble du comportement. L'enfant et l'adolescent par gros temps*, Nîmes, Champ social, p. 220-238.

Florence Duborper¹

Maintien et soutien des relations précoces enfants-parents malgré l'incarcération

Partant de l'état des lieux d'une prison paraissant peu propice à l'accueil des enfants de manière générale et des tout-petits de manière plus particulière, il est question ici de ne pas détourner les yeux de ce nécessaire maintien des relations avec leur parent. Agir malgré le fait que le parent soit « empêché » par l'incarcération : un pari pour l'avenir du bébé!

CONNAISSANCES PRÉALABLES À LA RÉFLEXION AUTOUR DU MAINTIEN DES RELATIONS FAMILIALES DANS LE CADRE MÉCONNU DE L'UNIVERS CARCÉRAL

Une personne qui a commis un délit n'est pas forcément incarcérée à « proximité de sa famille » ; dans un premier temps, elle est retenue prisonnière au sein de l'établissement pénitentiaire adapté, à proximité du tribunal en charge de l'instruction. De grandes distances peuvent parfois la séparer de sa famille. En simplifiant, tant qu'elle n'est pas jugée, cette même personne est présumée innocente, et dépend du magistrat instructeur pour toute autorisation de visite d'un membre de la famille, y compris pour les plus jeunes enfants. Dans certains cas, une ordonnance du juge des enfants est même nécessaire — en cas de mesure de placement par exemple. Les procédures de rapprochement familial ne peuvent être lancées qu'une fois prononcée la condamnation définitive, et elles restent très complexes, sans aucune garantie d'aboutir. Et si les personnes détenues peuvent avoir des relations téléphoniques avec leur famille, il faut là aussi une autorisation spécifique et les moyens financiers pour régler la note!

^{1.} Relais enfants-parents, action au sein du centre pénitentiaire de Marseille.

Dans ce contexte d'enfermement, où rares sont ceux qui peuvent bénéficier de l'encellulement individuel, étant logés à deux ou trois dans environ neuf mètres carrés, il est compliqué de faire valoir ses droits de parents, et d'entretenir des relations avec ses proches. Et même si on se dit : « Ils n'avaient qu'à y penser avant ! », loin de nous souvent l'idée que la prison punit aussi les enfants en les privant de leur père ou de leur mère pour une durée variable, de quelques mois à quelques années. Aussi bien pour les familles que pour nous professionnels, il va falloir « faire avec ». La question qui se pose alors suite à une arrestation est : « Comment faire au mieux, dans ce contexte, avec un enfant dont le parent disparaît brutalement ? »

Selon les établissements, les modalités d'accueil des familles varient : simples boxes avec deux ou trois chaises pour une durée de quarantecinq minutes ou une heure, ou encore salon familiaux pour une durée de trois heures, et parfois une unité de vie familiale permettant de se retrouver vingt-quatre heures ou plus..., une fois maximum par trimestre si les critères requis sont réunis!

Quoi qu'il en soit, les relations familiales sont soumises à autorisations, à contrôles, et sont rudement mises à l'épreuve. Tout est compté : dépenses et temps associés aux trajets, kilomètres, jours sans se voir, sans se parler, avec en parallèle « en concentré » les minutes de visites réalisées au parloir dans une année, le tout sous le regard de différents personnels à chaque étape de la mise en place de ces rencontres.

De notre point de vue la question se pose sous cet angle : comment soutenir au mieux les relations enfants-parents au cœur de cette épreuve ?

LE RELAIS ENFANTS-PARENTS À MARSEILLE

Accompagnement d'enfants à la prison des Baumettes

L'association relais enfants-parents vise à permettre le maintien des relations des enfants avec leur parent incarcéré dans des conditions adaptées malgré le contexte carcéral. La place est faite aux petits usagers : des salles d'accueil sont aménagées spécifiquement et un « accompagnement humain spécialisé » est proposé. L'association intervient prioritairement pour les 0-18 ans dans les situations où la famille n'accompagne pas ou ne peut pas accompagner les enfants aux « parloirs classiques ».

Ainsi listées, voici les « priorités » : les enfants accueillis par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et les enfants dont l'adulte qui a la garde ne parvient pas à obtenir de permis de visite (du fait du refus du magistrat instructeur, ou de l'absence de papiers d'identité valides...), ou encore

lorsque la famille ne souhaite pas entrer en contact avec le parent incarcéré (séparation, autres...).

En parallèle, l'association organise aussi des visites pour des enfants ayant accès au parloir famille, au cas par cas, dans des situations où les relations sont distendues par le peu de rendez-vous, du fait de l'éloignement géographique par exemple, ou encore pour les bébés, afin de favoriser une relation privilégiée du parent avec le tout-petit... Bref, au cas par cas, chaque situation est évaluée.

L'action du relais enfants-parents à Marseille est menée par une équipe mixte composée de trois salariés et de douze bénévoles travaillant étroitement avec les partenaires compétents : Aide sociale à l'enfance, services exerçant des mesures éducatives en milieu ouvert, services de la justice, administration pénitentiaire (équipes de direction, de surveillance et service pénitentiaire d'insertion et de probation), Assistance publique de Marseille (travailleurs sociaux, personnel médical et service médico-psychologique régional), Point d'accès au droit, etc.

Un parti pris sur le maintien des relations précoces parents-enfants malgré l'incarcération

Toutes les avancées sur les observations à propos du bébé, de ses capacités et de ses compétences ne doivent pas conduire à des choix qui seraient de l'ordre de la surprotection et compromettraient son inscription dans sa famille. Il s'agit ici d'aborder l'expérience du bébé « séparé » de son père ou de sa mère incarcéré, et pour lequel nous ferons le choix de l'accompagnement au sein de la prison.

Ne pas s'arrêter aux murs de la prison mais pas d'accompagnement à tout prix

Les missions du relais enfants-parents (REP) visent à maintenir les relations des enfants avec leur parent malgré l'incarcération. Il ne s'agit pas ici d'énumérer tous les types de situations qui peuvent être rencontrés. Chaque cas reste particulier et par conséquent, il n'est pas question d'accompagner à tout prix. Il s'agit de prendre en compte individuellement l'histoire de chaque enfant, de chaque famille, et de mesurer les décisions et les choix que nous faisons, avec en tête une projection à plus ou moins long terme. Notre évaluation avec les familles et les partenaires devra prendre en compte l'état des relations enfants-parents avant la détention, les droits du parent bien sûr, les démarches qu'il effectue, mais surtout *l'intérêt supérieur de l'enfant*.

En parallèle, l'inscription de l'action des REP est indispensable à l'amélioration des conditions d'accueil des enfants au sein des établissements

pénitentiaires : aménagement des lieux spécifiques, préparation de l'accueil, réservation des rendez-vous, accompagnement spécialisé, mise à disposition de jeux, possibilité de partager un goûter, etc.

Des enfants de la naissance à l'âge de 18 mois vivant en détention avec leur mère au centre pénitentiaire de Marseille

L'arrestation d'une femme survient parfois lors de la grossesse avec une détention qui se prolonge après la date prévue de l'accouchement, ou bien encore une femme peut être incarcérée alors qu'elle a un enfant de moins de 18 mois. Dans ces deux cas, la mère peut, dans la mesure des places disponibles au sein de quartiers spécifiques en détention, de ses choix et de l'accord du père (s'il dispose de l'autorité parentale), garder son enfant auprès d'elle. La réponse n'est pas systématiquement favorable. Selon son choix, la mère peut tout aussi bien confier son bébé à un parent disponible à l'extérieur ou à un « service gardien ». À la marge, notons qu'il n'existe pas de quartiers spécifiques « nurserie » dans les quartiers hommes. Les pères ne peuvent donc pas prétendre garder avec eux leurs enfants de moins de 18 mois durant leur détention.

Au quartier nurserie du centre pénitentiaire de Marseille, six places sont disponibles et des actions sont menées par différents partenaires en direction des mères et de leurs bébés pour le suivi médical, ou encore pour que les bébés puissent aller en crèche, par exemple... Afin de sortir ces dyades mères-enfants de l'isolement, les intervenantes du REP y assurent une demijournée d'accueil hebdomadaire. Des photos de ces femmes enceintes ou avec leur bébé sont prises par l'équipe du REP. Ainsi, envoyées à la famille souvent éloignée, ces images permettent au père et à tous ceux qui vivent au-dehors de réaliser par l'image l'arrivée du bébé ou son évolution.

BÉBÉS SÉPARÉS DU PARENT INCARCÉRÉ : AU CŒUR DE L'ACTION DU REP

Le REP se penche sur le berceau des bébés séparés de leur mère ou de leur père du fait de l'incarcération. Toute la complexité de la mise en place des visites ne sera pas abordée dans ce texte.

Une fois écartées les situations où il serait inopportun d'envisager la mise en place de rencontres, enfants-parents, passé le jugement de valeur ou la formule toute faite et stérile tant de fois entendue : « Il ou elle n'avait qu'à y penser avant ! » : que faire ? Que se passe-t-il pour ce bébé dont un parent adapté (suffisamment bon) a disparu ? Que se passe-t-il pour le parent ?

Disparition de la mère pour l'un et du bébé pour l'autre, « environ un mois pour se voir ! »

Une fois en détention la durée moyenne avant qu'une mère puisse voir son enfant est d'un mois, dans le meilleur des cas trois semaines ; mais parfois les méandres des démarches administratives et judiciaires ramènent ce délai à trois voire quatre mois... et parfois plus! La mère reste souvent sans nouvelles pendant plus d'une quinzaine de jours et la famille ou les professionnels ne savent pas toujours quels mots poser sur ce qui se passe, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un bébé! Quant à certains services gardiens, ils ignorent bien souvent avec qui entrer en contact... Il y a rupture et cela laisse des traces.

Deux mois et demi d'inquiétude...

Le cas n'est pas isolé, de cette jeune mère âgée d'à peine 20 ans, séparée de son bébé âgé de 2 mois du fait de l'incarcération. Elle n'a revu son fils qu'à l'âge de 5 mois.

À son arrivée en détention, cette jeune femme a choisi pour le bien-être de son bébé de ne pas « faire venir son enfant en prison ». Jason a alors été placé en famille d'accueil. Ce n'est que plus d'un mois après son arrivée que cette jeune femme a reçu les premières nouvelles très succinctes de son bébé, puis de manière très irrégulière et toujours aussi peu détaillées ; quelques informations lui sont parvenues, mais pas de photos!

Deux mois et demi plus tard, les premières visites ont été mises en place au rythme d'une fois par semaine environ. Jason avait alors 5 mois. Nous avons pu constater par différents signes, dont le regard de cet enfant et les gestes de la maman, une relation adaptée, marquée de tendresse.

Dans un deuxième temps, à l'âge de 8 mois, Jason, à la demande de sa mère, a pu être accueilli chez la tante maternelle. Les visites pour ce bébé se sont alors mises en place dans le cadre du parloir famille, mais également dans le cadre du REP où il a récemment fêté son premier anniversaire. Privée de contact avec le père de son enfant – également incarcéré pour la même affaire – cette toute jeune femme nous dit, lors d'un entretien, ne plus arriver à se sentir « maman », et ne pas arriver à parler à son fils de son papa.

Au parloir famille, lorsque Jason vient, madame nous dit que son fils s'agrippe à sa tante, que c'est très dur pour elle. En parallèle, lors des visites par l'intermédiaire du REP, à partir du moment où sa tante nous le confie à la porte principale où elle nous attendra, il pleure tout le temps du trajet, jusqu'à la salle aménagée. Une fois sur place, il s'apaise; l'accompagnatrice constate que la relation mère-enfant est adaptée, et ce petit est tout sourire! Bien sûr à quelques reprises, nous avons pu identifier des pleurs dus à la faim ou à des douleurs dentaires, pleurs que sa mère a su apaiser avec les réponses adéquates.

Mais aujourd'hui notre équipe s'interroge sur les pleurs récurrents au moment des trajets : la difficulté de ce petit garçon à se séparer de sa figure d'attachement, sa tante certes, mais d'autres hypothèses peuvent être faites. Ces pleurs seraient-ils la conséquence de la rupture brutale de contact avec sa mère dans les deux premiers mois de sa vie, le placement en famille d'accueil provisoire, le changement de famille à nouveau, le conflit entre les deux sœurs à propos du compagnon qu'a choisi cette jeune mère détenue ?

Nous avons échangé avec la référente de la mesure éducative en milieu ouvert et l'avons sollicitée afin qu'elle rencontre les parents qu'elle ne connaît pas. Jason a fêté son premier anniversaire il y a trois mois déjà!

Tout prend du temps : le temps de réaliser, de comprendre, de demander, le temps judiciaire, le temps administratif et le temps de travail des différents professionnels. Mis bout à bout, les délais passent de quelques jours à quelques semaines et de quelques semaines à quelques mois, et très rapidement de quelques mois à... une année, puis deux : les bébés grandissent!

Si nous n'avons pas encore pu organiser des visites au père, notre rôle est d'accompagner et de soutenir cette mère lors des rencontres en dehors de la famille, de l'aider à réinvestir dans un premier temps sa place de maman. C'est une première incarcération et cette toute jeune femme n'a pas le profil d'une « récidiviste ». L'idée est donc de faire en sorte que pour cet enfant et cette mère, l'expérience ne compromette pas la poursuite de ce qui avait démarré au cours des deux premiers mois de vie commune ! Nous travaillons à privilégier cette relation mère-enfant, aidés en cela par la tante et la référente du suivi de la mesure éducative.

Nous avons pu rencontrer à deux reprises le père également détenu au centre pénitentiaire de Marseille. Il est privé de contact avec la mère de son enfant du fait de l'instruction; nous l'avons mis au courant des difficultés de son fils à se séparer de sa tante maternelle. Il a fait le choix d'attendre que ce magistrat l'autorise à communiquer avec sa compagne pour revoir Jason, avec la présence rassurante de sa mère. Il serait possible d'organiser cette rencontre dans le nouvel établissement, dans le cadre des salons familiaux où nos équipes pourraient accompagner une visite familiale. Ce père a donc fait le choix de patienter pour le mieux-être de son tout-petit malgré l'ordonnance d'un juge des enfants qui l'autorise à voir son enfant. Quel que soit le choix il reste douloureux et aucune décision n'est satisfaisante.

Autre maman, autre situation, autre choix, accueil d'un bébé de 8 mois en nurserie

Cette mère est incarcérée pour des faits commis cinq ans avant la naissance de son enfant. Séparée de son fils de 8 mois lors de l'arrestation, elle ne l'a pas revu durant trois semaines et est restée sans nouvelles. Du fait de l'incarcération, son compagnon, le père de l'enfant, a dû se débrouiller. Et Nicolas qui était entièrement pris en charge au quotidien par sa mère a perdu ses repères ; il

ne dormait plus, hurlait souvent et a même dû être hospitalisé pour détresse respiratoire... avec un père dépassé par les événements. Du fait de la situation, cet homme a perdu son emploi.

Les énergies regroupées des différents partenaires, et la libération d'une place en nurserie, ont permis à ce bébé de 8 mois de retrouver sa mère. Et au père de retrouver un emploi. Il vient régulièrement chercher son fils pour des périodes de deux jours pendant lesquels Nicolas retrouve sa chambre et son papa. Bientôt Nicolas pourra aller à la crèche dans le quartier.

Les situations sont nombreuses, qui ressemblent à celles-ci et ne peuvent aboutir à une résolution acceptable.

Entourée de ses partenaires, l'équipe du REP fait le pari que soutenir les mères est une juste cause pour l'avenir de ces enfants. Et pour cela il est essentiel d'organiser au mieux des visites dans un cadre le plus sécurisant et contenant possible, malgré le contexte carcéral.

Nous ne changeons pas les histoires mais la question reste ouverte : comment accompagner au mieux ces situations lorsque l'incarcération ne peut être évitée et que la relation de la mère avec l'enfant est fusionnelle dans ces premiers mois de la vie ? Il y a urgence pour ces tout-petits : il s'agit d'une question de santé publique.

Papa en prison : de l'autre côté du mur, le bébé!

La question du soutien à la parentalité ne concerne bien évidemment pas seulement les mères, et les femmes représentent un peu moins de 4 % de la population pénale. Il reste la question des pères privés de liberté et de leurs enfants, de leur bébé parfois.

C'est lors de leur détention que certains hommes deviennent pères, parfois même pour la première fois! Si la situation le permet, ils peuvent alors assister à l'accouchement. Mais cela reste une mesure d'exception, car la complexité des procédures associées à une date d'accouchement rarement programmée ne facilite pas la mesure. D'autres, déjà pères lors de l'arrestation, nous diront le manque de leur enfant. Selon le contexte ils pourront ou non voir leur bébé au parloir, accompagné par un membre de la famille.

Même si les équipes du REP interviennent de manière prioritaire dans les situations où il y a impossibilité pour le parent de rencontrer son enfant, nous avons fait le choix de proposer des visites aussi à certains jeunes pères afin qu'ils trouvent leur place en dehors de la présence de la mère (qui habituellement accompagne le bébé au parloir). Il est alors proposé à la mère, d'accompagner la première visite du bébé à son père dans le cadre du REP, avec deux accompagnantes de l'association. Cela s'avère rassurant pour les deux parents et le tout-petit bien sûr. La mère pourra ainsi se rendre compte du trajet à effectuer, visualiser la salle aménagée et connaître les modalités de rencontre.

Il sera ensuite plus simple pour elle, dans le cadre des visites à venir, de nous confier son bébé à la porte de la prison qui ne se refermera pas sur l'inconnu.

Lors de leur participation au groupe de parole, certains pères, quant à eux, peuvent dire leur difficulté à se « sentir papa », leur appréhension à s'occuper d'un si petit bébé; d'autres demandent le soutien des accompagnantes lors des visites à venir. Certains se sont montrés au contraire très à l'aise pour consoler, cajoler, faire rire; tous se sont montrés solidaires les uns des autres face à l'heureux et angoissant moment d'accueillir son bébé dans ce contexte!

Ce projet intitulé « pères-bébés » accorde bien sûr la priorité au bienêtre du bébé, il veille notamment à ce que la visite soit « suffisamment confortable » pour ce tout-petit. Les équipes accompagnent, encouragent et évaluent la situation de manière régulière, en lien avec les parents et les partenaires existants. Une visite perçue comme trop stressante pour un enfant pourra être interrompue à n'importe quel moment par exemple. Mais ce sont souvent des moments de tendresse et d'attentions entre le papa et son enfant, avec des intervenantes parfois sollicitées pour guider dans les premiers gestes, les premiers jeux, les premiers biberons ou petits pots, pour décoder certains pleurs ou simplement être présentes pour accompagner de jolies retrouvailles.

Dans la salle de visite, un miroir accroché au mur permet au père de se voir avec son bébé dans les bras ; il s'ensuit souvent de très forts moments où se mêlent émotion et fierté, et beaucoup de sourires.

Les mères qui acceptent la proposition d'accompagnement faite par l'association, et nous confient leurs bébés, font de la sorte précocement une place au père, et cela nous paraît prometteur pour la socialisation à venir de cet enfant.

Ce projet « pères-bébés » vise à permettre au père, lorsqu'il sera « seul » avec son bébé, de prendre confiance en lui en tant que papa avec un apprentissage des premiers gestes, mais aussi à favoriser un « après-prison » où pour ce bébé, son père ne sera pas un inconnu et vice versa. C'est encore un pari, celui que cet enfant « investi » puisse compter sur l'attachement de son père auquel il pourra s'attacher à son tour.

Le support photo

Les équipes prennent chaque mois des photos du bébé avec son père. Elles sont développées en double exemplaire : le papa en gardera quelquesunes qu'il affichera et la mère, à qui il aura envoyé l'autre exemplaire, aura un support en image pour parler avec son bébé de son papa, lui faire une place dans leur vie, lui permettre de faire tiers. Les équipes font de même pour les bébés en visite à leur mère. Malgré tout et sans faire de généralités le constat est que lors de l'incarcération de leur compagne ou ex-compagne, les pères sont moins présents et moins soutenants. Dans le cas de l'incarcération de la mère les enfants sont plus souvent accueillis dans la famille élargie ou par l'ASE; les photos sont alors des supports pour la famille ou les partenaires afin de travailler autour de la relation du tout-petit à sa maman.

L'ACCOMPAGNEMENT PAR LES MOTS POUR LES PARENTS MAIS AUSSI POUR LES TOUT-PETITS

Devenir parent n'est pas simple : de nombreuses expériences vécues dans l'enfance se réactivent, fragilisant parfois. A priori les accompagnements réalisés par l'association concernent les parents investis qui en font la demande. Ce sont bien souvent ceux qui ont conscience de ce qu'est être « papa » ou « maman » qui remettent le plus en question leur statut de détenus. Ils éprouvent un sentiment de honte, expriment leur impuissance et leur culpabilité à l'égard de leurs enfants, mais ils n'ont pas le choix! Soutenir les parents durant l'épreuve de l'incarcération en travaillant, lors des visites du bébé, à la création des relations ou à leur maintien permet de ne pas rater l'étape nécessaire des premières rencontres qui devraient favoriser l'attachement du parent à son enfant et vice et versa dans le plus long terme.

Dans les premiers mois de la vie, ce sont les soins du quotidien, ce qui va primer pour le bébé, et sa vie à l'extérieur. Il paraît alors bien peu naturel d'accompagner un si petit être de l'autre côté des murs d'une prison pour rencontrer son père ou sa mère ; pourtant, c'est bien à l'intersection de l'intérêt des deux parties que les décisions de réaliser ces visites et d'en définir les modalités et le rythme doivent se prendre. Les entretiens réguliers avec les parents mais aussi les échanges sur leurs intentions et leurs projets sont indispensables pour faire le point sur la relation qu'ils construisent avec leur enfant. La durée de la peine devra bien évidemment être prise en considération.

L'écoute que nous porterons aux parents, associée à l'attention que l'on portera conjointement aux tout-petits, occupe une place primordiale certes. Mais bien souvent, il s'agira de convaincre les parents de l'importance de parler à ces tout-petits : beaucoup d'arguments, de commentaires seront nécessaires, mais aussi des explications des mots choisis en fonction de chaque interlocuteur, si importants dans ce travail d'accompagnement de la relation.

CONCLUSION

Partant d'un état des lieux, une prison, peu propice à l'accueil des enfants de manière générale et des tout-petits en particulier, il a été question

ici de ne pas détourner le regard de ce nécessaire maintien des relations avec leur parent. Agir malgré le fait que le parent soit « empêché » par l'incarcération semble alors un pari pour l'avenir du bébé, après que la mesure de la situation dans sa globalité a été prise en compte.

Une fois qu'ont été intégrées les priorités, à savoir que ces bébés ont besoin d'une attention toute particulière, que leurs parents dedans et dehors ont besoin d'écoute, de soutien et d'être rassurés avec attention et vigilance, ces accompagnements permettent d'instaurer une relation pour certains, de la construire ou la consolider pour d'autres, avec pour objectif qu'elle se poursuive après la sortie de prison, en dehors de notre présence.

Il est essentiel d'agir précocement afin que cette relation puisse naître, se nouer et grandir, y compris dans les imaginaires, en dehors des temps de rencontre, malgré la séparation physique et les murs de prison.

ET APRÈS LA SORTIE

Contrairement aux idées reçues, la sortie de prison n'est pas une « simple libération »! Tout est à revoir et il s'agit de s'y préparer. C'est une sorte de période de convalescence qui nécessite une rééducation adaptée : rouvrir soi-même des portes, se confronter à de grands espaces, communiquer autrement qu'avec les codes de la détention, aller faire des courses, retrouver une place dans la famille qui s'est organisée en fonction de l'absence, retisser des relations non plus ponctuelles ou accompagnées et soumises à horaires fixes et délimités, apprendre à assumer sur de longues périodes ses enfants et sa famille, les tâches et les obligations du quotidien. Bref, la sortie tant attendue n'est pas dénuée de problèmes, y compris pour la famille ; elle est source de beaucoup d'angoisse qu'il faut prendre en compte, anticiper, préparer en deçà et au-delà des murs de la prison, et rester disponible après l'ouverture de la porte!

Si l'incarcération d'un parent n'est pas pour son enfant l'indicateur d'un trouble psychopathologique en soi, l'éloignement provoqué associé à l'effacement du parent peut exposer l'enfant à un risque. Aider au maintien de la relation entre l'enfant et son parent incarcéré est non seulement un enjeu éducatif mais un enjeu de santé publique sur lequel se penche l'organisation européenne Children of Prisoners Europe (COPE) en lien avec la Fédération des relais enfants-parents (FREP).

Martine Poudevigne, Christine Faure, Chloé Espinosa¹

Interventions des techniciennes en intervention sociale et familiale (TISF) auprès des mères du quartier nurserie de la maison d'arrêt des femmes des Baumettes

L'aide aux mères et aux familles à domicile 13 (AMFD), qui aura bientôt quatre-vingt-dix ans d'existence, accompagne depuis toujours les évolutions de la société et de la famille. En quelques chiffres, ce sont 2 283 familles accompagnées en 2015, soit 4 677 enfants, dont 870 bébés, dans le cadre du dispositif de prévention précoce en périnatalité.

Spécialisée dans l'intervention à domicile, l'association est conventionnée avec le conseil départemental des Bouches-du-Rhône pour des interventions de TISF dans le cadre de prise en charge de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) au titre de la protection de l'enfance, et avec la Caisse des allocations familiales (CAF) dans le cadre de la politique familiale destinée à toutes catégories de publics.

Les TISF de l'AMFD 13 (au nombre de 112 aujourd'hui) sont des travailleurs sociaux du domicile. Ils exercent leurs missions auprès des familles dans différents cadres d'intervention: prévention, protection de l'enfant (accompagnement en économie sociale et familiale, action éducative en milieu ouvert, action éducative à domicile, placement), accompagnement temporaire dans les différents changements de la vie (grossesse, naissance, décès, pathologie de l'enfant ou d'un parent...).

^{1.} Aide aux mères et aux familles à domicile (AMFD 13).

En 2006, l'association propose au conseil départemental des Bouchesdu-Rhône un dispositif centré sur la prévention précoce, au moment même où la réforme de la protection de l'enfance fait de la prévention un de ses axes majeurs. La prévention périnatale en a constitué le premier maillon. L'AMFD propose un projet pour intervenir dès la sortie de la maternité, pour des mères en situation de fragilité. L'idée est de considérer que la fragilité est universelle et liée à cette période de l'arrivée de l'enfant, quelle que soit la catégorie sociale d'appartenance. La prévention ne s'adresse pas qu'à un public concerné par des mesures de protection ou en difficulté sociale mais elle concerne l'ensemble des mères pour lesquelles la maternité entraîne une vulnérabilité (au sens d'une fatigabilité et/ou d'une fragilité liée à la naissance et à l'accueil de l'enfant). L'objectif est bien de soutenir la fonction parentale en offrant à la mère, au père, une posture bienveillante. En effet, les TISF constataient que leurs interventions étaient trop tardives : l'enfant était déjà ancré dans des problématiques psychologiques et/ou sociales. À travers la rencontre avec ces familles, les professionnels remarquaient la difficulté éprouvée par les mères dans le tissage des premiers liens précoces.

Initié par les puéricultrices PMI au sein des maternités, le dispositif des « vingt heures périnatalité », soit cinq interventions de quatre heures, est financé, de manière volontariste par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) du conseil départemental des Bouches-du-Rhône. Ces interventions permettent de proposer des espaces de transmission et d'apprentissages. Elles s'inscrivent dans une culture de la prévenance, où il s'agit pour la TISF de prendre soin de la mère afin qu'elle prenne soin de son bébé. Il s'agit d'une attention donnée, du temps donné, devenu rare dans le travail social, pour ouvrir des potentialités de changement des familles plutôt que de constater a posteriori qu'il aurait pu en être autrement pour cette mère et son bébé. Ce projet s'inscrit dans l'optique de « pouvoir être là au bon moment et au bon endroit ». C'est pourquoi, dans ce temps majeur des premiers jours de l'accueil du nouveau-né, il s'agit de construire une intervention dont la finalité doit justement aider les parents à élaborer un sentiment de compétence et de responsabilité parentale, non pas au sens où il suffirait d'appliquer un manuel du « bon parent ».

Les TISF, en intervenant au domicile, apportent une aide concrète par le biais des activités domestiques, pour mener à bien, en concertation, un soutien afin de faire face aux changements et à la fatigue. L'originalité du dispositif périnatalité repose sur le savoir-faire et l'identité professionnelle de la TISF, façonnés par ce contexte d'intervention spécifique. Le « faire-avec » est la pierre angulaire de cet accompagnement déroulé sur une temporalité restreinte.

En 2014, le conseil départemental sollicite l'aide aux mères et aux familles à domicile pour intervenir auprès des (futures) mères du quartier nurserie de la maison d'arrêt pour femmes des Baumettes, suite au départ à

la retraite de l'assistante maternelle qui assurait le trajet d'accompagnement à la crèche du quartier des nourrissons vivant avec leur mère en milieu carcéral.

Lors des premières rencontres partenariales, il s'est avéré que cette demande initiale n'exploitait pas les compétences et le rôle des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF). Au fil des séances de travail avec le chef de service des actions préventives, la protection maternelle et infantile (PMI) du conseil départemental des Bouches-du-Rhône et la direction de la maison d'arrêt des femmes (MAF), le projet a évolué, alors qu'une situation complexe fige et intensifie les tensions quotidiennes au sein du quartier nurserie. La nécessité de proposer des espaces de régulation s'est alors posée comme une évidence et le relais enfants-parents (association accompagnant les visites des enfants aux mères incarcérées) a par la suite été intégré au projet.

Au final, le projet a consisté à proposer des accompagnements à la crèche du quartier et à organiser des temps de rencontres et d'échanges en présence des TISF au sein du relais enfants-parents. Tout ce travail a nécessité une articulation et une coordination fine entre les différents acteurs impliqués. Dans le cadre particulier de l'incarcération de jeunes mères souhaitant garder leur bébé près d'elles jusqu'à ses 18 mois, cet accompagnement demande un investissement spécifique et une connaissance au moins minimale de l'univers carcéral. Le personnel qui est intervenu a donc été volontaire et préparé.

À la MAF, des réunions de coordination ont eu lieu tous les deux mois avec l'ensemble des partenaires pour échanger sur l'organisation, le fonctionnement en place et les éventuels ajustements à faire. Par ailleurs, une convention de partenariat a été signée entre la MAF et l'AMFD.

La mise en œuvre de ce projet a impliqué pour la MAF et pour les TISF un réel apprentissage du fonctionnement de l'autre. En effet, le temps et l'organisation dans l'univers carcéral ne sont pas appréhensibles de manière innée. Il est nécessaire aux TISF de comprendre les impératifs et les tensions, liés notamment aux mouvements de personnes, que doivent gérer les agents de la MAF. Selon les mots du chef de détention, la présence de la TISF représente « un microproblème dans le flot de tous les problèmes » qui vont se poser aux agents.

Par ailleurs, il est nécessaire aux agents de la MAF de situer la présence de la TISF dans l'intérêt premier de l'enfant et du lien mère-enfant. Très rapidement, le chef de détention a pu noter que la présence régulière des TISF a eu un effet apaisant sur le climat et l'ambiance au sein du quartier nurserie.

Les premières interventions ont démarré en juillet 2014 auprès de deux mères avec leur nourrisson, ainsi que d'une jeune femme enceinte. Il s'agissait de préparer l'accueil en crèche des nourrissons par des temps de rencontre avec les mères, au sein du relais enfants-parents, pour qu'elles puissent être en confiance et identifier les TISF qui allaient réaliser les accompagnements

à la crèche du quartier. Le premier accompagnement à la crèche s'est fait dès novembre 2014, puis pour un deuxième enfant à partir d'octobre 2015.

Ce fonctionnement s'est poursuivi et s'est formalisé : les interventions au relais enfants-parents ont eu lieu le mardi après-midi, de 13 h 30 à 16 h 30. Cette rencontre dans un lieu accueillant permet, au-delà de la préparation pour l'accompagnement à la crèche, de les soutenir dans leur relation avec leur enfant, aussi bien en leur permettant d'évoquer leur vécu qu'en leur permettant, si elles le souhaitent, de partir se reposer lors de la présence des TISF. C'est un temps d'accueil, d'écoute et de communication qui permet l'émergence de paroles des mères en favorisant un partage d'expériences et une réflexion commune autour des sujets liés à la parentalité. L'objectif étant de permettre à ces mères d'échanger sur cette difficile, voire contradictoire, expérience d'être à la fois une mère et une personne incarcérée. Il faut en effet se rendre compte que ces mères ne bénéficient d'aucun relais auprès de leur enfant. Les TISF sont ainsi les seules professionnelles leur permettant de saisir cette opportunité, si elles le souhaitent.

Un temps de coordination avec le personnel de la MAF et de la protection maternelle et infantile du conseil départemental des Bouches-du-Rhône, ainsi qu'un temps de rédaction d'une synthèse sont prévus à la fin de l'intervention. La qualité du partenariat est à souligner : l'encadrement de la MAF, notamment au travers de la directrice et du chef de détention, est remarquablement disponible à l'égard de l'association et se situe dans une réelle volonté de construire conjointement les interventions des TISF. Le travail également mis en place avec l'équipe de la crèche du quartier va dans ce sens et permet aux TISF de faire la liaison avec la mère incarcérée. Le partenariat étroit et déjà existant avec la PMI s'opérationnalise autrement et permet aux TISF d'être en lien régulier avec le médecin et la puéricultrice. Cette fonction contenante permet à l'enfant de se développer en dehors du milieu carcéral.

Finalement, les TISF sont les seules professionnelles à se situer entre l'intérieur et l'extérieur de la détention. De par la nature de leur métier qui exige une capacité d'adaptation constante, elles doivent y faire d'autant plus appel que le contexte de l'intervention le demande.

AU RELAIS PARENTS-ENFANTS

Les rencontres s'organisent tous les mardis après-midi de 13 h 30 à 16 h 30 en présence de deux TISF. Le personnel du relais n'est pas présent durant cette séance, seul leur local est à disposition des TISF et des (futures) mères. Ce lieu est situé entre le quartier nurserie et le parloir avocats, ce dernier étant le lieu d'échanges avec les visiteurs. Le local du relais enfants-parents

est finalement un espace en dehors de la détention. Les femmes sont libres de venir, et pour l'une d'entre elles (dont l'enfant est allé à la crèche), le rendez-vous était constamment honoré, signe d'un besoin de présence de l'autre. D'une intervention à une autre, c'est toujours l'inconnu pour les TISF car elles n'ont pas connaissance ultérieurement des personnes présentes.

Cet espace permet aux mères et leur bébé, ainsi qu'aux femmes enceintes, de pouvoir prendre du temps pour elles, soit dans l'échange, soit dans le retrait en profitant pour aller se reposer. C'est le moment aussi pour ces femmes de pouvoir laisser leur enfant en toute sérénité le temps d'un entretien avec un professionnel.

Ce temps leur permet de « décharger » les tensions vécues en détention, de manière individuelle d'abord ; puis les TISF font en sorte de les rassembler, dans un second temps, et de fédérer un temps commun et partagé d'échanges, souvent à partir des jeux de société.

Les TISF, sans échanges explicites, se conjuguent dans leurs fonctions de contenance et d'étayage selon les besoins repérés. Les TISF ont la possibilité d'occuper différents espaces, l'intérieur (la salle) et l'extérieur (la cour) pour favoriser les échanges individuels, si cela est nécessaire. Elles permettent aux mères de s'extraire à un moment donné pour déposer des choses, puis de se rassembler pour cohabiter dans un même espace. Ce dernier fonctionnement étant inhérent au quartier nurserie à certains moments de la journée. Les mères arrivent à canaliser leur colère grâce à la présence des TISF sur le temps du mardi après-midi. En effet, elles se sentent entendues et sont ainsi à même d'entendre ce que les TISF peuvent leur dire. Ces dernières travaillent ainsi sur le fait que tout ce qui se passe et se dit se transmet à leur enfant. Dans ce contexte, les TISF ont un réel rôle de médiation.

Les échanges portent spontanément sur leur condition de vie et leur condamnation. Pour la plupart des mères, l'incarcération est vécue comme une punition injuste à l'égard de leur enfant, elles déplorent à ce sujet les conditions défavorables en prison pour ce dernier. Les repas ne sont pas toujours adaptés (rapport âge/quantité, oubli de fournir un goûter...); les nuits sont parfois difficiles avec le bruit en prison. Les TISF restent vigilantes à la manière dont les mères placent leur enfant et ramènent les échanges sur comment elles vont pouvoir comprendre les besoins de leur bébé indépendamment des leurs.

Apparaissent les questions liées à la parentalité (rythme sommeil/éveil du bébé, l'alimentation...) et à l'avenir de leur enfant, et celles concernant leur condition d'incarcération.

Les jeux de société, lorsqu'ils sont accessibles, sont un support privilégié des rencontres. Ils sont un moyen pour ces femmes de s'exprimer et de prendre confiance avec les TISF. Tisser du lien à travers le jeu permet de positionner l'intervention dans le travail social. Ils sont un réel support de communication et permettent aux TISF de rencontrer les mères sur un terrain plus neutre et accessible. Comme le dit très bien une TISF intervenant à la MAF:

« À travers le jeu, chacune laisse une pointe de soi, de sa personnalité, au travers de sa condition : TISF, détenue. »

Au démarrage du dispositif, le placard contenant notamment les jeux de société était régulièrement inaccessible, ce qui pouvait rendre les interventions parfois délicates. Pour autant, les TISF, en continuant à faire preuve d'adaptabilité et de créativité, des qualités professionnelles exacerbées dans ce type d'intervention, permettent à ces mères de passer un moment agréable.

« Pendant cette intervention, nous avons pu avoir un moment de partage car les mamans et la jeune fille nous ont proposé de jouer au jeu de société. Cela leur a permis de se détendre. Nous avons pu observer beaucoup d'échanges entre les mamans et leurs bébés » (TISF intervenant à la MAF).

Les mères incarcérées et logées au quartier nurserie sont pour la plupart étrangères. Il y a donc un frein supplémentaire dans la rencontre : la langue, les codes, la culture... Les TISF sont amenées à développer des formes d'agir en tenant compte d'une variété de dimensions qui caractérisent la problématique de la personne. Aussi vont-elles réajuster leur posture ; la plupart s'aventurent à puiser dans leurs mémoires quelques mots dans une langue étrangère pour aborder une maman. D'autres passeront par les mères ellesmêmes pour tenter le dialogue et ainsi rassembler ces mères autour d'un jeu par exemple.

Les questions de santé liées notamment au tabac (tabagisme passif), aux soins et à l'alimentation sont des points importants au sein de ce lieu, mais elles restent difficiles à travailler avec les mères pour différentes raisons (techniques, sociales, culturelles).

Entre 2014 et 2015, il y a eu trente-huit interventions organisées au relais enfants-parents. Les TISF ont pu identifier une évolution dans la façon dont les mères investissent ce temps. Par exemple, certaines mères qui ne prenaient pas soin d'elles au début, arrivent par la suite maquillées et préparées. Les mères sont souriantes à la fin des interventions car elles ont pu se reposer, se confier, être écoutées, rassurées, ou bien prendre du temps avec leurs enfants, en dehors de leur cellule, et dans une ambiance chaleureuse et contenante. C'est un moment d'autant plus important pour les mères qui ne reçoivent pas de visite de leur entourage. Certaines mères sont et se sentent très isolées. Peu de mères du quartier nurserie allaient se reposer (pour moins d'un tiers des interventions), à l'inverse de ce qui est repéré dans le cadre des interventions au domicile des familles.

L'accompagnement de ce lien s'opère dans un espace physique dédié (le relais), ce qui assure la distanciation nécessaire de sorte à apprécier la démarche la plus juste à engager avec ces mères. Pour autant, les compétences mises en œuvre s'inscrivent dans la polyvalence qui marque l'identité de la TISF (proposer un espace propre et convivial, savoir faire preuve d'adaptabilité, de créativité, être à l'écoute, faire le relais, prendre soin des bébés...). Les ressources à utiliser sont donc autant des techniques que des qualités relationnelles. La professionnalité s'élabore dans une démarche d'intervention plutôt que dans l'application de techniques, celles-ci n'étant que des supports de construction de la relation d'accompagnement².

« Ce sont des interventions différentes des interventions à domicile (bien sûr) mais à aucun moment je ne me suis sentie en insécurité » (TISF intervenant à la MAF).

En prison, le mouvement reste difficile. Les transferts sont généralement compliqués pour le personnel. L'endroit peut être oppressant avec toutes ces portes et le bruit qu'elles génèrent, mais les TISF expliquent qu'une fois le temps d'adaptation à l'environnement carcéral traversé, elles arrivent à trouver leur place et à « faire avec » les conditions de vie que ce lieu implique.

Contrairement aux interventions ordinaires des TISF qui se basent sur l'assistance auprès de la famille en termes de conseils, soutien et transmission, le travail des TISF en détention s'appuie essentiellement sur les échanges. Ce travail est donc davantage axé sur de la transmission plus théorique de savoir-faire et savoir-être, sans avoir la possibilité de les mettre en pratique. Plusieurs éléments peuvent venir expliquer cette pratique spécifique. D'une part, le relais enfants-parents n'est pas le lieu de vie des mères. Or, le travail habituel des TISF se réalise au domicile des familles. D'autre part, les mères ne viennent pas toujours avec le change ou le goûter de leur enfant pour permettre à la TISF de « faire avec » la mère ou de lui montrer les gestes si nécessaires.

Les TISF travaillent la question de la séparation qui survient aux 18 mois de l'enfant. La fin d'une chose est le début d'une autre, l'inscrire dans le temps et l'espace permet de le rendre réalisable. Les TISF accompagnent les mères dans leur cheminement. Certaines trouvent des raisons suffisamment supportables pour se préparer à la séparation. La date exacte du départ de l'enfant est souvent connue « au dernier moment », ce qui ne permet pas aux TISF de dire au revoir et donc de finaliser leur accompagnement, ce qu'elles ont habituellement la possibilité de faire avec les familles. Par ailleurs, ces temps de rencontre favorisent par la suite les accompagnements à la crèche, à l'égard de la mère et de l'enfant. Les mères connaissent ainsi les TISF et

^{2.} S. Guitton, Dispositif périnatalité AMFD: évaluation exploratoire, IRTS.

sont plus en confiance pour laisser leur enfant. Lorsque ce mode de garde est mis en place, on observe une assiduité des mères aux mardis après-midi.

« M^{me} L. laisse désormais volontiers son enfant dans les bras des TISF. Elle a fait d'énormes progrès » (TISF intervenant à la MAF).

AU PARLOIR AVOCATS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT À LA CRÈCHE

La TISF arrive au parloir avocats (ou au niveau du couloir lorsque ce n'est pas possible autrement), où elle rencontre la maman et le bébé. Les TISF expliquent et insistent sur l'importance de ce temps de transmission. Prendre le temps d'échanger avec la mère, prendre le temps avec l'enfant de lui expliquer ce qui va se passer, prendre le temps pour la mère et l'enfant de se dire au revoir avant le départ pour la crèche. Ces échanges entre la TISF et la mère et son bébé sont de réels « sas » de décompression, des « bouffées d'oxygène »..., un moment d'autant plus important pour les mères qui n'ont pas de visite de leur entourage.

Le cahier de liaison est l'outil utilisé pour permettre le relais d'information. La TISF s'assure qu'y soient bien inscrits les différents éléments utiles relatifs à l'enfant lorsque le relais est fait avec la mère le matin (état général, repas, sommeil). Ensuite, en rentrant de la crèche, la TISF fait le retour de la journée à la mère. Ce rôle de coordination entre l'équipe de la crèche et la mère incarcérée est un pivot indispensable pour l'enfant. Un peu moins d'un quart des interventions ont été difficiles en raison des conditions de transmission hors parloir avocats (retard de la mère, flux important, enfant malade...).

Là encore, le rythme du milieu carcéral pose les choses autrement. Il n'est pas toujours évident de pouvoir disposer d'un temps suffisamment important pour échanger. Aussi les TISF s'assurent-elles que la mère a eu un retour clair et utile pour appréhender le suivi de son enfant. En cas de besoin, les TISF peuvent contacter la MAF, soit par le bureau du gradé, soit par la porterie de la MAF. Dans la mesure du possible, la MAF prévient l'AMFD si un contretemps survient (enfant malade, etc.) pour permettre d'organiser au mieux les plannings des TISF.

« Il y a un problème d'ouverture des portes automatiques qui engendre beaucoup d'attente à cause de l'ouverture manuelle. Je n'ai pas accès au parloir, je retrouve madame et son enfant dans le hall. Échange rapide en raison de la monopolisation de nombreux surveillants ce matin. Madame me dit que tout va bien. Je pars à la crèche avec la poussette se trouvant en détention » (TISF intervenant à la MAF).

Les temps des trajets avec l'enfant sont importants car ils sont des moments privilégiés au cours desquels l'enfant et la TISF peuvent faire connaissance dans un autre cadre :

« Sur le chemin, l'enfant m'appelle à plusieurs reprises et semble vouloir me montrer que pas mal de choses l'interpellent : les voitures qui klaxonnent, le bus qui redémarre. Je prends donc le temps d'étudier ces choses-là avec lui » (TISF intervenant à la MAF).

Ces temps à l'extérieur, indispensables à son développement, permettent à l'enfant de pouvoir se représenter l'espace, l'effet de « longue vue » étant absent en prison. Ils sont aussi l'occasion pour la mère de participer, en détention, à des activités professionnelles, sportives ou de formation dont elle ne peut bénéficier si elle ne dispose pas d'un mode de garde pour son enfant. C'est enfin une possibilité, pour la mère et l'enfant, de trouver un espace individuel dans une relation de fait fusionnelle, et de s'habituer graduellement à une séparation qui surviendra, au plus tard, aux 18 mois ou exceptionnellement aux 24 mois de l'enfant.

L'enfant pour lequel la crèche a démarré en novembre 2014 a su rapidement s'adapter et le retour de la crèche était pour la mère et l'enfant un moment très attendu. Pour le deuxième enfant, l'adaptation à la crèche a été plus longue. Au fur et à mesure, et grâce au travail de coordination, l'enfant a apprécié par la suite les temps à la crèche. L'équipe de la crèche est très accueillante avec les TISF et les enfants accompagnés, et à l'écoute des mères à travers les dires des TISF.

De manière générale, les TISF permettent de faire le relais auprès du personnel de la MAF, notamment lorsque les enfants sont malades et ont besoin d'être vus par un médecin. Les TISF se mettent en lien avec le bureau du gradé ou par la porterie de la MAF. Le rôle est à la fois dans la transmission et dans la traduction. En effet, les TISF portent la parole de la mère selon les besoins identifiés et pour lesquels il est important d'intervenir (il est arrivé que le goûter ne soit pas fourni pour l'un des bébés) ou pour lesquels l'orientation vers un professionnel compétent est nécessaire.

Au total, six relais immédiats ont été nécessaires avec les partenaires à la fin des interventions au relais enfants-parents. Six autres avec les partenaires dans le cadre des accompagnements à la crèche.

« Madame a reçu un courrier concernant la prolongation de sa peine, elle nous le montre. Nous lui faisons comprendre que nous ne sommes pas habilités à lui donner une réponse claire. Comme elle demande de l'aide pour faire un courrier, nous lui proposons de voir l'éducatrice présente ce jour. Nous faisons la demande pour que madame ait son temps d'entretien. L'éducatrice se présente au relais. Nous nous présentons et relatons ce que madame a pu évoquer. L'éducatrice s'en occupe. [...] L'éducatrice a pu nous dire que la

présence des mineures et de leurs bébés à nos interventions peuvent favoriser une réduction de peine. L'éducatrice nous remet ensuite ses coordonnées » (TISF intervenant à la MAF).

Par ailleurs, les TISF ont accès à l'ensemble des coordonnées des intervenants petite enfance (maison d'accueil familial, protection maternelle et infantile, service médico-psychologique régional, service pénitentiaire d'insertion et de probation, crèche, réseau d'éducation prioritaire, administration pénitentiaire) présents sur les réunions de coordination. L'idée est que les TISF puissent directement contacter, par exemple, le médecin de PMI lorsqu'elles sont inquiètes concernant la santé de l'enfant. En effet, le service de l'infirmerie des Baumettes n'intervient pas auprès des bébés car ils ne sont pas identifiés à partir d'un numéro d'écrou, c'est seulement le cas pour leur mère.

CONCLUSION

En conclusion, nous avons choisi de citer Françoise Dolto qui insiste sur la nécessité de préserver les liens mère-enfant, quel que soit le contexte. Reprenant ce qu'elle pense pour tous les enfants, elle souligne que ce ne sont pas les situations elles-mêmes qui perturbent, mais c'est plutôt la façon dont la situation est parlée³. Dans quelles conditions peut-on y parvenir?

Ce travail réalisé aux Baumettes montre à quel point il est important et nécessaire de pouvoir intervenir auprès des mères incarcérées, afin qu'elles puissent se reconnaître en tant que mères et ainsi être présentes dans ce sens auprès de leurs enfants, entre les murs de la prison. L'articulation entre la pénalité et la protection est au cœur même de la MAF. Le travail précieux mené par les TISF doit soutenir le lien mère-enfant et préparer la séparation dans les meilleures conditions pour la mère et pour l'enfant. Les TISF permettent à l'enfant de pouvoir se construire en dehors du lieu carcéral, un élément indispensable pour son développement ultérieur. Ce dispositif illustre bien l'importance d'interventions coordonnées de la détention vers l'extérieur avec la mise en place des relais nécessaires avec l'équipe de la MAF, la PMI et la crèche du quartier. Dans un contexte où l'identité même d'un individu, homme ou femme, se perd derrière un numéro d'écrou, la parentalité doit être soutenue.

Il est important de « sortir » l'enfant de cette ambiance, tout en conservant un contact privilégié avec sa mère. Les mères ne doivent pas être coupées des personnes-ressources grâce auxquelles elles peuvent prendre place dans leur rôle de mère et être accompagnées dans ce processus d'autant plus

^{3.} M. Petit, Les conditions de vie des nourrissons vivant auprès de leur mère en prison.

difficile que l'environnement isole, angoisse, traumatise. Alain Bouregba souligne que pour être capable d'investir positivement le lien mère-enfant, cette dernière doit être encouragée dans ce sens par un entourage valorisant son rôle de mère. En effet, l'univers carcéral peut nuire à la fonction maternelle des détenues en contribuant à produire une inquiétude ou une anxiété, liée à une certaine monotonie et à la crainte de désapprobation⁴.

Le travail mené par les TISF, qui se situent entre le dedans et le dehors, renvoie aux mères des conditions de détention où l'intérêt de l'enfant est primordial et par conséquent celui du lien mère-enfant. Cette politique du care, du prendre-soin, est cruciale dans une enceinte carcérale où le caractère déshumanisant et désocialisant de l'institution prédomine et rythme le quotidien de ces femmes et de ces mères. Depuis le démarrage du projet, les TISF ont été identifiées au sein de la prison et la relation avec les surveillantes pénitentiaires a évolué positivement. Les TISF ont rapidement observé que la présence d'un bébé humanise les rapports et favorise l'intégration des TISF dans ce lieu. « L'enfant est une poussière d'étoile », rapporte une TISF, ce qui rend leur intervention d'autant plus compréhensible et justifiée au sein des murs de la prison.

^{4.} C. Cardi, « Les quartiers mères-enfants : l'"autre côté" du dedans », *Champ pénal* [en ligne], 11, 2014.

Olivier Thomas Anne-Françoise Verrière

Mère addicte et son bébé cherchent professionnels attentionnés

Ce texte a pour objet de présenter le travail au sein d'une équipe mobile parentalité addiction Le fil rouge, basée à Marseille et gérée par l'association Addiction Méditerranée. Nous nous proposons, à partir de l'exposé d'une prise en charge d'une jeune maman et de son bébé, d'apporter des éclairages sur les questions suivantes : comment être attentif à l'adulte, tout en étant attentif à l'enfant ? Comment prendre soin du parent qui est lui-même un enfant endolori, tout en préservant son enfant de cette douleur ? – L'accompagnement au devenir parent ne peut être dissocié d'un soin à l'enfant dans le parent.

De la rencontre à domicile par l'infirmière à la venue à la consultation du psychologue, quels sont les ressorts qui rendent possible une alliance thérapeutique nécessaire aux soins à apporter à la mère et à son enfant ?

LE FIL ROUGE, UNE ÉQUIPE MOBILE « PARENTALITÉ ADDICTION »

Ce dispositif a été créé en 2010 à la suite d'un appel à projets de la Direction générale de la santé (DGS), à partir de plusieurs constats.

Au sein des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), la question de la parentalité est peu ou pas abordée, pourtant les personnes (femmes, hommes) prises en charge en ambulatoire ou en hébergement sont souvent parents ou futurs parents. Un mieux-être, qui est la conséquence de l'investissement dans un soin continu, conduit souvent les personnes prises en charge à souhaiter avoir des enfants, ou à retrouver la garde de leurs enfants placés.

Les professionnels de l'addiction qui travaillent avec l'adulte ne sont pas préparés à voir apparaître l'enfant au cours de leur prise en charge, et plus particulièrement l'enfant réel en chair et en os, et à s'en préoccuper. Ils n'ont pas l'habitude non plus d'échanger, de travailler en réseau avec les professionnels de l'enfance qu'ils soient du soin ou de la protection de l'enfance.

Les professionnels de la maternité, de la périnatalité ou de la protection de l'enfance sont eux embarrassés avec les personnes souffrant d'addiction, rencontrées à l'occasion d'un suivi de grossesse, d'une naissance, d'une information préoccupante, d'une enquête sociale, d'une mesure en aide éducative en milieu ouvert (AEMO), d'un placement. Leurs représentations sur la capacité de ces parents à être des bons parents sont souvent négatives et cela d'emblée sans même avoir évalué leurs capacités parentales (avec quels outils par ailleurs ?).

Le fil rouge a été créé pour rendre plus fluides les liens entre les professionnels de l'addiction, de la maternité, de la périnatalité et de la protection de l'enfance et faire évoluer leurs représentations. Les actions des professionnels du Fil rouge visent bien évidemment aussi les parents et interviennent sur une double problématique : l'addiction et la parentalité. Ce qui sous-tend ce travail, c'est une interrogation sur le lien entre les difficultés rencontrées dans l'exercice de la parentalité (maternité, paternité) à tous les âges des enfants, et sur la problématique addictive.

CES INTERROGATIONS PEUVENT ÊTRE AINSI FORMULÉES

Le fonctionnement psychique des personnes ayant une conduite addictive influe-t-il sur les modalités d'expression de leur parentalité ? L'histoire de ces personnes et leur lot de traumatismes ont-ils une conséquence directe sur leur être parent ? Si c'est le cas, quelles modalités de traitement devons-nous proposer pour leur permettre d'être moins souffrants dans l'exercice de cette parentalité, tout en préservant la sécurité de leurs enfants ?

Les propositions de prise en charge au Fil rouge vont viser l'accès aux soins de l'addiction (la majorité des personnes, 80 % de femmes reçues, ne sont pas engagées dans un soin pour leur addiction, surtout l'alcool), en cas de grossesse la continuité d'un suivi anté et postnatal, un soutien à la parentalité visant la création et /ou la préservation des liens parents-enfants, en portant une attention particulière au développement de l'enfant.

La majorité des personnes reçues aujourd'hui au Fil rouge sont orientées par des professionnels des maternités, des services de protection maternelle infantile (PMI), des services de périnatalité et de la protection de l'enfance, des foyers mères-enfants, plus rarement des structures d'addictologie.

Ce qui motive en majorité ces orientations pour le professionnel orienteur, c'est le traitement de l'addiction qui est avérée ou suspectée. Ce qui motive la plupart du temps la venue du parent au Fil rouge, c'est son désir d'être reconnu dans ses capacités à être parent. Surtout dans des situations où cette parentalité a été mise à mal, par un placement par exemple.

L'addiction peut être déniée, minimisée ou reconnue, mais comme une conséquence de la séparation avec l'enfant. Si je bois c'est parce que je ne vis pas avec mon enfant, je souffre trop de son absence. La demande du professionnel (relayant parfois une demande du juge des enfants) que la personne se soigne de son addiction peut agir comme un impératif pour le parent : si j'arrête de prendre des drogues ou de boire de l'alcool je vais enfin être reconnu comme un bon parent. Faisant fi des souffrances, des traumatismes à l'origine de la prise de toxiques, faisant fi encore de la fonction d'apaisement de ces prises de toxiques, faisant fi également de la souffrance que peut provoquer la naissance d'un enfant du fait de la réactivation de traumas anciens non élaborés.

L'impératif « ne plus être addict pour être un bon parent » indiqué, que le parent peut prendre à son compte, est souvent insoutenable, insupportable. La mission du Fil rouge est d'introduire, comme cela a été dit plus haut, de la fluidité, de rendre le soin supportable, la parentalité supportable. Ce n'est évidemment pas simple et oblige à être mobile.

Le Fil rouge est une équipe mobile : mobilité qui permet de se rendre au domicile des personnes éloignées du soin ou ne pouvant se déplacer du fait de leur rôle de parent ; mobilité aussi dans la rencontre avec les professionnels. Cette mobilité n'est pas uniquement physique, spatiale, elle est aussi et surtout psychique, c'est-à-dire être en capacité d'accueillir l'autre parent ou professionnel. Avec le parent dans une vision idéale, c'est soigner un adulte qui est un enfant endolori, l'accompagner vers une parentalité apaisée tout en soutenant l'enfant afin de prévenir des répétitions de dysfonctionnements (un des plus fréquents dans les situations d'addiction étant que l'enfant devienne le parent de son propre parent, phénomène de parentification).

Avec le professionnel c'est comprendre et accepter son point de vue, même si nous ne sommes pas d'accord avec lui, s'intéresser à ses missions et à la temporalité dans laquelle elles s'inscrivent. La mobilité doit aussi être à l'œuvre dans le regard que l'on pose sur nos ressentis : lorsque l'enfant paraît, même quand il ne s'agit pas du nôtre, notre enfance n'est pas loin et nos propres conflits archaïques peuvent être sollicités dans l'accompagnement de ces familles.

Contexte de l'orientation

M^{me} F. et son fils Mathis

M^{me} F. est adressée au Fil rouge par une sage-femme de PMI. Elle vient d'accoucher par césarienne d'un garçon de 2,7 kg une semaine avant terme. M^{me} F. a 37 ans et c'est son premier enfant. La raison « officielle » de l'orientation est un soutien dans le maintien des baisses de consommation de cannabis. Avant sa grossesse, madame consommait de manière régulière du cannabis. Elle a eu un parcours d'errance en particulier pendant sa grossesse suite à des violences avec son compagnon qui n'est pas le père de l'enfant mais qui finalement le reconnaîtra. Madame est hébergée dans un appartement d'un centre maternel. Madame a eu également plus jeune un épisode dépressif grave qui a nécessité une hospitalisation. Elle s'est inscrite dans un suivi de grossesse auprès de la PMI. Et elle a bénéficié également d'une prise en charge en service d'addictologie, notamment pour la prescription de patchs nicotiniques, et d'un traitement anxiolytique. M^{me} F. est rencontrée la première fois à domicile par l'infirmière du Fil rouge comme c'est habituellement le cas pour de jeunes mamans. Elle se présente fatiguée et anxieuse quant à ses capacités à s'occuper de son fils. Elle allaite, ce qui la soutient dans la gestion de ses consommations. Elle a des problèmes de sommeil, dort peu la nuit, et est assoupie le jour. Le père « déclaré » avec qui M^{me} F. s'est réconciliée participe aux soins de l'enfant. Il ne vit pas dans l'appartement, a son propre logement. M^{me} F. reçoit la visite d'une TISF trois fois par semaine ainsi que d'une puéricultrice de la PMI. L'infirmière du Fil rouge va rencontrer madame à domicile tous les quinze jours pendant environ deux mois, et lui proposera de venir dans le service rencontrer le psychologue. Elle viendra et s'inscrira dans un suivi régulier qui se poursuit à ce jour.

Rencontrer le parent pour qu'il puisse rencontrer son bébé

La rencontre de l'infirmière avec M^{me} F. a lieu à domicile quelques jours après un accouchement par césarienne. L'infirmière ne connaît pas M^{me} F., ne l'a jamais rencontrée auparavant. Elle se rend seule à domicile. Le rendez-vous est prévu à 14 h, un horaire arbitraire, et l'infirmière ne sait pas ce qu'il en sera de la disponibilité de madame à ce moment-là. La question de la rencontre est au centre du travail de l'infirmière du Fil rouge. Si cette rencontre ne se fait pas, rien ne peut se construire ni tenir dans la prise en charge.

C'est un monsieur qui ouvre la porte, il porte le nouveau-né. La maman est en robe de chambre, dans la cuisine, affairée à ranger.

On ne sait jamais ce qu'on va trouver derrière une porte, le seul objectif de l'infirmière à ce moment-là c'est d'amorcer une rencontre, d'être en capacité d'être étonnée également par la rencontre. Il faut du temps, le temps de l'apprivoisement. La personne que l'on rencontre a souvent été malmenée par la vie, connaît un parcours ponctué de ruptures douloureuses, bien souvent rythmé par des mesures multiples mises en œuvre par de nombreux

professionnels. Elle est donc méfiante. Elle a déjà été suffisamment déçue. Elle préfère ne compter que sur elle-même.

À domicile le professionnel n'a plus les mêmes repères, la posture est différente, la géographie des lieux lui est inconnue, le regard balaie la pièce et enregistre. Mais il ne veut pas se disperser, ni se laisser parasiter par des a priori. Tout le monde sait que l'on s'habitue aux choses et qu'on ne les voit plus ensuite. Ce qui importe c'est la rencontre.

M^{me} F. continue à ranger sans que l'infirmière comprenne exactement quoi, elle se confond en excuses. Elle regarde à peine la professionnelle qui prend le temps, attend. Finalement monsieur doit partir faire des courses. Le bébé commence à pleurer. M^{me} F. dit qu'elle doit allaiter, et demande à l'infirmière si elle veut bien la suivre. L'entretien va alors commencer. L'infirmière présente brièvement notre service, et ce que madame peut en attendre. Elle commence à parler de sa grande fatigue, de ses problèmes de sommeil, d'alimentation, du cannabis, du chat, de sa vie, du linge du bébé. Puis elle pose des questions : comment faire quand le bébé pleure ? Est-ce normal ? Est-ce qu'elle va savoir ? On lui a dit de faire ceci ou cela, alors elle ne sait pas. L'infirmière écoute, prend le bébé pour que madame se réinstalle. L'infirmière parle au bébé, le tient sur le bras, déplie sa brassière. Toutes ces interactions ou petits gestes avec le bébé captent l'attention de M^{me} F., comme s'il fallait qu'elle apprenne tout, comme si elle ne pouvait rien inventer ou oser. « Ah oui, le tenir comme ça c'est bien. Il se calme avec vous, pas avec moi. » Des gestes qui semblent simples mais pas toujours évidents pour la mère. Parfois embarrassée avec ce corps du bébé dans les bras, parfois gênée de poser son regard dans le sien.

La question de la rencontre se situe également à ce niveau-là : la rencontre du parent avec son enfant. Comment rencontrer cet enfant qui était en moi, qui est un autre ? Comment faire pour que je ne le phagocyte pas, que je ne l'utilise pas pour combler mes manques ?

Laisser la place à M^{me} F., la rassurer car elle seule connaît son bébé, et lui aussi la reconnaît, il ne demande qu'à capter son attention. La relation à l'autre n'est pas simple, elle dérange, même avec son propre bébé la maman a peur des enjeux de cette communication.

Souvent lors des visites suivantes, la maman fait comme la démonstration de ce qu'elle sait faire avec son bébé, comme si elle avait besoin d'être validée dans ses apprentissages. Il faut être prudent car sous toutes ces questions non explicitement formulées, M^{me} F. évalue le professionnel. Elle n'attend pas forcément des réponses car elle aussi sait, et c'est bien dans cet espace que se construit sa culpabilité qui vient la paralyser. En effet, avec les références des professionnels, elle a, elle aussi, ses propres critères de « bonne maman ». Elle a une idée de ce qu'elle devrait faire et de ce qu'elle ne fait pas. Faire avec ce qui est et non pas ce qui devrait être. Faire avec qui je suis, mes limites, mais aussi mes ressources. M'accepter en quelque sorte. Une piste de travail ambitieuse, mais qui donne le sens de la prise en charge.

Le temps de la grossesse est l'occasion de la rencontre du parent avec lui-même. Une nouvelle naissance pour lui aussi. L'occasion de tout rejouer autrement, de débuter une nouvelle page de son histoire, de s'aimer un peu plus, de se retrouver *comme avant*, sous-entendu avant la prise de produits. Si la rencontre a lieu, la confiance peut s'instaurer petit à petit et le parent prend alors de l'assurance, se fait confiance, cherche à comprendre son bébé, ses pleurs, ses regards, ses étonnements, ses sourires mais aussi ses fièvres, ses coliques ou ses régurgitations. Il peut repérer comment il se calme, ce qu'il aime, ce qui lui fait du bien. Ainsi peu à peu le parent se détend dans la relation avec son bébé, il est moins crispé. Il prend du temps avec lui, voire du plaisir. Il veut bien essayer, se tromper, recommencer, chercher, même jouer.

Le visage de M^{me} F. est sérieux, soucieux, c'est de l'inquiétude qu'on lit en premier. Quand la maman peut s'en libérer, le bébé se sent mieux lui aussi. Les interactions sont plus souriantes et apaisées, la maman se sent alors valorisée et encouragée par le sourire de son bébé et réciproquement. Les échanges s'accordent et deviennent plus riches et attentifs.

En parallèle le discours devient moins lisse, plus authentique. M^{me} F. ose faire part de ses propres préoccupations sans crainte d'être considérée comme une mère incompétente. La relation à son bébé n'est plus un copier-coller, un peu aseptisé, un peu rigide, de règles présupposées de puériculture. La maman peut alors personnaliser le prendre soin de son bébé, innover, et le bébé va mieux, lui aussi il a envie. Sans ce désir de rencontre de la maman avec son bébé, celle-ci s'épuise, se fatigue, exécute des tâches de façon presque mécanique. Dans ce processus la relation avec les produits change. Lors de cette rencontre, M^{me} F. aborde la question de ses consommations de cannabis et de tabac; elle est très inquiète car elle n'a plus de patchs nicotiniques. L'infirmière va répondre à cette demande mais elle est davantage inquiète de la lassitude de M^{me} F. Par ailleurs celle-ci est ravie d'allaiter mais ne sait pas si elle devrait organiser différemment les tétées; cependant elle gère ses consommations de cannabis. Par la suite l'allaitement devient un peu plus compliqué mais elle ne veut pas arrêter. Elle craint de trop consommer sans cette nécessité de l'allaitement. Elle sollicite l'infirmière pour qu'elle réponde à sa place sur ce dilemme.

Dans ces échanges, dans ces interactions avec le professionnel, des schémas de communication possible avec le bébé se construisent également. Au fur et à mesure de la prise en charge, la question des consommations va s'estomper. Elle n'est plus centrale. Ce qui se passe dans la rencontre entre la personne et le professionnel nous échappe parfois. Les attentes sont différentes pour le professionnel et la maman. Le professionnel doit accepter de ne pas toujours comprendre.

Rencontrer la maman, s'intéresser à elle en tant que personne, pour qu'elle puisse à son tour regarder son bébé comme une personne et en prendre soin.

Bébé, c'est ainsi que M^{me} F. nomme son enfant. Petit à petit elle utilisera son prénom et par la suite viendra dans les locaux du Fil rouge rencontrer le psychologue.

Après son accouchement madame a été très entourée par différents professionnels (TISF, puéricultrice de la PMI, éducateur du centre maternel, crèche du centre maternel, infirmière et psychologue du Fil rouge). Elle sollicite d'ailleurs leur aide concernant les soins à donner à son enfant et a parfois du mal à s'y retrouver face à des discours qui ne sont pas toujours en cohérence. Dans les premiers mois, certains professionnels comme la TISF et la puéricultrice seront inquiets de l'état de madame qui a du mal à trouver un rythme jour-nuit équilibré, qui fait état d'une fatigue importante. Les professionnels de la PMI sont dubitatifs sur les capacités de madame à répondre aux besoins de l'enfant. Elle profite de la présence de la TISF pour dormir. La maison est parfois négligée, les volets pas toujours ouverts. Madame ne se rend pas toujours aux rendez-vous de la PMI, c'est le père qui y va. Père qui a d'ailleurs une image positive auprès des professionnels de la PMI. Le médecin de la PMI est inquiet également pour la situation. Cependant le développement psychomoteur de l'enfant est normal, il est propre et soigné. Très vite il sera inscrit à la crèche du centre maternel (3 mois). Les professionnels de la PMI suspectent un état dépressif et/ou une reprise des consommations de cannabis qui les amènera à préconiser une hospitalisation en service mère-enfant. Madame adhérera à la proposition, se rendra au rendez-vous avec le médecin responsable du service qui finalement dira qu'une hospitalisation n'est pas nécessaire. Cela n'aura pas pour effet de rassurer les professionnels de la PMI qui déclencheront une procédure d'information préoccupante, avec une enquête sociale, qui sera classée sans suite trois mois plus tard, sans même une mesure d'AEMO! La menace de placement a été présente au début de la prise en charge, madame ayant le don d'inquiéter les différents professionnels rencontrés.

La prise en charge avec le psychologue

À la première rencontre avec madame, le psychologue sera également inquiet. Madame évoque ses difficultés à sortir, elle a du mal à supporter le regard des autres sur elle, en particulier quand elle est interpellée en tant que mère. Dès le début des entretiens elle va aborder son histoire familiale. Actuellement ses parents vivent à l'étranger, elle refuse de les voir et de leur présenter son enfant, en tout cas en sa présence. Elle évoque une enfance endolorie, auprès d'une mère soumise au père, peu affectueuse, voire violente, et d'un père à la fois idéalisé (très travailleur) et également présenté comme violent et voulant la garder sous son emprise, ce qui la poussa à quitter le domicile parental très jeune, mais sans vraiment réussir à sortir de cette emprise, en tout cas

psychiquement. À plusieurs reprises elle retournera dans le giron familial pour finalement s'en extraire définitivement, ne pouvant supporter leur emprise. Les liens avec le père « déclaré » de l'enfant vont assez rapidement se détériorer. Après la naissance de Mathis, il s'investit auprès de lui et souhaite reprendre une relation avec madame, ce qu'elle refuse. Il devient menaçant, la dévalorise, et madame va rompre les liens avec lui. Il la harcèle, au téléphone, à domicile. Madame sera obligée d'engager une procédure judiciaire de protection contre lui, qui n'aboutira pas. Elle reprend contact finalement avec le géniteur qui pendant un temps va la soutenir, et la protéger des menaces de son ex-compagnon.

Dans la plupart des entretiens avec le psychologue, elle aborde soit son histoire infantile, soit les relations avec son ex-compagnon et le géniteur de son enfant, soit ses préoccupations par rapport à l'éducation de son enfant. Elle a peur de mal faire. Elle vient aux entretiens le plus souvent seule, quand son fils est à la crèche, mais il lui arrive aussi de venir avec lui. Quand elle est avec lui, elle est embarrassée, ne sachant pas trop comment se comporter, « surjouant » la mère attentive, un peu désaffectée. Le psychologue la rassure sur ses capacités à s'occuper de son enfant, et tente d'atténuer, d'apaiser cette tension dans laquelle elle se trouve en permanence quant à sa qualité de bonne mère, tension qui dans ses manifestations extérieures peut la fait paraître peu affectueuse. Elle apprécie ces moments où elle ne se sent pas jugée. Cette réassurance et cet apaisement participent de sa régularité aux entretiens. Elle vient rencontrer le psychologue une fois par semaine, prévient toujours quand elle ne peut pas. Prise en charge au début de sa maternité parce qu'elle était en demande d'aide, dans l'attente de réponses de professionnels à ses questions sur l'éducation de son enfant, elle va progressivement reconnaître ses capacités à être attentive aux besoins de son enfant, et à s'extraire des projections sur lui de sa propre histoire infantile. Pour elle, être une bonne mère signifie ne pas être comme sa mère. Au fil du temps les conflits avec son ex-compagnon vont moins l'occuper psychiquement, elle va accéder à un logement autonome et décider de passer plus de temps avec son fils qui était à la crèche une bonne partie de la semaine, d'autant que du fait de son déménagement les déplacements à la crèche se sont allongés de manière importante. Son fils qui se développe harmonieusement est un enfant souriant, en bonne santé. Quand elle est reçue en entretien avec lui, il est calme, il joue volontiers seul, même si fréquemment il interpelle sa mère ou le psychologue, leur présentant un jouet, un livre, puis repart à ces occupations. Il pleure rarement et commence à prononcer des mots articulés. À ce jour le Fil rouge est le seul dispositif d'aide que rencontre madame, excepté un travailleur social pour son RSA, et un médecin généraliste.

Quel peut être l'apport de la théorie de l'attachement sur cette situation ?

Initialement madame est orientée sur le Fil rouge parce qu'elle consomme du cannabis, et aussi dans l'esprit de la sage-femme qui l'oriente pour la soutenir dans l'exercice de sa parentalité. De son addiction il sera finalement peu question, elle consomme plutôt le soir pour se détendre et va diminuer progressivement cette consommation. Dès le début et tout le long de sa prise en charge, son questionnement se focalisera sur ses capacités à être une bonne mère, en même temps qu'elle s'extraira de la tension produite par la relation conflictuelle avec son ex-compagnon. Pendant tout un temps elle voudra lui faire comprendre et avouer qu'elle est victime de son mépris, qu'il l'a trompée. Cet homme elle le compare souvent à son père, courageux, travailleur, ayant souffert mais qui veut la garder sous son emprise. Elle tentera par une procédure judiciaire de faire reconnaître son statut de victime, mais n'aura pas gain de cause.

Au regard de l'alliance thérapeutique, celle-ci s'est installée rapidement avec les professionnels du Fil rouge, elle était en confiance, d'autant qu'au début peu de professionnels reconnaissaient ses capacités à s'occuper de son enfant. Certains, sûrement parce qu'ils étaient inquiets, avaient des attentes démesurées à son encontre : non-reconnaissance de sa fatigue, non-reconnaissance du comportement négatif du compagnon à son égard, exigence qu'elle sorte son enfant rapidement, suspicion quant à sa consommation de cannabis, voire d'autres drogues. Ces représentations ont entraîné l'information préoccupante.

Ce qui a sûrement été à l'origine de ces représentations c'est son mode d'être en relation avec l'autre : à la fois distante, désaffectée, dans un registre victimaire, incomprise par tous, voire en révolte contre tous, et n'ayant paradoxalement besoin de personne. Paradoxalement, car il semble que chacune de ses interpellations à l'adresse des professionnels est une demande d'aide et de reconnaissance de son être. Sur ce qu'elle dit de sa relation au psychologue, c'est que ce qu'il peut lui dire en entretien la soutient dans son quotidien, en particulier dans son rapport à son enfant. Régulièrement les objectifs de sa thérapie sont redéfinis.

On peut faire l'hypothèse que le mode d'attachement de M^{mc} F. est de type préoccupé. Cette hypothèse se vérifie en particulier dans les modalités de ses demandes d'aide. Comme nous le rappellent N. Guédeney et C. Attale citant les travaux de Harris, les sujets préoccupés ont des stratégies d'hyperactivation, qui se caractérisent par une plus grande recherche d'aide thérapeutique, plus de dévoilement des problèmes et plus de demandes faites à ceux qui sont censés fournir ce soin. Ces sujets ont souvent des conflits irrésolus avec leurs parents et une tendance à reconnaître une grande détresse personnelle.

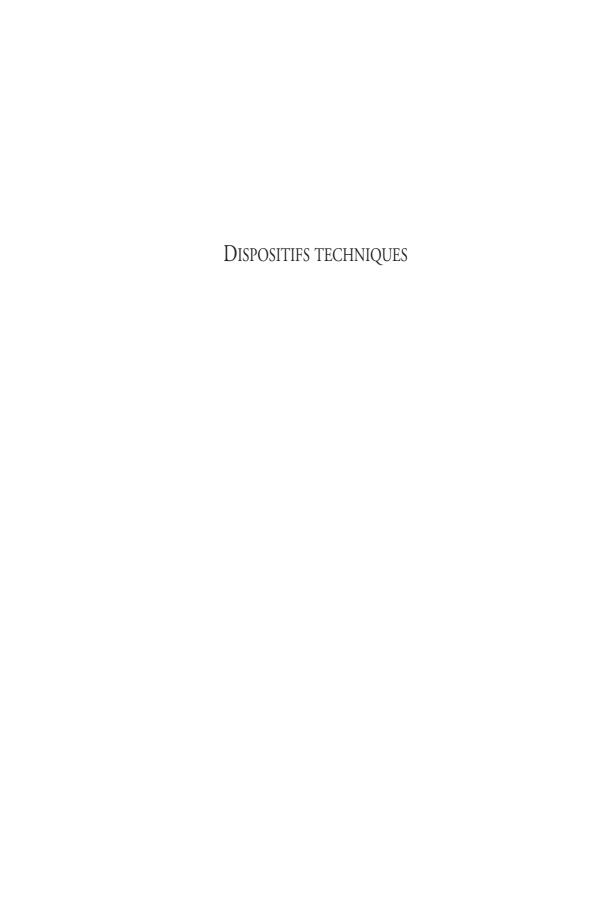
M^{me} F. a beaucoup de difficultés à se détacher du ressenti négatif des relations que ses parents ont eues avec elles. Cette hyperactivation s'est manifestée au début de sa prise en charge dans l'interpellation des nombreux professionnels en présence. Mais également à chaque moment de la prise

en charge avec le psychologue, quand elle était en souffrance du fait de l'évocation de souvenirs anciens douloureux ou de l'évocation de conflits au quotidien, en particulier avec son ex-compagnon ou le géniteur de son enfant, elle le questionnait sur une demande de traitements médicamenteux, demande de rencontre avec un psychiatre, ou un addictologue. Rencontres que le professionnel a encouragées mais qu'elle n'a pas prolongées dans le temps.

Sur le mode d'attachement de son enfant il est difficile de se prononcer. Si l'on se réfère au concept de transmission générationnelle, on pourrait postuler que Mathis a un attachement ambivalent-résistant, ce qui n'a pas pu être observé quand le psychologue l'a reçu avec sa mère. Cependant, des situations de séparation-retrouvailles n'ont pas pu être observées.

Madame a pu évoquer à plusieurs reprises en entretien le fait que Mathis avait du mal à jouer seul, qu'il la sollicitait beaucoup. Avec l'aide du psychologue elle a pu repérer que c'était en partie lié à ses propres craintes de le laisser seul. En entretien, quand il est présent aujourd'hui avec sa mère, il est en capacité de jouer seul, d'explorer, même si régulièrement, comme cela a été dit précédemment, il vient voir sa mère pour un câlin, lui présenter un jouet, puis repart explorer.

Pour autant peut-on postuler que Mathis a un attachement sécure ?



Pierre Boulot, Estelle Morau, Nicolas Nagot, Clémentine Combes, Florent Fuchs

Présence du père lors des césariennes : un pas de plus pour une naissance partagée ? Avancées et freins

La présence du père est désormais communément admise lors des accouchements par voie basse (Draper, 1997). Elle est laissée à la discrétion de l'obstétricien lors de la pose d'une analgésie péridurale (Chapman, 2000) ou lorsque l'accouchement par voie basse nécessite des interventions (ventouse, forceps). Mais la présence du père lors des césariennes, question déjà ancienne (Persson, 1978), reste non consensuelle avec une disparité des pratiques actuelles très importante. En France, les seules données disponibles indiquaient que 27 % des pères assistaient à une césarienne et que 72 % des mères souhaitaient que le père (ou un accompagnant) puisse y assister. En France, la Haute Autorité de santé (HAS) [2013] stipulait, en janvier 2012, que la présence du père peut être envisagée lors d'une césarienne. Cette disparité dans notre pays est retrouvée dans les maternités de type I, II ou III, et au sein des maternités publiques et privées, certains établissements ayant une pratique libérale de la présence du père lors des césariennes, d'autres ayant une pratique très restrictive, voire une opposition (association Césarine).

20 % des naissances se font en France par une césarienne selon l'enquête périnatale nationale en 2016 (Blondel et coll., 2017) réalisée avant tout début de travail ou en cours de travail (dite alors en urgence). Ne pas accepter le père pour la plupart des césariennes revient donc à l'exclure de la naissance dans près d'un cinquième des naissances en France et dans une plus grande proportion dans d'autres pays si les taux de césariennes sont plus élevés.

Devant le peu de données disponibles sur ce sujet, nous avons souhaité analyser le vécu du père lors de césariennes programmées ou pratiquées en urgence au travers d'une étude monocentrique et prospective.

Matériel

Du 1^{er} juin 2016 au 1^{er} mars 2017, nous avons mené une étude exploratoire, prospective et descriptive auprès des 597 césariennes programmées ou en urgence réalisées dans cette période. Dans notre maternité universitaire de type III réalisant 3 780 naissances par an dont 850 (22,4 %) par césarienne, les pères assistent très fréquemment et de plus en plus à la césarienne depuis une dizaine d'années, et ce en tant que politique de service. Cette proposition pour notre étude leur était faite soit en consultation prénatale quand la césarienne était programmée, quel que soit le motif (bassin trop étroit, fœtus avec retard de croissance, présentation du siège, grossesse gémellaire, placenta prævia...), soit en cours de travail.

MÉTHODES

Concernant le père, son accord était indispensable et son refus était pleinement respecté. Nous avons inclus seulement les pères majeurs, parlant français, souhaitant assister à la césarienne, ce qui explique la non-prise en compte des autres pères. L'accord paternel était obtenu soit lors des visites prénatales lors de la programmation de la césarienne, soit en cours de travail pour les césariennes en urgence (altérations du rythme cardiaque fœtal, stagnation de la dilatation, non-engagement à dilatation complète). Dans le cadre des césariennes programmées, il était remis au père un document l'informant des conditions strictes dans lesquelles il pourrait assister à la césarienne. Ce document avait fait l'objet d'une rédaction conjointe avec les obstétriciens, sages-femmes et anesthésistes réanimateurs. Et fait partie de notre cahier de référentiel du bloc obstétrical.

La sage-femme assistante à la césarienne donnait au père des instructions quant à son habillement (tenue de bloc opératoire), mais aussi relatives à son comportement au bloc opératoire, au cheminement à suivre dans le bloc opératoire jusqu'à la salle d'opération et enfin à son placement assis à la tête de la patiente. La démarche était la même lorsque la césarienne avait lieu en urgence. Le père était admis au bloc opératoire après la pose de l'analgésie péridurale et restait séparé du champ opératoire par un drap stérile. Concernant l'instant de la naissance, le drap stérile séparatif était abaissé pour que les parents voient ensemble le nouveau-né à l'instant où il

est extrait de l'utérus, l'enfant étant essuyé pour qu'il ne soit pas recouvert de sang. Il était ensuite confié à la sage-femme pour les soins immédiats habituels auxquels le père pouvait assister. Dans le cas d'un nouveau-né bien portant et lorsque la césarienne touchait à sa fin, le père et la sage-femme revenaient avec l'enfant dans la salle de césarienne et l'enfant était mis en peau à peau avec la mère jusqu'à la fin de la césarienne. La mère pouvait effectuer la première tétée si elle souhaitait allaiter.

Si la césarienne nécessitait une anesthésie générale ou si elle était réalisée dans des conditions d'extrême urgence (césariennes en codes rouges), le père n'était pas autorisé à y assister. Il en était de même en cas de risque prévisible de complications peropératoire (par exemple, un risque hémorragique important).

À l'issue de la césarienne et dans les soixante-douze heures suivant la naissance, un questionnaire de type échelle de Likert était appliqué, conçu par notre équipe en l'absence d'échelle de ce type existant pour le père dans la littérature.

Concernant le personnel du bloc opératoire, un questionnaire également de type échelle de Likert était remis aux anesthésistes réanimateurs et/ou aux infirmières de bloc opératoire pour l'évaluation qualitative de la présence du père durant la césarienne (comportement, malaise...).

STATISTIQUES

Une description globale de l'échantillon a été réalisée en donnant les fréquences et les pourcentages des différentes catégories pour les variables qualitatives. Les distributions des variables quantitatives n'étant pas toujours gaussiennes, la description de ces variables a été faite à l'aide de la moyenne et de la déviation standard mais aussi de la médiane et des valeurs minimales et maximales. Pour les variables quantitatives la comparaison a été réalisée à l'aide des tests de comparaison de moyennes Student ou Wilcoxon en fonction de la distribution. Le seuil de significativité retenue était p < 0,05.

RÉSULTATS

158 césariennes ont été effectuées durant la période de l'étude et 113 pères (71,5 %) ont assisté à la césarienne. Les raisons pour lesquelles 45 pères n'ont pas assisté à l'intervention étaient les suivantes : pas de souhait d'y assister dans 16 cas ; couple séparé ou père en déplacement dans 12 cas ; père occupé à garder les autres enfants dans 5 cas ; césarienne code rouge dans 5 cas ; césarienne sous anesthésie générale dans 2 cas, pas d'accord

médical en raison d'un risque maternel dans un cas ; enfin, dans 4 cas la proposition n'a pas été faite au père d'y assister. Le terme moyen des 113 césariennes auxquelles le père a participé était de 37 ± 2 semaines d'aménorrhée (extrêmes de 27 à 42 SA). Parmi les 113 césariennes, 62 étaient programmées au terme moyen 38 ± 1 SA (extrêmes de 34 à 41 SA). Parmi les pères, 79 (70 %) ont répondu au questionnaire et 113 questionnaires ont été renseignés par l'équipe soignante.

Nous n'avons retrouvé aucun lien significatif pour la présence du père en salle de césarienne selon le terme de naissance (p = 0,060) ou le poids de l'enfant (p = 0,062). L'équipe d'anesthésistes-réanimateurs a noté que 9,7 % des pères (11 sur 113) ont présenté un sentiment d'inconfort au bloc opératoire, obligeant parfois le père à sortir transitoirement de la salle de césarienne. Le père a pu assister au peau à peau dans 76 cas (62,3 %) et à la tétée d'accueil dans 22 cas (24,4 %) et ce avant la fin de l'intervention. Lorsque des soins au nouveau-né étaient nécessaires, le père a été noté par l'équipe soignante comme y assistant dans 76,9 % des cas (87/113).

Concernant le ressenti du père au travers des données des 79 questionnaires renseignés, il indiquait avoir été bien guidé pour assister à la césarienne dans 100 % (n = 78) des cas. Le père s'est senti encouragé sur sa place de père lors de la césarienne dans 74 cas (95 %) et en confiance au sein du bloc chirurgical dans 74 cas (95 %). 40 pères (54 %) ont décrit cette expérience comme bouleversante, et 73 (95 %) ont jugé que la césarienne n'empêche pas de vivre pleinement la naissance. 34 pères (45 %) se décrivaient comme très anxieux durant la naissance, 25 (34 %) se déclaraient non anxieux par le geste, le reste des pères, 21 % (n = 16), n'ayant pas exprimé d'opinion. 57 pères (76 %) ont indiqué que la césarienne s'est déroulée comme ils l'avaient imaginée et 71 (93 %) déclaraient qu'ils avaient pu assister aux soins du nouveau-né dans le bloc opératoire, certains incluant des soins de réanimation néonatale. Dans tous les cas, le père s'est senti soutenu par l'équipe du bloc opératoire et 75 d'entre eux ont exprimé que l'équipe avait bien communiqué avec eux durant la césarienne. Sept pères ont indiqué avoir eu un sentiment d'inconfort et être obligés de sortir transitoirement de la salle de césarienne. Enfin tous les pères indiquaient que leur présence lors de la césarienne avait été importante pour la mère.

Discussion

Notre étude est la première qui cherche à évaluer la présence du père lors d'une césarienne sous analgésie péridurale. Nos résultats suggèrent que pour le père et dans les conditions de cette étude, la césarienne n'est pas qu'une intervention chirurgicale, c'est aussi une naissance à laquelle le père est souvent présent quand sa place est bien définie entre tous les

membres des équipes soignantes impliquées dans le bloc opératoire. Cela paraît vrai tant pour les césariennes programmées que pour celles décidées en urgence au cours du travail. Le père participe ainsi à la naissance de l'enfant, y compris dans des procédures en urgence pouvant impliquer des fœtus fragiles (prématurés, ou avec retard de croissance) ou atteints de malformations. Ces résultats sont le fruit d'une large concertation entre anesthésistes-réanimateurs, obstétriciens et sages-femmes pour faciliter la présence du père aux césariennes.

Nous avons considéré comme contre-indications à la présence du père les situations d'anesthésie générale maternelle (devenues rares) et réservées plutôt à des césariennes en extrême urgence ou à des pathologies maternelles parfois sévères pouvant comporter un risque vital ou un risque hémorragique important possible (certaines cardiopathies maternelles...). Notre choix a été largement dicté par l'attention de tous les intervenants au bloc opératoire quand l'urgence obstétricale nécessite la césarienne en urgence, plutôt qu'au père. Ce point a fait récemment débat (Hugill et coll., 2015). Les bénéfices attendus dans notre étude nous semblent multiples :

le père est partie prenante de la naissance et partage ces instants émotion-nellement forts avec la mère; il reconnaît avoir eu une place de père malgré la technicité inhérente au geste. Cela intègre les données de Hodnett (Hodnett et coll., 2013) sur les supports à apporter aux parents lors de la naissance;
il n'y a pas de discontinuité du père avec l'équipe soignante présente autour de lui à tout instant dans la salle d'intervention, comme en témoignent les taux élevés de satisfaction quant au soutien apporté par l'équipe soignante;

– notre pratique est en accord avec les recommandations de la HAS (2013) sur la césarienne indiquant que le père ou un personne accompagnante peut assister la mère lors de la césarienne ;

– le père assiste aux césariennes pratiquées aussi bien à terme et sur enfant bien portant que sur celles avec enfant prématuré et/ou hypotrophe ou malformé. Dans notre série, il existe une discordance entre ce qui a été observé : pères assistant dans 76,9 % des cas (n = 87) aux gestes de soins du nouveau-né, et les chiffres avancés par les pères, de l'ordre de 93 % (n = 71). La nature même des soins au nouveau-né peut prêter à confusion pour les pères, ces derniers ayant pu considérer que les soins sont ceux que reçoit tout nouveau-né, alors que le personnel du bloc opératoire a pu considérer que seuls des soins de néonatalogie ou de réanimation méritaient d'être pris en compte. La présence du père lors de gestes de réanimation du nouveau-né limite davantage la séparation du père d'avec son enfant même s'il est des plus fragiles. Enfin, la présence du père lors des césariennes n'est qu'un des éléments d'un accompagnement plus global qui associe d'autres pratiques : peau à peau quasi immédiat en salle de césarienne si l'état de l'enfant le permet, père présent lors de la première tétée donnée avant la

fin de la césarienne (Moore et coll., 2012 ; Prior et coll., 2012 ; Nylander et coll., 2014 ; Alba-Romero, 2014), bien que cela a été peu fréquent dans notre série, sans doute en rapport avec le terme de naissance des enfants.

Les freins et les réticences peuvent être nombreux et nous avons essayé de les identifier au cours de la mise en place de notre étude. Un premier frein peut être dû aux habitudes de travail au bloc opératoire, qui excluent volontiers les personnes du champ non médical, a fortiori le père. Un deuxième frein pourrait être la crainte d'un risque accru d'infections nosocomiales, lié à la présence du père au sein du bloc. Aucune donnée de la littérature amène de données probantes sur ce point (revue *Pubmed* mars 2017). Nous pensons que le fait d'habiller le père en tenue de bloc opératoire associé à son déplacement soigneusement guidé par une sage-femme au sein du bloc opératoire et de la salle d'intervention sont des précautions d'asepsie essentielles prises pour limiter ce risque. Nos résultats montrent que les sensations d'inconfort des pères au bloc opératoire durant la césarienne de leurs conjointes dans notre expérience sont assez rares et ne nous semblent pas suffisantes pour refuser leur présence. La crainte d'un malaise du père lors de la césarienne est un argument souvent invoqué pour limiter la présence du père. 9 % d'entre eux ont présenté un inconfort sans gravité les obligeant à sortir quelques instants du bloc opératoire sous la vigilance de l'équipe d'anesthésie réanimation. Sept pères ont indiqué avoir ressenti un inconfort pouvant les faire sortir de la salle de césarienne, ce qui est légèrement inférieur aux données objectives enregistrées par l'équipe soignante. Il est utile de demander au père son accord au préalable pour les césariennes programmées aussi bien que pour les césariennes en urgence, sans être insistant pour qu'il assiste à l'intervention s'il n'en ressent pas le besoin. La vigilance du personnel du bloc opératoire doit être permanente pour faire sortir le père s'il ne se sent pas bien. La probabilité de complications lors d'une césarienne en présence du père est un frein puissant pour limiter sa présence. Les complications des césariennes sont une réalité et pas toujours prévisibles (hémorragie par atonie utérine, plaie d'un pédicule utérin...). Il sera alors demandé au père de sortir du bloc opératoire dès la survenue de la complication. Enfin, la disponibilité d'une sage-femme et/ou d'une infirmière-anesthésiste pour la césarienne et pour le temps d'accueil du père au bloc opératoire n'existe pas dans toutes les maternités et constitue un frein à la prise en charge du père au sein du bloc opératoire.

Il y a plusieurs limites dans cette étude exploratoire : la première est le faible nombre de pères et aussi le taux de réponse non exhaustif des pères au questionnaire, mais nous avons prévu d'étendre l'étude sur une période plus prolongée ; la seconde est la prise en compte globale des césariennes programmées pour lesquelles le père a le temps de réfléchir à l'avance sur sa participation éventuelle et les césariennes en urgence qui pourraient

comporter un stress parental et particulièrement paternel plus important. Cependant, nos résultats montrent que tous les pères sont également satisfaits dans les deux groupes. Par ailleurs, il nous a semblé difficile de séparer ces deux groupes car ils correspondent à la réalité clinique de la pratique des césariennes, les césariennes programmées pouvant être réalisées aussi de façon urgente si la patiente entre en travail avant la date prévue. Enfin, la troisième limite est qu'il existe plusieurs essais de scores (Martin et Fleming, 2011) tentant d'évaluer le bien-être des mères durant la naissance, mais aucun n'a été décrit pour le père lorsqu'il assiste à une césarienne (Bélanger-Lévesque et coll., 2014; Sawyer et coll., 2013). En l'absence de scores disponibles pour cette situation précise, nous avons opté pour l'utilisation d'une échelle de Likert que nous avons créée et qui nous a permis d'obtenir nos résultats.

CONCLUSION

La présence du père durant la césarienne, élément satisfaisant pour la majorité des pères, est un pas de plus vers une parentalité immédiatement partagée, et nos résultats nous confortent dans l'option prise en pratique courante depuis plusieurs années dans notre département de faire participer le plus possible les pères à l'instant de la césarienne. L'accompagnement du père au sein du bloc par la sage-femme est un élément important pour que le père ne représente pas une charge pour le personnel du bloc opératoire. Un protocole précis doit avoir été discuté entre obstétriciens, sages-femmes et anesthésistes réanimateurs. Il reste à évaluer désormais davantage les raisons des malaises des pères au bloc chirurgical, savoir s'ils sont reliés aux conditions de la naissance, explorer les différences de perception du père quant aux soins des nouveau-nés par un travail prospectif plus large, tant sur les césariennes en urgence que celles programmées.

BIBLIOGRAPHIE

Alba-Romero, C. De; Camaño-Gutiérrez, I.; López-Hernández, P. et coll. 2004. « Postcesarean section skin-to-skin contact of mother and child », *J. Hum. Lact.*, 30 (3), p. 283-286.

ASSOCIATION CÉSARINE. www.Cesarine.org

BÉLANGER-LÉVESQUE, M.N.L.; PASQUIER, M.; ROY-MATTON, N.; BLOUIN, S.; PASQUIER, J.-C. 2014. « Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: A cross-sectional comparative study », *BMJ Open*, 4 (2), p. 004013. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004013.

- BLONDEL, B. et coll. 2017. « Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Périnatal Surveys », *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.*, 46 (10), p. 701-713.
- CHAPMAN, L.L. 2000. « Expectant fathers and labor epidurals », M.C.N. Am. J. Matern Child Nurs., 25, p. 133-138.
- DRAPER, J.L. 1997. « Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance », *Midwifery*, 13, p. 132-138.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). 2013. La césarienne. Ce que toute femme enceinte devrait savoir...
- HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C. 2013. « Continuous support for women during childbirth », *Cochrane Database Syst. Rev.*, 7, CD003766.
- HUGILL, K.; KEMP, I.; KINGDON, C. 2015. « Fathers' presence at caesarean section with general anaesthetic: evidence and debate », *Pract. Midwife.*, 4, p. 19-22.
- MARTIN, C.L.; FLEMING, V. 2011. « The birth satisfaction scale », *Int. J. Health Care Qual-Assur.*, 24, p. 124-135.
- MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C.; BERGMAN, N.; DOWSWELL, T. 2012. « Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants », *Cochrane Database Syst. Rev.*, 5, CD003519.
- NYLANDER, G.; HELLENES, K.; GRO AREKLETT, A. 2014. « Pratique du peau à peau pendant et après la césarienne », Paris, 2° journée nationale l'IHAB, 4 novembre, http://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2015/livret-IHAB-2014.pdf
- PERSSON, J.C. 1978. « Should fathers attend cesarean section deliveries? », *AORN J.*, 28 (3), p. 434-435.
- PRIOR, E.; SANTHAKUMARAN, S.; GALE, C.; PHILIPPS, L.H.; MODI, N.; HYDE, M.J. 2012. « Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature », *Am. J. Clin. Nutr.*, 95 (5), p. 1113-1135. http://ajcn.nutrition.org/content/95/5/1113.long
- SAWYER, A.L.; AYERS, S.; ABBOTT, J.; GYTE, G.; RABE, H.; DULEY, L. 2013. « Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review », *Pregnancy Childbirth*, 13, p. 108. doi: 10.1186/1471-2393-13-108.

Florence Gressier Anne-Laure Sutter-Dallay

Les dépressions périnatales

Pour toute femme, devenir mère est une étape singulière. Il existe pendant la période périnatale des bouleversements somatiques, hormonaux, mais également psychologiques, familiaux et sociaux. La grossesse et la naissance d'un enfant entraînent donc de fait des moments de fragilité psychique.

La folie puerpérale et les infanticides néonataux sont connus depuis l'Antiquité. Esquirol (XIX^e siècle) décrivait la « folie de l'accouchée » (manie) ; Marcé a décrit nombre des tableaux cliniques psychiatriques périnataux dans le premier traité de psychiatrie périnatale (*Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, 1858). Racamier (1961) a différencié les mélancolies des psychoses du post-partum et Pitt (1968) a introduit le concept de « dépression du post-partum ». Actuellement, les études épidémiologiques montrent que le risque d'hospitalisation en psychiatrie le premier mois du post-partum est multiplié par 16, et dans les deux ans qui suivent l'accouchement par 1,6. Il existe cinq fois plus de troubles psychiatriques en post-partum que pendant la grossesse (Kendell et coll., 1987 ; Gavin et coll., 2005).

L'évolution de la société fait que les nouvelles mères bénéficient moins souvent d'un étayage familial de proximité et quotidien, alors qu'elles ont à faire face à davantage de travail et de stress. À cela s'associe une notion de « performance » : avoir la « meilleure grossesse », le « plus beau bébé ».

Depuis les chercheurs et les cliniciens ont associé leurs efforts pour explorer plus avant la psychopathologie périnatale, permettant de cerner une entité de dysrégulation émotionnelle dénommée « dépression périnatale ». Plusieurs facteurs de risque de trouble de l'humeur de type dépressif ont été décrits en période périnatale. Les facteurs qui ont le plus fort « poids

prédictif » sont les antécédents de dépression, notamment périnatale, personnels ou familiaux, et pour la dépression du post-partum, une dépression anténatale et la sévérité du baby blues.

Parmi les facteurs psychosociaux, on distingue : un âge inférieur à 20 ans, une primiparité après 35 ans, des carences affectives, des dissensions conjugales, un faible soutien social, des conditions socio-économiques défavorables, ainsi qu'une reprise du travail précoce (Leigh et Milgrom, 2008).

Les facteurs liés aux caractéristiques interactives du bébé ont également été rapportés comme des facteurs de risque pour la dépression postnatale maternelle (Field et coll., 1988; Murray et coll., 1996; Sutter-Dallay et coll., 2003).

Concernant les facteurs gynéco-obstétricaux qui restent de faible poids, la littérature rapporte des associations avec une grossesse non désirée, un antécédent d'interruption volontaire de grossesse, de fausse couche spontanée, de mort fœtale lors d'une grossesse précédente, un traumatisme obstétrical lors d'un précédent accouchement ou un antécédent d'enfant décédé ou gravement malade, une grossesse multiple, la découverte d'une anomalie fœtale à l'échographie, une malformation fœtale, une pathologie somatique décompensée pendant la grossesse (diabète, hypertension artérielle gravidique), un accident grave, le mode d'accouchement (césarienne non programmée, manœuvres : forceps, spatules), une prématurité, la découverte de malformations à l'accouchement, une hospitalisation du nouveau-né en néonatologie, une absence d'allaitement, un sevrage précoce (Dayan et coll., 2014).

Enfin, concernant les facteurs hormonaux, la dépression en tryptophane, les variations en œstrogènes, progestérone, cortisol et l'axe hypothalamo-hypophysaire (HPA) ont été associés à la dépression périnatale (Meltzer-Brody, 2011). Il existerait potentiellement une vulnérabilité génétique particulière : les polymorphismes du TPH1, TPH2, Val66Met du BDNF, et 5-HTTLPR du gène SLC6A4 du transporteur de la sérotonine offrent des pistes intéressantes (Figueiredo et coll., 2015).

DÉPRESSION GRAVIDIQUE

Les troubles dépressifs de la grossesse ont une prévalence de 18 %. L'épisode dépressif caractérisé (EDC) affecterait 13 % des femmes enceintes (de 7,1 à 20,4 % suivant les études) [Gaynes et coll., 2005]. L'EDC est décrit comme plus fréquent au premier trimestre et au troisième trimestre avec une amélioration au deuxième trimestre.

Les symptômes peuvent se confondre avec ceux de la grossesse : émotionnels, psychosomatiques, cognitifs, modifications du sommeil et des

conduites alimentaires. Ainsi, le diagnostic de dépression peut être difficile à différencier des manifestations physiques et hormonales classiques de la grossesse. De plus, les femmes auraient davantage de difficultés à exprimer leur sentiment de mal-être durant cette période, la grossesse et l'arrivée d'un enfant étant usuellement décrites comme un événement heureux (Kingston et coll., 2015). D'autre part, les femmes enceintes pourraient exprimer davantage de manifestations somatiques traduisant cet état dépressif (Kelly et coll., 2001).

Les dépressions prénatales ont des conséquences à la fois sur la mère et sur l'enfant. Chez la mère, il a été décrit un moindre suivi de grossesse, des consommations de toxiques, une faible prise de poids, des complications obstétricales (hypertension artérielle, pré-éclampsie), des tentatives de suicide, voire des suicides (Santos et coll., 2017).

En effet, même si le suicide est moins fréquent en période périnatale qu'à une autre période de la vie, il a longtemps été sous-estimé. Les évolutions récentes dans l'étude du suicide maternel (évolutions nosographiques avec un « élargissement » du concept de mortalité maternelle dans la CIM 10 et évolutions des méthodologies avec croisement des certificats de décès des femmes en âge de procréer et des certificats de naissance de l'année antérieure) permettent de montrer que l'incidence du suicide en période périnatale est proche de l'incidence en population générale (Guillard et Gressier, 2017). Le suicide représente en effet 20 % des morts maternelles françaises et est la première cause de mortalité maternelle (Oates, 2003). La période du premier trimestre de grossesse, ainsi que les 2 premiers mois et le 12° mois du post-partum sont à risque augmenté.

Chez les mères ayant présenté une dépression gravidique, on retrouve des soins apportés au nouveau-né de moindre qualité (Dayan, 2007).

Les symptômes de dépression peuvent régresser spontanément à la fin de la grossesse, mais 20 à 40 % se prolongent dans le post-partum (Austin et Lumley, 2003). Une dépression en rémission sous traitement avant la grossesse ou en début de grossesse peut récidiver dans 50 à 75 % des cas si celui-ci est arrêté avant la naissance, contre 25 % s'il est maintenu (Cohen et coll., 2006).

La prise en charge doit donc être la plus précoce possible. Celle-ci est psychologique, parfois pharmacologique, et nécessite de tenir compte des intérêts de la mère et du fœtus dans une balance bénéfice-risque (Pearlstein, 2008).

RETENTISSEMENT DE LA DÉPRESSION GRAVIDIQUE SUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS

Les premières phases de l'ontogenèse du cerveau humain puis de l'histogenèse du système nerveux central se déroulent dès la première moitié de la grossesse, en lien avec des processus cellulaires et moléculaires complexes (Delhaye-Bouchaud, 2001). Les stades de neurogenèse impliquent une première phase de prolifération cellulaire et de migration des neuroblastes vers leurs emplacements définitifs, où s'établiront les premières connexions par les dendrites et les axones. La deuxième phase de croissance et de différenciation cellulaire intervient pendant la deuxième moitié de la grossesse (Delhaye-Bouchaud, 2001). Le début de la myélinisation a lieu à partir du quatrième mois de la vie fœtale.

Le fœtus perçoit son environnement à la fois intra-utérin et extérieur. Le développement des sens suit un ordre constant au cours de la vie prénatale, débutant par le tact et la sensibilité proprioceptive, puis la sensibilité vestibulaire, l'olfaction, le goût, l'audition et la vision (Golse et Moro, 2014; Granier-Deferre et Schaal, 2005).

Des processus très précoces intra-utérins génétiques, épigénétiques et biochimiques ont lieu in utero (Glover, 2015).

Le stress anténatal entraîne une dysrégulation de l'axe HPA. Les fœtus ont une fréquence cardiaque de repos plus élevée, une réactivité plus basse et lente face à une stimulation vibro-acoustique (Allister et coll., 2001). On note une augmentation des taux de cortisol et de noradrénaline, une diminution des taux de dopamine et de sérotonine chez le bébé, avec des résultats similaires chez les mères au 8° mois de grossesse (Field et coll., 2001; 2004; Lundy et coll., 1999). En effet, l'afflux de cortisol sature la 11ß-HSD2 (qui métabolise habituellement le cortisol plasmatique en produit inactif, la cortisone), entraînant un passage du cortisol au niveau placentaire, et une altération du flux sanguin utérin. L'hypercortisolémie affecte les récepteurs aux glucocorticoïdes dans le cerveau fœtal. Le taux élevé d'adrénaline pourrait également augmenter la résistance de l'artère utérine conduisant à une réduction du flux sanguin utéro-placentaire vers le fœtus (Stein et coll., 2014).

Le stress prénatal entraîne des changements épigénétiques au niveau du cerveau du fœtus. Il entraîne également des variations épigénétiques au niveau placentaire : altérations au niveau de la méthylation de l'ADN et de l'expression des microARN qui augmentent le risque de complications pendant la grossesse (prématurité, préexclampsie, diminution de la croissance fœtale), faible poids de naissance, et de modifications au niveau du cerveau fœtal (Glover, 2015). L'hypothèse de la programmation fœtale implique que l'environnement in utero puisse altérer le développement du

fœtus, avec un effet persistant sur le phénotype (Barker et coll., 2013). Un ensemble de mécanismes physiopathologiques prénataux, indépendamment de facteurs postnataux, pourraient ainsi constituer des facteurs de vulnérabilité chez les enfants.

Les nouveau-nés de mères présentant une dépression en anténatal sont plus irritables, avec des cris excessifs, moins consolables (Abrams et coll., 1995), ont moins d'orientation vers les visages (Lundy et coll., 1999), moins de réponses aux expressions faciales et davantage de difficultés à discriminer la voix de leur mère (Hernandez-Reif et coll., 2006). Ils ont davantage de troubles du sommeil (Field et coll., 2007). Une diminution du tonus vagal a également été mise en évidence (Field et coll., 2011). Les bébés de mères présentant une dépression en prénatal auraient plus fréquemment une asymétrie d'activation cérébrale avec une activation frontale droite à l'EEG, due à la diminution de l'activation de l'hémisphère gauche, caractéristique qui se retrouvent également chez les mères de ces bébés en postnatal et chez les sujets avec une dépression chronique (Jones et coll., 1998).

Plusieurs études ont montré un retentissement de la dépression maternelle sur le comportement néonatal mesuré à la NBAS (échelle de Brazelton permettant d'accéder à un niveau de compréhension globale du fonctionnement du nouveau-né) [Abrams et coll., 1995 ; Field et coll., 2001 ; Field et coll., 2004 ; Pacheco et Figueiredo, 2012].

Un trouble dépressif au troisième trimestre de la grossesse serait associé à des scores plus bas à la NBAS dans les dimensions d'organisation des états d'éveil et d'irritabilité que lors des deux autres trimestres (Goodman et coll., 2011). De plus, la chronicité des troubles serait associée à des scores moins optimaux dans la catégorie stabilité du système nerveux autonome (Diego et coll., 2004).

La dépression prénatale aurait également des conséquences à long terme avec un risque de survenue d'altération du développement cognitif, de troubles internalisés et externalisés et des troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (ADHD) chez l'enfant (Stein et coll., 2014).

Ainsi, les soins et notamment les psychothérapies sont essentiels au cours de la grossesse. Suivant les symptômes, différents types de psychothérapies peuvent être envisagés, ainsi que des groupes de parole.

La prescription éventuelle d'un psychotrope doit être guidée par les caractéristiques et le retentissement des symptômes, le rapport bénéfice/risque pour la mère et pour l'enfant. Une monothérapie à dose efficace est à préférer afin d'éviter les interactions médicamenteuses (www.lecrat.org).

Dans le choix du psychotrope, on prendra en compte l'efficacité antérieure, la durée entre le traitement précédent et la rechute, l'observance attendue pendant la grossesse, le risque suicidaire et hétéro-agressif pour l'enfant. Il convient de rechercher systématiquement des éléments en faveur

d'un trouble bipolaire et notamment des caractéristiques de mixité, qui orienteraient vers la prescription d'un thymorégulateur. Les conséquences de la prise de psychotropes pendant la grossesse concernent principalement la tératogenèse et la fœtotoxicité. Les troubles de l'adaptation périnatale des nouveau-nés peuvent être secondaires à l'arrêt ou à l'effet cumulatif des psychotropes. Ils sont le plus souvent transitoires et bénins (Ornoy et coll., 2017). Avec les antidépresseurs, une légère augmentation du risque d'avortement spontané en début de grossesse a été décrite. La majorité des études n'ont pas mis en évidence de majoration des malformations avec la plupart des imipraminiques ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Cependant, la paroxétine pourrait être associée à une légère augmentation des malformations cardiaques, principalement communications interventriculaires et communications interauriculaires. De la sorte, si une grossesse survient sous paroxétine, une échographie sera réalisée à la fin de l'organogenèse cardiaque. Un faible poids de naissance et un accouchement précoce (< 37 semaines d'aménorrhée) ont été rapportés chez les femmes sous imipraminiques ou ISRS, mais également chez des mères déprimées non traitées.

Les effets atropiniques des imipraminiques peuvent induire une tachycardie, une rétention urinaire, des troubles de la succion, une distension abdominale avec retard à l'émission du méconium, voire un iléus, une hyperexcitabilité et des convulsions. L'exposition in utero aux imipraminiques ou aux ISRS a été associée à un risque augmenté de détresse respiratoire survenant dans les trois jours après la naissance, de convulsions néonatales, d'hyperexcitabilité, d'irritabilité, d'hypotonie, d'hypoglycémie, ainsi qu'à un faible score d'Apgar. Concernant les troubles neurodéveloppementaux, l'association retrouvée entre les troubles neurodéveloppementaux, troubles du spectre autistique et ADHD, et exposition aux antidépresseurs in utero serait davantage due à la sévérité de la maladie (Mezzacappa et coll., 2017; Man et coll., 2018).

Rappelons que la sismothérapie est efficace et bien tolérée chez les femmes enceintes. Elle est utilisée en cas d'épisode sévère ou résistant aux antidépresseurs (Pompili et coll., 2014).

DÉPRESSION POSTNATALE

Concernant le post-partum, on distingue le baby blues qui survient chez 50 à 85 % des accouchées, souvent concomitant à la montée laiteuse et qui représente une adaptation somato-psychique à l'arrivée du nouveau-né (Guédeney et coll., 1993). Il est de durée brève (inférieur à dix jours) et ne nécessite pas de traitement. La psychose du post-partum atteint 1 à 2 pour

mille des femmes en post-partum. Le plus fréquemment dans les quinze premiers jours. Cependant, il est actuellement décrit des psychoses du post-partum tardives (Brockington, 2017). La dépression du post-partum (DPP) est présente chez 10 à 15 % des femmes dans sa forme caractérisée. Elle survient jusqu'aux 12 mois de l'enfant avec deux pics : 4 à 6 semaines, et 6 à 8 mois.

Dans le DSM5, la dépression périnatale n'est pas une catégorie distincte et est décrite comme un épisode dépressif caractérisé dont la particularité est de survenir au cours de la grossesse, jusqu'à 4 semaines après l'accouchement.

Concernant la Classification internationale des maladies (CIM), les troubles du post-partum, exclus de la CIM-9, réapparaissent dans la CIM-10. Celle-ci distingue la catégorie des « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs » (F53), qui inclut les dépressions et les psychoses puerpérales, si les troubles apparaissent dans les 6 semaines suivant l'accouchement.

Cependant, il existe des limites à ces classifications internationales, en particulier temporelles : classiquement, la pathologie débute entre 4 et 6 semaines après l'accouchement, mais la plupart des cliniciens ou des chercheurs en psychiatrie périnatale considèrent que l'on peut parler de dépression périnatale pendant la première année de vie de l'enfant, voire jusqu'à ses 2 ans.

Le risque de dépression en postnatal est de 30 % en cas de dépression anténatale et s'élève à plus de 50 % en cas de dépression postnatale lors d'une grossesse antérieure.

Le début est parfois insidieux. Il peut prolonger un baby blues souvent intense, survenir après un intervalle libre ou dans un continuum avec la dépression anténatale. Les symptômes cliniques ne sont pas toujours évidents. Ils sont banalisés par la mère, parfois dissimulés au conjoint. En effet, censées être heureuses, les femmes ont du mal à exprimer les sentiments qui les traversent : honte, colère, incompétence, regret.

Il s'agit en fait d'un tableau classique de dépression avec des particularités sémiologiques : culpabilité importante, anxiété, irritabilité, banalisation des symptômes, plaintes somatiques, moindre ralentissement psychomoteur, idées suicidaires moins fréquentes mais risque de suicide, infanticide, préoccupations centrées sur le bébé, sentiment d'incompétence, phobies d'impulsion. Il est important de rechercher une culpabilité, des pensées négatives à l'égard du bébé, un sentiment d'incompétence.

Une vigilance accrue est primordiale envers les femmes présentant des facteurs de risque cités précédemment. Une information claire doit être donnée en pré et post-partum. L'entretien prénatal précoce devrait permettre de repérer ces femmes à risque et conduire à la mise en place d'un suivi multidisciplinaire étroit (Isserlis et coll., 2008). Le dépistage doit être

systématique en post-partum, avec l'utilisation éventuelle de questionnaires. En effet, même si le diagnostic est avant tout clinique, l'utilisation d'une échelle telle que l'EPDS permet d'apporter un éclairage (Cox et coll., 1987).

RETENTISSEMENT SUR LE NOUVEAU-NÉ, LE NOURRISSON ET L'ENFANT

Comme le disait Winnicott, « un nourrisson tout seul, ça n'existe pas », et il ajoutait : « La santé mentale de tout individu [...] s'édifie sur les soins maternels qui se remarquent à peine quand tout va bien » (Winnicott, 1969). Ainsi, les troubles mentaux influencent la qualité des interactions précoces mère-bébé et le développement psychique du bébé. Dans les dépressions maternelles prolongées, la mère s'occupe parfois de son bébé de manière quasi automatique, avec peu d'affects. Les interactions sont pauvres dans toutes les dimensions, avec notamment peu de transmodalité. Le bébé peut, lui, présenter des symptômes d'allure somatique (troubles alimentaires, infections ORL à répétition, troubles du sommeil, etc.). Le paradigme du still-face montre bien l'évolution des enfants dans un contexte d'interactions de type dépressif : au départ, il s'agite, reste tendu. Puis, il peut se « déprimer » à son tour (bébé amorphe, dormeur, etc.). Dans les dépressions anxieuses, les interactions peuvent être hyperstimulantes et discordantes avec les besoins du bébé. Cependant, il n'y a pas d'adéquation systématique entre dépression parentale et dépression du bébé.

Les enfants peuvent présenter des anxiétés de séparation et des troubles de l'attachement. Ils peuvent avoir également davantage de troubles de l'humeur et anxieux, ou des troubles du comportement avec hyperactivité, instabilité psychomotrice. Il a également été décrit des troubles de l'attention, des difficultés d'apprentissage, scolaires, des retards de langage, et des QI bas (Liu et coll., 2017). À l'adolescence, ils présenteraient davantage de conduites addictives. La détresse maternelle postnatale peut entraîner des variations épigénétiques chez l'enfant. Ainsi l'environnement, dont la qualité et la nature des soins prodigués, peut conduire à des modifications épigénétiques chez l'enfant, qui auront possiblement un rôle dans son développement.

Inscrit dans un projet de soin global, un projet d'hospitalisation en unité mère-bébé ou en unité parents-bébé peut être élaboré (Glangeaud-Freudenthal et coll., 2014). Ces unités proposent une hospitalisation conjointe mère-bébé et parfois mère-père-bébé, avec l'objectif de travailler sur le lien mère-enfant.

DÉPRESSION CHEZ LES PÈRES

Chez le père, la prévalence de la dépression périnatale serait quant à elle de 10 %. Elle surviendrait plus tardivement que chez la mère avec un pic entre 3 et 6 mois après la naissance. Les symptômes dépressifs sont moins apparents. Les pères vont présenter un retrait social, une indécision, une peur, une irritabilité. Ils vont avoir davantage recours à une consommation d'alcool, de drogues. Une augmentation des conflits conjugaux et la violence peuvent constituer également des signes. Les symptômes somatiques peuvent être au premier plan (Glangeaud-Freudenthal et Gressier, 2017).

Les enfants des pères qui présentent une dépression auraient davantage de problèmes de comportement tels des troubles des conduites, des attitudes d'opposition ou une hyperactivité. Le risque semble supérieur pour les garçons et les enfants dont les pères ont une dépression chronique.

En conclusion, les dépressions en période périnatale sont fréquentes. Elles ont des conséquences graves pour la femme et son enfant, mais elles peuvent également atteindre les pères et retentir sur toute la famille. Une stratégie de prévention et de dépistage précoce est donc primordiale. Les dépressions périnatales nécessitent une prise en charge multidisciplinaire impliquant les spécialistes de la santé à la fois obstétricale, mentale et infantile. Il est recommandé de proposer des consultations spécialisées en psychiatrie périnatale pendant toute la durée de la grossesse et après l'accouchement, lorsque les moyens médicaux existent.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMS, S.M.; FIELD, T.; SCAFIDI, F.; PRODROMIDIS, M. 1995. « Newborns, of depressed mothers », *Infant Ment. Health J.* 16, p. 233-239.
- ACOG (Committee on Practice Bulletins-Obstetrics). 2008. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, 92, april (replaces practice bulletin number 87, november 2007). « Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation », *Obstet. Gynecol.*, 111, p. 1001-1020.
- ALLISTER, L.; LESTER, B.M.; CARR, S.; LIU, J. 2001. « The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation », *Dev. Neuropsychol.*, 20 (3), p. 639-651.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- APPLEBY, L. 1991. « Suicide during pregnancy and in the first postnatal year », *BMJ*, 302 (6769), p. 137-140.

- AUSTIN, M.P.; LUMLEY, J. 2003. « Antenatal screening for postnatal depression: A systematic review », *Acta Psychiatr. Scand.*, 107 (1), p. 10-17.
- BARKER, E.D.; KIRKHAM, N.; NG, J.; JENSEN, S.K. 2013. « Prenatal maternal depression symptoms and nutrition, and child cognitive function », *Br. J. Psychiatry.*, 203 (6), p. 417-421.
- BROCKINGTON, I. 2017. « Late onset postpartum psychoses », *Arch. Women Ment. Health*, 20, 1, p. 87-92.
- COHEN, L.S.; ALTSHULER, L.L.; HARLOW, B.L.; NONACS, R.; NEWPORT, D.J.; VIGUERA, A.C.; SURI, R.; BURT, V.K.; HENDRICK, V.; REMINICK, A.M.; LOUGHEAD, A.; VITONIS, A.F.; STOWE, Z.N. 2006. « Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment », *JAMA*, 295 (5), p. 499-507.
- COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R. 1987. « Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale », *Br. J. Psychiatry*, 150, p. 782-786.
- DAYAN, J. 2007. « Clinical approach and epidemiological aspects of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis », *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 36 (6), p. 549-561.
- DAYAN, J.; ANDRO, G.; DUGNAT, M. 2014. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité, 2° édition, Paris, Masson.
- DELHAYE-BOUCHAUD, N. 2001. « Développement du système nerveux central chez les mammifères », *Neurophysiologie clinique*, 31 (2), p. 63-82.
- DIEGO, M.A.; FIELD, T.; HERNANDEZ-REIF, M.; CULLEN, C.; SCHANBERG, S.; KUHN, C. 2004. « Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns », *Psychiatry*, 67 (1), p. 63-80.
- FIELD, T.; HEALY, B.; EASTWOOD, M.R.; KEDWARDH, B.; SHEPHERD, M. 1988. « Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non depressed adults », *Child Dev.*, 59, p. 1569-1579.
- FIELD, T.; DIEGO, M.; DIETER, J.; HERNANDEZ-REIF, M.; SCHANBERG, S.; KUHN, C.; YANDO, R.; BENDELL, D. 2004. « Prenatal depression effects on the fetus and the newborn », *Infant Behav. Dev.*, 27, p. 216-229.
- FIELD, T.; DIEGO, M.; HERNANDEZ-REIF, M.; FIGUEIREDO, B.; SCHANBERG, S.; KUHN, C. 2007. « Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns », *Infant Behav. Dev.*, 30 (1), p. 127-133.
- FIELD, T.; DIEGO, M.A.; DIETER, J.; HERNANDEZ-REIF, M.; SCHANBERG, S.; KUHN, C.; YANDO, R.; BENDELL, D. 2001. « Depressed withdrawn and intrusive mothers' effects on their fetuses and neonates », *Infant Behav. Dev.*, 24, p. 27-39.
- FIELD, T. 2011. « Prenatal depression effects on early development: A review », *Infant Behav. Dev.*, 34 (1), p. 1-14.
- FIGUEIREDO, F.P.; PARADA, A.P.; DE ARAUJO, L.F.; SILVA, W.A. JR.; DEL-BEN, C.M. 2015. «The Influence of genetic factors on peripartum depression: A systematic review », *J. Affect Disord.*, 1 (172), p. 265-273.

- GAVIN, N.I.; GAYNES, B.N.; LOHR, K.N.; MELTZER-BRODY, S.; GART-LEHNER, G.; SWINSON, T. 2005. « Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence », *Obstet. Gynecol.*, 106 (5 Pt 1), p. 1071-1083.
- GAYNES, B.N.; GAVIN, N.; MELTZER-BRODY, S.; LOHR, K.N.; SWINSON, T.; GARTLEHNER, G.; BRODY, S.; MILLER, W.C. 2005. « Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes », *Evid. Rep. Technol. Assess*, 119, p. 1-8.
- GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N.M.C.; GRESSIER, F. (sous la direction de). 2017. « Accueillir les pères en périnatalité », *Cahier Marcé*, n° 7.
- GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N.M.; HOWARD, L.M.; SUTTER-DALLAY et coll. 2014. Treatment-mother-infant inpatient units, *Best Pract Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, 28 (1), p. 147-157.
- GLOVER, V. 2015. « Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: Possible underlying biological mechanisms », *Adv. Neurobiol.*, 10, p. 269-283.
- GOLSE, B.; MORO, M.R. 2014. Le développement psychique précoce. De la conception au langage, Paris, Elsevier Masson.
- GOODMAN, S.H.; ROUSE, M.H.; LONG, Q.; JI, S.; BRAND, S.R. 2011. « Deconstructing antenatal depression: What is it that matters for neonatal behavioral functioning? », *Infant Ment. Health Journal*, 32 (3), p. 339-361.
- GRANIER-DEFERRE, C.; SCHAAL, B. 2005. « Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né », *Spirale*, 33 (1), p. 21-40.
- GUÉDENEY, A.; BUNGENER, C.; WIDLÖCHER, D. 1993. « Post-partum blues: A critical review of the literature », *Psychiatr. Enfant.*, 36(1), p. 329-354.
- GUILLARD, V.; GRESSIER, F. 2017. « Suicidality during perinatal period », *Presse Med.*, 46 (6 Pt 1), p. 565-571.
- HERNANDEZ-REIF, M.; FIELD, T.; DIEGO, M.; RUDDOCK, M. 2006. « Greater arousal and less attentiveness to face/voice stimuli by neonates of depressed mothers on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale », *Infant Behav. Dev.*, 29 (4), p. 594-598.
- ISSERLIS, C.; SUTTER-DALLAY, A.L.; DUGNAT, M.; GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. 2008. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères, Toulouse, érès.
- JONES, N.A.; FIELD, T.; FOX, N.A.; LUNDY, B.; HART, S. 1998. « Newborns of depressed mothers are physiologically less developed », *Infant Behav. Dev.*, 21 (3), p. 537-541.
- KELLY, R.H.; RUSSO, J.; KATON, W. 2001. « Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: Normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? », Gen. Hosp. Psychiatry, 23 (3), p. 107-113.
- KENDELL, R.E.; CHALMERS, J.C.; PLATZ, C. 1987. « Epidemiology of puerperal psychoses », *Br. J. Psychiatry*, 150, p. 662-673.
- KINGSTON, D.E.; BIRINGER, A.; TOOSI, A.; HEAMAN, M.I.; LASIUK, G.C.; MCDONALD, S.W.; KINGSTON, J.; SWORD, W.; JAREMA, K.; AUSTIN, M.P. 2015. « Disclosure during prenatal mental health screening », *J. Affect Disord.*, 186, p. 90-94.

- LEIGH, B.; MILGROM, J. 2008. « Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress », *BMC Psychiatry*, 8, p. 24.
- LIU, Y.; KAAYA, S.; CHAI, J.; MCCOY, D.C.; SURKAN, P.J.; BLACK, M.M.; SUTTER-DALLAY, A.L.; VERDOUX, H.; SMITH-FAWZI, M.C. 2017. « Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: A meta-analysis », *Psychol. Med.*, 47 (4), p. 680-689.
- LUNDY, B.; JONES, N.; FIELD, T.; NEARING, G.; DAVALOS, M.; PIETRO, P.; SCHANBERG, S.; KUHN, C. 1999. « Prenatal depression effects on neonates », *Infant Behav. Dev.*, 22, p. 121-137.
- MAN, K.K.C.; CHAN, E.W.; IP, P.; COGHILL, D.; SIMONOFF, E.; CHAN, P.K.L.; LAU, W.C.Y.; SCHUEMIE, M.J.; STURKENBOOM, M.C.J.M.; WONG, I.C.K. 2018. « Prenatal antidepressant exposure and the risk of attention-deficit hyperactivity disorder in children: A systematic review and meta-analysis », *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 86, p. 1-11.
- MELTZER-BRODY, S. 2011. « New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum », *Dialogues Clin. Neurosci.*, 13 (1), p. 89-100.
- MEZZACAPPA, A.; LASICA, P.A.; GIANFAGNA, F.; CAZAS, O.; HARDY, P.; FALISSARD, B.; SUTTER-DALLAY, A.L.; GRESSIER, F. 2017. « Risk for autism spectrum disorders according to period of prenatal antidepressant exposure: A systematic review and meta-analysis », *JAMA Pediatr.*, 171 (6), p. 555-563.
- MOLENAAR, N.M.; KAMPERMAN, A.M.; BOYCE, P.; BERGINK, V. 2018. « Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review », *Aust. N.Z.J. Psychiatry*, 1, 4867418762057.
- MURRAY, L.; STANLEY, C.; HOOPER, R.; KING, F.; FIORI-COWLEY, A. 1996. « The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions », *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, p. 109-119.
- OATES, M. 2003. « Suicide: The leading cause of maternal death », *Br. J. Psychiatry*, 183, p. 279-281.
- ORNOY, A.; WEINSTEIN-FUDIM, L.; ERGAZ, Z. 2017. « Antidepressants, antipsychotics, and mood stabilizers in pregnancy: What do we know and how should we treat pregnant women with depression », *Birth Defects Res.*, 109 (12), p. 933-956.
- PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. 2012. « Mother's depression at childbirth does not contribute to the effects of antenatal depression on neonate's behavioral development », *Infant Behav. Dev.*, 35 (3), p. 513-522.
- PEARLSTEIN, T. 2008. « Perinatal depression: Treatment options and dilemmas », J. Psychiatry Neurosci., 33 (4), p. 302-318.
- PITT, B. 1968. « "Atypical" depression following childbirth », *Britisch Journal Psychiatry*, 114, p. 1325-1335.
- POMPILI, M.; DOMINICI, G.; GIORDANO, G.; LONGO, L.; SERAFINI, G.; LESTER, D.; AMORE, M.; GIRARDI, P. 2014. « Electroconvulsive treatment during pregnancy: A systematic review », *Expert Rev. Neurother*, 14, p. 1377-1390.

- RACAMIER, P.-C.; SENS, C.; CARRETIER, L. 1961. « La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum », *L'évolution psychiatrique*, 26, p. 525-570.
- SANTOS, H. JR.; TAN, X.; SALOMON, R. 2017. « Heterogeneity in perinatal depression: how far have we come? A systematic review », *Arch. Womens Ment. Health*, 20 (1), p. 11-23.
- STEIN, A.; PEARSON, R.M.; GOODMAN, S.H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; HOWARD, L.M.; PARIANTE, C.M. 2014. « Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child », *Lancet*, 384 (9956), p. 1800-1819.
- SUTTER-DALLAY, A.-L.; MURRAY, L.; GLATIGNY-DALLAY, E.; VERDOUX, H. 2003. « Newborn behavior and risk of postnatal depression in the mother », *Infancy*, 4, p. 589-602.
- WINNICOTT, D. 1969. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1993. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Genève, World Health Organization.
- YONKERS, K.A.; WISNER, K.L.; STEWART, D.E. et coll. 2009. «The management of depression during pregnancy: A report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists », *Gen. Hosp. Psychiatry*, 31, p. 403-413.

Laurent Tigrane Tovmassian

Une attention colorée de tendresse, au-delà de l'empathie et de l'attachement

UNE ATTENTION AFFECTÉE

l'aimerais m'attarder sur une qualité affective particulière avec laquelle l'attention peut se déployer, mais aussi grâce à laquelle elle se déploie et est portée. Selon Bion, l'attention est la matrice dans laquelle viennent se réunir les éléments du psychisme pour constituer un ensemble cohérent. L'attention que la mère (l'adulte) dirige vers son enfant lui permet de recevoir les messages qu'il lui adresse. Communication, accordage, partage affectif se jouent ici. En particulier ses projections inconscientes, que l'adulte peut transformer en éléments pensables, grâce à sa capacité de rêverie. L'attention de l'adulte pour le bébé, pour l'autre en général, permet donc cette capacité de rêverie et elle est articulable aux concepts d'empathie, de contenance, d'enveloppes psychiques. Mais comment penser la qualité affective qui porte ce que ces concepts proposent tout en permettant la transformation du brut? Particulièrement lorsque l'on fait l'hypothèse psychanalytique que la relation intersubjective des premiers liens est comprise comme étant compromise par la sexualité inconsciente a minima de l'adulte. Il s'agit d'une relation qui passe par le soin vital, autoconservatif, l'attachement, selon les références théoriques. Il s'agit donc de penser la qualité affective de l'attention qui est présente aussi bien dans le registre de prendre soin de l'autoconservatif que dans celui du psychosexuel.

L'attention du bébé se développe selon l'attention qui lui est portée par son environnement. L'idée que le plaisir pris dans l'expérimentation alimente l'attention de l'enfant et développe le plaisir chez l'adulte qui lui octroie son attention souligne aussi l'importance de l'affectif.

Bernard Golse souligne souvent, en parlant de Pickler-Lóczy, que les lóczyens sont amoureux du développement de l'enfant, ce que j'interprète comme étant amoureux de la possibilité pour un bébé, un enfant, de se développer, de lui permettre de grandir en présence de son environnement mais pas n'importe comment, en pensant à l'aider vers une autonomisation, une indépendance, si possible en favorisant son épanouissement. Permettre à un enfant de se développer ainsi n'est pas aisé, cela revient à être habité d'un affect particulier, un affect qui subjectalise l'autre au lieu de l'aliéner, avec le moins d'empiètements possibles (plus facile à dire qu'à faire...).

La rencontre avec la clinique du traumatisme, précoce, ou tardif et extrême, ou cumulatif, questionne le rôle de l'environnement pour la symbolisation de ces expériences vécues par le bébé (mais aussi l'enfant ou l'adulte portant le bébé en eux). L'attention est polysémique, je soulignerai dans ce travail l'intérêt à porter à l'attention de l'autre secourable qui est nécessaire à l'offre d'un refuge, d'une contenance et d'une enveloppe lorsque la sphère psychocorporelle est touchée. L'attention comme l'empathie sont incontournables ici, mais ne suffisent pas pour penser la question de la transformation de la détresse au-delà de sa compréhension. Ce qui nous amène vers une notion – la tendresse – portant en elle aussi bien le toucher physique, peau à peau, que le toucher peau psychique à peau psychique, avec une tonalité de la posture, du regard, de la voix portée par une prosodie hypochorique, le contact et le tact.

Je chercherai ainsi au cours de ce travail à mettre en exergue la tendresse. Il me semble en effet qu'une attention habitée de tendresse soit particulièrement efficace en termes de transformation du brut de l'expérience. Elle n'est pas théorisée seulement comme un affect, il faudra que je revienne sur son appréhension théorique tout en soulignant que bien qu'incontournable et indispensable, elle a été peu mise en avant.

Pour souligner l'importance de la tendresse en général ainsi que pour le thème de l'attention, je propose de situer le cadre de la rencontre avec une clinique du traumatisme psychique, puis de faire un détour rapide autour de l'empathie et de l'attachement afin d'en délimiter les différences. La clinique du traumatisme psychique étant celle qui à mon sens met bien en exergue l'importance de l'étayage du psychosexuel sur le vital; bien plus : le traumatisme psychique porte atteinte à cet étayage selon mon hypothèse.

Je conclurai en retrouvant le fil d'un lien à tisser entre attention et tendresse pour la transformation du brut vers le rêve.

SURVIE ET CONSTRUCTION PSYCHIQUE

Je partirai de mon expérience clinique, la rencontre avec la clinique du traumatisme extrême. Je n'ai pas travaillé avec des bébés de manière très régulière, mais j'ai exercé une vingtaine d'années en pédopsychiatrie, avec un large spectre psychopathologique, et particulièrement celui du traumatisme extrême, en centre ou consultation spécialisés. Quel rapport entre traumatisme et attention? Bion a vécu deux guerres, et ses théories, y compris celles développées autour de l'attention et de la capacité de rêverie de la mère, peuvent aisément être connectées à ces expériences traumatiques. Les travaux sur l'attention de Pickler Lóczy prennent leur origine dans la volonté de transformer la détresse d'enfants errant dans les rue de Budapest, frappés par la guerre, qui ont touché Emmi Pickler et l'ont amenée à fonder le lieu d'accueil Pickler Lóczy. Bouleversée par le spectacle de ces enfants, elle a souhaité y faire attention, pourrait-on dire.

DÉTRESSE, D'UNE ATTENTION EMPATHIQUE VERS UNE ATTENTION TENDRE

Pour sortir un enfant de la détresse, ou même un adulte, il faut en effet que l'attention qui lui soit portée ait une visée, vers l'offre d'un refuge et la transformation de l'impasse dans laquelle l'enfant est figé, mais aussi celle de l'adulte qui s'occupe de lui.

Pour Freud, l'attention flottante est multisensorielle. Il s'agit d'un facteur d'importance, mais il faut quand même souligner que nous ne pouvons pas nous permettre de nous installer dans une attention flottante avec un être en détresse, nourrisson ou adulte. Et l'attention flottante est un luxe, comme nous l'enseigne la clinique du traumatisme extrême où l'hypervigilance règne en maître débordant, envahissant le sujet. Winnicott, Bion, Bick, ont tous eu à faire avec les traumatismes précoces, et finalement on peut trouver des correspondances entre vécu traumatique et capacité d'attention du sujet. Comme on peut souligner l'importance d'une attention habitée d'une qualité affective particulière afin de permettre au bébé, au sujet, de retrouver le fil d'une attention non hypervigilante mais disposant d'une capacité de filtre.

La psychanalyse de l'enfant comme les auteurs qui ont développé la psychanalyse du lien, de l'enveloppe psychique, du contenant, du *holding* et du *handling* (Winnicott, 1970) de la capacité de rêverie de la mère (Bion, 1979) au profit d'une théorie de l'intersubjectivité faisant la part à l'inconscient des différentes parties ont souligné l'importance de l'articulation entre liaison interne et lien externe que la pratique avec le champ du

traumatique tend à retrouver naturellement. Il s'agit, dans la clinique du traumatisme précoce qui confronte à l'anéantissement psychique comme dans celle du traumatisme plus tardif qui confronte aussi au surgissement de la mort, de reconstituer une aire d'illusion nécessaire au déploiement du sexuel psychique. Cette clinique impose un aménagement du cadre, le psychothérapeute doit aller vers le patient, enfant ou adulte, il doit se défaire de la seule attention flottante. L'attention prend toute son importance.

DE L'ATTENTION EN LIEN AVEC L'EMPATHIE À LA TENDRESSE

Nous pouvons aisément envisager une dialectique entre attention et empathie, mais avec la spirale de questionnements qu'impose la rencontre avec le traumatisme psychique la question se pose : l'empathie seule suffit-elle pour retrouver le rêve hors du sentiment de rupture de continuité d'existence ? Ce qui transparaît régulièrement dans les discours et les dynamiques transférentielles, avec des adultes mais pas seulement, est le besoin d'une compréhension, d'une reconnaissance propre à l'empathie de la spécificité de leur souffrance, mais aussi et au-delà, d'un refuge, un besoin d'une proximité affective procurée par l'environnement, vers la transformation du brut.

La question qui s'est faite pour moi de plus en plus insistante au cours de la pratique avec le traumatisme extrême, est l'importante carence de réflexion sur la tendresse dans les écrits, comparée à l'omniprésence actuelle de celle sur l'empathie. Les deux notions peuvent, il est vrai, être vues comme très liées. J'en suis arrivé à me demander si l'usage de l'empathie, au-delà de sa justification et de son importance, ne se faisait pas, quelquefois, au détriment de celui de tendresse.

G.W. Pigman (1995), Daniel Widlöcher (1999) et Jacques Hochmann (2012) ont tracé un historique de la notion d'empathie en psychanalyse, du « transfert des pensées » de Freud à Ferenczi, Klein (identification projective), Michael Balint, Paula Heimann, Winnicott..., à la psychanalyse intersubjectiviste américaine, la *self psychology* de Kohut, la prise en compte des mouvements psychiques de l'analyste. Je n'y reviendrai pas en détail. Cependant, j'essaierai de souligner certains apports sur l'empathie, qui sembleraient faciliter ou appuyer quelquefois une certaine économie de réflexion sur le concept de tendresse.

Ainsi, selon Hochmann (2012), nous avons une définition objectiviste de l'empathie en psychanalyse suivant Freud, et une définition intersubjectiviste suivant Ferenczi. Le défaut de la psychanalyse, selon Nicolas Georgieff, a pu être d'ignorer l'empathie obligatoire et inconsciente découverte par les neurosciences au profit d'une empathie consciente et volontaire. Ce qui est insuffisant, souligne-t-il, au regard de l'importance « intrinsèque

des processus d'empathie actifs dans la psychothérapie » (Georgieff, 2016, p. 162).

Il convient de rappeler que, de moyen de connaissance d'autrui (et fondement de cette connaissance) pour Freud (1905, 1921), à la suite de Vischer et Lipps, l'empathie est devenue secondairement l'élément principal d'un climat affectif nécessaire au développement de la personnalité et au bien-être de la personne. Dans cette acception, en psychothérapie, l'empathie n'est plus seulement une condition de l'efficacité de l'interprétation juste et bien placée, mais en elle-même l'atmosphère empathique acquiert une valeur thérapeutique (Tisseron, 2013).

Pour Kohut (1984), dans certains cas, la cure psychanalytique a pour fonction première d'apporter l'empathie qui a manqué, elle voit les besoins anciens d'une réponse des « Soi-objets » archaïques remplacés par l'expérience de la disponibilité d'une résonance empathique, constituant majeur du sentiment de sécurité dans la vie adulte.

D'une certaine façon, les apports de ces auteurs peuvent rendre inutile la conceptualisation de la notion de tendresse. En effet, l'empathie peut être comprise dans une dimension cognitive mais aussi de climat affectif nécessaire au développement de la personnalité et au bien-être de la personne ; quel besoin alors d'appréhender la question de la tendresse ?

La tendresse est-elle réductible à l'un de ces « états mentaux secondaires au processus empathique obligatoire » ? Ce serait cohérent de le comprendre ainsi ; cependant la tendresse du proche, comme celle, éventuelle, du thérapeute, porte des ressorts particuliers. Nous allons faire un détour sur l'impact de l'empathie sur l'action psychothérapique avant de revenir sur ces ressorts.

En ce qui concerne la situation psychanalytique, c'est « l'établissement d'un lien d'empathie réciproque, c'est-à-dire de reconnaissance mutuelle, qui est la condition de la mise en place d'une relation de symbolisation partagée » (Tisseron, 2013, p. 169). Nicolas Abraham et Maria Torok (1978) avec le concept de « résonance » relevaient, souligne Tisseron, que l'émotion du patient et celle du thérapeute se trouvent amplifiées sans qu'on puisse dire précisément lequel des protagonistes a mis ce processus en route. Ce n'est ni l'un ni l'autre, mais leur rencontre. Ferenczi parlait de tact en soulignant l'importance d'être sensible aux émotions du patient, en employant le terme d'einfühlung. Tisseron souligne le rôle du psychanalyste comme partenaire d'une symbolisation partagée qui ne se contente pas seulement de remettre en route un processus de subjectivation entravé par des souffrances précoces, mais joue aussi ce rôle lorsqu'un traumatisme l'a brutalement bloqué (Tisseron, 2013, p. 178).

Dans le cadre de la clinique du traumatisme extrême, la question de résonance entre patient et psychothérapeute s'impose particulièrement du fait des affects archaïques d'anéantissement projetés. L'enjeu fondamental

est de comprendre que la détresse s'affiche dans un dépouillement libidinal. Nous partageons une partie commune avec tous nos semblables, cette chose commune a trait, de façon fondamentale, à l'autoconservatif, la survivance, et au vital, qui sont pour certains à bien positionner en deçà de l'attachement. Il s'agit des socles du sexuel psychique mais ils en sont distincts. La réponse apportée suite à cette compréhension est aussi extrêmement importante, ce qui nous renvoie à la « réponse spécifique » du nebenmensch (Freud, 1895). La « réponse spécifique » devrait être la réponse adaptée, c'est-à-dire portant une dimension soignante, une possibilité d'accueil, de contenance de la détresse vers sa transformation. Il en découle d'ailleurs que dans la clinique du traumatisme extrême – selon mon expérience, celle de mes collègues comme celle des collègues reçus en supervision -, le psychothérapeute s'engage à faire des attestations, à contacter les services sociaux pour le patient ; il peut imaginer « prendre dans les bras », « consoler », en bref, il cherche activement une solution à la détresse pour sortir de l'impuissance du patient comme de la sienne. Nous dépassons ici le stade de l'empathie et de la reconnaissance.

Prenons appui sur l'évocation par Sylvain Missonnier (2009, p. 353) d'un moment d'« empathie/énaction métaphorisante » de Serge Lebovici. Ce dernier caressa la tête d'un bébé de 5 mois dans les bras de sa mère, encore endeuillée, suite à la mort subite de son enfant précédent. Le bébé, en « réponse à la stimulation agie du psychanalyste, vocalise, se love, enfin apaisé, dans les bras de sa mère qui esquisse un pas de danse avec son enfant ». Le développement du bébé se déroule dans un « bain d'affects » (Lebovici, 1998), où s'entremêlent les fantasmes parentaux et les protoreprésentations du bébé. Pour Lebovici l'empathie « conquiert son pouvoir d'influence thérapeutique en s'enracinant dans l'affect partagé [...]. L'évocation des sens donnés au mot "empathie" montre que la participation de l'affect y joue un rôle fondamental. Ainsi l'empathie s'opposerait à la compréhension rationnelle du matériel analytique, tandis que l'expérience montre quotidiennement que la compréhension purement intellectuelle des mécanismes du fonctionnement mental n'a généralement aucun effet thérapeutique » (Lebovici, 1998).

Pour Lebovici, « l'empathie contre-transférentielle pouvait être comprise comme une compréhension purement affective, très proche de ce que Freud a appelé les identifications primaires, celles qui se produisent avant toute perception. Ainsi « les rapports entre empathie ou communion affective et la mise en acte, l'enactment, peuvent-ils être compris à la lumière de ce qu'éprouve, de ce que vit et de ce que réalise le psychanalyste, par exemple, celui qui tente d'organiser les consultations thérapeutiques » (Lebovici, 1995).

Dans les réflexions de Lebovici sur les motivations de l'« énaction métaphorisante », il ne semble pas que la question de la tendresse lui ait paru suffisamment importante pour la nommer explicitement dans un écrit. Pourtant, il parle d'affection, comment traduire cela ? Ne serait-il pas hasardeux de se contenter de la notion d'affection empathique ? Parler d'affection sans plus de développement, au même titre que de nombreux auteurs, me semble une autre facette de l'oubli (ou du refus) de mention de la tendresse.

Freud a longuement hésité autour de deux définitions très différentes de la tendresse. Définie soit comme courant tendre (Freud, 1912), qui correspond au choix d'objet infantile primaire, se dirige sur les personnes qui donnent les soins à l'enfant et se fonde sur la « pulsion d'autoconservation » ; soit comme pulsion sexuelle inhibée quant au but (Freud, 1921). Comme nous le voyons, il s'agit ici de deux définitions que l'on peut considérer soit comme témoignant d'une progression, d'un déplacement, soit comme étant contradictoires, ce qui est en soi très intéressant. Sandor Ferenczi a mis fortement l'accent sur la tendresse tout au long de ses travaux. Ce que Freud désignait comme stade de l'identification primaire, première modalité de la relation d'objet, est désigné par Ferenczi comme stade de l'amour objectal passif (Brusset, 1988), ou stade de la tendresse. Il a aussi insisté sur l'importance de preuves de tendresse de la part des parents pour la maturation de l'enfant, ce qui me semble d'ailleurs implicite dans la notion d'« environnement facilitateur » de Winnicott (2000). Pour Balint (2011), la tendresse est plus archaïque que la sexualité qui oppose le plaisir préliminaire plus ancien phylogénétiquement, préœdipien et narcissique, et l'orgasme, plus tardif, l'association des deux encore plus tardive.

Certains auteurs articulent explicitement tendresse et empathie : la tendresse de Balint peut être considérée comme « l'effet d'une identification infantile avec un adulte tendre alors que la tendresse de l'adulte évolué se caractériserait par sa profondeur, son degré de constance objectale ainsi qu'une mobilité entre l'empathie et l'objectivité » (Brusset, 1988, p. 86). Selon Fénichel (1945), la tendresse est le résultat de l'identification partielle et temporaire due à l'empathie coexistant avec les relations objectales ou alternant avec elles. Il faut souligner l'aspect complémentaire de la tendresse avec l'empathie mais aussi ce qu'elle porte de différent, a priori du moins, en particulier concernant la sexualité.

Les interprétations sur l'entremêlement de la tendresse à la sexualité diffèrent sensiblement selon les auteurs postfreudiens. Paul-Claude Racamier (1995) la voyait « non dépourvue de sensualité », semblant ne pas suivre la voie de la dichotomie entre courant tendre et sexualité. Par contre, D. Cupa (2007) a proposé, à la suite de la première variation de Freud sur ce thème (Freud, 1912), de délimiter une pulsion de tendresse qui serait du domaine de l'autoconservatif (tout en étayant la sexualité, il est vrai). Cette

vision ou celle de Jean Laplanche (2000) qui souligne l'aspect « courant tendre » de la tendresse, la positionnant dans le registre de l'attachement, sont à distinguer de l'autre définition freudienne de la tendresse qui la range clairement dans le registre de la pulsion sexuelle mais inhibée quant au but (Freud, 1921). André Green (1983) le rappelait : à côté des pulsions libidinales à plein effet et des pulsions d'autoconservation viennent prendre place les pulsions libidinales à but inhibé ou de nature sublimée, dérivées des pulsions libidinales. Green souligne l'importance de l'idée de la restriction, du freinage, du non-développement de l'investissement, qui s'impose pour justifier une dénomination particulière, sans pourtant que cette restriction, cette inhibition soit l'œuvre du refoulement.

ATTACHEMENT ET TENDRESSE

La base de sécurité suivant la théorie de l'attachement est atteinte avec l'effraction traumatique et les déficiences de l'environnement. Nous savons que la théorie de l'attachement a remis en question l'hypothèse de l'étayage chez Freud qui proposait en substance que « la sexualité infantile a trois caractères : elle est autoérotique, soumise au primat des zones érogènes et des pulsions partielles, et étayée sur les instincts d'autoconservation ou du Moi ».

Ajuriaguerra et Casiti voient dans les figures de l'étreinte les prémices des comportements de tendresse, en situant cette tendresse de prime abord en relation avec l'attachement.

Quand l'adulte l'invite en lui tendant les bras, avec un regard brillant, un sourire, une intonation d'appel bienveillant, le bébé, ne peut, dans les tout premiers mois, tendre à son tour les bras, ne disposant pas encore des capacités tonico-motrices et cognitives nécessaires pour effectuer ce geste communicatif complexe. « Il peut cependant répondre par des tensions corporelles manifestant l'attente ; activation corporelle globale plus ou moins rythmée ; cambrure de facilitation pour être pris, ou au contraire de retrait ; pointage ébauché des bras ou des mains, ou au contraire repli, pouce ou poing dans la bouche. Il oriente en même temps son regard plus ou moins brillant vers le visage ou les mains de l'adulte, regard accompagné d'une mimique d'appel, d'impatience, de manifestations vocales variées, d'un sourire ou d'un rire » (Casiti, 1989).

« Après un an et surtout au moment de l'accession à la marche, les supplications insistantes bras haut tendus, les enlacements, les étreintes, prennent tout leur sens dans la communication et la tendresse, et commencent à s'intégrer parmi les marques ritualisées d'affection, progressivement personnalisées » (ibid.). S'effectue entre le bébé et sa mère tout un travail d'accommodation réciproque qui fonde la qualité de leur attachement sur cette base (base de sécurité vitale et d'amour) ; avec des ajustements et des accordages (Stern, 1989). Le contact et le toucher sont vus comme essentiels.

DU CONTACT TACTILE AU PEAU À PEAU PSYCHIQUE

« L'expression de la tendresse a un rapport direct avec le sens primordial du toucher. Chez de nombreux animaux, entre autres les primates, les contacts sont indispensables au développement lui-même. Contrairement à la vue et à l'ouïe, le toucher nous fait ressentir les choses de l'intérieur » (Casiti, 1989). Ce que disait T. Ribot, en 1896, pour qui l'expression physiologique de la tendresse avait comme sens primordial le toucher : « Le contact est l'alpha et l'oméga de l'émotion tendre. »

Le maintien du bébé par la mère est un élément important de l'attachement (au sens de la théorie de l'attachement), mais les auteurs ajoutent, de manière significative et ce faisant en s'éloignant du seul registre de l'attachement : « Les manipulations, les caresses érotisent le corps de l'enfant, en même temps qu'elles "façonnent" et le limitent ; tandis que la mère elle-même perçoit des apports sensuels 1 » (Ajuriaguerra et Casiti, p. 391). C'est là une des distinctions à faire entre attachement et tendresse, cette dernière portant la dimension de la sexualité inconsciente.

Ashley Montagu avait axé tout un chapitre de son ouvrage à succès sur l'importance du contact de tendresse. De nombreux auteurs s'accorderaient à souligner que le « plaisir tactile satisfaisant dans la petite enfance joue un rôle fondamental dans le développement ultérieur de l'individu » (Montagu, p. 392).

Le toucher implique toujours la présence « conjointe et inséparable de l'autre corps que l'on touche et de notre propre corps avec lequel nous touchons ». Nous « touchons » là à la question de la circularité de la tendresse, circularité dans le ressenti de peau à peau mais aussi de peau psychique à peau psychique.

Afin d'affirmer cet axe de contact de peau psychique à peau psychique continuons avec Ajuriaguerra et Casiti qui citent Merleau-Ponty : « Toute expérience du visible a été donnée dans le contexte du mouvement du regard, les spectacles visibles appartiennent au toucher, ni plus ni moins que les "qualités tactiles" » (*ibid.*, p. 394).

^{1.} En particulier la théorie de la séduction généralisée de Jean Laplanche. Avec cette notion d'érotisation nous voyons une ouverture vers l'approche psychanalytique.

REGARD, ÉTREINTE, ATTACHE... VERS UN DIALOGUE ENTRE ATTENTION, ATTACHEMENT ET TENDRESSE?

L'attention est polysémique et polysensorielle, le portage ne se fait pas n'importe comment s'il doit être vraiment efficace, dimension du toucher, de la tension musculaire, de la chaleur, mais pas seulement. De fait, les recherches d'Ajuriaguerra et Casiti déjà citées avaient mis en avant l'importance du regard, dans ses fonctions de « contact, recherche, appel, appui, ancrage, voire agrippement, échange, au cours de l'évolution vers les comportements d'étreinte » (ibid.).

De l'étreinte à l'attache, ils reviennent sur l'emprise, qui est saisissement, possessivité, accrochage et être retenu, et ils rappellent que Freud parlait (1905) de la pulsion à saisir. Ces considérations les dirigent vers la théorie du cramponnement d'Hermann ; il en décrit les spécificités² en soulignant que « l'instinct de cramponnement est la source de rapports désignés sous le nom d'amour qui, se radoucissant, se changent en tendresse, mais aussi sources de tendances qui se déforment en agressivité : la main cramponneuse est aussi capable par la suite de caresser ou de frapper ».

À la différence de l'attachement de Bowlby, la théorie de Imre Hermann s'inspire plus de la psychanalyse que de l'éthologie (bien que Bowlby n'en soit pas si éloigné qu'on le dise). Les deux théories accordent une grande importance à la physiologie. « Bowlby considère le besoin de proximité comme un pattern instinctif inné, qui ne s'épanouit que quelques mois après la naissance » (Hermann, 1972, p. 396), l'enfant ne prenant conscience de sa mère que graduellement, et sa recherche ne vient que dans un second temps. Pour Hermann, le pas décisif « sur le chemin du développement n'est franchi que lorsque la relation de tendresse, se passant de tout contact physique, s'exerce à distance » (*ibid.*). Le commencement est le cramponnement et le caractère spécifiquement humain concerne la présence à distance.

Ces approches étant mises en perspective, je soulignerai que la tendresse est avant tout, à mes yeux, le fruit de l'intersubjectivité, d'une interrelation asymétrique bébé/environnement jusqu'à la relation patient/psychothérapeute ou thérapeute. Je vais chercher à articuler ce qui précède avec une approche du rôle de l'environnement avant de développer mon hypothèse.

L'approche psychanalytique souligne que les assises narcissiques, selon des hypothèses convenues, seraient établies en connexion avec les premières interactions parents enfants, le refuge, la ressource interne, le Maternel se

^{2.} Dans le rapport mère enfant fonctionne l'unité main-bouche-yeux. Le nourrisson de quelques mois regarde fixement les yeux de sa mère pendant la tétée. Par la suite le regard remplace même le cramponnement ; la distance physique étant surmontée par la vue et les yeux prenant de plus en plus le rôle d'un organe de recherche. L'organe actif du cramponnement est la main.

constitueraient là. Ce qui est très proche de la notion d'attachement sécure mais porte les dimensions psychosexuelles et l'étayage du sexuel sur le vital.

Pour revenir sur la question du contact, du toucher et du maintien, en se déplaçant de la question de l'attachement vers la psychanalyse, rappelons l'étymologie du mot « tendresse » sous la forme de *tenire* et ses sens de « maintenance », de « contenance » (Cupa, 2006, p. 40). « Pour D.W. Winnicott, le *holding* est un soutien spatial et temporel de la mère "suffisamment bonne" dans sa réalité physique et psychique. Le "portage" de la mère doit à la fois être soutenant et empreint de continuité, le *handling* qui en fait partie intégrante représentant la façon pour la mère de prendre et de manipuler son bébé. Il s'agit encore plus précisément de la manière dont elle s'occupe dans les menus détails de son nourrisson lors des soins quotidiens qu'elle lui apporte. Le plaisir que la mère prend dans le *holding* du bébé est central pour D.W. Winnicott, il est l'expression de l'amour de la mère » (Cupa, 2006, p. 45). Nous sommes bien là, comme le souligne Dominique Cupa, dans les ingrédients de la tendresse.

L'environnement maternel doit « entrer en contact » avec le nourrisson, il le protège des blessures physiologiques et prend en compte « la sensibilité de la peau du bébé », le toucher, la température, la sensibilité auditive, visuelle, à la chute (par l'action de la gravitation). Encore une fois nous pouvons remarquer une grande similitude entre les perspectives attachementistes et psychanalytiques³.

Pour Bion c'est l'introjection de l'objet contenant externe qui permet que se constitue un objet contenant interne (Bion, 1979⁴). La fonction contenante est prise en charge par la capacité de « rêverie » maternelle. Cette dernière transforme les éléments primitifs de l'expérience psychique du bébé en éléments capables de se lier entre eux et ainsi de constituer le matériau de base de la pensée.

Bowlby a développé sa théorie de l'attachement en travaillant avec des enfants placés. Force est de constater que nombre d'enfants et d'adolescents jugés aujourd'hui « incasables » par l'ASE (Aide sociale à l'enfance en France) ont une histoire traumatique émaillée de rejets familiaux, où la tendresse est typiquement absente, dans le discours même de leurs parents. Ce qui m'amène à la clinique du traumatisme extrême, où des vécus d'effroi, de sidération, ont figé le jeu psychique. Car cette clinique met bien en exergue que le développement de l'enfant comme l'intégration et la symbolisation du traumatisme chez l'adulte nécessitent la tendresse de l'environnement, sa carence accentue le gel du jeu psychique et du développement.

^{3.} Ce qui n'est pas toujours le cas.

^{4.} Voir aussi les travaux d'Esther Bick et de Didier Anzieu.

Bernard Golse souligne: « Comme le fait D. Anzieu [nous l'avons vu] rien n'interdit de voir les choses en termes de "pulsion d'attachement" à but initial autoconservatoire mais avec [nous y reviendrons] une libidinalisation secondaire de l'objet d'attachement au sein d'un étayage rapide du sexuel sur le besoin, selon les modalités habituelles. Même la pulsion se construit à deux et cela est sans doute parfaitement compatible avec les positions de J. Laplanche (1984) quant aux "objets-sources" de la pulsion dans le cadre de sa "théorie de la séduction généralisée". »

« Si l'attachement correspond à un besoin primaire de l'enfant, pourquoi ne pas imaginer qu'il puisse alors être libidinalisé, au même titre que tous les autres besoins de l'autoconservation, au sein de la théorie freudienne de l'étayage ? » Proposition de D. Anzieu « d'un accomplissement pulsionnel non libidinalisé, indépendant des zones érogènes, [...], intermédiaire entre la pulsion d'autoconservation et la pulsion sexuelle [voir plus haut]. Une discussion récente avec J. Laplanche nous incite à penser que l'introduction du concept de pulsion d'attachement amène, en fait, à reposer la question de l'instinct par rapport à celle de pulsion proprement dite. On pourrait en effet proposer de recourir au concept d'instinct pour la lignée de l'attachement et à celle de pulsion pour les pulsions sexuelles freudiennes habituelles. »

C'est le sexuel psychique qui permet l'investissement de l'enfant et qui lui permet une prime de plaisir dans l'attention qu'il porte à l'expérimentation. Il est donc cohérent de s'y attarder rapidement. Pour reprendre Laplanche, rappelons qu'il distingue implantation et intromission, dans sa théorie de la séduction généralisée postulée comme origine de l'inconscient sexuel, en précisant que l'intromission se produit dans la violence. Mais il ne précise pas la qualité affective, dirons-nous, de l'implantation. Je propose qu'il faut la concevoir comme dépendant d'un mouvement de tendresse. Je pousserai l'hypothèse jusqu'à dire que c'est lorsque la tendresse porte l'attention vers autrui que le refuge et le rêve peuvent coexister.

TENDRESSE DE L'ATTENTION

Régine Prat interprète les travaux de Freud en soulignant que le courant tendre représente le trajet de la pulsion sexuelle inhibée quant au but. Ce qui est une interprétation légitime, pourtant elle pose question car courant tendre est du registre de l'autoconservatif (ce que des auteurs comme Laplanche reprennent en situant d'ailleurs la tendresse du côté de l'attachement. Or il semble délicat de dire que la pulsion sexuelle, même inhibée quant au but, soit représentée par un courant autoconservatif. À moins de signifier que ce courant autoconservatif soit parasité par le sexuel, ce qui est aussi l'hypothèse de Laplanche.

Ce questionnement n'échappe pas à Régine Prat qui le pose ainsi : « On peut ouvrir une question sur l'origine (c'est-à-dire une des multiples façons de décliner l'histoire de l'œuf et de la poule). Y a-t-il un sexuel d'emblée mais inhibé quant au but, une pulsion sexuelle dé-sexualisée, pourrait-on dire? (sexuel primordial de S. et C. Botella). Ou bien y a-t-il un tendre non sexuel qui se sexualise secondairement? (ce que D. Cupa appelle pulsion de tendresse). » Restons un moment avec Régine Prat : « L'idée d'une pulsion d'attachement qui serait première et deviendrait sexuelle ultérieurement, comme le proposent, à la suite de Bowlby, plus récemment Golse, Widlöcher, Anzieu..., permettrait de garder l'ensemble de la construction métapsychologique freudienne, simplement repoussée à un second temps. Cette position que j'avais pour ma part adoptée ne me paraît plus actuellement satisfaisante. [...] Les processus permettant le passage de l'instinctif au pulsionnel seraient issus de la transformation des interférences des modalités de la rencontre avec l'autre, dans toutes les modalités de la sensorialité, traitées sur le modèle de tenu/lâché. »

Prat propose donc une hypothèse que la clinique du traumatisme m'a amené à postuler aussi, comme l'a fait auparavant de M'Uzan mais en parlant de vital comme d'une énergie sans qualité. On aurait ainsi un premier instinct vital, pour beaucoup porté par le somatique et les échanges neurobiologiques, ce serait le versant instinct de l'attachement selon Prat. Cet instinct-attachement va se psychiser, du fait des « rencontres » avec l'autre, en pulsion-attachement. La rencontre avec l'autre devient ainsi une source indispensable de la pulsion.

CONCLUSION: VERS LA TENDRESSE

Ma pratique ne m'oriente pas vers un clivage entre l'aspect autoconservatif et l'aspect sexuel relativement à l'essence comme à l'action de la tendresse. Aussi ne pouvons-nous pas soutenir l'hypothèse que la tendresse soit issue de la rencontre du besoin autoconservatif (attachement si l'on veut) de l'*infans* avec la sexualité inconsciente (inhibée dans le soin du fait de l'identification avec l'impuissance de l'*hilflos*) de l'adulte ? La tendresse (qui est aussi un affect) serait donc issue de la rencontre de ces deux courants, elle serait le fruit par excellence de l'intersubjectivité et la condition de la subjectalisation de l'un *(infans)* par l'autre (adulte) au moins dans un premier temps.

Elle est ce qui rend l'environnement facilitateur pour reprendre le terme de Winnicott, le *holding* et le *handling* ne peuvent être dépouillés de qualité affective ni de la part de sexualité et d'emprise même restreintes parcourant les soins et les sollicitudes de l'environnement. De même la tendresse

accompagne la capacité de rêverie de la mère pour reprendre le terme de Bion. En ce sens nous pourrions proposer que la tendresse soit le seul affect qui subjectalise l'autre au lieu de l'aliéner, puisqu'elle lui permet de rêver d'un ailleurs au miroir de l'autre. Cet autre, en transformant le brut et l'agressivité des deux protagonistes, accepte lui-même de déposséder son lien à l'enfant de cette relation en miroir, il projette l'enfant vers un ailleurs, c'est-à-dire un temps hors de sa dépendance, il porte leur différence mutuelle car la tendresse le saisit de la subjectalité de l'enfant, d'autrui.

Ce serait justement sa nature issue de la rencontre entre enfant *hilflos* et adulte, s'y identifiant tout en lui portant soin, qui la situe comme moteur de l'étayage entre autoconservatif et sexualité.

La tendresse serait ainsi ce qui permet le passage de l'autoconservatif au sexuel; elle serait, selon moi, ce qui fait le pont entre ces deux registres par le biais de cette séduction dont parlent Freud et Laplanche. Laplanche, dans sa théorie traumatique de la création de l'inconscient sexuel, distingue intromission faite dans la violence avec l'implantation, mais sans préciser quel est l'affect propre à cette implantation. Il me semble, après cette traversée au long cours dans le champ du traumatique, que l'affect qui permet le processus d'implantation selon Laplanche est la tendresse. Pour permettre donc l'étayage mentionné plus haut, il faut l'action de la séduction de l'adulte, mais de la séduction tempérée par la tendresse, non brute, répondant au registre de l'implantation selon Laplanche.

Cela veut mettre en évidence que l'énigme existe du fait de la tendresse qui est cet élément mêlant à la fois l'autoconservatif, le soin, le *care*, l'empathie, et la sexualité inconsciente (mais inhibée quant au but). La tendresse de même est ce qui transforme le brut comme l'agressivité. L'empathie est importante, mais sans doute pas suffisante pour transformer le traumatique. La tendresse quant à elle est ce qui permet de sortir du cycle de la persécution, elle permet la transformation du brut, à deux.

Elle est reprise dans le cadre psychothérapeutique. Intersubjectivité (faisant la part à l'inconscient) remise en jeu là où c'est possible. Cependant, si la distance est mise en travail, la relation n'est pas symétrique, il y a bien une dissymétrie entre le patient et le psychothérapeute analytique. Ce dernier se met à disposition, propose un cadre pour accueillir la détresse (d'où la dissymétrie), afin de contenir vers le but de transformer. Cette mise à disposition en elle-même est œuvre de bienveillance ou de tendresse selon les affinités sémantiques... Il faut avoir le désir, au-delà de l'empathie, de transformer le processus traumatique qui tient le sujet. Ce désir est inévitablement accompagné d'affect et nous sommes là clairement dans le registre de la tendresse, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas d'ambivalence de la part du psychothérapeute; cela veut juste dire que la tendresse est nécessaire à la transformation.

Mettre en avant la tendresse découle avant tout de ce qui transparaît transférentiellement de ce qui a manqué au sujet, ce qui transparaît aussi bien souvent dans son discours. En parler n'est pas faire preuve d'angélisme, car la tendresse sent aussi le soufre, elle porte la sexualité inconsciente et sans doute aussi l'emprise. Elle est cependant négatif de la violence, son antagoniste, ce qui veut dire que, tout comme la sexualité brute, elle l'inhibe. Inhibition ne signifie pas absence. Il y a de l'emprise dans la tendresse, il ne faut pas le nier, mais là aussi au service du sujet plutôt que son aliénation. Il y a surtout, selon moi, identification à l'impuissance du sujet dans la détresse que nous recevons. Identification qui nous agresse aussi, car il n'est pas agréable pour nous non plus de nous sentir impuissants. Les somatisations ne sont pas seulement présentes chez le patient, elles peuvent envahir le psychothérapeute. Cette agressivité est elle aussi transformée par la tendresse que l'on peut alors éprouver, souvent en un après-coup. Cette identification nous fait éprouver la circularité de la tendresse : à s'occuper de celui qui est dans la détresse nous prenons également soin de cet enfant en nous qui aurait voulu à son tour trouver le secours dans les moments de détresse inévitablement vécus. C'est sans doute aussi la raison pour laquelle nous éprouvons, ou plutôt ré-éprouvons, les affects archaïques mentionnés plus haut. Pour transformer ces éprouvés mutuels nous entrons alors dans le registre de la « capacité de rêverie » de la mère. Capacité qui est – pour proposer ce qui me semble une évidence – alimentée par ce sentiment, cet affect qui est source de transformation, la tendresse.

Donald Meltzer propose que l'enfant découvre et intériorise les idéaux de tendresse, de vérité, de fidélité, dans les moments où il est étroitement en contact avec le giron maternel : « C'est grâce à cette expérience primaire qu'il pourra plus tard en faire des objets, à l'instar de celui qui leur donne forme et consistance. À l'inverse, certains de ces idéaux fondamentaux s'inversent quand le sujet éprouve très tôt l'impression que tel ou tel n'a pas été respecté : il ne disparaît pas, il prend une connotation négative. La tendresse se transforme en violence ou cruauté, le respect de la vie de l'autre en désir de meurtre, l'amour de la beauté en désir de saccage, l'amour de la vérité en passion du mensonge. »

Nous parlons par exemple de plus en plus de reliance, particulièrement dans le champ du traumatisme, et cela a une pertinence non négligeable. Julia Kristeva (2011), elle, mentionne que « la notion de reliance ouvre la discussion du langage : les mères de l'humanité, parce qu'elles sont douées du langage, parviennent à transformer leurs pulsions sexuelles ou destructrices en tendresse ». Nous pouvons nous demander ici si ces mères de l'humanité arrivent à cette transformation seulement parce qu'elles sont douées du langage. Quoi qu'il en soit de cette interprétation, continuons un temps avec Julia Kristeva : « D'une autre façon, la libido de l'amante ne cesse d'orienter

cette urgence de la vie, ses expulsions, négativités, investissements et cycles sublimatoires vers la satisfaction pulsionnelle. Cette libido ne disparaît pas chez la mère. Si la libido de l'amante lui faisait défaut, l'érotisme maternel serait seulement défensif ou opératoire, et il induirait des carences de la sexuation de l'enfant comme de sa capacité de penser. À l'inverse, quand la libido de l'amante détourne (de *seducere* : séduit) sur l'enfant les pulsions insatisfaites, c'est la mère-version (selon l'expression d'Ilse Barande) qui structure la vie psychique infantile. Mais tandis que la libido de l'amante est dominée par la satisfaction des pulsions, l'érotisme maternel déploie (ou "fait tendre") la poussée libidinale en tendresse : par-delà l'abjection et la séparation, la tendresse est l'affect élémentaire de la reliance (Kristeva, 2011).

L'attention que porte l'adulte à l'enfant est habitée de diverses motions d'émotions, d'affects, de sentiments. L'attention que l'enfant porte au monde est soutenue, portée et étayée par celle que lui portent les adultes. Il m'a semblé important, suite à l'exploration de ce concept en relation avec la clinique du traumatisme de l'effraction, précoce, cumulatif, ou autre vécu extrême, de souligner l'importance de la tendresse pour l'attention. Je situe la tendresse comme la coloration de l'attention qui porte l'être en détresse vers le rêve.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM, N.; TOROK, M. 1978. L'écorce et le noyau, Paris, Flammarion, 1987. ANZIEU, D. 1990. L'épiderme nomade et la peau psychique, Paris, Aspygée, 1990, p. 115.

ANZIEU, D. 1995. Le Moi-peau, Paris, Dunod.

BALINT, M. 2011. Amour primaire et technique psychanalytique, Paris, Payot.

BICK, E. 1968. «The experience of skin in early object-relation », *International Journal of Psychoanalysis*, 49, p. 484-486.

BION, W. 1979. Aux sources de l'expérience, Paris, Puf.

BRUSSET, B. 1988. Psychanalyse du lien, Paris, Puf, 2005.

CASITI, I. 1989. « Le développement des comportements de tendresse », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n° 7, p. 433-437.

CUPA, D. 2006. « Tendresse au négatif », *Champs psychosomatiques*, 41, p. 39-57. CUPA, D. 2007. *Tendresse et cruauté*, Paris, Dunod.

DE M'UZAN, M. 1970. « Le même et l'identique », Revue française de psychanalyse, 34 (3), p. 441-452.

FENICHEL, Ô. 1945. La théorie psychanalytique des névroses, Paris, Puf, 1987.

^{5.} Voir au sujet de la libido de l'amante la reprise par Hélène Parat de la censure de l'amante chez Fain ainsi que le « double interdit du toucher » chez Anzieu, dans Tovmassian et Bentata (2012).

- FERENCZI, S. 1932. « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant : le langage de la tendresse et de la passion », tr. fr. dans *Psychanalyse*, t. IV, *Œuvres complètes* 1927-1933, Paris, Payot, 1982, p. 125-135.
- FREUD, S. 1895. Projet d'une psychologie, Lettres à W. Fliess 1887-1904, Paris, Puf, 2006, p. 626.
- FREUD, S. 1905. Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient, Paris, Gallimard, 1988.
- FREUD, S. 1912. « Sur le plan général du rabaissement de la vie amoureuse. La vie sexuelle », trad. fr. J. Laplanche, Paris, Puf, 1969; OCF.P, XI, 1998; GW, VIII.
- FREUD, S. 1920. Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse, trad. fr. J. Laplanche, J.-B. Pontalis, Paris, Payot, 1982; OCF.P, XV, 1996; GW, XIII.
- FREUD, S. 1921. Psychologie collective et analyse du Moi. Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1972; OCF.P, XVI, 1991; GW, XIII.
- FREUD, S. 1931. « Sur la sexualité féminine », dans *La vie sexuelle*, trad. fr. D. Berger, J. Laplanche, Paris, Puf, 1969; *OCF.P*, XIX, 1995; *GW*, XIV.
- GEORGIEFF, N. 2008. « L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse », *La psychiatrie de l'enfant*, 51 (2), p. 357-393.
- GEORGIEFF, N. 2016. « L'empathie dans le processus psychothérapique : agent, moyen ou condition ? », *L'Autre*, 17 (2), p. 159-170.
- GORTAIS, J. 1992. « Le viol : du déni d'altérité à l'exil du désir », dans M. Dayan et coll., *Trauma et devenir psychique*, Paris, Puf, p. 91-111.
- GREEN, A. 1983. Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Paris, Les Éditions de Minuit.
- HERMANN, I. 1972. L'instinct filial, Paris, Dunod.
- HOCHMANN, J. 2012. Une histoire de l'empathie, Paris, Odile Jacob.
- KOHUT, H. 1984. « Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory », *Journal of American Psychoanalysis*, 7, p. 453-483.
- KRISTEVA, J. 2011. « La reliance, ou de l'érotisme maternel », dans RFP, 5, p. 1559-1570.
- LAPLANCHE, J. 1987. Nouveaux fondements pour la psychanalyse, Paris, Puf.
- LAPLANCHE, J. 1990. « Implantation, intromission », *Psychanalyse à l'université*, 15 (60), Paris, Puf, p. 155-158.
- LAPLANCHE, J. 2000. « Sexualité et attachement dans la métapsychologie », dans Widlöcher et coll., Sexualité infantile et attachement, Paris, Puf, p. 55-82.
- LEBOVICI, S. 1995. « Empathie et *enactment* dans le travail de contre-transfert », *Revue française de psychanalyse*, 58, p. 1553-1563.
- LEBOVICI, S. 1998. L'arbre de vie. Éléments de psychopathologie du bébé, Toulouse, érès.
- MONTAGNIER, H. 2006. L'attachement, les débuts de la tendresse, Paris, Odile Jacob. MONTAGU, A. 1979. La peau et le toucher, Paris, Le Seuil.
- MELLIER, D. 2016. L'inconscient à la crèche, Toulouse, érès.
- MISSONNIER, S. 2009. Devenir parent, naître humain, Paris, Puf.
- PIGMAN, G.W. 1995. « Freud and the history of empathy », *International Journal of Psycho-analysis*, 76, p. 237-261.

- RACAMIER, P.-C. 1995. L'inceste et l'incestuel, Paris, Les éditions du collège.
- ROUSSILLON, R. 1997. « La fonction symbolisante de l'objet », *Revue française de psychanalyse*, Textes, 1954-2009.
- STERN, D.N. 1989. Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale, Paris, Puf.
- TISSERON, S. 2013. Fragments d'une analyse empathique, Paris, Albin Michel.
- TOVMASSIAN, L.T.; BENTATA, H. 2012. Le traumatisme dans tous ses éclats, Paris, In press.
- TRIANDAFILLIDIS, A. 1988. « Le projet : symptôme de la normalité ? », *Psychanalyse à l'universit*é, 13 (50), Paris, Puf.
- WIDLÖCHER, D. 1999. « Affect et empathie », Revue française de psychanalyse, 63 (1), p. 173-186.
- WIDLÖCHER, D. 2004. « Dissection de l'empathie », Revue française de psychanalyse, 68 (3), p. 981-992.
- WINNICOTT, D.W. 1970. Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement, Paris, Payot.
- WINNICOTT, D.W. 2000. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard.

Pascual Palau-Subiela

L'attention psychothérapique pour un bébé anorexique hospitalisé en neuropédiatrie¹

Carla est un bébé que j'ai commencé à voir à 9 mois. Souffrant de paralysie cérébrale sévère, elle se trouvait en situation de haut risque, compte tenu de la gravité des troubles alimentaires et somatiques qu'elle présentait. Spécialement complexe, son traitement psychosomatique s'est développé dans un contexte d'intervention hospitalière et interdisciplinaire dans le service de pédiatrie d'un hôpital de Valencia (Espagne).

La grossesse est arrivée à terme mais l'accouchement traumatique fut cause de souffrance fœtale aiguë. Un mois après sa naissance elle sort de l'hôpital avec une bonne succion, malgré un refus du contact physique. Au sixième mois, souffrant d'une gastro-entérite, elle est à nouveau admise dans un autre hôpital où elle est alimentée par sonde nasale gastrique pendant dix jours et avec immobilisation physique. Depuis, elle refuse tout aliment. Très angoissés, les parents sollicitent une consultation pour cette intense anorexie accompagnée de vomissements.

La mère parle de l'accouchement : « Ils me disaient que le moment d'accoucher n'était pas arrivé. Finalement, comme je ne voulais pas partir, ils ont regardé le moniteur et il n'y avait plus de battement cardiaque...,

^{1.} Cette intervention pluridisciplinaire n'aurait pas été possible sans la participation des pédiatres, des infirmières et des aides-soignantes du service de pédiatrie de l'hôpital de Sagunto, qui se sont tous directement impliqués.

Les interventions de Mercedes Benac, neuropédiatre, de José Haro, gastro-entérologue pédiatrique, et d'Amparo Manzano, infirmière pédiatrique, ont été particulièrement importantes. Je les remercie tous très chaleureusement.

et après tout le monde courait. J'étais très heureuse mais tout à coup tout ça et..., très mal. »

Elle parle aussi de sa rencontre avec le bébé: « Pendant les trois premiers mois c'était une bestiole ; elle pleurait sans arrêt à cause de toute l'irritation et de toute la souffrance qu'elle avait eues, je la prenais et elle se jetait en arrière. Elle refusait le contact, elle ne me laissait pas l'embrasser. Mais le plus inquiétant c'est la nourriture, elle n'y prend aucun plaisir. »

Le père ajoute : « Sans manger elle se provoque des vomissements. Si elle ne pleure pas, elle n'avale même pas une goutte d'eau. »

Elle se tient la plupart du temps la tête penchée, sans montrer aucun intérêt pour ce qui se passe. Son regard perdu, gelé et distant, qui sourcille à peine et que je ne peux presque pas voir, présente une inquiétante indifférence. Elle n'émet pas de sons, ne pleure pas, ne se plaint pas. Les quelques sourcillements que j'observe se produisent au ralenti.

La description que fait la mère de la multitude d'activités qu'elle offre à l'enfant au cours de la journée depuis sa naissance est surprenante. On la voit débordée et absorbée par celles-ci, enfermée dans la répétition, sans avoir de temps ou d'intérêts en relation avec le reste du monde. Il semble exister un surinvestissement des activités destinées à la stimuler dans le contexte physique et perceptif, et une carence d'adaptation à un rythme de maternage synchronisé et respectueux du temps de séparation des deux parties de la dyade.

La claire atonie affective et motrice montre une évidente situation de gravité dépressive, bien que l'intensité du repli manifesté par l'énorme indifférence, chez une enfant qui a refusé si radicalement le contact physique, m'amène à me demander si elle se trouve immergée dans un moment de repli fonctionnel de type autistique ou s'il y a une situation de plus grand dommage psychopathologique associé à quelque pathologie neuropsychique que j'ignore encore.

À deux ou trois reprises, la mère essaye de lui donner de l'eau avec le biberon, mais la petite l'a rejeté hors de la bouche par un mouvement lent de la langue qui tamponne et évite l'entrée du liquide. Elle repousse le liquide sans exprimer aucune émotion de déplaisir, c'est la langue qui agit en balayant l'eau vers l'extérieur, sans plus. La mère le souligne en me disant : « Elle ne veut même pas d'eau. »

J'ai l'impression d'avoir affaire à une grave phobie alimentaire avec refus systématique de tout aliment, accompagnée de vomissements psychogènes incoercibles, qui a évolué vers une modalité d'anorexie d'inertie. Son refus est lié, selon moi, à quelque chose que ce bébé perçoit chez l'objet. Quelque chose qui rend difficile la constitution du moi et de l'objet, qui mène à un clivage échoué et empêche que l'agressivité, déposée dans l'alimentation, puisse être déplacée depuis la mère vers l'étranger.

Après cette première séance, il y en aura six autres qui ne permettront pas de résoudre la situation. Les parents manquent fréquemment sans préavis, ou bien ils ne reviennent que plusieurs semaines, voire plusieurs mois plus tard. La proposition d'une psychothérapie en consultation ambulatoire avec une fréquence d'une ou deux fois par semaine échoue. Neuf mois après notre premier entretien, ils demandent à me voir en me disant que la situation est insoutenable. L'enfant qui a déjà 18 mois n'a pratiquement pas cessé de souffrir de troubles respiratoires, de processus fébriles et autres pathologies qui l'ont amenée à consulter d'autres médecins et d'autres centres médicaux spécialisés dans d'autres provinces, sans aucune amélioration. Je découvre que pour que la petite mange, on la fait pleurer, chaque fois, en la frappant ou en la grondant. On lui couvre les yeux pour qu'elle ne voie pas arriver la nourriture et on profite du moment où elle ouvre la bouche en pleurant pour introduire la cuillère. L'aspect de la petite est désolant, elle ne montre aucun signe d'intérêt pour quoi que ce soit, son regard paraît congelé et perdu ; je perçois chez elle un état impassible, sans énergie, avec une atonie motrice et expressive, signe de profonde dépression. Elle souffre de troubles bronchitiques et fébriles qui persistent depuis plusieurs semaines.

Son état et l'imminence de la séparation du couple font que la situation est doublement à haut risque.

Je recommande l'hospitalisation immédiate de l'enfant, en informant les parents du besoin d'un séjour prolongé qui doit permettre d'analyser l'état psychique de l'enfant et trouver le moyen de la sortir de la situation dépressive et traumatique dans laquelle elle se trouve plongée.

L'ADMISSION

Comme pour d'autres cas similaires, j'ai une réunion avec les pédiatres et les infirmières pour organiser le mode d'attention que nous allons leur dispenser, et coordonner tout le personnel qui va être en contact avec la famille au cours de son séjour qui durera a priori entre un et deux mois.

Les connaissances acquises jusqu'à présent sur le développement de cet enfant sont le point de départ de plusieurs prémices initiales, qui servent à instaurer une première façon d'aborder la situation et d'atteindre plusieurs objectifs : sortir l'enfant de la situation de maltraitance pendant les repas et la mère de la situation traumatique dans laquelle elle se trouve ; étudier l'état psychique de l'enfant ; traiter la triade en psychothérapie ; restaurer un état de certaine satisfaction, qui paraît avoir existé entre les 3 et 6 mois ; restituer la petite fille à sa mère pour qu'elle s'occupe à nouveau de son alimentation, quand le traumatisme alimentaire aura cédé afin que la mère comme le père puissent s'occuper à nouveau d'elle dans des conditions optimales.

Avec les trois aides-soignants qui prendront en charge son alimentation, je maintiendrai un contact permanent trois fois par semaine à l'occasion des séances psychothérapeutiques, ou tous les jours avec le concours des pédiatres spécialisés en nutrition et en neurologie avec lesquels je coordonne mon intervention.

J'indique aux parents que tout au long d'une certaine période que je ne peux encore préciser, ils doivent rester en dehors des moments de son alimentation : ils resteront tout le temps avec l'enfant, sauf pendant les repas. Je leur explique les motifs et la méthode que nous allons commencer à utiliser d'une manière claire et détaillée. J'explique à la mère que nous avons besoin qu'elle puisse récupérer sa place dans sa relation avec la petite fille, sans l'angoisse ou l'agressivité que jusqu'à maintenant elles vivent toutes deux. L'enfant a besoin d'une bonne maman et la mère a besoin de se sentir bonne pour l'enfant.

Dans les réunions que je maintiens avec les infirmières, nous parlons de la situation traumatique de la triade, spécialement de l'enfant et de la mère. Il est important de couvrir la mère pour la soulager de son état traumatique en évitant surtout qu'elle puisse sentir qu'on lui fait des reproches ou qu'on la culpabilise. Nous définissons clairement l'objectif, à savoir l'aider à récupérer une position de bonne mère. Nous considérons la situation d'ambivalence que vivent les parents, et plus particulièrement la mère, envers nous, et la possible agressivité qu'ils peuvent manifester à notre égard.

Nous établissons clairement la notion de traumatisme et de souffrance liée à celui-ci, ainsi que les conduites de répétition que nous pouvons trouver face à des situations où la souffrance ne trouve pas de soulagement. Nous parlons des difficultés contre-transférentielles devant lesquelles nous pouvons nous trouver, en tenant compte de nos expériences dans des cas similaires. Nous parlons des critiques qui peuvent être formulées envers une partie du personnel, comme il est arrivé dans d'autres cas ; c'est-à-dire les effets de division qui peuvent être alimentés en adulant une partie de l'équipe tout en critiquant l'autre. L'équipe doit maintenir sa cohésion et discuter de son malaise au cours des réunions que l'on organisera pour le travail en commun.

Voilà les premières indications pour les auxiliaires et les infirmières qui vont l'alimenter, et qui changeront au fur et à mesure qu'avancera l'investigation : emmener l'enfant quinze minutes avant de commencer à la nourrir, en la séparant ainsi de la mère et en facilitant sa familiarisation avec la personne qui va l'alimenter ; ne la forcer en aucun cas et ne pas insister quand une opposition persistante apparaît ; après l'avoir alimentée, sans la récompenser ni la gronder quel que soit le résultat, l'enfant restera quinze minutes de plus avec elle pour que les deux puissent récupérer un contact détendu afin qu'elle perçoive qu'il ne s'est pas produit d'écroulement émotionnel ni d'altération agressive chez la personne qui l'a alimentée, en essayant d'éviter les

expressions de satisfaction ou d'ennui pendant l'alimentation ; la remettre à la mère ; dire à celle-ci que tout s'est bien passé sans parler de quantités.

Lors des premiers repas, dès qu'on lui montre l'assiette de bouillie, l'enfant réagit immédiatement par une rigidité physique et des pleurs très intenses. Elle tente de fuir par un mouvement très tendu de tout le corps tout en essayant d'éloigner la tête de la nourriture. La panique et la colère dominent la scène.

J'explique aux aides-soignantes avec lesquelles j'assiste aux premiers repas l'importance de faire la différence entre les divers sentiments de l'enfant. Je leur souligne que derrière la colère si intense se trouve la tristesse pour laquelle nous devons commencer à lui procurer un espace d'écoute et d'expression.

Au bout de dix jours, en voyant que la situation reste stationnaire et que l'alimentation continue à être très difficile, j'assiste à nouveau à son alimentation et je me rends compte que n'importe quel stimulus paraît être un obstacle pour pouvoir obtenir un contact avec l'enfant pendant les repas.

Je décide alors qu'on l'alimente assise sur la poussette et je demande à l'aide-soignante d'arrêter de lui parler et de ne pas la toucher, même pour la caresser, au long du repas. Je lui demande de ne pas la poursuivre avec la cuil-lère et qu'elle attende que l'enfant, qui tourne la tête vers le côté avec force tout en étirant et en cambrant le corps, et en pleurant, se remette dans la position où se trouve la nourriture. Je lui signale les moments d'étouffement et l'importance de les éviter pour que la peur de l'asphyxie ne s'installe pas. Lentement elle commence à se tranquilliser alors que je contiens l'angoisse que me produit la scène. L'infirmière est plus synchronisée avec la signification des différents mouvements. Il s'est installé un silence uniquement rompu par ses gémissements et par une observation que me fait l'infirmière vers la fin en baissant la voix : « Mais elle suce encore ! » Effectivement, elle suce à nouveau comme le ferait un bébé avec les difficultés de déglutition propres à sa paralysie cérébrale. Le sommeil apparaît aussi dans la scène, avec la tentation de fermer les paupières, que l'enfant repousse rapidement.

Ce vécu de réapparition du sommeil et du suçotement peuvent la conduire, régressivement, au plaisir du bébé qui s'endort satisfait, comme cela semble avoir été le cas entre 3 et 6 mois.

Au bout de vingt-cinq minutes pendant lesquelles elle mange petit à petit, elle commence à montrer des réactions de colère dues à l'effet de la fatigue liée à un état intense de tension. Après avoir terminé, l'infirmière me dit que c'est la première fois, depuis qu'elle est à l'hôpital, qu'elle a mangé si détendue et une si grande quantité. Pour elle c'est un miracle ; pour moi c'est qu'il a valu la peine d'être présente. Présence que la petite n'a pas perdue de vue. Le silence régnant au cours de ce repas nous a permis d'être attentifs aux différentes manifestations gestuelles et sonores de peur,

d'étouffement, de panique, de refus, de tension, de colère ou de fatigue. L'absence de surstimulation et de suragissement a facilité l'apaisement de sa crispation, et elle a pu écouter ses différents modes d'expression.

Nous avons besoin de la nourrir en silence pour déchiffrer les registres émotionnels qu'elle éprouve : l'écouter, depuis une empathie compréhensive qui favorise en nous et en elle une pensée symbolique ; lui faciliter une perception spéculaire de soi-même moyennant le silence respectueux de ses sensations, sentiments et expressions motrices.

Nous avons besoin de percevoir ses sentiments, écrasés par la panique et la violence, sa recherche très ambivalente de l'aliment, ses moments d'étouffement à cause des difficultés pour coordonner déglutition et respiration, l'apaisement de l'angoisse crispante, la renaissance timide du suçotement, la réapparition du plaisir de s'endormir associé au début du plaisir avec la nourriture.

Tout cela grâce au silence qui lui permet, en l'absence de lutte avec l'extérieur, d'avoir et d'écouter sa propre voix. Il est nécessaire que l'acte de manger soit pleinement investi par elle et par nous pour qu'elle puisse réussir à percevoir clairement les sensations qui procèdent de la faim et de sa satisfaction.

Sans le silence attentif nous ne pouvons établir une bonne synchronisation avec les différents registres émotionnels qu'elle expérimente et extériorise. Sans notre sérénité nous ne pouvons pas reconnaître la tristesse, grande absente jusqu'à maintenant de son expressivité.

Ces réflexions me portent à constater que les normes que nous suivons – normes habituelles en ce qui concerne l'alimentation de tout autre enfant en bas âge comme le fait de le nourrir dans les bras, de lui parler, de le distraire ou de le toucher pour satisfaire son besoin de contact physique – doivent être réajustées au plus vite.

Je demande à l'infirmière qu'elle respecte les indications suivantes : ne pas lui parler ni la distraire pendant le repas ; ne pas la toucher pour essayer de la calmer ou de nous calmer, ni avec la main ni avec un doigt ; si elle se met à pleurnicher en tournant la tête, attendre qu'elle se remette en position adéquate pour manger, sans la poursuivre avec la cuillère ; respecter les moments de repos dont elle a besoin, de petites pauses, sans craindre qu'elle ne perde le rythme ; être vigilant quant aux moments où elle s'étouffe parce qu'elle ne coordonne pas encore bien l'action d'avaler et celle de respirer ; réintroduire le biberon dans l'alimentation, étant donné que les mouvements de succion sont présents, et ne conserver qu'un repas à la cuillère ; la laisser entrer dans le sommeil agréable quand celui-ci se manifeste à nouveau.

Dans cette atmosphère de silence, d'absence de contact physique et de disponibilité d'attention maximale des deux acteurs, l'acte de manger est réinvesti, ainsi que les sensations de faim et de satisfaction lors de la dégustation de goûts différents.

Quelques jours plus tard, lorsque je demande qu'on l'alimente uniquement de nourriture sucrée et de biberon, le refus de la nourriture est définitivement éliminé. La faim, qui a déjà fait son apparition pendant la nuit ainsi qu'une nette amélioration du sommeil, finit par s'installer également au cours de la journée, et se convertit ainsi en unique motivation intense pour manger. Cette situation se renforcera en quelques jours et restera stable après la sortie de l'hôpital.

Ces résultats sont obtenus alors que je continue le travail psychothérapeutique avec la triade, trois ou quatre fois par semaine, et que l'équipe pédiatrique en contact avec eux continue de fournir le travail de protection émotionnelle et de poses de limites. La psychothérapie offre aux parents la possibilité de traiter leurs propres angoisses mais surtout de découvrir le monde émotionnel de leur enfant envers lequel leur empathie augmente. Dans ce traitement, on découvre l'importance de permettre les pleurs de l'enfant tout en étant à ses côtés.

Progressivement, la mère commence à recouvrer sa capacité à obtenir du plaisir dans sa vie. Petit à petit, les sentiments de tristesse font leur apparition dans les petits moments de séparation, que Carla ressent.

LA SORTIE

Trois jours après la sortie qui se passe de façon progressive au bout de deux mois, je reçois la mère et l'enfant avec qui je continue la psychothérapie de façon ambulatoire.

L'enfant est très souriante et détendue. Les signes intenses de spasticité qu'elle présentait au moment de son hospitalisation ont pratiquement disparu. Elle babille pendant presque toute la séance et s'amuse à essayer d'attraper avec ses deux mains un dessin de sa robe pour l'approcher de ses yeux pendant que sa mère et moi parlons.

Les améliorations intervenues pendant l'hospitalisation se maintiennent. Son état physique est très bon. Elle continue de manger avec bon appétit et se pourlèche les lèvres quand elle a terminé. Pendant certains repas, elle se fâche parce qu'elle n'a pas plus à manger. Elle éructe maintenant de satisfaction et transpire de plaisir en mangeant.

L'enfant n'est toujours pas constipée et le matin, après avoir mangé, elle s'endort comme un petit bébé.

L'après-midi elle fait une sieste d'une heure alors qu'auparavant, si elle en faisait une, elle ne durait que dix minutes ; le soir, quand on la couche dans son lit et qu'on lui dit de dormir, elle s'endort sans problème. Le sommeil nocturne reste profond et paisible, ce sommeil si agité, hypervigilant, nerveux et fréquemment interrompu par des réveils angoissés a disparu. Le plaisir retrouvé de la sucette dont elle ne voulait pas se maintient et elle s'endort avec elle. Le mouvement de succion pendant le sommeil a réapparu récemment et se maintient également. De plus, le poids continue d'augmenter et on observe une reprise de la croissance physique.

QUELQUES REMARQUES

La grande diminution de la spasticité à la suite du traitement que j'ai décrit brièvement me porte à considérer sa présence dans certains cas où elle se trouve exacerbée par la souffrance émotionnelle.

À la fin de la première année et dans la deuxième (avant l'intervention psychosomatique que je viens de décrire), elle présente une posture avec tendance à l'hypertonie généralisée avec hyperréflexie et spasticité qui s'exacerbent avec des stimulus.

À la fin de la deuxième année (après l'intervention psychosomatique), elle évolue vers une hypotonie axiale avec mouvements dystoniques, et ne présente pas de rétractions articulaires.

Il y a donc eu disparition de l'hypertonie généralisée avec hyperréflexie et spasticité qui s'exacerbaient avec des stimulus.

Il existe des conceptions très établies sur l'origine exclusivement neurologique des troubles somatiques et émotionnels multiples dont un bébé avec paralysie cérébrale peut souffrir, et il est nécessaire d'en faire un bilan approfondi.

Il faut développer des recherches qui permettent, cas par cas, de différencier ce qui peut être attribué à la pathologie neurologique de ce qui peut être attribué à la pathologie psychosomatique liée à la souffrance psychique. Ne pas faire cette distinction nuit profondément aux possibilités d'offrir une aide efficace, et maintient des pratiques médicales ayant parfois des effets iatrogéniques.

J'ai découvert que Carla est une enfant dotée d'une sensibilité émotionnelle, d'une capacité de compréhension et d'un désir vital comparables à ceux de n'importe quel autre enfant. Claire Combescure Mélodie Hardy Laurette Detry

> Les yeux dans les yeux : comment exister aux yeux de ses parents lorsqu'ils ont vécu la perte d'un puîné ou d'un jumeau ?

Cet écrit est le résultat du souhait de trois professionnelles de la périnatalité, une gynécologue obstétricienne et deux psychologues, désireuses de partager leur expérience commune de l'accompagnement des familles endeuillées au cœur même des origines de la vie et de la mort.

Si les travaux concernant les effets multiples de la perte d'un bébé à l'aube de la vie sont partagés par les cliniciens et qu'il est reconnu que la prise en charge globale de ces situations représente un enjeu de santé publique, l'accompagnement des états émotionnels dans l'instant de l'anéantissement psychique et du traumatisme vécu est plus complexe. Régulièrement, ceux-ci s'organisent plutôt dans l'après-coup selon la demande des parents. Pourtant notre pratique professionnelle nous enseigne qu'il y a un besoin spécifique dans ces moments vécus et un cadre d'accompagnement clinique singulier.

François Ansermet, pédopsychiatre et psychanalyste, membre du Comité consultatif national d'éthique, écrit que « la perte d'un enfant est une situation fréquente, extrêmement douloureuse et paradoxalement encore trop méconnue, insuffisamment prise en compte, que ce soit dans le moment où elle survient ou dans ces effets à long terme, souvent banalisée comme éléments d'anamnèse dans les entretiens ».

Apporter une attention toute particulière aux parents et à leur bébé décédé, dans l'ici-et-maintenant de la déflagration ressentie tandis qu'ils

vivent une période de remaniement psychique avec la grossesse, constitue un levier puissant de soin et de prévention pour les liens fraternels et les générations. Faire émerger et soutenir les potentialités parentales est une attention fondamentale dans une vive accélération du temps qui permet, sous certaines conditions, de faire exister cet enfant déjà mort et de bien lui donner sa place singulière au sein de sa constellation familiale. Si l'effraction traumatique n'est pas le propre de la mort périnatale, celle-ci la révèle plus que toute autre. La mort d'un bébé entraîne régulièrement une attaque massive de l'enracinement des liens d'attachement primaire et entrave le processus d'individuation lors de la grossesse suivante accompagnée d'anxiétés majeures et de difficultés obstétricales.

Ce travail dans « le concret de l'instant », autour du choc lié au fracas de la perte brutale du bébé, est donc aussi un impératif qui œuvre directement pour le bébé suivant afin qu'il ne soit pas pris dans une confusion des places, qu'il puisse exister pour lui-même et faire émerger toute sa personnalité pour la plus grande joie de ses parents attentifs à sa personne.

Quoi de plus parlant, pour illustrer l'importance de la prévention précoce des risques de construction pathologique à bas bruit dans l'organisation des liens intersubjectifs, que les mots des patients eux-mêmes? Comme ceux d'une mère accompagnant son enfant de 4 ans et demi à l'hôpital de jour, pour lequel elle a ces mots : « Mais c'est pas lui qui aurait dû être là (vivant) si je n'avais pas perdu mon premier fils. » Ou bien encore, lors d'une consultation avec une adolescente chapardeuse qui avait perdu son jumeau à quelques jours de vie : « Je fais toujours le même rêve... nous sommes tous les deux sur un croissant de lune puis il glisse et tombe et... je me retrouve seule. » Puis, à l'adresse de sa mère qui vient de dire que tous les jours elle avait une pensée pour cet enfant disparu : « De toute façon tu n'as toujours pensé qu'à lui et tu t'en fous de moi... C'est toi qui devrais venir voir un psy. » Ce que vivent les enfants et leurs parents est si complexe et déroutant que nous vous proposons d'écouter Salvador Dali sur ce que fut pour lui l'expérience d'être né vingt-deux mois après un frère décédé¹.

Claire Combescure, gynécologue obstétricienne, présente les données chiffrées sur ce sujet et le parcours obstétrical de M^{me} A. qui, aux côtés de son conjoint, a vécu trois grossesses et perdu son deuxième enfant. Mélodie Hardy et Laurette Detry, psychologues, l'une en maternité et gynécologie, l'autre dans le service de réanimation néonatale, présenteront leur travail d'accompagnement psychique conjoint de ce couple et l'importance du travail transdisciplinaire. Nous exposerons, dans cette clinique du trauma, combien il est urgent que les soignants puissent se laisser toucher et en tiennent compte dans leur approche, afin d'offrir aux parents endeuillés une

^{1.} Site de l'INA: http://www.ina.fr/video/100008168.

enveloppe de sécurité affective et émotionnelle suffisante dans l'instant de la rencontre avec leur bébé décédé. Cela afin qu'ils puissent dans ce moment court, précieux, sans retour en arrière possible et « d'une autre dimension », atténuer la sidération parentale pour les amener à se ressaisir de la pensée et du langage, selon leur rythme intime.

Nous exposerons également en quoi le travail en binôme est une nécessité fondamentale dans ces situations afin de garantir, selon la pédopsychiatre Myriam David, le respect et la place de chacun des partenaires (père/bébé/mère/fratrie) ainsi que celle des soignants.

Enfin, nous poursuivrons avec cinq exemples de médiations thérapeutiques au sein de nos services, le groupe de parole par l'expérience, le recentrage sur le corps et le yoga, l'utilisation des tissus de couches en coton blanc, refaire le chemin ensemble entre les différents services et le groupe parler-chanter, lorsque les bébés, les parents et les soignants sont rattrapés par les chaos du temps. C'est par le biais de ces outils de transformations de la pensée qu'il nous a semblé que des liens sensoriels et perceptifs à travers un lien corporel permettaient de mieux se relier à soi-même. Cela pour ensuite pouvoir mieux naviguer à l'intérieur de soi par un début de restauration physique et parler avec un autre soutenant les potentiels de continuité psychique. Ce tricotage s'effectue à partir des différents paliers de la vie psychique. Ainsi il est possible de sortir des ruptures somatiques et mentales lorsque ces deux types de temporalité (corporelle et psychique) sont effractés. Ces actions déplacent la détresse fondamentale et créent des écarts possibles pour la pensée en tenant compte des possibles parentaux.

DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Ces chiffres reflètent l'importance du sujet et la fréquence de ces situations qui restent malheureusement trop souvent taboues dans notre société.

De nombreuses femmes ne considèrent pas qu'une grossesse puisse ne pas aboutir. Cela est souvent vécu comme un échec, une « défaillance » de leur corps. Il est important de se rappeler qu'une grossesse qui est menée à son terme se déroule sur 9 mois, soit 41 semaines d'aménorrhée (SA). Or une femme sur quatre fait au moins une fausse couche :

- il y a chaque année 810 000 à 820 000 naissances vivantes par an en France ;
- $-\,0,\!5$ % des naissances sont des enfants mort-nés (de plus de 16 SA), soit de $4\,070$ à $4\,120$ par an en France ; ou bien dans une maternité, 10 sur $2\,000$ accouchements par an ;

- 1,5 % des nouveau-nés décèdent dans les 7 premiers jours de vie, soit 1 215 à 1 250 par an en France ; dans une maternité, 3 sur 2 000 accouchements par an ;
- 7 400 interruptions médicales de grossesses (IMG) sont réalisées chaque année en France.

Les dispositions légales conditionnent la reconnaissance de l'enfant par la société, son statut et son existence, soit actuellement en France :

- l'enfant est né vivant et viable, c'est-à-dire de plus de 22 SA ou de plus de 500 g puis décédé; un acte de naissance est établi ainsi qu'un acte de décès :
 - il porte un prénom et un nom de famille,
 - il est inscrit dans le livret de famille,
 - la maman a le droit au congé maternité, et le père au congé paternité,
 - les obsèques sont organisées par les parents,
- pour les enfants nés vivants non viables (de moins de 22 SA) ou décédés in utero après 22 SA, il est délivré un certificat d'enfant né sans vie :
 - l'enfant n'a pas de nom de famille,
 - le prénom de l'enfant peut être inscrit dans le livret de famille,
 - les parents ont le droit aux congés postnatals si la naissance a lieu après 22 SA,
 - la prise en charge du corps peut être assurée soit par l'établissement de santé, soit par la famille;
- pour les enfants de moins de 22 SA et de moins de 500 g morts-nés, la situation est plus complexe :
 - avant 2008, il était considéré comme une « pièce anatomique » ;
 aucun acte d'état civil n'était établi, la prise en charge du corps était assurée par l'établissement,
 - après 2008, l'inscription du prénom au livret de famille et les funérailles par la famille sont rendues possibles.

Se pose alors la limite acceptable... À partir de quand l'embryon est-il reconnu enfant ? Cela n'est pas précisé dans la loi. La reconnaissance « psychique » de cette grossesse et de cet enfant ainsi que la souffrance liée à sa perte sont bien différentes d'un parent à un autre et ne dépendent aucunement du stade auquel la grossesse s'interrompt!

Une clinique du trauma

De nombreux magazines liés à la naissance et au devenir parent décrivent quasi exclusivement cette période qu'est la grossesse et la naissance comme « rose et merveilleuse » ! Quel manque d'écoute véritable des futurs parents ! Ce qui ne se dit pas dans notre société, c'est qu'en maternité comme ailleurs, l'idéal et le risque zéro n'existent pas. Cette injonction au bonheur de la

maternité entraîne beaucoup de honte, de culpabilité et de tabous lorsque les choses se passent différemment. Les meurtrissures sont plus complexes lors d'un mauvais vécu de la grossesse ou de l'accouchement, ou encore comme dans notre exposé, lors de la perte d'un bébé ou d'un des deux jumeaux. Cela laisse aux parents la terrible et injuste sensation de « ne pas avoir été à la hauteur » et peut, d'ailleurs, se retourner en colère sur les soignants. C'est à cette clinique du trauma que nous sommes confrontés en tant que professionnels de la santé somatique et psychique en services de maternité et de néonatalogie.

Perdre un bébé au cours de la grossesse ou dans les premiers jours de vie est un effondrement pour tous les parents. Cet instant impensable fait perdre le sens par la confrontation à la mort alors qu'œuvrait un processus de vie. L'urgence ici est de restaurer l'altérité et de relancer la réflexivité psychique face à la perte après le coup d'arrêt porté dans la chair; « un corps pas capable », entend-on parfois. Celui-ci d'ailleurs gardera encore un temps les marques physiques de cette grossesse alors que les bras sont vides. Nous pourrions faire clairement un parallèle entre ce que peuvent vivre les victimes des attentats et ce que vivent les parents dans ces circonstances : un réel « attentat à la vie », la rupture violente et brutale des processus cheminant vers la construction de la parentalité et de l'enfant lui-même à travers une grossesse prometteuse. Mêmes mécanismes de défense psychique, mêmes symptômes (choc, sidération, pensée opératoire, amnésie partielle, ralentissement de la pensée, stress post-traumatique...), mêmes mots et ressentis (incompréhension, sentiment d'être en décalage avec le reste du monde, que les autres ne peuvent pas comprendre, parfois jusqu'à la famille proche, isolement...), véritable changement identitaire parfois. Voilà le chaos dans lequel sont plongés ces parents et les fratries, qu'il nous faut accompagner en prenant toute la mesure de l'ajustement clinique nécessaire au regard des risques et des aléas des processus de la pensée alors régressés.

Prendre aussi en compte l'engagement émotionnel des professionnels dans ce contexte est absolument indispensable. Envisager les vécus traumatiques des parents pourrait être nocif sans des conditions d'accompagnements optimales (personnel soignant isolé, manque de pluridisciplinarité, hiérarchie des fonctions prononcée, mécanismes de défenses puissants pour pouvoir continuer à travailler, absence de supervision ou de reprises après chaque décès, qui ritualiserait l'existence passée de cet enfant-là dans le service). Il s'agit d'un traumatisme vicariant lorsque le professionnel est trop souvent seul à recevoir les multiples impacts. Notre premier outil thérapeutique est bien sûr une connaissance fine des formes que prennent les réactions et les liens corps/psyché face à ce genre d'épreuves ; mais c'est aussi l'accueil en soi de ces manifestations sans chercher à abréger l'expression des souffrances (Derrida, 1999) et l'humanité. Il y a un réel intérêt

à être relié à ses émotions, à les reconnaître et à les intégrer comme outils professionnels pour un accompagnement au plus proche des besoins des familles endeuillées. Cela renforce aussi la professionnalisation quant à l'accompagnement de situations futures.

L'HISTOIRE OBSTÉTRICALE DE M^{ME} A.

Le regard du gynécologue-obstétricien

Nous avons accompagné M^{me} A. lors de ses trois grossesses.

Sa première grossesse a été marquée par une hospitalisation dès 22 SA pour menace de fausse couche tardive. Est alors réalisé un cerclage à « chaud » sur un col modifié lors d'un épisode de menace d'accouchement prématuré. Elle reste un mois en hospitalisation dans la maternité dans laquelle elle est prise en charge initialement, puis est transférée en urgence, à 28 SA, pour des saignements importants dans notre maternité qui est de niveau 3, c'està-dire qu'elle dispose d'une unité de réanimation néonatale en plus d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie avec soins intensifs. À son arrivée il est constaté que la patiente est en fait en travail spontané et que les saignements sont liés à une déchirure du col sous l'action des contractions sur le cerclage. Une césarienne en urgence est réalisée car le bébé est en siège et prématuré. Elle donne naissance à une petite fille très grande prématurée, Louise. Lors de la césarienne, est découverte une malformation utérine qui peut expliquer l'accouchement prématuré. Louise a été hospitalisée pendant de longs mois en réanimation néonatale sans complications notables. Elle s'est très bien développée par la suite.

La deuxième grossesse de M^{me} A. advient trois ans plus tard. Un cerclage « à froid » sans modification cervicale est réalisé au quatrième mois de grossesse. Des conseils de repos sont donnés. Tout au long des consultations gynécologiques, la patiente exprime son angoisse de revivre ce par quoi elle est passée et des conseils de réassurance sont donnés. En effet, médicalement, la situation semble mieux engagée. La patiente a été prise en charge avec un « traitement » instauré avant l'apparition de symptômes, l'utérus a déjà été distendu par une première grossesse. Il y a donc des chances que cette grossesse évolue jusqu'à un stade plus avancé. Malheureusement, M^{me} A. est hospitalisée à 21 SA et accouche à 22 semaines d'une petite fille, Églantine, qui n'a pu être réanimée en raison de son terme trop précoce.

Quel sentiment d'injustice et/ou d'impuissance pour nous médecins gynécologues-obstétriciens lorsqu'un bébé décède! Autant les mères ne conçoivent pas qu'une grossesse puisse être un échec, autant nous, soignants, avons du mal à concevoir que notre traitement puisse être un échec. Surtout

quand la mort survient dans une salle de naissance, impensable paradoxe! Les blessures narcissiques sont plurielles et « l'impression d'être un croquemort » est ressentie douloureusement par les professionnels quand ces situations s'enchaînent dans un service de niveau 3.

Madame revient deux mois plus tard pour sa consultation postnatale afin de faire le bilan de ce qui s'est passé. Les résultats de l'analyse du placenta de la précédente grossesse ont montré qu'une infection probablement secondaire au cerclage a provoqué cette fausse couche. Il est alors décidé de réaliser une autre technique de cerclage pour une future grossesse et une recherche régulière de germes vaginaux.

Une troisième grossesse est annoncée. La patiente revient de nouveau en consultation d'obstétrique, accompagnée cette fois de Laurette, la psychologue de la réanimation néonatale qu'elle connaît bien depuis la première grossesse. Une consultation pluridisciplinaire est engagée afin de redéfinir et de consolider les liens de confiance entre la patiente et la maternité suite au décès d'Églantine. Un suivi rapproché pour accompagner les angoisses de la patiente est instauré : psychologue, sage-femme de PMI, sage-femme libérale, la gynécologue référente et l'ensemble des gynécologues du service sont mobilisés pour aider la patiente à vivre au mieux cette nouvelle grossesse.

L'expérience nous a appris à prendre soin du vécu de ces couples ayant perdu un bébé car des craintes d'effondrement et de répétition possible les gagnent en permanence. Un accompagnement médical spécifique est adapté aux besoins (accueil bienveillant des mères qui multiplient les passages aux urgences pour se rassurer, accepter de ne pas programmer une césarienne le même jour que celui du décès du bébé précédent, éviter de multiplier les intervenants, penser aux dates anniversaires de naissance et de mort...).

Finalement, M^{mc} A. a été hospitalisée entre 26 à 32 SA pour des modifications cervicales. À 35 SA (soit un mois et demi avant le terme), elle présente des contractions, le cerclage est retiré, et elle accouche d'un petit garçon, Joé, qui va bien.

DERRIÈRE LES FAITS, UN VÉCU PSYCHIQUE ET ÉMOTIONNEL PARFOIS DIFFICILEMENT REPRÉSENTABLE

Le regard du psychologue en réanimation néonatale et néonatologie

J'ai toujours fait en sorte qu'à chaque fois que j'entrais dans ce lieu ce soit comme une première fois afin de pouvoir rester identifiée aux bébés et aux parents découvrant un monde si étrange, parfois vécu comme hostile. « On est comme une balle dans un vrai flipper... surtout la nuit », disait un papa qui perdra ses deux enfants jumeaux à une semaine d'intervalle.

Dans ce service, je fus « portée » par un travail pointu effectué pendant plus de quinze ans dans le service de psychiatrie périnatale du docteur Myriam David. J'ai aimé collaborer avec des puéricultrices, des médecins, des auxiliaires de puériculture d'une belle humanité qui servait leur grand professionnalisme et en travaillant ensemble, les bébés nous ont beaucoup appris. Dans ce service, les mères et les pères m'ont expliqué qu'être dans un tel lieu, c'est être hors du temps et ne plus savoir dans quel sens part la vie. En effet, comment comprendre ce que dit le médecin annonçant une césarienne bien souvent en urgence alors que le terme de la grossesse a été fixé par une date prévue pour dans deux, trois mois ou plus ? La panique est là, l'affolement pour la santé du bébé sidère tandis que les soignants peuvent craindre pour la vie même de la patiente. Les idées de mort traversent les esprits.

Dans la situation aux côtés de M^{me} A., mon travail s'articulera selon trois directions : les premières rencontres régulières de la mère et de son bébé Louise qui est dans une couveuse dès sa naissance ; l'écoute de M^{me} A. selon ses demandes dans le bureau ; les liens avec les collègues qui pratiquent les soins directs du corps au bébé et encouragent les parents à être actifs.

Pour la maman de Louise, « une césarienne c'est une opération pas un accouchement ». De plus, elle ne supporte pas la découverte d'une anomalie anatomique de son utérus. Madame est dégoûtée par son corps et pense à ce moment n'être qu'une « moitié de femme sûrement plus capable d'avoir d'autres enfants ». Elle s'inquiète aussi à propos de la représentation que son compagnon peut avoir d'elle maintenant.

Alors que mère et bébé vivaient jusque-là dans le temps de la grossesse, simplement avec cette évidence d'être toujours ensemble, la naissance prématurée du bébé vient signer une rupture dangereuse, imprévue, et toucher la capacité d'attachement primaire par l'étrangeté ou le choc d'être face à son enfant né bien trop tôt. Essayons d'imaginer vraiment ce que représente le poids d'un petit corps. Qu'est-ce que 500 grammes ou 1 000 grammes dans les deux mains? Cette maman se sent coupable de faire vivre à Louise des douleurs intolérables et ne supporte plus que sa fille soit piquée. Lorsque l'ambivalence maternelle est exprimée, beaucoup de chemin a déjà été parcouru, d'autant que la question de la santé du bébé est évaluée parfois au fur et à mesure, d'heure en heure, de jour en jour, nuit après nuit, ce qui plonge les parents dans des abysses sombres. Il y a une urgence psychique à favoriser des retrouvailles émotionnelles entre le bébé et ses parents dans un service très médicalisé, en tenant compte de tableaux variés des manifestations d'anxiété à la fois de l'adulte mais aussi du nouveau-né. M^{me} A., cependant, a vite désiré prendre son bébé dans les bras après vingt-quatre heures de séparation pour la sentir et découvrir son visage, la voir. Puis le parcours sera long, classiquement jusqu'au terme prévu de la naissance, avant de pouvoir rentrer à la maison avec elle. Douze semaines, c'est le temps que madame et Louise ont passé dans ce service. La disponibilité de cette maman fut importante compte tenu du fait que Louise est un premier enfant. Avancer vers la sortie et compter avec les méandres de l'écoulement du temps fut parfois rude. Cette élasticité temporelle en lien avec le développement global du bébé ponctué d'avancées, de stagnations, de reculs, et la crainte des complications dans ce parcours sont marquantes. Des comparaisons s'effectuent avec d'autres parcours de bébés, arrêt de soins ou soins palliatifs vécus par d'autres familles car les parents font connaissance et se parlent pendant ces semaines d'attente. Pour Louise, le parcours a plutôt été assez simple et il n'y a pas eu de particularité notable pour l'alimentation dans les interactions primaires. C'est plutôt chaque ralentissement du cœur, chaque souci respiratoire qui produisaient des anxiétés explosives chez la maman. Une fois Louise sortie du service, madame a poursuivi tous les quinze jours les entretiens cliniques afin de consolider sa confiance en ses capacités maternelles, et ce pendant quatre mois. Ensuite, elle me téléphonait de temps à autre.

Notre travail de collaboration et de liaison avec Mélodie Hardy nous a permis de bien mieux repérer que l'attitude des mères peut être très différente entre le service de réanimation-néonatologie et celui de gynécologie-maternité. En effet, celles-ci trouvent que leurs bébés sont si courageux qu'il serait malvenu qu'elles se plaignent ou osent dire leurs inquiétudes en sa présence comme si une telle pensée pouvait aussitôt l'affaiblir et l'abîmer. Par contre, elles s'écroulent dans leur chambre. Cette connaissance nous est apparue importante à transmettre à nos collègues afin de ne pas générer d'idées de négligence d'un côté ou de l'autre des services. Nous avons observé aussi que les fluctuations des niveaux d'angoisse maternelle peuvent aller jusqu'à une pétrification corporelle, parfois en position de gisante dans leur chambre et un assèchement apparent de réaction émotionnelle en présence du bébé.

Le regard du psychologue en maternité

Nous avons toujours travaillé étroitement en lien avec Laurette Detry afin de mieux comprendre, intégrer et répondre aux nécessités cliniques entre nos deux services au profit des bébés, des patientes et de leur conjoint. Madame est âgée de 27 ans lorsque je la rencontre pour la première fois dans le service des grossesses pathologiques, lors de cette seconde grossesse à 21 SA. De ce fait, j'ai eu rapidement l'occasion d'échanger sur les antécédents de M^{me} A. avec Laurette qui me faisait part des questionnements de madame sur sa capacité à aimer ce bébé à venir autant que sa première fille : « J'ai dû tellement "sur-aimer" cette enfant pour qu'elle vive, est-ce que je vais être capable d'aimer celui-ci autant ? »

Quelques jours après son arrivée dans le service, M^{me} A. peut me dire que son moral est très fluctuant en fonction des nouvelles concernant l'aspect somatique de cette grossesse. Lorsqu'elle a espoir que tout se passe bien, elle voit du positif ; lorsque l'inquiétude la gagne, il s'opère une véritable sidération psychique et physique. Elle fait d'ailleurs le parallèle avec la peur ressentie après la naissance de sa première fille lorsqu'elle faisait des bradycardies en néonatologie et qu'elle-même se retrouvait « pétrifiée, incapable de réagir ». Puis elle me raconte en détail sa première grossesse, que tout était très bien jusqu'à 20 SA, qu'elle a été hospitalisée immédiatement suite à une visite chez le gynécologue car son col était dilaté, qu'elle a « tenu » sept semaines avant de se mettre en travail et d'accoucher de Louise. Elle me dit être très proche d'elle et avoir la chance d'être très entourée par sa famille et surtout par son mari.

Malheureusement, madame va se mettre en travail spontané cinq jours plus tard, à 22 SA, pour donner naissance, pendant la nuit, à une petite fille, Églantine, qui décédera à une heure de vie. Les parents, choqués, n'ont pas souhaité être auprès d'elle à cet instant qui leur est apparu « trop fou », « trop dur ».

En effet, on observe bien souvent un premier mouvement de recul, de mise à distance des parents sur la question de pouvoir rencontrer ou non leur bébé en fin de vie ou décédé. De nombreux facteurs l'expliquent, essentiellement « la peur de rester traumatisé », que le bébé ne soit pas « fini » à cet âge, la crainte de voir la mort, ou encore la croyance qu'ils s'attacheront encore plus à cet enfant et que par conséquent leur souffrance n'en sera que plus forte dans l'avenir. Pour ma part, je passe beaucoup de temps à expliquer au couple quel sens prend notre proposition de rencontre avec leur bébé, le fait qu'il est bien plus aisé de faire le deuil d'un individu que l'on (re)connaît que celui d'une représentation abstraite soumise aux fantasmes les plus terrifiants. « Je passe des heures à m'imaginer comment il pouvait être », dit l'une. « J'imagine des malformations », dit une autre lorsque le tête-à-tête n'a pas été possible. La réalité est toujours plus douce que ce que les parents imaginent de leur enfant décédé et la rencontre avec celui-ci est pour eux à l'unanimité « un soulagement ». Je déconstruis peu à peu avec eux les peurs. Quant à la question de l'attachement qui serait plus fort après, de toute évidence il est déjà trop tard, ils sont déjà dans un attachement profond à cet enfant et le rencontrer ne sera pas plus difficile, bien au contraire!

UNE URGENCE PSYCHIQUE : L'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE DANS L'ICI-ET-MAINTENANT LORS DE LA RENCONTRE ET LA PERTE DU SECOND BÉBÉ

L'intervention professionnelle « dans l'instant » se situe au cœur du traumatisme, dans une tentative de créer un espace le plus sécure possible afin que les parents puissent retrouver leur bébé « perdu » et qu'il ait une identité incarnée. Elle leur permet de vivre l'importance de cette rencontre, comme la construction de précieux souvenirs concrets, des images, avant cette séparation définitive si difficile d'avec leur bébé qu'ils garderont en mémoire.

Cette attention invite la pensée à se remettre en marche par des médiations, des actions qui parlent d'elles-mêmes, selon le psychiatre Paul-Claude Racamier. Donner mouvement et vie par l'importance accordée aux détails. Ici la posture professionnelle ne peut que s'adapter au rythme du père, de la mère, saisir tous leurs mouvements infraverbaux et les réactions corporelles, traduire en gestes ou en mots ce langage. « Tous ces petits riens qui font les grands liens », dit Martine Lamour (Lamour et Gabel, 2011). De telles expériences sortent les parents d'une grande torpeur ou de la sidération par ce travail « d'être présent et avec » en suivant les déferlantes et le rythme des vagues émotionnelles face aux territoires d'un corps qui bougeait au-dedans de soi devenu inerte dehors. Faire une place aux souvenirs permet de mieux différencier « ce bébé-là », en suivant les parents dans leurs tâtonnements pour trouver les mots qui qualifient les émotions qu'il leur fait vivre à cet instant-là. Cela demande patience et encouragements afin de lever les impensables, d'être là pour qu'ils aillent à la découverte de leur bébé réel et le touchent, le portent...

Le travail en binôme est essentiel parce que nous pouvons davantage contenir des émotions violentes sans nous cacher derrière des mécanismes de défense, des rationalisations, des actions qui coupent la parole des parents et empêchent les différents processus de pensée d'émerger. Ce travail est complexe, y compris pour les cliniciens qui connaissent par expérience ce que représente l'absence de ce type de travail précoce au plus près du langage corporel.

Et dans l'après-coup

Ces actions thérapeutiques sont étayantes car la présence physique et la continuité psychique du soignant sont importantes pour le précieux travail de restauration. Les parents nous le disent si souvent et nous constatons que les effets thérapeutiques sont fructueux.

Pourquoi ? Parce que nous avons vu avec eux que leurs éprouvés et les souvenirs confus demandent à se préciser dans l'après-coup avec un

témoin qui écoute et a compris les régressions psychiques singulières pour accompagner les chemins et les butées de la mémoire vers une plus grande autonomie et un ressaisissement de soi.

Première rencontre entre Églantine et ses parents

Dans la suite de la perte du bébé pendant la nuit, madame a demandé que Laurette vienne au matin la rencontrer. Elle pleure, elle est calme et déroule simplement ce qui s'est passé pendant la nuit. Elle décrit les choses mais est un peu à côté dans sa narration. Son obstétricienne référente arrive, nous salue puis se place au bout du lit. Madame parle facilement avec elle. J'ai le sentiment dans cet instant précis et avec le décalage des émotions vécues par les unes et les autres que c'est le médecin qui est le plus affecté par la situation. La maman nous dit qu'ils n'ont pas voulu voir le bébé et que le papa est terrifié à cette idée, et qu'« il ne veut surtout pas de ça » ; « c'est un truc de fou », dit madame. Après la nuit, elle se pose maintenant cette question et nous l'encourageons à accepter. Puis, compte tenu des réactions si contrastées des parents, avec Mélodie nous proposons une rencontre à quatre avec Églantine.

Récit à deux voix

Nous nous donnons tous rendez-vous dans la chambre de gynécologie.

LAURETTE : Je reste avec les parents que je connais depuis la première naissance, pendant que Mélodie part pour aller chercher le bébé au funérarium. Lors de son départ, nous ressentons que ce temps est lourd mais prend petit à petit une valeur plus symbolisée entre angoisse de l'attente et peur de la confrontation au bébé mort. Cette absence du bébé et l'action de la psychologue qui est partie le chercher présentifient d'autant plus le bébé qui va, de fait, refaire son apparition très bientôt. Pendant ce temps, les parents se soutiennent mutuellement. Monsieur laisse sa tête et son tronc s'enrouler; il se ramasse de plus en plus sur lui-même tandis que madame tente de le rassurer. Il est tétanisé, sans voix, assis entre sa femme et moi qui suis plus en arrière. Je demande à la maman si elle a déjà vu des personnes mortes. Elle répond que non et qu'elle a peur en même temps qu'elle souhaite connaître sa fille. Un petit équilibre a été trouvé tandis que je garde le maintien de ma main sur la colonne vertébrale du papa en anticipant l'étape suivante. Il peut dire sa peur de s'effondrer, ne parle pas mais a besoin de notre attention commune. Écoulement du temps. Puis nous développons, dans ce silence, une vigilance à l'environnement et guettons les bruits de couloir et de portes signifiant l'arrivée proche d'Églantine venant de la morgue avec la psychologue. Mélodie revient, arrive et frappe à la porte. Avec Églantine, elle prend le temps d'approcher le petit berceau.

MÉLODIE : Lorsque j'entre dans la chambre, les parents sont assis côte à côte sur le lit, Laurette se tient debout à côté du papa. J'approche doucement le berceau sur lequel est posé un drap qui ne laisse pas encore percevoir leur petite fille. Je me place à côté de la maman si bien que les parents se retrouvent physiquement soutenus dans un espace sécurisé entre Laurette et moi. Je sais combien il est important de laisser aux parents le temps de s'habituer peu à peu à ce qui est en train de se passer. Je prends soin de leur décrire leur petite fille, comment elle est positionnée, sa couleur de peau, de quoi elle est entourée (les auxiliaires de puériculture font un travail formidable autour du soin apporté à la présentation du corps du bébé) afin qu'ils se fassent une première représentation mentale de leur petite fille et qu'ils se familiarisent peu à peu avec cette rencontre. Seulement lorsqu'ils sont prêts, je commence à soulever une partie du drap, ce qui laisse enfin place à cette si précieuse rencontre.

LAURETTE: Nous sommes pris dans un éloge de la lenteur en suivant le rythme des parents. Cela nous permet de nous adapter cliniquement au plus près de leurs réactions émotionnelles, et de percevoir dans cette pulsation si particulière, ce temps unique « hors du temps ». Avant que le dévoilement du corps du bébé ne se produise tout à fait et la confrontation avec Églantine dans sa réalité, j'observe que les parents se resserrent sur le lit tandis que la maman regarde intensément vers le berceau.

Églantine a un visage très rond et du collyre jaune sur les paupières fermées avec un bonnet de naissance blanc sur la tête. Elle porte une grenouillère un peu grande jaune pâle. Ils disent leur peur de toucher un petit mort. Mélodie prend le temps, attend les moments plus propices et les encourage. Le drap est peu à peu retiré par Mélodie, les parents découvrent leur petite fille, temps de découverte figé puis de stupéfaction ; personne ne bouge, personne ne parle. Nous les voyons dévisager, ou peutêtre plutôt « envisager » cette petite fille. « Oh, elle est toute petite! » dit la maman. Nous nous adaptons à ces minutes qui s'enchaînent, chaque instant compte... Puis vient un véritable effondrement des parents. Le papa est en sanglots, la maman dit des mots entre les pleurs : « J'aurais tellement aimé la garder plus longtemps... elle est tellement mignonne... tu es belle... c'est fou. » Puis, ensemble, ils s'accordent. Ils parlent entre eux et trouvent leur petite enfant si magnifique.

MÉLODIE: Nous soutenons cet instant en les rassurant doucement. Je les invite à plusieurs reprises, sans pression toutefois, à oser toucher, embrasser, porter leur petite fille s'ils le souhaitent. Puis peu à peu, ils parviennent à

s'autoriser à toucher et à caresser des parties du corps de leur petite Églantine, le haut du corps essentiellement, ce qu'ils font avec bonheur et tendresse en cet instant si douloureux.

LAURETTE: Puis le charme de cette petite fille opère. La maman dit à son mari : « C'est quand même fou! Nous avons fait un beau bébé. Elle ressemble à sa grande sœur! » Ils se mettent à scruter tous les petits détails du visage d'Églantine et à rechercher toutes les ressemblances. Nous observons des moments drôles, où ils se mettent à comparer leur bébé avec une grand-mère! Puis les questions concernent les références à l'appartenance à chacune des deux familles paternelle et maternelle avec quelques remarques transgénérationnelles qui les amusent. Nous assistons à un moment heureux et les parents sont en interaction au-dessus du berceau d'Églantine pour qualifier toutes les particularités de son visage. La joue du bébé est caressée par la main douce de sa mère. La réalité de ce bébé s'inscrit et se parle spontanément. « On lui parle mais c'est fou tout de même! » De notre côté, nous nous disons que l'on prendrait « le temps qu'il faut » malgré les pressions institutionnelles. Puis ils se mettent à évoquer ce qu'ils avaient rêvé pour ce bébé-là, comment ils l'avaient imaginé et comment serait devenue cette petite fille. Et ils se sont mis à associer sur les cadeaux que les grandsmères avaient faits (un petit dessus-de-lit, des chaussons...). Nous leurs avons proposé, dans l'idée que cela ne passe pas à un autre enfant, de les lui offrir maintenant. « Après tout, ces cadeaux, c'était bien pour Églantine non? » Cette proposition ne les a pas du tout effrayés; bien au contraire, c'est comme si quelque chose d'évident se produisait simplement. Ils ont disposé, habillé, offert au bébé toutes ces choses qui lui était personnellement destinées. Ils ajouteront au berceau des petits chaussons jaune poussin tricotés par une arrière-grand-mère, des photos d'eux ainsi qu'un dessin de leur grande fille destiné à sa petite sœur.

MÉLODIE: Puis la maman place sur le corps d'Églantine une petite couverture qu'elle lui a tricotée comme pour la protéger et encore la tenir au chaud, quand le papa, lui, pose délicatement toute sa main et son avant-bras tatoué en recouvrant le corps de sa fille, lui apportant protection; mais aussi, nous semble-t-il, dans ce seul moment où il la touchera sous nos yeux, ce geste est comme une sorte de prise d'empreinte du contact et des proportions du corps du bébé comme souvenir concret. Est-ce là une variation subtile de l'article de Michel Soulé (1992), « La mère qui tricote suffisamment » ? Pour ce père, ce geste devient un repère sensoriel indélébile de l'enveloppe corporelle du bébé qui le sort de sa passivité – un porte-empreinte. Constatant qu'un espace de familiarité avait pu se créer entre eux trois, nous proposons de les laisser seuls avec leur bébé pour profiter de ces instants. Nous les avons laissés près de vingt minutes dans leur intimité familiale.

LAURETTE : À notre retour dans la chambre de la maternité, nous avons trouvé des parents apaisés, bien différents et surtout beaucoup plus tranquilles et en relation. Ils ont fait des photos de leur petite fille « pour garder des vrais souvenirs d'Églantine ».

MÉLODIE : Puis vient le temps peut-être le plus compliqué où je dois annoncer que je dois ramener le bébé à la chambre mortuaire. Ces instants limités où il faut à nouveau se séparer d'elle. Lui dire au revoir. Le papa peut regarder son enfant mais ne la touche plus. Après que la maman a embrassé sa fille et lui a parlé, je sors à nouveau de la pièce.

LAURETTE: Ce moment est tendu à nouveau. De mon côté, j'accompagne dans cette « sorte de redescente » puis de séparation inéluctable qui est vécue comme une perte incommensurable pour eux. Ritualiser ce moment et être deux professionnelles permettent d'atténuer le sentiment d'arrachement que ressentent les parents, en étant capables, dans un duo de confiance, de tenir les différents aspects de ce qui se joue dans ces instants, ou tout au moins de tenter de le faire du mieux possible. Je suis donc restée auprès d'eux, après le départ de leur petite fille, jusqu'à ce qu'ils n'aient plus besoin de moi, quand madame a évoqué les préparatifs des obsèques. Nous convenons, avant mon départ, d'une prochaine date afin de nous revoir après la cérémonie.

Dix jours plus tard, les deux parents sont là. Ils s'expriment facilement. Monsieur dit qu'il a eu besoin d'aller voir sa grand-mère maternelle avant les obsèques afin de lui présenter sa fille Églantine en montrant les photos, mais pas à ses parents. Ensemble, ils sont contents car les obsèques « ont été belles malgré le chagrin ». Ils réfléchissent aussi à ce que vit leur aînée.

Remarque

Ici, nos expériences professionnelles et notre écoute des bébés et des parents dans le domaine périnatal sont portées non par une éthique théorique d'une vertu personnelle mais par une éthique des liens entre la vie et la mort, le transgénérationnel et les fantasmes intergénérationnels. Cela est nourri aussi par notre conscience professionnelle du besoin d'être simples et présentes, concrètement, au plus près des corps et de la pensée corporelle régressée et attaquée des uns et des autres quand surviennent des déflagrations intimes. Ce type d'écoute est, pour nous, riche d'enseignements cliniques et source des meilleurs ajustements face à nos perceptions des besoins psyché/soma. Une telle intervention est, pour nous, un prolongement du travail proposé par Myriam David autour de l'observation et de l'accompagnement thérapeutique. En effet, accepter de se centrer ainsi sur le bébé qui est là sous nos yeux, et sur ses parents donne une véritable place à chacun et clarifie les postures d'identifications professionnelles bien

souvent inconscientes et peu travaillées. Créer un binôme de psychologues cliniciennes en maternité/gynécologie et en réanimation néonatale nous est apparu comme étant essentiel du point de vue de ces situations, y compris au regard de notre propre santé mentale. Un de nos outils thérapeutiques, si ce n'est le plus précieux, est l'humanité. Nous acceptons de nous laisser toucher, parfois nos larmes paraissent... Peu importe, nous sommes là pour soutenir ce moment fondamental dans l'histoire de cette toute petite personne qui a vécu une heure, et de ses parents, ce qui est à nos yeux d'une importance cruciale pour le futur de ces couples et de tous leurs enfants, ou encore pour le jumeau vivant et celui qui est mort. Ces accompagnements en binôme ne sont pas réservés à l'expertise des seuls psychologues. Les associations de différents corps de professionnels sont très intéressantes dans des moments intenses comme celui-là. Cependant, ce cadre ne peut être thérapeutique que dans un respect sans conseils, une écoute et un véritable accueil en soi de la souffrance, en sachant s'appuyer sur ce duo. Dans nos services, des boîtes personnalisées sont proposées pour ranger des souvenirs, des empreintes, une mèche de cheveux..., des photos du bébé.

Troisième grossesse

Madame continue de téléphoner ou de demander épisodiquement des rendez-vous auxquels Laurette répond.

LAURETTE: Lorsqu'elle se sait enceinte, alors qu'elle pestait contre les tests de grossesse toujours négatifs, la maman est désorganisée. Perdue entre retourner à la clinique ou garder son suivi à l'hôpital. Je comprends qu'elle s'imagine que puisque le premier enfant est vivant à l'issue de ce parcours de soins, elle devrait peut-être se mettre dans le même sillon, repasser par la clinique « pour avoir une chance ». Elle dit ne plus pouvoir rencontrer l'obstétricienne référente de l'hôpital. Elle ne peut pas car elle a peur de tout maintenant. Son mari souhaite au contraire qu'elle retourne à l'hôpital avec Claire Combescure car c'est là que le suivi est organisé et qu'elle est le mieux connue. J'approuve monsieur et je propose d'aller avec elle prendre un rendez-vous de consultation puis de l'accompagner à ce rendez-vous de reprise de contact. Elle accepte. Je ferai le lien pendant les quinze premières minutes dans le bureau de consultation de gynécologie avant de sortir.

Le mois suivant, la sage-femme de PMI qui a suivi M^{me} A. en postnatal nous alerte sur le fait qu'elle se trouvait en difficulté. En effet, à chaque fois que je pars en congés, laissant donc un vide, madame a besoin de continuer à parler avec d'autres professionnels (la sage-femme, son médecin...). Mélodie la rappelle devant l'urgence décrite et offre un espace d'élaboration

permettant de tenir jusqu'à mon retour. Cette articulation est un des nombreux atouts et potentiels de la compréhension du besoin de continuité pour la patiente, sans prendre la place de l'autre mais en articulant les besoins en lien avec le cadre de soin non seulement au niveau intrahospitalier mais aussi avec le réseau. Cet aspect du travail clinique est difficile à faire comprendre, et l'idée que les places dans les mêmes fonctions sont interchangeables est néfaste et improductive mais donne meilleure conscience. Un psy est passé! Il faut que tu la voies!

Neuf semaines d'hospitalisation

Neuf mois après la perte d'Églantine, M^{me} A. est hospitalisée en gynécologie face à une nouvelle menace d'accouchement prématuré à 26 SA. Suite au départ (anticipé) de Laurette, Mélodie reprend l'accompagnement auprès de cette patiente comme nous l'avions prévu.

MÉLODIE : Nous nous connaissons bien maintenant. M^{me} A. semble plutôt sereine, voire soulagée de la décision médicale, car elle se préparait depuis longtemps à cette hospitalisation au regard de ses antécédents. Elle attend un petit garçon, ce qui la plonge dans plusieurs sortes d'émotions : la joie que représente réellement « une autre histoire », et la déception, « attendre une fille aurait été une revanche ». Toutefois de manière globale, elle peut dire « avoir peur de tout et tout le temps » : que son bébé décède, qu'il naisse prématurément, qu'il soit handicapé... Une chose est sûre, elle « ne veut pas qu'il souffre ». Elle restera durant toute l'hospitalisation très compliante à l'alitement et aux soins.

Lors de ces retrouvailles avec moi, tout lui revient en bloc : la naissance de sa première fille, la néonatologie, la naissance si prématurée de sa deuxième fille, son décès, les obsèques. Tout cela avec tant de détails qu'elle se retrouve à nouveau prisonnière de vécus d'effraction psychique multiples tout en continuant à les élaborer. Son objectif est d'atteindre les 28 SA et à cet instant, il lui est impossible de se projeter comme pour ses premières grossesses ; aussi tente-t-elle de rationaliser et de se rassurer. Sa peur de répétition d'une nouvelle perte crée toutes les indications d'une crainte d'un effondrement (Winnicott). Ses questions porteront beaucoup sur sa grande fille, qu'ils ont « beaucoup gâtée et à qui ils ont tout cédé » suite au décès d'Églantine et parce qu'elle l'a mise à distance depuis le début de la grossesse de peur qu'elle ne s'approche trop brusquement de son ventre, ce qui crée en elle un sentiment de culpabilité.

Puis, madame évoque les différences de vécu à propos de ses trois grossesses :

- « la première j'étais insouciante car pas au courant de mon problème d'utérus » ;
- « la deuxième j'étais en confiance car bien que prématurée ma grande fille va très bien et j'étais bien suivie pour cette grossesse [elle évoque le cerclage], quand tout s'est effondré à nouveau »;
- « pour cette troisième grossesse je ne suis pas en confiance, j'avance au jour le jour ».

Un mois après le début de son hospitalisation, M^{me} A. est toujours très anxieuse et parle énormément d'Églantine. Les soignants s'interrogent sur « l'état du deuil » de cette mère qui passe beaucoup de temps à répéter chaque détail de ce qu'elle a vécu lors du décès de sa fille. Elle culpabilise par exemple « de ne pas l'avoir prise dans ses bras ». Chaque soignant se montre bienveillant envers M^{me} A., quel que soit le poste qu'il occupe, et accepte qu'elle leur dépose ses réflexions lors des semaines d'hospitalisation qui suivront. M^{me} A. retrouve régulièrement un bon moral, et ne se plaint jamais de cette hospitalisation, trouvant toujours à s'occuper (coloriage zen, qui lui permet d'échanger des dessins avec sa grande fille, lecture, DVD...). Son mari et sa fille viennent lui rendre visite tous les jours. Elle se surprend elle-même lorsqu'elle dit qu'elle se sent bien : « Ça me fait bizarre de dire ça! » Elle avance tranquillement avec les jours qui s'égrènent, dans son lit. Elle pense que l'issue de cette grossesse sera à 28 SA puisqu'elle ne connaît rien d'autre. Elle s'interroge aussi beaucoup sur le mode d'accouchement : une césarienne la rassurerait car elle est pour elle synonyme de vie, alors qu'une naissance naturelle l'angoisse au regard de ce qui est arrivé à Églantine. Elle n'a pas encore eu de préparation à l'accouchement et fait une demande finalement en ce sens, ce qui marque pour nous un décalage différenciateur dans l'histoire des trois grossesses.

Une fois le seuil critique de 28 SA franchi, le moral de madame chute à nouveau avec l'apparition de contractions utérines. Notre observation est que ce phénomène est régulier dans ce genre de parcours obstétrical. « Maintenant que je suis arrivée à 28 SA, mon objectif était d'atteindre les 30 SA. » Madame se sent soutenue par la sage-femme de PMI, « sa bonne fée », qui vient lui prodiguer, dans sa chambre, des séances de sophrologie une fois par semaine, moment très précieux pour elle. Elle évoque avec moi sa peur autour du mode d'accouchement ; elle associe constamment sur la crainte d'une répétition de la mort de son futur bébé. Jacques Salomé dit que « derrière toute peur il y a un désir » aussi ; je lui demande quel serait son désir : « Que mon bébé aille bien! »

Je reprends cela en montrant que jusqu'ici elle s'est tournée très fortement sur le chemin de ce désir, en y mettant toute son énergie, et que cela a été bénéfique puisqu'elle avait réussi à atteindre son objectif de 28 SA. Revalorisée, elle entend mieux l'importance de ne pas prendre le chemin de la peur, beaucoup plus coûteux en énergie, puis me dit spontanément : « Je suis quelqu'un qui abandonne assez vite dans la vie, mais quand je suis enceinte, je donne tout! » Reprenant son objectif qui est à présent celui de 30 SA, elle annonce que ne pas l'atteindre serait pour elle « un échec ». Elle peste contre « ce corps qu'elle ne contrôle pas ». Afin de renforcer son désir, je l'encourage très vite à se sentir le plus possible actrice dans leur relation naissante, quel que soit le terme de la naissance. Nous évoquons aussi ce bébé qui va naître ; je lui propose de placer contre elle un doudou et de le garder jusqu'à la naissance de son fils, premier cadeau qu'elle pourra lui transmettre dès la naissance, de chanter pour lui. Ainsi, s'ils sont amenés à être un peu séparés, son petit restera au contact rassurant du bain d'odeur de sa mère. Cette idée et cette perspective l'apaisent instantanément. « Je n'y avais pas pensé », dit-elle plus soulagée.

Après des congés, lorsque j'entre dans sa chambre, un joli soleil est dessiné sur le tableau Velleda. À l'intérieur y est inscrit le nombre 30. Madame est très souriante, contente de me dire « qu'elle a tenu ». Elle me présente également une photo de son ventre réalisée pour l'anniversaire de son mari et sur lequel elle a inscrit : « Bon anniversaire papa ! »

« l'accepte de me projeter à présent », me dit-elle. Elle a acheté par Internet un tas de choses pour le bébé. Son mari et sa fille ont choisi le doudou : « Un doudou pour mon frère », dira Louise et dont elle prend grand soin. Toute la famille prépare l'arrivée de ce bébé. Madame ne connaît plus d'épisodes durant lesquels elle passait de longues heures à décliner encore et encore, dans une boucle de répétitions, chaque détail de la perte d'Églantine. Elle est maintenant tournée vers chaque sensation nouvelle aux niveaux corporel et émotionnel avec son petit. S'appropriant cette grossesse, elle vit la nouveauté d'un processus finalement plus « normal ». Elle découvre enfin cela lors de cette troisième grossesse, après avoir réussi à passer tous les caps et les stades des dates qui avaient ponctué les précédentes. Elle sent beaucoup son bébé bouger. Elle est émerveillée devant un pied ou un coude qu'elle voit passer d'un côté à l'autre de son ventre. « Il va être gros même s'il est prématuré en comparaison de Louise et d'Églantine!» Elle laisse exprimer sa joie et est heureuse car son mari et elle-même souhaitaient ensemble, sans se le dire, « avoir un garçon après leurs filles ». Son mari lui a dit : « Tu vois, on aura réussi à avoir nos trois enfants avec nos deux filles et notre garçon. » Maintenant et à cet instant chaque enfant trouve sa propre place. La famille connaît une belle évolution et Églantine existe avec les autres frère et sœur au sein de sa fratrie sans collusion ni confusion. Une sérénité s'installe enfin dans l'attente de l'accueil de ce bébé et dans le soutien mutuel.

Naissance de Joé

Finalement, madame donne naissance à un beau petit garçon, Joé, de 2 200 g. Bien qu'étant sous surveillance néonatale, dans un lit chauffant, Joé peut rester auprès de sa maman. Elle aura « tenu » jusqu'à 35 SA. L'hospitalisation prénatale aura duré, totalement couchée, neuf semaines! L'accouchement s'est plutôt bien déroulé. Claire Combescure était présente pour l'accueillir, ce qui a été très rassurant pour elle, même si c'est un autre gynécologue qui l'a aidée à faire naître son bébé. Un peu plus tard, Claire est venue jusque dans sa chambre pour prendre des nouvelles et faire connaissance avec Joé. Madame, ravie, lui a dit : « On a tous bien travaillé! C'est un vrai travail d'équipe, on s'y est tous mis! » Les premières interactions de la maman avec Joé ont pu se faire dans un rythme apaisé et accompagné.

Pendant son séjour, elle croisera la sage-femme du service de gynécologie qui l'avait accompagnée lors de la perte d'Églantine. Cette dernière me fait part de leur échange : « Les parents ont été très heureux de me revoir. La maman m'a dit très spontanément : "Votre parfum, je ne peux pas l'oublier, il me rappelle Églantine." Prise au dépourvu, la sage-femme s'excuse, et elle répond : "Non surtout pas ! C'est un souvenir agréable et important pour moi !" De quoi fondre comme une madeleine ! »

CE QUE VIENT NOUS DIRE CETTE EXPÉRIENCE

Prendre soin du bébé mort et accompagner de cette manière, c'est permettre à la fois aux parents de donner une place différenciée pour un autre bébé en poursuivant les processus de vie, et à ce dernier d'advenir dans la construction de sa propre vie psychique avec des parents attentifs à sa personnalité naissante.

Intérêt de ne pas travailler seul sur ces situations et de créer pour chacun du « sur-mesure »

Le psychologue comme spécialiste des émotions, le médecin comme spécialiste du fonctionnement du corps..., tous les corps de métier peuvent participer à la création d'une enveloppe institutionnelle sécurisante.

Des changements s'opèrent dans la fonction publique : les hôpitaux s'ouvrent à la médiation thérapeutique (art, chant, yoga, travail sur la qualité soignante des gestes, analyse de la pratique...), mais les lourdeurs et les lenteurs administratives ainsi que les enjeux de pouvoir peuvent parfois empêcher et gâcher des compétences. Les professionnels qui pensent avec humanité dérangent et leur « efficacité » en termes de « rentabilité » est questionnée.

Se réinscrire dans l'altérité et l'humanité : les groupes de parole par l'expérience pour les parents endeuillés

Partager son expérience avec d'autres parents ayant vécu de semblables expériences, bien que toujours singulières, est d'une très grande importance pour eux. Parler librement de son vécu, ses émotions (vide, colère, honte, culpabilité...), ainsi que faire exister sans peur du jugement son enfant disparu est certainement l'outil thérapeutique le plus puissant à la disposition du psychologue dans l'accompagnement des couples. À travers ces expériences croisées, une réelle humanité se met rapidement en place, les couples y trouvent un lieu où ils se sentent « compris », « reconnus » ; ne pas « être les seuls » à subir pareille épreuve les rassure beaucoup et les déculpabilise. Cela leur permet peu à peu de sortir du sentiment d'isolement qu'ils décrivent fréquemment après la perte d'un bébé. Notre société fait de cette question du deuil périnatal un vrai tabou. Passé les premiers jours, les premières semaines, ces enfants disparus ne sont bien souvent plus évoqués dans la famille ou auprès des amis, qui évitent le sujet plus par maladresse que par détachement, alors que les parents, eux, ont un désir accru de pouvoir continuer de parler de leur bébé. Le groupe de parole par l'expérience permet aux parents de trouver réconfort et capacité d'évolution entre eux, sans jugement, selon leur propre tempo.

Refaire un chemin côte à côte

Car tout cela n'est pas surréaliste; nous refaisons parfois, avec les parents qui en ont un besoin psychologique, le chemin parcouru entre la salle de naissance (« Je me souviens »), l'entrée du bloc opératoire (« Je ne me souviens de rien! Je me souviens, dit le père, j'étais assis sur cette chaise »), les couloirs menant au service de réanimation bébés et/ou adultes (« Je ne me souviens pas, dit la maman. Je me souviens, dit le papa, c'était tellement long ce couloir! »), le service de gynécologie (« Je me souviens, ma chambre était au numéro 22 »), le couloir pour aller dans le service de réanimation des bébés (« Je me souviens »). Aller jusque dans le sous-sol, jusqu'à la morgue. Nous sommes frappées d'assister à chaque fois à une crispation du temps, à la redécouverte des lieux, au besoin de mesurer le temps écoulé, aux immobilisations au milieu du couloir voir émerger une pensée en action dans le regard tourné vers le fond du couloir. Les parents s'accrochent à tout et veulent le fixer dans leur mémoire, une mémoire devenue plus vive, mieux organisée et davantage maîtrisée.

Se réapproprier un corps meurtri : le yoga comme médiation thérapeutique

La « chair », le corps et le toucher sont une médiation thérapeutique de très haute technicité. La pratique du yoga proposée aux mères endeuillées semble être un outil de choix pour la restructuration et la réappropriation d'un corps meurtri. Le yoga, comme discipline du souffle, lorsqu'il a été littéralement « coupé », accompagne les parents dans un « territoire du souffle » (Chedid, 1999), afin de se réapproprier le corps blessé, une sensorialité attaquée et une motricité spontanée empêchée. Le yoga réhabilite le corps et l'esprit tout en travaillant les difficultés de temporalité. La philosophie qui y est associée permet aux parents de faire un réel travail sur les sentiments de culpabilité, la honte... Ils apprennent peu à peu à ne plus se juger constamment et à s'ancrer dans l'instant présent par l'approche de la pleine conscience notamment, en reliant tranquillement corps et esprit.

Médiation et restauration psychique par les gestes du quotidien

Parmi les soins quotidiens prodigués par les soignants, l'attention et la qualité des gestes sont peu considérées et rarement pensées en termes professionnels. Pourtant ces liens « invisibles » sont d'une importance capitale. Le témoignage d'une jeune accouchée en donne une illustration et reste pour elle un souvenir aigu : « Une sage-femme s'est occupée de moi le lendemain et m'a fait une toilette délicate sur tout le corps alors qu'il était parti en lambeaux avec cette naissance "trash". J'ai retrouvé mon corps et j'ai su que j'allais m'en remettre. » Myriam David insistait sur le soin du corps en situation extrême ; elle disait que le soin corporel réconfortant est une preuve de gratitude et donne le sentiment « d'être remontée sur sa tête² ».

Faire des liens avec des supports symbolisés (un exemple)

Concernant l'utilisation de tissu en coton blanc comme lien entre la maman et le bébé, l'expérience nous a appris qu'il en fallait en réalité deux pour atténuer le sentiment d'arrachement et faciliter le processus d'attachement. Chacun le sien donc afin d'avoir l'assurance d'être relié par un double mouvement. Ainsi, chacun échange régulièrement, dans un « peau à peau décalé », un tissu qui est porté à tour de rôle par l'un et l'autre. En service de réanimation adulte, nous avons aussi observé que cet objet identifiait aussitôt une mère et soutenait la permanence du lien au bébé dans l'essprit des soignants.

^{2.} YouTube : vidéo Myriam David, document : « Une maison pour grandir ».

Faciliter la rencontre parents-enfant : le groupe parler-chanter

« Tu devrais voir la maman de Noélie pour ton groupe, lui avait dit une collègue. Elle passe les sonates de Bach à sa fille. » L'échange fut d'abord étrange avec un discours cadenassé. Cette femme courtoise et chaleureuse parlait en retenue. Laurette vit que cette maman ne regardait pas son bébé, parlait beaucoup des bienfaits de la musique et entendit qu'elle avait peur de retourner seule dans sa chambre le soir et reculait cet instant. Laurette le comprit comme une demande et proposa de revenir le soir même, ce que la maman accepta. Elle ne réussissait pas à voir sa petite fille toute ronde, placée sur le côté vers elle et fraîchement née. Ce soir-là, sept jours après la naissance, elle a découvert son bébé Noélie, par la médiation du groupe « parler/chanter » mené avec Christine Lambert, la puéricultrice du groupe. Ce cadre fut un formidable levier de création des liens primaires d'attachement et de reconnaissance par le dialogue des émotions grâce au cordon vocal de la voix maternelle. Cette belle enfant était là dans sa couveuse, bien vivante et attentive aux signes de sa maman. Elle attendait une rencontre qui fut merveilleuse et poignante. Ce travail concret avec un binôme chevronné et d'une haute technicité est très intéressant du point de vue des enjeux précoces de santé mentale. La maman demanda un rendezvous pour le lendemain. Madame restait tournée vers un autre bébé, mort depuis six ans. Elle confiera qu'elle ne s'était pas remise de la perte de son premier bébé à presque 3 mois de grossesse suite à une hémorragie faite sur une aire d'autoroute.

CONCLUSION

Restaurer ou accompagner psychiquement le lien parent-bébé décédé dans une maternité constitue un enjeu que nous ne devons plus négliger. Il est essentiel de faire reculer nos propres mécanismes de défense face à celui qui va disparaître et de le faire exister de manière distincte en tenant compte de la manière dont chacun vit la mort et dans le respect de cette période spécifique.

Psychologues et gynécologues partagent l'intimité des familles ; nous sommes témoins de l'exposition des corps, des meurtrissures des chairs ainsi que du monde émotionnel et des vies bouleversées. La vitalité clinique d'une recherche d'écoute de la langue de l'autre est un ajustement nécessaire qui nous oblige à chaque fois à nous confronter à nos propres limites et à sortir des sentiers battus. C'est parce que nous nous engageons aux côtés des familles de cette manière que « l'accompagnement clinique » fonctionne et produit des effets thérapeutiques directs et à long terme. Le soin global, au

fondement d'une évaluation incontournable, ouvre à la compréhension de ce que vit l'autre à condition d'en parler et d'élaborer ensemble. Les équipes, quelle que soit la fonction de chacun, sont formidables, qui accompagnent avec courage ces parents terriblement abîmés et fracassés. C'est là toute l'importance d'un travail en équipe intra et extrahospitalier : « le maillage du réseau » au service des partenaires de la famille.

Nous intégrons pleinement les propos de Marc Augé³ dans notre démarche clinique. Quand l'autre ne maîtrise pas le langage, dit-il, nous devons réinventer un langage pour le partager à chaque fois que nécessaire. Là est notre engagement moral et éthique avec le sentiment de répondre aux exigences du cadre de notre travail.

EN GUISE D'ÉPILOGUE, UN POÈME

Bouts de vie4

Un enfant naît, Il pousse un cri, Ils ouvrent les mains : joie et bonheur ! Nous sommes là...

Les aider à donner la vie, Voilà notre pain quotidien, Et déposer contre leur sein, L'enfant du nom qu'ils ont choisi

Oui, mais lorsque la vie s'enfuit, Le ciel se charge de nuages : Oublié, le cadeau béni, Finis les rêves d'enfant sage...

Lorsque l'œuf s'ouvre sur la mort, Lorsqu'on sait qu'il ne vivra pas, Que peut-on dire ou faire encore, Sinon écouter, être là?

Beaucoup plus longtemps que neuf mois, Et bien plus lourd qu'il n'est permis, Le fardeau de cet enfant-là, Sera porté toute une vie.

^{3.} Marc Augé, né le 2 septembre 1935 à Poitiers, est un ethnologue et anthropologue français.

^{4.} Anonyme. Interne en gynécologie obstétrique, janvier 2007.

Il faudra les accompagner, Sur l'âpre chemin des regrets, Qu'enfin ils laissent s'envoler, L'ange qu'ils ne peuvent enlacer.

Un enfant meurt, ils poussent un cri. Ils serrent les poings : peine et douleur ! Nous sommes là...

BIBLIOGRAPHIE

ANDRÉ, J. 2010. Les désordres du temps, Paris, Puf.

CHEDID, A. 1999. Territoires du souffle, Paris, Flammarion.

DAVID, M. 2014. *Prendre soin de l'enfance*, textes et commentaires recueillis par M.-L. Cadart, Toulouse, érès.

DERRIDA, J. 1999. *Manifeste pour l'hospitalité*, Vénissieux, éditions Paroles d'aube. FERENCZI, S. 2006. *Le traumatisme*, Paris, Payot.

LAMOUR, M.; GABEL, M. 2011. Enfants en danger, professionnels en souffrance, Toulouse, érès.

NICOL, C. (avec la collaboration de V. Thomas et M. Hardy). 2018. *La petite sœur née endormie*, Paris, Edilivre.

SOULÉ, M. 1992. « La mère qui tricote suffisamment », Revue française de psychanalyse, 4, p. 1079-1088.

WINNICOTT, D.W. 2002. « La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques », Revue française de psychanalyse, vol. 66, n° 4.

Isabelle Schertz, Lilly Philippe, Stéphanie Lopez, Dominique Ditner

Tai chi/qi gong et massage assis de la mère sur chaise ergonomique : de l'attention portée à la mère pour une mère attentionnée à son enfant

Un nombre important de patientes accueillies avec leurs bébés en hospitalisation à l'unité mère-enfant et soin en périnatalité du Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace (GHRMSA) ont connu un parcours infantile semé de carences affectives et de ruptures successives qui ne leur ont pas toujours permis d'éprouver pour elles-mêmes, dans leurs besoins et leur corps, la continuité et la régularité des soins nécessaires à la construction d'une sécurité interne.

L'équipe pluriprofessionnelle en charge de ces mamans s'est alors interrogée sur la nécessité, dans un premier temps, de faire connaître à celles-ci une continuité et une régularité des soins pour elles-mêmes afin qu'elles puissent, dans un deuxième temps, reproduire cette expérience attentionnelle et interactionnelle avec leurs bébés. L'objectif thérapeutique est donc de pratiquer une attention à « l'enfant en soi » du parent pour mobiliser et favoriser l'attention parentale portée à l'enfant de la réalité.

C'est dans le souci de se doter de moyens que des soignantes, au sein de l'unité d'hospitalisation, se sont formées plus particulièrement aux techniques tai chi/qi gong et massage assis de la mère sur chaise ergonomique. Ces techniques, comme d'autres pratiquées au sein de l'unité d'hospitalisation – la relaxation, la sophrologie, le toucher conscient, le socioesthétisme... –, convoquent la maman dans son registre corporel et sont proposées afin de :

- diminuer le stress en diminuant les tensions ;

- favoriser la redynamisation de l'estime de soi par la perception de son corps;
- renouer avec le nursing puis le *holding* en fonction des besoins et des émotions ressenties par la remobilisation de vécus archaïques du corps, dans l'objectif de permettre l'accès à l'empathie envers son enfant.

Ces techniques ont été envisagées pour favoriser une démarche de soin en direction de la mère. Elles s'articulent de façon complémentaire aux autres mises en place pour soutenir l'interaction mère enfant par une prise en compte de l'enfant de la réalité, leur enfant et pas seulement celui en elles.

Ces techniques sont par ailleurs souvent prolongées ou précédées par le massage bébé, le portage en écharpe, l'atelier comptines et patouilles, l'éveil bébé...

PRINCIPES ET CONDITIONS D'APPLICATION DU TAI CHI/QI GONG ET MASSAGE ASSIS SUR CHAISE ERGONOMIQUE

Le tai chi et le qi gong

Ils ont été mis en place dès l'ouverture de l'unité d'hospitalisation mère enfant et sont proposés aux mamans sur prescription du médecin en fonction des concertations de l'équipe lors d'une réunion clinique pluridisciplinaire. Le tai chi et le qi gong sont dispensés par une soignante, soit IDE, soit puéricultrice.

Ce sont des disciplines considérées comme faisant partie intégrante de la médecine chinoise. Elles visent à améliorer le « qi », énergie corporelle circulant dans le corps et indispensable à son bien-être. Le qi gong est une discipline corporelle d'inspiration taoïste, dont les principes sont communs au tai chi. Ainsi le tai chi est un art martial ancestral dont l'héritage est la conséquence d'une alchimie entre la quintessence de certaines techniques martiales existant en Chine et les apports et les bénéfices de la médecine traditionnelle chinoise. Dans l'activité proposée aux patientes, ces disciplines sont pratiquées comme une gymnastique énergétique de santé ; le style en vigueur à l'unité est le plus ancien, dénommé Chen. C'est un exercice physique d'intensité modérée.

L'équilibre, l'enracinement au sol, le déplacement du poids du corps, la lenteur de l'action, la rondeur et la souplesse du mouvement ainsi que la respiration y sont travaillés. La séance, individuelle ou en groupe, dure de trente à quarante minutes et le contenu est adaptable en fonction de l'évolution de la personne. On peut dire que le tai chi est considéré comme « une médiation en mouvements qui, composée de gestes lents, souples et continus, fortifie le corps et rend l'esprit serein ».

Les indications sont larges :

- états anxio-phobiques, anxio-dépressifs ;
- états psychotiques stabilisés ;
- personnes dépendantes ;
- troubles de l'humeur ;
- troubles de l'image de soi, estime de soi et/ou perception physique de son corps.

Les contre-indications sont :

- sujet en état de crise ;
- angoisse, état dépressif majeur, état psychotique aigu.

Les bénéfices possibles et/ou recherchés sont les suivants :

- amélioration de l'humeur en faisant baisser le niveau d'anxiété et en augmentant le sentiment d'efficacité personnelle (Dechamps, Quintard, Lafont, 2008);
- permettre à la personne d'éprouver pour elle-même et de se mettre à l'écoute de son corps ;
- apaisement par le ralentissement et l'aspect méditatif « être dans l'ici-et-maintenant » ;
- prise de conscience de soi et de son environnement ;
- permettre aux participants de faire le lien entre le corps et l'esprit dans une quête d'harmonie et d'équilibre.

Le massage assis

Le massage assis sur chaise ergonomique est une technique acquise par une soignante auxiliaire de puériculture dans le cadre d'une formation certifiante référée à la Sensitive Gestalt Massage. C'est à partir de son expérience initiale du massage bébé que cette professionnelle a souhaité faire vivre aux mamans l'apaisement lié au toucher par le biais du massage assis sur chaise ergonomique. À leur tour, les mamans pourront vivre l'apaisement qu'elles procurent à leur bébé lorsqu'elles le massent. Les deux techniques, massage bébé et massage assis, permettent à l'équipe soignante de prendre en charge dans une dimension globale et complémentaire aussi bien le parent que l'enfant. Tout comme le tai chi et le qi gong, le massage assis est proposé consécutivement à une prescription médicale.

Le massage assis ou Amma assis est apparu en Corée avant de s'implanter au Japon. Le mot « Amma » dérive des termes « An » et « Mo » qui signifient « calmer par le toucher ». Les méthodes de massage assis sont nombreuses, qu'elles soient d'origine traditionnelle ou moderne. C'est un outil de soin relationnel qui augmente le bien-être à travers la détente physique et psychique. Il contribue à une meilleure acceptation et à la valorisation de soi et offre la possibilité de vivre harmonieusement l'unité corps-esprit. La réunification des parties du corps, l'énergie et l'enracinement

y sont travaillés. Ce massage adapte les principes de divers touchers manuels : digipressions, mouvements circulaires, balayages...

C'est un soin de courte durée, entre quinze et vingt minutes. Le patient est dans une position proche de la verticalité, habillé, ce qui le rend moins vulnérable et induit une dynamisation dans une position relaxée.

Les indications sont diverses :

- états de stress ou d'angoisse ;
- états dépressifs ;
- tensions musculaires;
- troubles de l'estime de soi.

Les contre-indications sont proches de celles préconisées pour la chaise ergonomique :

- sujet en état de crise angoisse, état dépressif majeur, état psychotique aigu ;
- personne ne supportant pas le contact physique.

Les bénéfices possibles et/ou recherchés sont nombreux :

- donner, dans un temps court, un moment de relaxation puis de dynamisation ;
- remobilisation des vécus archaïques du corps ;
- diminution du stress et des tensions physiques ;
- faire le lien entre le corps et les émotions ;
- bien-être physique et psychique par l'amélioration de l'estime de soi ;
- faire ressentir à la maman les bienfaits qu'elle procure à son enfant pendant les séances de massage bébé et ainsi renforcer le lien.

Vignette: M^{me} B. et son fils Édouard

Une hospitalisation en UME de M^{me} B. et Édouard a été préconisée dans le cadre : du placement d'Édouard et de sa fratrie, d'un contexte addictif et d'une situation sociofamiliale précaire pour Madame. Celle-ci accepte l'évaluation et l'étayage du lien mère-enfant.

Au début de l'hospitalisation, madame est irritable ; elle présente une labilité de l'humeur avec agressivité verbale et attitude de provocation. Elle n'arrive pas à différer la satisfaction de ses besoins, elle est dans l'immédiateté et dans l'intolérance à la frustration. Madame est en perpétuelle demande médicamenteuse, présentant un état anxieux et fébrile sous-jacent. Sa relation aux soignantes reste limitée à ses besoins primaires : médicaments, manger, fumer... Elle participe difficilement aux activités proposées hormis les massages bébé. Le maternage est discontinu et mécanique, mais elle refuse le relais proposé par les soignantes.

Suite à une mise en danger de sa propre personne dans les locaux de l'UME, madame a été transférée en service adulte où elle signera un contrat de sevrage. Durant ce temps le bébé reste à l'UME et nous organisons des visites médiatisées

biquotidiennes (une heure le matin, une heure l'après-midi pour le biberon ou le bain) durant lesquelles elle se montre attentive. Le retour à l'UME a lieu le 20 avril 2016.

À son retour, elle est plus calme mais elle est à nouveau dans le clivage du côté des soignantes et dans la discontinuité des soins pour le bébé, qu'elle ne priorise pas. Un contrat est mis en place avec la patiente, des contrôles de toxiques urinaires sont prévus. On observe progressivement une ouverture chez madame qui investit sa présence à son enfant et adhère aux activités proposées dont le tai chi et le massage assis font partie.

À son retour après le sevrage, en avril 2016, l'équipe soignante se trouve dans la nécessité d'intervenir fréquemment pour soutenir l'interaction mère-bébé car les soins sont discontinus malgré des échanges visuels et des caresses lors du massage bébé. Sur un plan médical, le traitement sera modifié avec introduction de correcteurs en raison de ses impatiences.

À partir du mois de juin 2016, des interactions mère-enfant ponctuelles sont observables durant les soins comme le bain et le nourrissage. Le bébé cherche à accrocher le regard de sa mère, quelquefois elle y répond mais cela reste rare. Il est difficile pour la maman d'être dans le jeu et elle n'entend pas toujours son enfant la nuit. Par conséquent, le traitement sera revu à la baisse afin de permettre à madame d'être plus présente pour son enfant.

À partir du mois d'août madame parvient à communiquer quelques émotions aux autres et surtout à son fils. Leurs échanges sont de meilleure qualité car plus intenses et plus continus. Fin septembre, madame prend son enfant en charge de jour et de nuit et le lien père-enfant est à nouveau activé avec l'organisation d'une visite.

À partir du mois d'octobre, la prise en charge à l'UME arrive à son terme ; toutefois le placement se poursuit. Le relais est alors pris par le centre maternel en vue d'un accompagnement socio-éducatif pour la mère et l'enfant au sein de la structure.

CONCLUSION

L'équipe de l'unité mère-enfant avait envisagé le tai chi/qi gong et le massage assis pour permettre à la mère d'appréhender progressivement son bien-être, son vécu de continuité et de le transmettre à son bébé par le biais du massage, ce qui avait déjà été observé pour d'autres situations.

Toutefois, dans ce cas clinique, l'équipe est partie de ce que la mère pouvait donner, c'est-à-dire son intérêt et son adhésion au massage de son fils, véritable temps de médiation de la relation mère bébé. À partir de cette capacité qu'elle pouvait elle aussi constater et développer, l'équipe lui a proposé d'expérimenter un abord corporel pour elle-même, ce qu'elle refusait jusqu'alors. Par le biais de son propre vécu et de l'attention soignante, elle a pu intérioriser les bienfaits de l'apaisement pour elle-même et être réceptive

à ce qu'elle pouvait apporter à son fils. Elle a enrichi son répertoire de propositions à l'adresse de ce dernier : comptines, jeux corporels, véritables moments de plaisir partagé renforçant au quotidien le lien mère enfant.

BIBLIOGRAPHIE

DECHAMPS, A.; QUINTARD, B.; LAFONT, L. 2008. « Effets d'une intervention courte en tai-chi-chuan sur le sentiment d'efficacité, l'anxiété et les troubles émotionnels chez des étudiants ayant un style de vie sédentaire », Revue européenne de psychologie appliquée, vol. 28, n° 2, p. 125-132.

GINGER, S. 2000. La Gestalt, une thérapie du contact, Paris, Hommes et groupes. MONTAGU, A. 2014. La peau et le toucher, Paris, Le Seuil.

François Farges avec la participation de Nicole Farges

Attention, un fœtus peut en cacher un autre!

Échographiste travaillant dans le service d'assistance médicale à la procréation (AMP) de l'hôpital des Diaconesses à Paris, je souhaite partager ici mon expérience : ces consultations échographiques concernent des parents pour lesquels la grossesse survient après une longue attente, grossesse très désirée, irréelle lorsqu'elle se produit enfin.

« Attention, un fœtus peut en cacher un autre! » se réfère à un panneau que l'on voyait jadis dans les gares : « Attention, un train peut en cacher un autre! »

Ce titre un peu mystérieux va s'éclairer au fil de mon propos. Mais pour filer la métaphore ferroviaire, quand un train passe à grande vitesse, il faut faire attention à soi, se mettre en retrait et ne pas descendre sur la voie. De même, le train d'images échographiques qui surgit sur l'écran peut constituer un danger, une potentialité traumatique pour les parents. Ces images obscures effraient autant qu'elles fascinent et peuvent générer des projections archaïques. La scène qui nous convoque est bien particulière : il s'agit de voir du dehors le dedans sans y être invité. Ces effets psychiques de l'image échographique sur laquelle il y aurait beaucoup à dire renvoient aux interdits fondamentaux repérés par les psychanalystes, interdits qui sont ainsi transgressés dans cette situation :

- interdit de retourner dans la matrice, lieu tabou par excellence ;
- interdit de l'inceste en particulier par l'évocation d'une scène primitive.

Cette transgression psychique cautionnée par l'examen médical n'est pas sans effets possiblement violents sur la psyché parentale. Et c'est tout l'art de l'échographiste, s'il en a le temps et la formation, de contenir cette situation potentiellement angoissante et de permettre aux parents de découvrir

l'enfant à venir dans un cadre favorisant la parentalité. Cela tout en pratiquant le plus scientifiquement possible son échographie médicale.

Alors l'Attention avec un A majuscule se décline, dans la pratique, en un faisceau d'attentions plurielles dont je vais tenter de déplier l'intrication complexe. Quelles sont-elles ?

- 1. L'attention de l'échographiste se porte sur le fœtus, sur les parents et sur les relations parents-fœtus.
- 2. L'« attention » du fœtus : le fœtus est « curieux » entre guillemets. Il est attentif à ce qui se passe dans son milieu utérin.
- 3. L'attention des parents au fœtus, et à l'échographiste.

Ces attentions conjointes mais différentes dans leurs objectifs vont former réseau, *contenance*, espace pour que se développe comme un tissu de mots et d'affects pour un fœtus, vous allez le voir, très partie prenante.

Reprenons pas à pas...

1. L'attention de l'échographiste.

La vocation première de l'examen échographique maintenant incontournable est de surveiller, dépister, mesurer, soigner et assurer le meilleur suivi possible de la grossesse. Avec l'évolution de notre société du côté de la norme et de la précaution, il n'est pas question de passer à côté d'une malformation ou d'un dysfonctionnement. Nous voulons des bébés parfaits. Le risque médico-légal s'est donc considérablement accru et les parents charmants lors de l'examen pourront se transformer en redoutables accusateurs si une anomalie n'a pas été dépistée. L'échographiste n'a donc pas droit à l'erreur.

Son attention médicale, pointue, scientifique, à ce fœtus-là, celui de la science moderne, peut pourtant angoisser les parents : un silence un peu prolongé, un froncement de sourcils, une parole maladroite ou hésitante sont très vite interprétés.

Mais derrière ce fœtus-là, réside un autre fœtus (d'où mon titre), celui que les parents viennent rencontrer, découvrir. Autour de ces deux fœtus, Janus à deux faces, un malentendu peut s'installer entre les protagonistes. Dans ma pratique, à côté et le plus souvent après le temps médical, je réserve un temps de découverte et d'attention conjointe avec les parents vers le fœtus.

Les ultrasons sont transformés en images. Alors, dans un mouvement retour, il s'agit de sonoriser ces images avec des paroles. L'échographiste est ainsi un médiateur, un traducteur de ce qui s'expose à l'écran bien souvent hors sens pour les parents. J'aime à dire que les paroles habillent le fœtus : ces images de bras, de squelette, de cœur, éléments disjoints, morcelés, qui surgissent sur l'écran sont potentiellement angoissants, voire traumatiques. L'échographiste, comme un conteur, nous suggère Missonnier, peut donner

une peau, une limite qui va rassembler et humaniser le fœtus en devenir. Il fait voir et en faisant voir, il fait vivre.

En parallèle de cette attention au fœtus, l'échographiste s'intéresse aux parents. Cette attention aux parents, à ce qu'ils disent, à ce qu'ils vivent, prend du temps. Ce temps permet de voir émerger toute une palette de liens en devenir, de réactions à vif : identifications, projections, sidération, pleurs, retrait. Manifestations qu'il s'agira de contenir. Qui permettront également le repérage de clignotants quant aux relations au fœtus. Ces clignotants peuvent être à l'origine d'une consultation « psy ».

Les conditions ne sont pas toujours réunies compte tenu du rythme imposé à l'hôpital ou du psychisme parental trop fragile. L'échographie peut être alors un examen traumatique et délétère. Mais une pratique attentive et qui prend son temps constitue un formidable support à la parentalité, une prévention possible des troubles précoces du lien et un facteur d'anticipation positif de l'enfant à venir.

2. Deuxième point de réflexion : nous pouvons parler de « l'attention du fœtus », le terme « attention » étant à mettre entre guillemets car l'attention n'est pas encore une fonction cognitive développée.

Encore que... L'attention bien évidente du nouveau-né n'apparaît pas ex nihilo et va dans le sens de l'existence d'une certaine « attention » du fœtus in utero. Le support de cette attention n'est pas la vision (sauf peut-être en fin de grossesse), c'est essentiellement le toucher et la motricité. Elle se manifeste par ce que l'on peut nommer une curiosité, une exploration du corps, du monde environnant, une grande réactivité à ce qui se produit, une recherche de l'autre lorsqu'un jumeau est présent. Pour illustrer cette attention du fœtus, nous avons présenté une séquence extraite de ce qui est pour nous un film culte, *Le fœtus au ballon*: il s'agit de la survenue d'un caillot sanguin lors d'une amniocentèse. Ce caillot, qui sera heureusement sans gravité, forme comme un ballon souple de 4 cm qui surgit dans le milieu ambiant du fœtus. Celui-ci va alors partir à sa découverte, palper ce ballon avec ses mains, ses pieds, montrant une attention soutenue, séquence tout à fait étonnante, inédite dans la littérature.

Ces expériences vécues, motrices, sensorielles, mais aussi en lien avec la mère ou le père, ces expériences s'inscrivent par des traces mnésiques au niveau neuronal, à partir des comportements génétiquement programmés. Alchimie vertueuse entre l'expression du génome et l'environnement. L'épigénétique fœtale est un formidable champ de recherches. Elle introduit un continuum entre le pré et le postnatal (ce que Freud pressentait déjà) et elle montre le rôle de l'environnement, au sens large, pour le fœtus.

Les recherches médicales insistent de plus en plus sur les liens entre ce que le fœtus a « vécu » au niveau physiologique et son développement

ultérieur (par exemple la carence en vitamine D). Il est temps de penser que, au niveau psychique, ce premier chapitre que constitue la vie fœtale influence largement, à très long terme, notre vie d'adulte. L'attention des parents au fœtus fait partie des facteurs positifs de l'environnement fœtal. Le psychanalyste aura bien souvent affaire à l'histoire fœtale dans l'adulte présent.

Je fais partie depuis de nombreuses années d'un groupe de recherches, le groupe Écho, et nous nous sommes intéressés plus spécifiquement à l'observation de la vie fœtale des jumeaux. Nous avons découvert une vie « relationnelle » très riche avec des caresses, des coups, des retraits, des défenses, des rapprochements. En bref tout ce qui relève d'une « attention » à l'autre dans le même bain. S'il est trop tôt pour parler d'altérité on peut faire l'hypothèse d'une préconception de l'altérité qui s'offre à notre regard. Une séquence de film échographique nous montre un jumeau dont la main part à la découverte du visage de son compagnon de chambrée. Il touche délicatement l'œil, la main, la bouche dans une rencontre tout à fait émouvante. La réaction de l'autre jumeau est évidente. Ces liens de découverte précoces vont modéliser la fonction d'attention à l'autre que nous connaissons à la naissance.

Le fœtus est donc un être très « attentif » à ce qui constitue son environnement, bien loin de l'image pas si ancienne d'un ovni aux mouvements désordonnés et répétitifs. Une grande prudence s'impose cependant pour ne pas en faire un « fœtus savant » que l'on pourrait « éduquer » in utero. Mais dans la rencontre échographique avec les parents, ce sont ces projections, ces rires, ces affects qui vont permettre de construire la représentation d'un bébé singulier et différencié. Bien évidemment la subjectivité du médecin est engagée et ce sont ces moments de partage qui sont précieux. J'en donnerai un exemple à la fin du texte.

3. Troisième et dernier point : l'attention parentale.

Elle se porte sur l'image mais tout autant sur l'échographiste. Il est en position d'oracle qui va apporter ou non la bonne nouvelle. Ce que viennent chercher les parents lors de l'échographie n'est pas tout à fait ce que l'échographiste un peu pressé va leur proposer, d'où un malentendu fréquent et de l'insatisfaction. Là où le médecin, pour le dire vite, est un chasseur de malformation, les parents attendent la photo de leur beau bébé à mettre dans l'album. Je caricature.

Les parents, en fait, ont toujours quatre préoccupations conscientes ou inconscientes et cela dans un certain ordre :

- Est-il vivant ou mort ?
- Est-il humain ou « anormal », voire monstrueux ?
- Est-il garçon ou fille?

- Quelle est sa vie ? Que fait-il ?

Les objectifs médicaux ne se présentent pas dans les mêmes termes. Cela implique une adaptation du médecin, une attention à ce qu'il perçoit explicitement ou implicitement. Avoir la parole juste qui ne dit ni trop ni pas assez. Mais aussi avoir toujours un temps d'avance : pas question de dire à la future mère : « Nous allons découvrir ensemble votre bébé » alors qu'il n'y a pas d'activité cardiaque. Cela doit être si possible anticipé.

Sans la médiation des paroles de l'échographiste, les parents ne peuvent pas aisément trouver des réponses à leurs questions fondamentales. Même le battement cardiaque doit être pointé, souligné. Ils sont donc très attentifs à la voix, à l'intonation, au non-verbal. Cette ouverture psychique maternelle mais aussi paternelle s'accompagne d'une grande vulnérabilité. Une phrase maladroite comme « je n'ai pas bien vu la main droite », ou « le fémur est un peu petit », va générer des semaines d'angoisse jusqu'à la prochaine échographie. L'attention médicale du médecin peut donc induire un « décrochage » de l'attention parentale au fœtus, discontinuité en lien avec l'angoisse de la situation.

Ce qui demande au médecin, dans le même temps, une certaine asepsie verbale mais aussi un engagement subjectif. Rude tâche. Mais toujours passionnante.

Je terminerai par une séquence échographique un peu difficile mais qui met bien en évidence ce faisceau d'attentions conjointes entre protagonistes et l'exercice périlleux du médecin dans une situation particulière. Il s'agit d'une échographie de jumeaux à 12 semaines d'aménorrhée, soit un peu plus de deux mois de grossesse. Lors de la précédente échographie, il a été annoncé aux parents que l'un des jumeaux était mort, « évanescent », selon la terminologie officielle et qu'il allait disparaître silencieusement de l'utérus et donc de l'écran. La future mère est très angoissée quant à la vie de l'autre jumeau. On découvre sur l'écran, dans le même temps, le jumeau vivant et le jumeau évanescent dans son sac amniotique. La mère veut en parler, aller y voir mais on entend bien, dans l'échange, mon léger recul, ma résistance pour aller voir ce jumeau mort. Il s'agit de porter attention, un moment, au jumeau évanescent, d'en parler, pour ensuite pouvoir investir le jumeau vivant. C'est ce mouvement d'aller-retour du vivant au mort et du mort au vivant qui se réalise en direct et qui permettra peut-être à cette mère, à ce père, de vivre ce deuil précoce tout en restant attentif et en lien avec celui qui vit et qui a perdu son statut de jumeau.

Cette séquence illustre bien ces attentions exacerbées, ce questionnement sur la vie, la mort, la normalité, le sexe, questions humaines s'il en est. Tout y est. Et la réactivité angoissée de la mère rencontre la subjectivité en mouvement du médecin. Ce moment de partage entre les protagonistes peut constituer un traitement du traumatisme et une promesse de vie.

POUR CONCLURE

L'attention a été sollicitée par ces films qui mettent le « spectateur » d'une certaine façon dans la même position que les parents face à l'écran des images échographiques. Cette mise en abyme peut faire ressentir un malaise, de l'inconfort ou du hors-sens. C'est le propre des images échographiques. Mais elle a aussi, je l'espère, permis de percevoir la fonction déterminante des attentions conjointes en présence. L'échographie est attention : attention soignante, attention contenante, attention prévenante. Mais elle nous fait aussi injonction : Attention ! Convoi exceptionnel ! Ralentir ! Vie à bord !

Amandine Thiriet

Virgule musicale Et si... (Première partie)¹

Et si...
Et si tu...
Et si tu n'avais pas...
Si tu avais été...
comment aurions-nous pu?
comment t'aurions-nous vue?

Et si tu n'avais pas été aussi parfaite
comment t'aurions-nous vue et aimée?

Et si...
Le sais-tu
in situ
hésiter
décider
décide où
comment aurions-nous pu ?

comment aurais-je tenu?

Si tu avais été cet ange qu'on regrette comment aurions-nous pu t'oublier?

^{1.} Chanson écrite pour le colloque de l'ARIP 2014.

Et si...

Amandine Thiriet









L'observation des mouvements généraux Sous le regard d'André Bullinger et Véronique Lemaître

Les techniques employées pour apprécier le fonctionnement cérébral dans la toute petite enfance sont diverses; elles reflètent la difficulté à imaginer le devenir développemental des jeunes bébés. Les techniques vont des évaluations neurologiques cliniques à l'imagerie cérébrale et aux tests neurophysiologiques. Leur sensibilité et leur validité s'avèrent très variables, justifiant le recours à des analyses cliniques approfondies reposant sur la qualité de la motricité globale spontanée du tout-petit, que nous appelons mouvements généraux, ces mouvements intéressant le corps dans sa globalité et précédant les mouvements intentionnels. C'est à Prechtl que revient le mérite de cette description, développée dès les années 1980-1990 à Groningen, et poursuivie par Hadders-Algra et d'autres.

Les mouvements généraux apparaissent très tôt, dès la 8° semaine d'âge postmenstruel jusqu'à 3 mois et demi ou quatre mois post-terme. Ils sont donc observables chez le fœtus, le prématuré, le nouveau-né à terme et le très jeune enfant. « Ils intéressent le corps entier en séquences variables à travers les bras, les jambes, le cou, le tronc. Ils augmentent et diminuent graduellement en intensité, force et vitesse, ont un commencement et une fin graduels. Des rotations le long de l'axe principal des membres et de petits changements de direction rendent les mouvements fluides, élégants et créent une impression de variabilité et de complexité » (Prechtl).

Dès 1990, Prechtl montre que la qualité de ces mouvements généraux est un bon indice de la qualité du fonctionnement cérébral.

En fonction de l'âge, on décrit :

– les mouvements prétermes, jusqu'à 36 ou 38 semaines d'âge postmenstruel ; ils sont très variables, caractérisés par une participation importante du tronc et du bassin ;

- les mouvements writhing: jusqu'à 6 ou 8 semaines post-terme; ce sont des mouvements de contorsion vigoureux, plus puissants, plus lents que les précédents, avec une participation moins importante du tronc et du bassin;
 les mouvements fidgety:
- jusqu'à 20 semaines post-terme ; ce sont de petits mouvements circulaires, en flux continu, parcourant le corps entier. C'est la danse *fidgety*, à son maximum entre 9 et 13 semaines,
- à partir de 12 à 13 semaines, les mouvements intentionnels commencent à apparaître, se mêlant aux mouvements généraux dont ils prennent complètement la place à 20 semaines environ.

Pour l'évaluation des mouvements généraux, l'état comportemental est important. Chez le prématuré, ces mouvements sont observés soit pendant le sommeil actif, soit en phase de veille active en évitant les phases de pleurs et d'agitation. Autour du terme et ensuite, ils sont examinés uniquement en veille active. La position est importante. L'enfant est couché sur le dos, sur un plan ferme, en sous-vêtement, dans une pièce sans bruit, ni lumière excessive et à température moyenne. On évitera toute stimulation parentale pendant l'observation. L'examen est facilité par la vidéo, la caméra étant placée en face de l'enfant mais sans attirer son attention. En période préterme une demi-heure à une heure d'enregistrement est nécessaire pour sélectionner quelques minutes complètes de mouvements généraux. Pour les autres périodes quatre minutes suffisent.

L'évaluation est basée sur la perception *gestalt*, fondée sur l'impression subjective d'un observateur expert formé à l'observation, analysant la qualité du répertoire des mouvements dans leur ensemble, sans accorder une importance particulière à une partie du corps.

On apprécie la qualité des mouvements sur trois critères : la fluidité, la variabilité dans leur déroulement temporel et leur complexité dans leur déroulement spatial, le mouvement normal s'exprimant dans les trois plans de l'espace. Les mouvements seront classés en quatre catégories : normal optimal, c'est-à-dire fluidité présente, variabilité et complexité présentes et abondantes ; normal suboptimal avec fluidité absente, variabilité et complexité présentes ; légèrement anormal avec fluidité absente, variabilité et complexité insuffisantes ; nettement anormal avec fluidité absente, variabilité et complexité absentes.

Concernant la qualité des mouvements généraux et le devenir neurodéveloppemental, c'est bien sûr la période *fidgety* qui est la plus fiable. Si les mouvements restent nettement anormaux aux trois périodes, le risque de paralysie cérébrale (PC) est très important. Si les mouvements *fidgety* sont normaux, pas de PC, 10 % de troubles neurologiques mineurs. Si les mouvements *fidgety* sont légèrement anormaux, le risque de PC est faible (4 %) mais le risque de troubles neurologiques mineurs, THADA, troubles de la coordination ou du comportement (retrait, agressivité), est de 45 % environ. En cas de mouvements *fidgety* nettement anormaux retrouvés à plusieurs semaines, le risque de PC est estimé à 20 %, les troubles neurologiques mineurs, THADA, troubles de la coordination ou du comportement sont estimés à 75-80 % environ.

Mentionnons la gravité particulière des mouvements *cramped synchronized* (CS), les mouvements paraissant rigides, tous les muscles se contractant et se relâchant en bloc. De même l'absence de mouvements *fidgety* sur plusieurs semaines est un facteur de mauvais pronostic.

Les mouvements généraux occupent tout le premier trimestre et se prolongent jusqu'à 4 mois ou 4 mois et demi post-terme. Le premier trimestre est la période où s'exercent à plein les dimensions archaïques des systèmes sensoriels qui sont très en lien avec les émotions, assurent à la fois un recrutement tonique et la mise en forme posturale avec orientation. Ces dimensions archaïques sont le support du dialogue tonique. Par ailleurs, le premier trimestre est une période sensible pour l'harmonisation tonique qui se construit par une contenance régulière et une lecture de l'état émotionnel du bébé sur le visage de sa mère, à travers le regard, les mimiques, la mélodie des gestes et des mots. Pris dans l'attention et la contenance maternelles, le bébé intègre ainsi son unité.

CONCLUSION

L'observation des mouvements généraux est un outil précieux qui nous permet d'apprécier la richesse de la motricité du bébé, véritable chorégraphie sujet d'émerveillement. C'est aussi un outil d'évaluation pour apprécier les facteurs de risque, et c'est, enfin, un outil d'intervention adapté au répertoire comportemental et à la vulnérabilité du bébé.

Capacités de curiosité et d'attention des bébés et de leurs parents

Lire à des tout-petits! Qu'en comprennent-ils? À cette question à laquelle il est difficile de répondre, des observations d'un tout-petit *via* son expérience sensorielle contribueront à apporter des éléments de réponse : que vit-il de la lecture?

Sensibilisées et formées à l'observation du nourrisson selon la méthode Esther Bick par Pierre Delion, nous avons proposé un aménagement de ce procédé comme outil de collaboration avec « Lis avec Moi » (Sauvegarde du Nord). En voici un extrait.

- « À propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de M^{me} Esther Bick : des surprises profitables [se manifestent]. »
- « Le psychothérapeute d'enfant en formation se rend dans la famille une fois par semaine depuis la naissance jusqu'aux environs de la fin de la deuxième année, chaque observation durant normalement environ une heure.
- « Nous considérâmes important que l'observateur puisse se sentir suffisamment à l'intérieur de la famille pour en vivre l'impact affectif, mais sans agir aucun des rôles projetés sur lui, tels que donneur de conseils ou teneur d'un registre d'approbations ou de désapprobations.
- « Plutôt que de se faire une place dans la famille en additionnant à l'organisation de celle-ci sa propre personnalité d'une façon active, il doit laisser les parents [...] lui déterminer sa place dans la maisonnée, à leur façon [à eux]. »

Les observations sont ensuite transcrites, lues et discutées lors du séminaire mensuel (aménagement du séminaire hebdomadaire à la Tavistock Clinic). L'écriture et le groupe favorisent un travail d'éclaircissement, de transformation et d'élaboration. Cette méthode permet d'être à la fois avec

les gens et garant d'une réserve. La rigueur de son élaboration contribue à donner une souplesse au cadre.

Pour le travail avec « Lis avec Moi », nous avons respecté le cadre de la méthode d'observation établie par Esther Bick en maintenant les observations régulières, la transcription après chaque observation, la lecture régulière en groupe, la présence sans interférence de l'observatrice.

Par contre, nous avons ajusté la temporalité à la lectrice et à la maman. Les observations ont eu lieu pendant quatre mois, à partir des 3 mois et 2 semaines de l'enfant jusqu'à ses 7 mois et 2 semaines. Le groupe de travail était constitué d'une accompagnatrice avec un regard extérieur et compétent, de la lectrice et de l'observatrice, en l'occurrence moi. Ce groupe nous a permis de réfléchir ensemble au vécu de Yaël et de sa maman au sein de l'atelier lecture.

Concernant la lecture à des tout-petits, c'est Dominique Rateau (2014) qui a influencé mon projet, en particulier par son ouvrage, *Lire des livres à des bébés*¹:

- « le livre est un objet, un objet porteur d'images. Les images sont une représentation. C'est un premier accès à la lecture que d'admettre qu'un objet à trois dimensions puisse devenir sur une image un objet à deux dimensions ; avec un livre, on invite un enfant à rencontrer l'expression de la pensée d'un autre, absent ;
- autour des livres, adultes et enfants partagent leurs capacités à rêver, à penser, à imaginer ;
- avec les livres et les histoires lues à haute voix, on propose une rencontre avec une double temporalité : le temps pendant lequel on raconte croise le temps du récit. Je peux lire en cinq minutes une histoire de toute une vie ! L'enfant accède de cette façon à une conscience du temps. La narration lui permet de l'organiser. »

Les observations ont eu lieu dans la salle d'attente d'une consultation de PMI. Le lieu est animé : des allées et venues, des rencontres, des enfants y circulent librement, des enfants pleurent avant ou après une consultation, un vaccin. Il y a des parents détendus, des parents anxieux, des enfants détendus, des enfants anxieux..., et au milieu de cette foule, des livres sur le sol et une dame à côté, assise sur une petite chaise.

« Est-ce que tu veux choisir un livre ? »

Des enfants lui tendent un livre et d'autres semblent « sidérés ». Et c'est ainsi que Danielle, avec patience et régularité, lit des livres aux enfants, à leurs parents, aux adultes présents. Elle fait aussi des propositions de lecture

^{1.} En 2016, Dominique Rateau est présidente de l'Agence nationale des pratiques culturelles autour de la littérature jeunesse « Quand les livres relient ». Elle anime également la rubrique « Des livres et des bébés » de la revue *Spirale* aux éditions érès.

en fonction de l'atmosphère ambiante. Ou bien, elle enchaîne des livres qui font lien entre eux. Ou bien elle alterne livre, comptine, livre avec histoire, livre sensoriel... Dans le cadre de notre travail, l'équipe a demandé à une maman si elle acceptait d'être observée avec son enfant. C'est ainsi que nous avons connu Yaël et sa maman.

À notre première rencontre, Yaël a 3 mois et 3 semaines, il est accompagné par sa maman. Danielle me présente comme étant en formation.

À la première séance, madame nous raconte qu'elle lit des livres à ses trois enfants le soir et que Yaël y participe activement. Madame nous présente son fils Yaël comme un lecteur en herbe.

Durant les trois premières observations, à chaque début de séance, madame et Yaël sont mal installés. Yaël, un peu apathique, assis sur les genoux de sa maman et peu tenu, donne l'impression de glisser. Il bâille. Il est très intéressé par la bouche de Danielle : les mouvements de ses lèvres, le son qui en sort. Cet agrippement lui permet de se redresser et de créer une dynamique corporelle à laquelle sa maman s'ajuste. Sa maman pose alors ses mains autour de sa taille. Et Yaël, à présent maintenu au niveau de son bassin, est plus disponible, plus libre de ses mouvements corporels, bras, mains, jambes. Sa respiration s'ajuste au rythme de la lecture. Son corps vit l'histoire du livre. Il continue à regarder la bouche de Danielle mais regarde aussi les images, le mouvement des pages qui tournent et les expressions du visage de Danielle... Son regard se balade du livre à ce qui l'entoure. Plus disponible, Yaël porte un intérêt de plus en plus vif à ce que Danielle propose.

Par exemple, à la lecture du livre *HOP*, livre cartonné. Sur chaque page de droite sur fond jaune, se détache un animal reconnaissable mais dans une position peu habituelle car il se fait écraser. Sur la page de gauche est simplement écrit « aplatit la vache », ou un autre animal. Cela crée un mystère de page en page : pourquoi les animaux sont-ils aplatis ? Et à la fin, nous découvrons le kangourou qui saute et aplatit les animaux, et finit même par aplatir le livre. Au début de la lecture de ce livre, Yaël se laisse surprendre par le mouvement et le bruit de la main de Danielle. Il cligne des yeux. Au fur et à mesure de la lecture, il observe le mouvement des pages jusqu'au bout, celle qui se plie et la découverte de l'image suivante. Il suit les mouvements avec minutie et précision. Yaël ne se laisse plus surprendre par le bruit. Il se penche sur le côté. Il cherche à voir l'image suivante avant même que Danielle ouvre la page. Il participe à ce qui va suivre. Il anticipe.

Aux premières séances, Yaël porte un bavoir. Ses mains sont en dessous. On les devine. Dans le livre *Pomme Pomme*, histoire d'un pommier, de la petite graine à l'arbre, il y a un dessin et un mot par page pour raconter les différentes étapes du pommier, une alternance de mots et d'onomatopées. Un pommier avec des pommes. Une pomme est croquée. Il reste le trognon et les graines. Des pommes tombent au sol. Poum! La pluie, des gouttes d'eau tombent sur les graines. Nous entendons le bruit: ploc, ploc, ploc. Un petit pommier germe, qui grandit et devient un arbre. L'histoire est racontée

linéairement à la fin du livre. À chaque page, Danielle montre les lignes verticales des pommes qui tombent, de la pluie qui tombe... Elle les suit avec son doigt. En face, on voit le bavoir bouger, Yaël trace lui aussi les lignes verticales avec ses mains. À la troisième séance, Yaël vient sans son bavoir. On voit mieux les mouvements de ses doigts.

Ces mouvements corporels sont plus exagérés à la comptine du *Petit escargot*, par exemple. Yaël, son visage fixé sur la page, suit des yeux les mouvements de la main de Danielle, qui trace la spirale de la coquille de l'escargot. Yaël bouge aussi ses mains. Elles poursuivent le mouvement initié par Danielle. Yaël s'approprie la coquille de l'escargot. À chaque lecture, quand Danielle ferme le livre et va le poser au sol, Yaël continue à regarder en direction de l'espace vide laissé par le livre. Continue-t-il à le savourer ? Il prend le temps de le digérer, de se l'approprier. Danielle a remarqué ce moment de rêverie et laisse à Yaël le temps de se délecter. Elle attend un signe de sa part pour proposer le livre suivant. Signe qui manifeste qu'il est prêt à écouter une nouvelle histoire. Parmi ses livres, il y a *Ton histoire*. C'est l'histoire de la naissance d'un petit garçon. Les images sont en noir et blanc. À la dernière page, le petit garçon a un doudou tout doux, en relief. Le lecteur peut le toucher. Au début Yaël regarde le livre simplement. À la dernière page, quand Yaël voit le doudou en relief, il le touche avec les yeux. Sa maman lui prend la main et lui suggère de toucher le doudou avec son doigt. Mais Yaël résiste. Au fur et à mesure des ateliers, avec les encouragements de sa maman, Yaël approche sa main de la page. Il touche du bout des doigts. Jusqu'au moment où il fait signe à Danielle qu'il est intéressé à toucher le doudou. Danielle le lui tend bien volontiers. Dans la salle d'attente, d'autres enfants autonomes, plus âgés que Yaël, s'approchent librement de Danielle et de ses livres. Ils les touchent, en choisissent un ou plusieurs. Pour Yaël assis sur les genoux de l'adulte, ce n'est pas possible. Alors il se penche en avant, le bras dirigé vers les livres. Danielle est attentive à lire chaque livre choisi par les enfants et aussi par Yaël. Les livres comptines facilitent la participation de la maman qui fredonne les chansons. D'abord de manière très discrète, puis petit à petit de façon plus affirmée avec l'apparition d'un sourire. Madame se laisse petit à petit toucher par le rythme jusqu'à se balancer.

À 4 mois et 3 semaines, Yaël, assis sur les genoux de sa maman, profite du balancement. Elle le berce au contact de Danielle, de sa voix, de sa présence. La comptine, par son rythme particulier, entraîne un mouvement corporel, un balancement. Nous connaissons *Bateau sur l'eau* dont la ritournelle provoque un bercement auquel il est difficile de résister. Le bercement spontané favorise un ajustement corporel entre l'enfant et l'adulte. Madame approche sa bouche de l'oreille de son fils. Yaël et sa maman sont dans un contact très proche, voire intime. On entend un son venu de la bouche de Yaël, comme s'il fredonnait lui aussi la comptine. Son souffle devient un son et la comptine se propage dans son corps. De petits mouvements animent ses pieds, ses jambes.

Ce rapproché corporel est émouvant d'autant plus dans cette salle d'attente de PMI où tant de gens circulent. « Il veut danser. » Madame soulève Yaël et

le met debout sur ses cuisses. Yaël droit, la bouche ouverte, a le regard fixé sur Danielle qui continue à chanter la comptine. Yaël bave. Madame le rassoit sur ses genoux. Yaël, assis, ferme la bouche et continue à regarder Danielle qui a fini de chanter. Pendant quelques minutes, un silence s'installe, rempli d'émotions précédemment vécues. Au fur et à mesure des séances, le temps de bercement se prolonge et Yaël participe aussi verbalement. Il ouvre et ferme sa bouche au rythme du bercement, ce qui produit un son qui l'amuse. À chaque fois, quand ils arrivent, Yaël manifeste du plaisir à reconnaître Danielle. Il lui sourit de manière particulière. Il est content de retrouver l'univers de Danielle, sa voix, ses livres, ses images...

Maya Gratier (2015) écrit : « Lorsqu'un adulte lit pour un bébé, c'est la musique de sa voix et de ses gestes qui l'invite au voyage merveilleux au cœur de l'histoire partagée, de ses lignes de tension et de ses émotions. Et c'est à travers cette voix réelle, concrète, présente, que le bébé peut sentir la voix de l'auteur absent et tout ce qu'elle porte d'histoire et de culture. »

Ce travail est l'occasion de montrer la richesse que peut apporter un atelier lecture étayé par des observations.

Au début, les lectrices de notre binôme, à qui nous avons présenté notre projet, appréhendaient la présence d'une observatrice. C'est après avoir compris qu'il n'y aurait pas d'interférence que le projet a été accepté. Danielle a proposé de nous accueillir dans la PMI au sein de laquelle elle intervenait. La suite s'est déroulée facilement.

Rapidement, nous nous sommes rendu compte de l'intérêt de ces observations et de ces discussions à partir de cette matière. En effet, nos réunions de travail sur la base des observations descriptives et les plus détaillées possibles, ont soutenu Danielle dans son vécu et dans sa perception des évolutions de Yaël.

Les mères « ont souvent indiqué explicitement ou implicitement à quel point elles appréciaient d'avoir quelqu'un qui vienne régulièrement chez elles, avec qui elles puissent parler de leur bébé, de son développement, et des sentiments que celui-ci suscitait en elles » (Esther Bick).

La lecture, même les petits bébés (il y en eut de grands) peuvent y goûter et l'apprécier.

BIBLIOGRAPHIE

ASHBÉ, J. 2010. Ton histoire, Paris, L'école des loisirs.

BULLINGER, A. 2004. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Toulouse, érès.

DELION, P. (sous la direction de). 2013. L'observation du bébé selon Esther Bick, Toulouse, érès.

DREYFUSS, C. 2015. Pomme Pomme Pomme, Paris, Thierry Magnier.

FREUD, S. 2014. Trois essais sur la théorie sexuelle, Paris, Payot.

GOLSE, B. (sous la direction de). 2015. Le développement affectif et cognitif de *l'enfant*, Paris, Elsevier-Masson.

GRATIER, M. 2015. « Raconter en chantant : musicalité et narrativité au cœur du développement humain », dans S. Rayna, C. Séguret, C. Touchard (sous la direction de), *Lire en chantant des albums de comptines*, Toulouse, érès.

MAUBILLE, J. 1995. HOP!, Paris, L'école des loisirs.

RATEAU, D. 2014. Lire des livres à des bébés, Toulouse, érès.

Sylvie Rodriguez, Magali Dieux, Pierre Opinel, Véronique Coni

Naître enchantés, pour une attention sereine et joyeuse dès l'enfantement

Une approche innovante au service des futurs parents et des équipes médicales

« Depuis cinq ans, nous, médecins, sages-femmes, psychologues, artistes, chefs d'établissement, chercheurs, cadres administratifs et parents, nous cherchons à contribuer à relever un des challenges du XXI^e siècle dans nos maternités : conjuguer en toute circonstance sécurité et humanité lors de la mise au monde de l'être humain de demain. Nous pensons qu'il est de notre devoir de répondre aux attentes des femmes de se réapproprier la mise au monde de leur enfant et aux attentes des hommes d'y participer activement, et ce en milieu hospitalier, favorisant ainsi une attention sereine et même joyeuse. Ce qui nous a semblé le plus pertinent et efficace a été la mise en place de l'approche Naître enchantés, garantissant la coopération des professionnels et des parents dans la prise en charge des douleurs physiques et psychiques en maternité, quelles que soient les conditions et l'issue de la grossesse (PMA, péridurale, césarienne, IMG...). Face aux contraintes budgétaires que subissent les hôpitaux et notamment les maternités, il convient de "redéfinir en profondeur les règles d'organisation". Naître enchantés y répond en proposant un travail en amont du parcours de soin de la femme enceinte associé au père, permettant le jour de l'accouchement une présence moins soutenue des équipes médicales et de soins » (Véronique Coni, cadre administratif du pôle femme-enfant du CHIAP).

L'ESSENTIEL, CONCRÈTEMENT

Dans un service *Naître enchantés*, l'équipe médicale obéit à la philosophie qui invite la mère et le père à rester en lien avec leur enfant, inconditionnellement. Les besoins de participation active dans un double sens de responsabilité et d'autonomie de la part des parents sont pris en compte et deviennent prioritaires. Concrètement, l'équipe médicale autorise et encourage le couple à mettre en place les outils de l'expression vocale ajustée (EVA). Les parents *Naître enchantés* coopèrent avec l'équipe médicale qui, elle, assure tous les protocoles de sécurité pour le bon déroulement du travail et de la délivrance.

Naître enchantés permet à la maternité de repositionner la sage-femme au cœur de la périnatalité, le médecin anesthésiste en complémentarité, l'obstétricien au cœur des urgences et des pathologies, et les parents au cœur de la parentalité.

Naître enchantés permet à la mère et au père de :

- être acteurs de l'accouchement quelles que soient les conditions techniques (péridurale, césarienne, déclenchement) et l'issue de la naissance;
- se positionner en tant que « protecteurs et soutiens de l'enfant » ;
- transformer le stress, la douleur, les contraintes et les imprévus en projet ;
- améliorer la dynamique obstétricale ;
- s'inscrire dans une parentalité sereine et joyeuse en valorisant l'estime de chacun.

Naître enchantés, c'est...

Une histoire vraie

Coincée dans une voiture au milieu des embouteillages, la comédienne et chanteuse Magali Dieux sent arriver son premier enfant. Afin de ne pas effrayer la fillette de 6 ans qui l'accompagne, elle a alors l'idée de vibrer ses contractions. L'enfantement dans la joie lui ouvre les portes. Pendant dix ans, elle va affiner sa découverte avec quatre autres accouchements ; elle développe sa philosophie, devient coach et thérapeute, part à la rencontre des scientifiques, des médecins et des hôpitaux sensibilisés aux pouvoirs des sons, comme liens de communication professionnels-parents-bébés¹.

^{1.} M. Dieux avec P. Van Eersel et B. Le Goëdec, *Pour une grossesse et une naissance heureuses. Naître enchantés*, Arles, Actes Sud, septembre 2015. M. Dieux, *Naître enchantés à l'hôpital, la double gageure*, en vision libre sur Internet.

Une philosophie

Elle permet aux parents de s'exprimer au cœur de la parentalité, et aux équipes de soins et de santé de s'exprimer au cœur de la périnatalité.

C'est un entraînement qui rassemble les meilleurs outils des approches comportementales et cognitives connues à ce jour, mis au service des parents et des professionnels de la périnatalité.

C'est une méthode qui renforce, durant la grossesse, la parentalité responsable et joyeuse des couples. Celle-ci se concrétise au moment de l'accouchement et après. Cet entraînement est appelé EVA (expression vocale ajustée), c'est-à-dire l'ensemble des outils comportementaux et cognitifs qui composent la méthode *Naître enchantés*.

Cet entraînement est construit sur cinq séances avec le double objectif de favoriser les ouvertures physiques et psychiques des parents lors de l'accouchement et par la suite, à partir de :

- la confiance en soi, en l'autre, en la vie ;
- l'expression de soi en milieu étranger ;
- le dépassement de soi ;
- les mises en situation ;
- l'accomplissement de soi.

Naître enchantés se conjugue aux préparations à la naissance dispensées par les sages-femmes et se pratique quelles que soient les conditions techniques de l'accouchement (PMA, péridurale, césarienne, transfert, IMG...).

Une aide non négligeable pour les équipes médicales

L'autonomisation des patients est un objectif de politique de santé publique au niveau national, accentué depuis la loi relative à la santé publique du 9 août 2004 qui incite le développement des programmes d'éducation thérapeutique. Les politiques multiplient les axes permettant aux patients de développer leurs compétences à l'égard de leur pathologie : services hospitaliers de court séjour, hospitalisation à domicile, réseaux pluridisciplinaires avec accompagnement à domicile. La prévention est aussi un outil permettant une montée en compétence des patients, nombre de campagnes sanitaires vont dans ce sens. Les facteurs de réussite de cette politique d'autonomisation sont la personnalisation de l'approche, l'interactivité des méthodes pédagogiques permettant une stratégie de changement de comportement, la poursuite des efforts dans le temps et l'implication de l'ensemble des acteurs de la prise en charge. Ainsi, le protocole d'accompagnement Naître enchantés répond à ces nouvelles attentes du système de soin en permettant de dédramatiser l'accouchement grâce au climat de confiance que crée l'apprentissage

de cette méthode entre les futurs parents et l'équipe médicale. Elle donne les moyens à la future maman de prendre conscience de son rôle d'actrice active dans l'accompagnement à la naissance de son (ses) enfant(s), de maîtriser la douleur en utilisant une technique adaptée et en permettant une liberté de mouvement propice à l'écoute de son corps. Dans le mouvement sociétal où le père veut avoir un rôle plus important dans l'accompagnement de la naissance, Naître enchantés donne une place plus participative au conjoint ou à une présence amie qui va vibrer et être attentive au bon déroulement de la venue de l'enfant. Grâce à cette approche, le jour de l'accouchement, règne un climat de confiance, de sérénité et d'amour. Cette méthode ne modifie en rien la prise en charge proposée par l'assurance maladie (suivi médical, cours de préparation à l'accouchement...) pas plus que les techniques d'accouchement nécessaires au bon déroulement, qui sont dédramatisées également par les cours de préparation à l'accouchement. Tous ces éléments vont contribuer à une aide non négligeable en direction des équipes prenant en charge les accouchements eutociques. Il conviendrait de faire une étude plus approfondie sur l'impact financier que cette méthode pourrait induire, au niveau des ressources humaines mais également financières (diminution de l'utilisation des antalgiques, du temps de personnel médical...). Concernant l'espace utilisé, dans toutes les maternités se sont développées des salles dites « zen » favorisant les accouchements physiologiques ; elles pourraient être ainsi utilisées de façon plus efficiente. Conscient du bénéfice pour les femmes et voulant l'étudier, l'hôpital Foch de Suresnes a mis en place le premier protocole de recherche clinique en maïeutique. Trouver un établissement pouvant se porter volontaire a été un challenge. Sylvie Rodriguez, sage-femme cadre de la maternité Catherine-Barret de Pertuis (84), a su motiver son équipe déjà très favorable à l'accouchement physiologique et à l'accompagnement bienveillant des futurs parents.

« Ce protocole de recherche nous a semblé une réelle opportunité d'évaluer enfin une préparation à la naissance. Au cours de cette étude, il nous est apparu clairement que les patientes bénéficiant de cette méthode appréhendaient la naissance avec plus d'autonomie et surtout une pleine satisfaction d'ellesmêmes. On note aussi une réelle implication du père qui trouve une juste place auprès de sa femme. Cet accompagnement global nous a d'autant plus intéressés qu'il accompagne les professionnels puisque les familles responsabilisées accueillent les contraintes médicales avec bienveillance. Ainsi, s'instaure un respect mutuel dans un véritable travail d'équipe dont le couple fait partie, qui satisfait aux exigences de sécurité, de qualité d'accompagnement mais aussi aux besoins de reconnaissance des professionnels » (Sylvie Rodriguez, sagefemme cadre service de maternité de Pertuis).

L'étude randomisée de trois cents couples primipares évalue les bénéfices des cinq séances de *Naître enchantés* par l'EVA. Bien que cette étude soit encore en cours, les témoignages des équipes de prise en charge ainsi que des parents ayant bénéficié de la méthode sont sans équivoque.

« Bonjour, comme convenu je vous fais un petit retour du vécu d'Émilie, la sage-femme qui a pris en charge et accouché M^{me} A. Émilie n'a pas été gênée par l'ambiance "sonore" de cet accouchement, mais s'attendait à des sons "chantés" plus qu'à des vibrations sonores. Émilie a surtout retenu la complicité et la symbiose du couple au moment de la naissance du bébé. Elle s'est même sentie, par moments, davantage écoutée par le futur papa que par la parturiente, lequel papa répétait mot pour mot les consignes qu'elle donnait à la maman. Cette expérience a été pour Émilie, nouvelle, enrichissante et agréable. Cordialement » (Anne Chartier, sage-femme cadre supérieur de l'hôpital Nord de Marseille).

Pratiquée en maternité, la méthode *Naître enchantés* offre avant tout la possibilité de conjuguer les bienfaits de l'hôpital (garant d'une obstétrique de pointe) avec ceux de l'accouchement à domicile (garant d'une intimité respectée).

Un renforcement de la parentalité

Devenir parent n'est pas si simple, rester acteur de la grossesse et de l'accouchement l'est encore moins. Il est acquis que le tissage des liens entre le trio maman-bébé-papa se fait dès la conception de l'enfant et va se construire durant toute la grossesse jusqu'à la naissance où une autre aventure parentale commencera. L'usage du mot « parentalité » s'est accru considérablement au cours des vingt dernières années. La parentalité représente une question majeure de santé publique car les problèmes de parentalité seraient à la source de nombreuses difficultés sanitaires et sociales, raison pour laquelle, comme le souligne Béatrice Lamboy², les autorités n'ont pas hésité à inclure la parentalité dans leurs objectifs suite aux alertes de différents rapports nationaux et internationaux soulignant l'importance de cette fonction, rappelant les enjeux qu'elle recouvre et recommandant la mise en œuvre d'actions pour la soutenir. Plus qu'une méthode de gestion des douleurs physiques et psychiques de l'enfantement, plus qu'une approche permettant de rester en lien et en conscience avec son accouchement et son enfant quelles que soient la préparation proposée par la sage-femme et les conditions techniques (péridurale, césarienne, IMG, IVG...), plus qu'un

^{2.} B. Lamboy, « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept », *Devenir*, 21, 1, 2009, p. 31-60.

rempart aux dépressions pré et post-partum, *Naître enchantés*, par l'expression vocale ajustée, se veut une éthique de la parentalité. Une éthique de la parentalité comme défense des droits humains universels, contre toutes les logiques d'intérêt et de pouvoir. Un enfant qui naît a droit à être accompagné en conscience, à ce que ses parents soient engagés, patients, unis, grands et forts pour lui.

« Cette méthode, outre le fait d'aider à l'accouchement, permet de regarder en soi plus profondément et de découvrir des capacités insoupçonnées. De fait, elle participe au développement personnel de chacun. Un grand merci » (Laurent, père de Lya).

Une autonomisation du couple par rapport à une hypermédicalisation

Naître enchantés est destiné aux professionnels de santé des services de maternités publiques. C'est un projet de service qui favorise certes l'autonomie émotionnelle, psychique et physique des parents, la sérénité des équipes médicales et soignantes pendant l'accouchement, mais qui permet aussi d'utiliser au mieux les ressources juste nécessaires dans une efficience économique. Cette efficience est le fer de lance de toutes les structures hospitalières. Pour les maternités de niveau I ou II, le label Naître enchantés permet d'attirer une clientèle « physiologique ». Pour une maternité de niveau III, il permet de satisfaire les professionnels de la santé dans leur désir d'humaniser la technique. Plus la maternité est sophistiquée, plus le stress qu'engendre l'anticipation des risques potentiels de pathologie peut être omniprésent, envahissant et contagieux. La maîtrise paraît plus technologique qu'humaine. L'art de la maïeutique est devenu l'art de la gestion d'outils. Et pourquoi pas ? En laissant la possibilité à la connaissance des femmes et à la science des hommes de se conjuguer, les bébés héritent à la naissance d'une triple sécurité : physique, psychique et émotionnelle.

« La vibration m'a permis de vivre les péripéties de la naissance de ma puce avec sérénité ; cela m'a permis de ne pas paniquer lorsque l'on m'a annoncé la césarienne pour cause de problème avec le rythme cardiaque du bébé. Je suis restée confiante et positive » (Clémentine).

De par la vibration sonore, le monde médical et le monde parental peuvent se rejoindre à l'envi et sur l'instant, en se mettant concrètement sur la même longueur d'onde.



Céline Bonnet, Marielle Buravand-Jaën

L'introspection, le toucher de relation et le mouvement au service de l'attention parentale prénatale

Faire de notre corps un allié pour être plus attentif et attentionné

L'attention peut s'éveiller, se travailler, s'approfondir, se stabiliser. Plusieurs approches proposent des méthodologies afin d'atteindre cet objectif.

Nous émettons l'hypothèse qu'une des voies de passage de l'attention parentale est située au niveau de notre corps et de nos perceptions corporelles. Plus la femme (et le couple) est attentive à elle-même, plus grande sera possible l'attention qu'elle porte à son bébé. Nous avons donc choisi d'explorer le domaine de l'attention à partir de notre corps, dans notre pratique de sage-femme. Pour cela, nous avons intégré dans nos accompagnements le travail de l'attention à partir d'une conscience perceptive. Ce travail spécifique et original est issu de la Pédagogie perceptive® qui propose de faire l'expérience d'écouter nos propres perceptions, de développer une attention consciente et de saisir du sens à partir de ce qui est vécu.

Ce nouveau rapport à soi peut être le starter d'un nouveau rapport à l'autre, à l'enfant, à sa vie, au monde.

LA PÉDAGOGIE PERCEPTIVE® ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ATTENTION

La Pédagogie perceptive[®] (PP) propose un accompagnement somato psychique qui s'appuie sur l'introspection, le toucher de relation et le mouvement. Cette approche s'intègre à la préparation à la naissance et à la parentalité en prenant le nom de Gymnastique sensorielle périnatale (GSP).

Cette pédagogie place notre corps et ses ressources perceptives au cœur de notre accompagnement en développant nos capacités d'attention. Elle permet au praticien d'être plus attentif en tant que professionnel, en développant lui-même ses perceptions corporelles, ses propres capacités d'attention.

Elle permet également aux parents d'être plus attentifs à eux-mêmes et à leur bébé, en leur proposant une écoute perceptive d'eux-mêmes et de leur bébé d'une manière inhabituelle, très tôt dans la grossesse. Lors des séances, ils découvrent la possibilité de vivre dans l'instant, de ralentir la course de leur vie quotidienne et de prendre le temps de se poser un instant pour se tourner vers eux-mêmes.

Les parents peuvent ainsi sentir leur enfant autrement dans le ventre maternel, ressentir leurs corps répondre autrement au bébé, et le bébé à leurs corps. Une sorte de jeu relationnel avec le bébé in utero par l'écoute de leur mouvement propre. Cette interrelation d'empathie sensori-motrice permet à chacun de se laisser toucher : le bébé, la mère, le père et le praticien...

Nous supposons que ce véritable entraînement dans la lenteur, l'écoute de soi, peut permettre aux parents de s'adapter à leur ressenti pendant la grossesse, et de se préparer à la naissance dans une présence consciente et attentive.

Témoignage d'Élodie

La première fois que je suis sortie d'une séance de préparation à l'accouchement en GSP, je me souviens exactement de cette sensation de sérénité profonde, jusqu'au fond, jusqu'à mon bébé. Cette façon de se préparer à un accouchement permet à la maman de complètement sentir son corps ainsi que de mieux percevoir par le ressenti ce petit corps en elle qui se développe, en tout cas c'est ce que cela m'a fait. Plus on pratique ce type de séances, plus la recherche intérieure est intense. Je parle ici d'intérieur physique, le mental suit... Cette pratique m'a vraiment fait réaliser que mon bébé était vivant au cœur de mon corps et m'a appris à être avec ce petit être. À chaque séance le travail est un peu plus profond et plus précis dans le corps mais aussi dans les émotions qui accompagnent toute cette préparation. Lors des séances, la proximité avec mon bébé, cet être qui me remplissait, était très étroite, comme si je pouvais le visualiser, le sentir, le toucher avec l'intérieur de mon corps.

L'objectif d'une séance en PP/GSP est donc de percevoir notre corps et de capter les informations perceptives qui émergent de notre intériorité. Nous nous plaçons en premier lieu dans des conditions propices à capter ces informations invisibles. Cela demande d'avoir une attention orientée vers notre intérieur, c'est-à-dire une attitude introspective, avec un protocole d'accès spécifique.

De manière simple et accessible à tous, si nous voulons percevoir notre corps et ce qu'il vit, nous posons l'attention sur notre corps.

MÉTHODOLOGIE : L'INTROSPECTION, LE TOUCHER DE RELATION ET LE MOUVEMENT AU SERVICE DE L'ATTENTION

Le corps est donc au centre de notre projet d'éveil perceptif et d'éveil de l'attention parentale. C'est notre corps qui se révèle à nous. C'est un rapport simple et très direct. Plus précisément, notre proposition d'écoute perceptive allie l'introspection, le toucher de relation et le mouvement sensoriel.

Le cadre est extra-quotidien, alliant silence, immédiateté, posture d'immobilité ou gestuelle inhabituelle dans une certaine lenteur (dite sensorielle), ce qui entraîne un rapport à soi différent.

La posture première est l'écoute, dans l'immobilité ou dans le mouvement, avec une attitude d'accueil et de disponibilité : c'est une ouverture à découvrir. Cela peut nécessiter un apprentissage selon notre rapport personnel et singulier à l'immobilité, à la lenteur, au silence ; c'est souvent une nouvelle qualité d'écoute de notre corps.

En résumé, l'attention est centrée sur le corps, c'est une présence à notre corps (acteur et spectateur) : je suis à la fois acteur dans l'expérience et spectateur (observateur conscient) afin d'assister et d'être attentif au relâchement lui-même et aussi aux effets du relâchement dans mon corps.

Un engagement dans l'expérience est nécessaire, l'engagement des parents pour être dans l'expérience, à l'écoute de leurs perceptions singulières dans l'instant, attentifs à ce qui est, à la nouveauté, à l'évolutivité. Nous invitons les parents à poser leur attention sur ce qu'ils ressentent dans leur corps, et sur ce qu'ils ressentent de leur bébé à l'intérieur : pas ce qu'ils en pensent, ce qu'ils aimeraient, ce qu'ils imaginent ou s'en représentent, mais ce qu'ils en perçoivent.

Témoignage de Céline

Cette deuxième séance de GSP me paraît très loin dans le temps (à 4 mois et demi de grossesse) et très proche dans les sensations.

Je me souviens qu'elle m'a permis de me connecter à bébé de façon très différente de ce que je faisais jusqu'à ce jour, en particulier à ce moment

où le papa est assis derrière moi, avec ses deux mains sur mon ventre. Cette séquence m'avait permis de ressentir les mouvements propres de bébé dans leur intégralité et non pas seulement par un coup de pied ou de main... Quelle découverte!

Le fait de réaliser l'exercice avec la participation du papa était très fort pour moi. En effet, c'était la première fois que je sentais papa et bébé prendre contact l'un avec l'autre et cela m'a fait beaucoup de bien. J'avais l'impression que le papa prenait vraiment conscience qu'il allait devenir papa pour la deuxième fois et que cette prise de conscience n'était plus seulement théorique mais bien concrète.

Pendant la durée de l'exercice, je me suis sentie tour à tour deux (bébé et moi, le papa et moi mais aussi le papa et bébé) et trois, ce qui n'avait encore jamais eu l'occasion de se produire auparavant.

Après cette séance, ce fut un gain énorme dans la prise de conscience de la vie de ce bébé avec l'envie de lui accorder la place qu'il mérite dans notre famille et dès maintenant sans attendre le « jour de sa naissance ».

La posture de relâchement du départ peut être assise, allongée, voire debout. Dans cette proposition de relâchement, il y a la notion de se déposer, d'arrêter de s'agiter pour avoir accès aux perceptions, et de se proposer de prendre le temps de l'écoute. De plus, avec l'engagement de la personne, il y a aussi la nécessité d'accorder une valeur à l'expérience en train d'être vécue, une sorte de crédit à ce qui se déroule.

L'attention est soutenue et c'est souvent cela le plus difficile (du moins au départ). C'est ce qui va permettre de capter les informations ; peuvent y aider les yeux clos, l'immobilité ou la gestuelle lente. Nous proposons d'accueillir l'étape du moment même si elle consiste à réaliser que justement l'attention a du mal à être présente.

L'association avec le toucher de relation par les parents et le praticien, qui allie le tact, la relation et la perception du mouvement, va venir enrichir leur nuancier perceptif. La pression de relation est adaptée, douce et lente, profondément à l'écoute de tous les tissus corporels qui nous constituent, et bien sûr à l'écoute du bébé.

Nous, sages-femmes, accompagnons les parents verbalement, avec un langage sensoriel, en les invitant à se remettre en lien avec leur capacité perceptive, d'où la notion de pédagogie. Nous invitons, nous proposons, nous sommes dans une posture d'accueil, de disponibilité et d'écoute.

À chaque étape, il y a un temps de validation ; la présence des parents est sollicitée et leur engagement aussi, de manière à confirmer leur ressenti et leur vécu, qu'il soit agréable ou pas, éphémère ou pas, présent ou pas ; ne pas percevoir, c'est déjà une information qu'ils ne perçoivent pas dans cet instant. Les parents décrivent verbalement ce qui est perçu, les détails, les nuances, les changements, les gains perceptifs qui s'actualisent à chaque

instant. Il leur est souvent difficile de mettre des mots sur leur ressenti ; ils peuvent avoir du mal à se dire, à se décrire. Puis ils valident les effets de ce qu'ils perçoivent.

À partir de cette perception dans l'instant, nous invitons les parents à la comparer avec le quotidien, l'habitude, ce qu'ils connaissent ; c'est ce que nous appelons le fait de connaissance. Ainsi ils peuvent laisser émerger le sens que cela revêt à leurs yeux : c'est une prise de conscience à partir de la sphère perceptivo-cognitive. Cela peut amener ensuite les parents à s'ouvrir à un autre point de vue, à changer d'attitude ou d'action ; ce passage à l'action possible est relié à leur vécu corporel, à la sphère perceptivo-cognitivo-comportementale.

Une fois l'écoute attentive installée, nous explorons des mouvements en engageant tout le corps en lenteur, sans forcer, sans tirer, ce qui offre le temps de percevoir en respectant les lois physiologiques du mouvement. Ces mouvements sont ponctués de postures, appelées points d'appui, dans lesquels la liberté est laissée aux différents acteurs de s'accorder en eux et entre eux. D'où la dénomination de gymnastique sensorielle alliant mouvement, profondeur et perception.

Nous écoutons et nous ressentons ; l'attention devient présente au geste, présence à ce que l'on fait, présence à soi. En même temps que je fais le mouvement, je prends acte, j'écoute et je peux ressentir chaque millimètre de trajet du mouvement qui se déroule.

Je peux ressentir l'orientation du mouvement, son amplitude, sa vitesse, sa cadence et sa résonance, c'est-à-dire l'effet que ça a en moi.

L'ensemble du corps peut bouger de manière coordonnée et cohérente pour accompagner et être en relation; l'être tout entier est engagé dans la relation. C'est tout un réapprentissage sensoriel que nous avons tous utilisé au début de notre vie. En résumé, la Pédagogie perceptive®/Gymnastique sensorielle périnatale® est un entraînement ou un réentraînement à capter les détails perceptifs et les nuances, dans l'immobilité comme dans le mouvement.

La GSP offre une présence à ce que l'on fait ; en même temps qu'on fait le mouvement on prend acte et on apprend de ce que l'on perçoit de soi. Nous pourrions presque dire que nous réapprenons à être des bébés!

L'accompagnement pédagogique vise à évoluer vers l'autonomie des parents pour qu'ils puissent être présents à ce qu'ils sont, à ce qu'ils font, de manière sensible et bienveillante, en apprenant de tout et en permanence. Et cela pendant la grossesse, dans le processus de l'accouchement et dans le post-partum. Au fur et à mesure de cet entraînement, leur sensibilité s'éveille, leur sensorialité s'affine, leur vitalité se perçoit, leur mobilité intérieure et celle du bébé s'accordent.

Témoignage de Charlotte

Je commence à percevoir des sensations nouvelles, à ressentir et à faire bouger d'une nouvelle manière des zones de mon corps que je connaissais mal : le bassin et toutes ses articulations, les muscles du périnée, l'intérieur du ventre... Je sens que l'espace occupé par mon bébé est malléable, élastique, fluide. Ma grossesse a fait de mon corps un cocon sur-mesure pour permettre à mon tout-petit de se développer, d'établir une relation avec moi et son papa, et de s'expulser vers l'extérieur après un voyage de 9 mois, le jour qu'il choisira. Le jour J, arrivée à la maternité, je sens que mon bébé pousse. Je sens que plusieurs personnes m'entourent et s'agitent autour de nous. J'ai retrouvé mes appuis. Je pousse sur mes pieds, je tire sur la barre, et je souffle, je démoule le bébé dont je sens la tête descendre et passer à travers moi. Je souffle, encore, il est là, il arrive, il se démoule de mon corps, je sens ses petites épaules et tout son corps glisser hors de moi, et il crie. Il est sur moi, il se calme, j'ouvre les yeux et je croise son regard.

La volonté de bouger s'efface pour laisser place à une présence corporelle totale. Cette présence est offerte à soi, à l'autre et au bébé. L'attitude attentionnée devient en même temps, pour soi-même, le bébé, le mouvement, les postures, un état d'être, une manière d'être, au service de la relation à soi, à l'autre, au bébé et au monde.

Une qualité de présence qui permet d'être profondément en relation.

ATTENTION ET ATTACHEMENT

Par cette communication sensorielle, qui passe par le corps et avec le corps (perception, proprioception, introspection, toucher, mouvement, attention, présence), le lien d'attachement se construit dans une attention réciproque. Au fil des séances, les parents apprennent à partir de leur mouvement, de leurs perceptions du bébé ; ils peuvent ainsi trouver une confiance en leurs capacités et en celles du bébé : capacité de mouvement, capacité d'être en relation, capacité de percevoir et de répondre aux demandes du bébé de manière adaptée. Cet apprentissage se prolongera après la naissance.

Témoignage de Virginie

Le travail corporel sensoriel est une source de bien-être, une thérapie journalière qui permet de me recentrer lorsque le stress m'envahit, de me rééquilibrer psychiquement.

J'ai senti une véritable guérison de mon âme. J'ai pratiqué ce travail sensoriel tous les jours durant les deux derniers mois de grossesse et quel bonheur! J'étais tranquille, calme, paisible, sans aucune appréhension quant à mon accouchement. Ce travail m'aide aujourd'hui plus que jamais à ne pas perdre le cap lorsque Mathieu crie, pleure. Je respire, visualise mon centre, je me pose

et tout va mieux, je ne m'angoisse plus, et la plupart du temps, Mathieu se calme lui aussi. Tout ce que j'ai appris m'aide non seulement dans mon rôle de maman, mais aussi dans mon travail et dans ma vie de femme, concubine.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER, E. 2006. La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps, Ivry-sur-Seine, Point d'appui.
- BOIS, D.; JOSSO, M.-C.; HUMPICH, M. 2009. Sujet sensible et renouvellement du moi. Les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie, Ivry-sur-Seine, Point d'appui.
- BONNET, C. 2009. *Du bien être au bien naître*, mémoire DU Gymnastique sensorielle périnatale.
- BRÜCHER, N.; BUSNEL, M.-C. 2014. Nommer ce langage indicible. Quand le bébé parle depuis le ventre de sa mère, Paris, H Diffusion.
- BURAVAND-JAËN, M. 2009. L'apport de la GSP dans la relation à soi, au bébé, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, mémoire DU Gymnastique sensorielle périnatale.
- BURAVAND-JAËN, M. 2017. De l'éveil des sens à la présence corporelle, étude éthologique centrée sur le toucher et la gestuelle, mémoire DU clinique de l'attachement et des systèmes familiaux.
- DE NARDI, M. 2011. La Gymnastique sensorielle périnatale, pour une relation sensible à votre bébé dès la grossesse, Gap, Le souffle d'or.
- ROCHAT, P. 2006. Le monde des bébés, Paris, Odile Jacob.

Pascale Delage Brigitte Münch

Éveiller l'attention : l'appel à l'intentionnalité vitale du bébé

« Au commencement est la rencontre. Une rencontre a précédé notre existence, une rencontre suit immédiatement notre venue au monde. Ainsi s'égrène la vie de chacun, rencontre après rencontre. »

Martin Buber

Ainsi, avant même qu'existent des personnes conscientes d'elles-mêmes, surgissent de la relation, des expériences d'être-ensemble, de proximité, d'intimité.

Comment se vivent ces rencontres essentielles dans les accompagnements haptonomiques ? En quoi sont-elles les prémices de toute relation ? Quel lien avec notre aptitude à prêter attention au prochain, dès lors que nous avons été depuis le début attentifs à notre être ? N'est-ce pas la source de tout intérêt et du sens même que l'on donne à notre vie ?

À la suite d'un premier contact affectif intime avec son enfant, une mère témoigne ainsi : « Je me sens reliée à lui maintenant, j'ai l'impression qu'on l'a mis dans la lumière. »

Entourer et rencontrer son enfant de l'intérieur, cela n'a bien sûr rien à voir avec le geste qui consiste à toucher son ventre, objectivant ainsi l'enfant dans sa forme et sa matérialité. En effet, plutôt qu'attentif, le bébé est en attente, en attente de rencontre... S'il lui est donné de vivre ce contact d'une grande subtilité, il y est confirmé dans sa joie sensible, et il se manifeste par un élan envers ses parents. Ceux-ci le devinent et y répondent à leur tour par un appel à sa présence, en même temps qu'ils se mettent à son écoute.

Au cœur de sa temporalité, qu'il soit en sommeil ou en phase d'éveil, le bébé, loin d'être dirigé, se sent immédiatement accueilli et respecté dans sa manière propre de répondre, dans son tempo.

Cette réponse n'est pas nécessairement manifeste dans un mouvement perceptible de l'extérieur, et cependant on ne peut douter de la présence attentive du bébé : entouré et invité à la fois, il s'exprime par des mouvements plus lents et plus doux. Et souvent, dès que le père s'approche, le bébé cesse de bouger et se met à l'écoute...

La qualité de sa présence silencieuse est à l'évidence celle d'un éveil affectif, très différent du calme propre aux phases de sommeil.

Cette même qualité de présence invitante, et non pas seulement de bienveillance et de gentillesse, ouvre pour les parents un espace de rencontre qui appelle l'enfant dans son élan vital, créant avec lui, dans un *still-point* aimant, une danse silencieuse où leur espace est vécu comme illimité. Étonnement, quand la rencontre a lieu, de vivre une réciprocité si précoce, un partage qui crée un monde nouveau, une façon d'être dans le présent, une synergie qui émeut et émerveille! Une telle liberté est nécessaire au bébé pour qu'il puisse venir vers ceux qui l'attendent, et s'engager dans un partage de tendresse qui lui donnera confiance pour se mettre au monde. À ce moment-là, en contact avec sa mère de l'intérieur, l'enfant peut vivre une vraie intimité avec son père qui lui donne envie de l'extérieur. Naissance d'une triade...



Mais si, malgré sa présence appelante tout au long de sa vie dans le giron, il n'est pas rencontré pour lui-même, il renonce, et devient passif. On le voit dans le visage triste et le regard absent de certains bébés dès la naissance, ou même dans l'inertie de ceux qui ne peuvent participer à leur

propre venue au monde, mais aussi dans l'attention dispersée des enfants qui ne sont pas là!

Comment accepter cela?

Notre rôle primordial, à nous accompagnants de ces familles, est de permettre aux parents, autant qu'il est possible, de trouver ce contact de proximité intime. Confirmés l'un par l'autre, l'un pour l'autre, et dans leurs rôles mutuels de soutien et de cocon, ils peuvent vivre une expérience profonde d'être-ensemble qui les enveloppe dans un sentiment de complétude.

C'est une grande découverte qui n'est pas de l'ordre de la pensée, et qui s'accompagne toujours d'un changement de tonus et d'attitude : souplesse et recueillement, joie silencieuse, émotion, regard pénétré de présence...



Bien sûr, certains couples traversent des moments difficiles, en ce temps où s'annonce un enfant. Mais au-delà de leurs épreuves sociales ou affectives, nous pouvons les conduire dans l'expérience gratifiante d'être là, ensemble, pour un autre qu'eux-mêmes. Et si la mère se retrouve isolée, il nous appartient, dans un accueil confirmant, chaleureux et fiable, de l'entourer et de tenir le rôle de tiers indispensable pour une relation juste à son enfant.

Quant au père, il est confronté à cette connivence nouvelle de la mère avec l'enfant. D'une relation duelle, il est invité à ouvrir le cercle et à intégrer pleinement ce nouvel être dont il est encore éloigné et déjà responsable, et qui capte l'attention sensible de sa compagne. Le soutenir, l'inviter à découvrir combien la femme aimée a besoin de son soutien, et lui transmettre la possibilité de rencontrer son enfant dans cette période d'attente transfigurent la relation entre ces trois personnes.

Lorsque l'espace intérieur, créé par cet amour contenu et invitant, est riche de vécus affectifs, l'enfant peut s'aventurer vers l'extérieur avec confiance.

Parce qu'ils sont soutenus dans leur présence l'un à l'autre, les parents lancent à leur enfant un appel à sa verticalité, pour accomplir sa naissance. Nous lui permettons de mobiliser un savoir non conscient, présent en chacun de nous depuis des temps immémoriaux, ce qu'on peut appeler notre intelligence vitale. Une telle expérience lui offrira pour longtemps un sentiment de sûreté et de sécurité.

N'est-ce pas cela, la vraie attention qu'on peut porter à un autre que soi ? Dès ces premiers moments après la naissance, soutenu dans sa base, le bébé peut partir à la recherche dynamique du sein. Si le moment est juste pour chacun d'eux, si nul ne le leur vole, les regards des parents et de l'enfant s'éclairent dans une reconnaissance réciproque. Le bébé, échappant à la survie, découvre la vie savoureuse et manifeste une véritable curiosité. Les petits jeux d'échange et de contacts sont pleins de sensualité tendre, dans un étonnement et un émerveillement mutuels.



Cette rencontre affective, lorsqu'elle peut avoir lieu, confirme l'importance d'une présence attentionnée des parents. Elle requiert des conditions précises : si elle est non seulement sécurisante, mais aussi invitante, elle fait appel au désir de l'enfant de participer à tous les moments de soin et de partage qui lui permettent de révéler ses aptitudes : recherche d'autonomie confirmée et soutenue par nos gestes, le guidant pour trouver lui-même le chemin de « se porter » dans nos mains, de « se tourner » à notre invitation, de « se rassurer » dans la rencontre affective. Il peut alors déployer une forme d'attention sensible et sensuelle, et vivre sa libido vitale.

Hélas trop souvent, avec bonne intention, nous interrompons le rythme propre de l'enfant, ce qui le perturbe dans la façon dont il dirige spontanément son attention vers ce qui l'attire. Les normes toujours plus exigeantes autour du développement sain de l'humain créent une vigilance constante autour du corps fonctionnel, et de ce fait, nous obligent à intervenir sans

cesse dans sa vie et à le contraindre, en dépit de sa façon singulière de s'approprier les événements et de répondre à ses besoins.

Est-il par exemple vraiment nécessaire de déplier un enfant pour le toiser dès sa première heure, alors qu'il découvre un monde nouveau ? S'est-on assez interrogé sur l'impact des perturbations constantes de leur rythme et de leurs intérêts, qu'on impose aux enfants au nom de la stimulation ou de la protection ? Ne serait-ce pas là une des sources des problèmes d'attention que l'on observe de plus en plus ?

Heureusement, le respect de la haute valeur affective des premiers moments à trois instaure un attachement sain au cœur duquel peuvent déjà se vivre les conditions d'un bon détachement : l'appel à la verticalité de l'enfant, assis dans la main de son père qui l'élève et le présente au monde, sous le regard aimant et confiant de sa mère, le confirme dans sa dignité et dans la beauté de la personne qu'il est. La trace de ces expériences est si profonde qu'elle apparaît dans le regard intense de l'enfant, déjà tout entier présent et ouvert, mais bien au-delà, tout au long de la vie, et malgré les obstacles, dans le sentiment de soi comme un être digne d'amour.



L'intentionnalité vitale, consciente, des parents, si elle est guidée et animée par le désir de rencontrer leur enfant, leur permet aussi de découvrir très tôt qui il est, c'est-à-dire de voir quelles sont ses aptitudes innées, par exemple sa sensibilité à la musique, son attitude d'observateur ou d'acteur, sa réactivité immédiate ou différée... Non pas pour le stimuler ou l'amener à des performances, mais pour lui offrir l'authentique confirmation affective de sa singularité.

Ainsi pourra s'éveiller l'attention qui repose sur un for intérieur conscient, une sûreté, une détermination et une confiance pour chercher ce qui est juste, bon et beau pour lui dans la vie, lui donnant accès à la joie et au discernement, source essentielle au déploiement de toutes ses facultés et de toute son intelligence, le guidant au long de son chemin de vie, lui offrant la chance de choisir ce qui lui sied. Très tôt l'enfant écoute et contemple, il intériorise et mémorise les contacts intimes tendres et vit la Lust¹: pas seulement plaisir, mais joie de vivre.

Notre pratique nous permet de distinguer clairement la naissance d'une attention chez l'enfant, qui révèle un être sur le qui-vive, pris dans des liens qui ne contiennent pas de détachement, entrant dans une forme d'insécurité qui l'oblige à s'adapter aux désirs des autres, d'une attention qui révèle la capacité de se réjouir, de savourer, d'être curieux et joyeux, de s'affirmer déjà comme une personne en chemin pour se connaître et disposer d'elle-même.

Plutôt que d'attendre que l'enfant soit à tout prix attentif, il est vital et précieux de répondre à son attente, de lancer un appel à son élan vital, de lui permettre de se manifester, afin qu'ainsi il accède à la merveilleuse succession des rencontres affectives qui émaillent la vie et lui donnent sens.

^{1.} Terme allemand choisi par Franz Veldman, fondateur de l'haptonomie, et exprimant à la fois le plaisir, la douce euphorie, l'élan vital pétillant, la joie...

VARIA (POUR NE PAS CONCLURE)

Prendre attention aux parents de malades psychiques devenant grands-parents : quelle attention partager?

Bénévole à l'UNAFAM 13, je suis la mère d'une maman schizophrène et grand-mère d'un petit garçon de 10 ans pour lequel j'ai été désignée tiers digne de confiance : une grand-parentalité si particulière donc.

Avec l'UNAFAM, il s'agit d'aborder un sujet longtemps occulté, le devenir parents des malades psychiques et par là, le devenir des grands-parents au sein des familles qui accompagnent ces patients. La parentalité des malades psychiques est un projet de vie qui mérite un soutien pluriprofessionnel continu, afin d'établir des relations de confiance entre tous les partenaires, donc un réel souci de prévention.

En France actuellement, des personnes malades ne bénéficient d'aucun soutien à leurs compétences parentales, des enfants ne sont pas suivis préventivement, des grands-parents en grandes difficultés sont isolés sur le territoire.

Être grands-parents, ce sont des charges complexes, des responsabilités nombreuses. Ce qui est complexe, c'est de pouvoir, de savoir articuler ces charges, gérer une double position : rester le soutien de son enfant, et veiller sur son petit-enfant ; éprouver une sorte de déchirement entre les différents rôles à tenir, et parvenir à rester à sa juste place. L'aide naturelle des grands-parents se heurte alors à des difficultés qui peuvent les dépasser.

Depuis 2006, en Île-de-France, s'est constitué à l'UNAFAM un réseau de bénévoles et d'adhérents qui ont eu besoin de se rassembler pour évoquer leurs situations et les problèmes inhérents : entre 2006 et 2008, plusieurs groupes se sont créés dans différentes villes françaises. À ce jour, à ma

connaissance, il existe un groupe : en Île-de-France, à Nîmes, à Angers ; une tentative à : Lons-le-Saunier, Chambéry, Chalon-sur-Saône et Marseille. Depuis deux ans, avec difficulté, nous essayons de faire vivre un groupe, avec la médiation d'une psychologue, mais nous fondons l'espoir qu'à l'issue d'une semaine d'information sur la santé mentale, l'opportunité d'accueillir d'autres personnes se présentera. Cela est souhaitable car nous avons besoin d'éviter l'isolement, de partager notre expérience et des informations. En Île-de-France, une centaine de personnes ont été accueillies au moins une fois. Le résultat d'un questionnaire en 2007 faisait état de plus de 150 grands-parents UNAFAM concernés par plus de 200 enfants. On peut parier que ce nombre est bien supérieur aujourd'hui en 2018, mais nous manquons d'études sur ce sujet. Réunions en alternance avec l'aide d'un psychiatre à l'UNAFAM et à l'École des parents, participation à des colloques, témoignages dans des organismes de formation : ce réseau essaie de sensibiliser sur les besoins de soutien particulier de ces familles.

Dans ce contexte, quel peut être le rôle des grands-parents ?

Les situations sont si différentes que les questionnements sont multiples ; beaucoup de ces grands-parents sont devenus des aidants de ces familles fragiles. Certains se sont vus confier la garde de leurs petits-enfants par la justice. Certains ont un droit de visite, d'autres ne l'ont pas.

Tout d'abord, la situation est très différente selon que nous sommes parents d'un fils ou d'une fille malades. Pour une fille, plusieurs questions se posent : l'éventualité d'une IVG, le suivi de la grossesse, la question de l'interruption ou pas du traitement, la crainte de décompensation à l'accouchement, l'inconnu sur la prise en charge du bébé à la naissance. Dans l'éventualité d'une séparation de la mère et du bébé, quelles conséquences sur l'attachement ?

En ce qui concerne les traitements, les études sur les risques iatrogènes des neuroleptiques sont trop rares, et à ce jour, on dispose de peu d'informations sur le devenir des enfants nés de mères bipolaires ou schizophrènes traitées par Dépakine pendant leur grossesse.

Les unités de soins conjoints mère enfant sont précieuses mais insuffisamment nombreuses. Quand le trouble psychiatrique de la mère impose qu'on lui retire son bébé dès la naissance, c'est l'ASE qui prend le relais au nom de la protection de l'enfance; les grands-parents sont alors souvent écartés de l'entourage de l'enfant, sont tenus à distance des choix qui sont faits. Leur rôle sera codifié par l'institution judiciaire.

Les nombreux thèmes des réunions du groupe d'Île-de-France donnent une idée de la complexité du rôle des grands-parents lorsque les enfants vivent avec leurs parents. Comment ne pas être intrusif ? Comment évaluer le bien-fondé de notre soutien et nos limites ? Jusqu'où et comment accompagner nos enfants et leur conjoint à la parentalité ? Comment aider sans

dévaloriser les parents ? Comment être aidés autour de la parentalité de nos enfants ? Pour une relation de qualité entre nos petits-enfants et leurs parents, quel rôle avons-nous à jouer ? Comment envisager notre relation avec le conjoint ou l'ex-conjoint malade ou pas malade ? Faire face à la violence possible des parents en présence des enfants. Comment veiller à la sécurité de nos petits-enfants ? Comment intervenir si on sent les petits-enfants en danger ? Comment préserver les enfants qui deviennent les soutiens de leurs parents ?

Lorsque les enfants vivent avec le parent qui n'est pas malade, et que les parents sont séparés, la place du grand-parent est presque ordinaire, il sert alors de médiateur entre les enfants et le parent malade et favorise le lien.

Dans les cas où les enfants sont placés, on se retrouve dans un contexte qu'on connaît peu, en relation alors avec l'ASE, le tribunal pour enfants, des interlocuteurs qui quelquefois connaissent mal les maladies psychiques, ou qui en ont une image caricaturale ou stigmatisante pour le parent et sa famille. Il faut alors faire valoir les droits des enfants à avoir un lien avec les grands-parents, la famille élargie, obtenir un droit de visite et d'hébergement parfois malgré l'hostilité du parent malade. À noter que les juges du tribunal pour enfants ne sont pas toujours informés par les équipes soignantes de l'état de santé du parent ; dans ces situations un lien entre justice et psychiatrie serait nécessaire.

Le grand-parent qui devient tiers digne de confiance, en quelque sorte redevient parent d'un petit enfant et exerce alors ce que Didier Houzel définit comme « l'axe de la pratique de la parentalité », c'est-à-dire les soins, la protection, l'éducation..., mais l'affect prédomine bien sûr pour les grands-parents.

Comment éviter la confusion des rôles, préserver la parentalité partielle de son enfant, « celle qui, selon Houzel, s'exprime par les émotions, le ressenti, les espoirs et les doutes, dimension subjective propre à chaque parent »? Le grand-parent qui prend soin d'un enfant au quotidien ne peut pas être en marge de cet axe de l'expérience de la parentalité. C'est dans cet espace qu'il peut y avoir conflit et que peuvent resurgir les conflits anciens. Comment préserver le lien entre l'enfant et son parent et ne pas se sentir tiraillés ?

On peut aussi avoir à faire face aux projections négatives engendrées par la psychose, au fantasme de « rapt » de l'enfant, à celui de maltraitance... Même si les relations reposaient sur la confiance, même si le dispositif juridique qui règle cette situation a été convenu d'une manière harmonieuse, on n'est jamais à l'abri d'une évolution de la maladie, ou de l'apparition d'une souffrance supplémentaire liée sans doute à l'impossibilité d'élever son enfant.

Lorsque les enfants présentent des troubles du développement et des apprentissages, des difficultés scolaires, des fragilités, les grands-parents ont alors la charge de les accompagner dans un parcours de soin adapté, et se heurtent au manque de structures spécialisées. Ce sont des situations douloureuses qui nécessiteraient que les familles soient soutenues, confrontées qu'elles sont à une deuxième expérience de recherche de suivis, et l'épuisement n'est pas loin. De plus, le grand-parent reste médiateur entre l'enfant et le parent, et il faut donc expliquer au parent les difficultés de l'enfant avec le risque de le perturber davantage...

Pour être dignes de la confiance qui nous est accordée en nous laissant le soin d'être présent auprès de l'enfant, nous avons besoin d'aide.

En Haute-Savoie, un dispositif unique en son genre a été mis sur pied, qui pourrait servir de modèle. L'association RETIS à Thonon-les-Bains a élaboré une réponse en 2011, en créant un service consacré aux tiers dignes de confiance, avec une équipe pluridisciplinaire de professionnels (juriste, psychologue, éducateur, médiatrice familiale). Ce service propose un suivi global d'aide et de soutien : un soutien aux tiers, une médiation entre les parents et le tiers, un suivi du développement de l'enfant.

D'autres préoccupations sont communes à tous ces grands-parents. Selon la littérature scientifique, ces enfants sont des sujets à risque, voire à très haut risque quant à la vulnérabilité aux troubles psychiques. Qu'en est-il de la prévention ? Enfin, pour tous, quelle que soit la situation, une interrogation reste constante : comment parler de la maladie de leurs parents à nos petits-enfants? Comment répondre à leurs questions pour qu'ils ne se sentent ni abandonnés ni mal aimés ? Est-ce à nous d'en parler ? Sommesnous les mieux placés ? Des outils de médiation, des livres existent ; le réseau de l'UNAFAM en a dressé la bibliographie. Malgré cet étayage, nous pouvons nous sentir démunis. Ne pourrait-on imaginer un appui professionnel pour que le parent puisse parler lui-même de sa maladie à son enfant? Et s'il n'en est pas capable, qui pour aider à donner cette écoute et cette parole à l'enfant? Il y a un vide institutionnel, un rôle que ne joue pas la psychiatrie adulte quand elle refuse de prendre en compte l'existence de ces enfants, quand elle refuse d'écouter les familles de patients, de considérer ces situations particulières; il est indispensable que les instances administratives, judiciaires et thérapeutiques, associent les grands-parents à leurs décisions et au processus de soutien aux enfants de leur enfant malade.

Un lien doit obligatoirement relier la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie ; il faut sortir de ce cloisonnement pour que ces enfants ne soient plus des enfants oubliés ; « Les enfants oubliés », c'était le titre de la conférence internationale de l'EUFAMI (Fédération européenne des associations de familles de personnes souffrant de maladies mentales), en 2009, à Vilnius, à laquelle a participé une délégation des grands-parents de l'UNAFAM. Sa position a été de défendre la nécessité de prendre en compte l'exercice de la parentalité dans son contexte familial global. La déclaration de clôture de cette conférence, affirmait : « Les services pourraient se concentrer sur la famille entière incluant les parents, les enfants, mais aussi d'autres comme les grands-parents susceptibles d'assurer un rôle parental. »

Malgré la complexité de ces rôles à assumer, je n'oublie pas de jouer celui du grand-parent ordinaire, celui qui transmet l'histoire, la culture familiale, les traditions, de façon à ancrer l'enfant dans un récit qui ne soit pas que celui de la maladie. C'est ainsi donner aux petits-enfants des racines.

Rolan Bon Ingrid Garnier

Corpsyché: mettre l'attention en mouvement

DONNER LA PAROLE AU CORPS (principalement rédigé par Rolan Bon)

Le Body-Mind Centering®

Le Body-Mind Centering[®] (BMC) est une approche pédagogique d'éducation somatique par le mouvement et le toucher, conçue par Bonnie Bainbridge Cohen, danseuse, ergothérapeute, thérapeute en neurodéveloppement aux États-Unis. Le BMC est une étude du corps en mouvement qui passe par l'expérience : principalement par des explorations de mouvement et de toucher, mais aussi par l'étude de l'anatomie et de la physiologie.

« J'ai nommé Body-Mind Centering® ma méthode de travail et de recherche, qui consiste à me découvrir moi-même dans la vie de mes cellules, à distinguer chaque type de tissu et à réunir toutes mes cellules au sein de la globalité de mon être, à laisser ma conscience refluer dans l'inconscient et à partager ce processus avec d'autres. Dans cette recherche, nous sommes tous, à chaque instant, entiers, en constant changement et partie prenante en tant qu'objet d'étude, matière et observateur » (Bainbridge Cohen, 2002).

Visualisation, somatisation, exploration

Ce travail invite à une découverte des systèmes du corps (squelette, système nerveux, système musculaire...), qui font, chacun, émerger des états de corps, des qualités de mouvement et des états d'esprit spécifiques. C'est par ce type d'exploration que l'on entre dans le processus d'« incorporation » que propose le BMC.

« "L'être-en-corps", "the process of embodiment" est la présence à soi des cellules mêmes, cela implique de renoncer à ses représentations conscientes. Il s'agit là d'une expérience directe, sans étape intermédiaire ni traduction. Il n'y a pas de guide, pas de témoin, mais seulement la conscience pleine et entière de l'instant vécu, issue des cellules mêmes. Dans ce cas, le cerveau est le dernier informé. La connaissance est totale, l'entendement est au repos. De ce processus d'être-en-corps naissent les émotions, les pensées, la transparence à soi et la compréhension » (ibid.).

Orientation

Le BMC peut s'appliquer à une infinité d'activités professionnelles. À l'heure actuelle, il est utilisé en danse, en yoga et autres pratiques corporelles, dans le champ artistique (voix, musique, etc.), en ergothérapie, kinésithérapie, ostéopathie, psychothérapie, médecine, ainsi que par ceux qui travaillent sur le développement de l'enfant, la pédagogie, ou encore dans le domaine des disciplines sportives ou psychophysiques.

Le BMC a une double orientation, il est lié à la fois à l'étude des différents systèmes du corps et à la question du développement. Dans le reste du monde, beaucoup de gens qui pratiquent le BMC travaillent dans la petite enfance ou à l'hôpital en soins néonataux. Connaître les schèmes de développement et avoir la capacité de lire les corps sont des compétences que l'on développe en BMC et qui permettent d'apporter des réponses, y compris individuelles, en croisant toutes les connaissances liées à cette double orientation : systèmes anatomo-physiologiques et schèmes de développement.

« Comment le corps bouge, exprime, comment l'esprit vit : Body-Mind, l'un n'est pas sans l'autre » (ibid.).

Un projet d'atelier

Pour moi, danseur et praticien de BMC, donner la parole au corps au sein de cet ouvrage sur « l'attention » prend tout son sens. La question abordée et expérimentée avec le support du BMC est : comment je me porte et quelle attention je porte à l'autre ? Le mouvement, le toucher et l'accueil sont mes orientations avec le support du BMC.

Mise en corps, mouvement et bienveillance

Temps de pratique dans le mouvement : « s'encorporer » pour que le geste devienne à la fois corporel et mental ; comment être avec l'autre, comment m'éprouver moi-même, par mon ressenti corporel, mes sensations,

mes sens, et principalement le toucher seul ou à deux, qui m'informe que j'ai un corps et que j'existe.

J'ai été à la fois acteur et témoin du corps en mouvement, processus en BMC qui consiste à être, non à faire ou à penser. Présence à soi au cours de laquelle la part directrice et la part témoin se confondent dans la conscience cellulaire. Il est question de bienveillance corporelle et mentale dans mon enseignement. Cette bienveillance a la capacité à nous rendre meilleurs envers nous-mêmes et envers les autres, mais elle nous permet aussi de développer notre créativité. Je reste persuadé à chaque rencontre, à chaque stage, soin, échange privé ou professionnel, que cultiver et appliquer la bienveillance envers soi-même et les autres peut transformer la communauté.

Toucher, limite, intégrité et confiance

J'ai abordé le toucher qui réconforte, le toucher qui donne des limites, des repères, la frontière de nous-mêmes, les contours de notre corps. Le toucher qui accompagne, qui écoute, témoin de ce qui se dit du corps, et le transforme sous nos mains. Je reçois autant que je contacte l'autre dans cet échange sensible, ce qui pour moi soutient notre intégrité et la confiance du soignant-soigné. J'encourage cette pratique consciente dans l'échange et l'accompagnement, et reste particulièrement vigilant à cet aller et retour. Être dans l'invitation, pas dans l'intrusion. Quand j'invite il est question d'écoute, sinon je risque d'imposer mon toucher sans prendre le temps d'accueillir et d'entendre la réponse.

Il n'y a pas de hiérarchie dans le toucher que je propose, mais tout simplement un espace de partage qu'on ouvre pour recevoir et donner de l'attention. Je cultive ça avec le mouvement, la danse, le relationnel, l'éducation, le soin et la santé.

Attention incarnée et soins

Porter de l'attention pour que l'autre puisse se rassembler me semble trouver un écho chez les participants. C'est un espace d'expérimentation ouvert, riche de sensations, d'échanges, de danse, de cocréations, où chacun peut aller à la rencontre de ses capacités sensitives et créatives. C'est ce que je veux transmettre, partager et explorer. En échangeant en fin de séance, je peux entendre et comprendre de la part des participants l'importance d'avoir un corps incarné dans une expérience individuelle et commune, un lieu « d'être en corps ». Quoi de plus indispensable pour un soignant que d'être habité par un corps vivant pour pouvoir être en mesure de porter de l'attention, de soigner ?

« Dans le symptôme on somatise, dans la danse c'est un désir archaïque (mais toujours actuel) qui prend le soma, le corps, par ses racines et le jette dans le mouvement. La danse est un jet de vie pour sortir de l'ornière. C'est pourquoi la danse, le geste sont une ouverture du corps quand tout est bouché » (Sibony, 2005).

PAR LE MOUVEMENT, ÉPROUVER ET ÉLABORER SES CAPACITÉS ATTENTIONNELLES (principalement rédigé par Ingrid Garnier)

L'attention à l'autre est avant tout inscrite dans notre attitude corporelle. La rencontre avec la pratique du BMC est un des chemins vers un rassemblement intérieur entre corps et psyché, rassemblement apaisant et structurant, qui enrichit notre capacité à être en attention à l'autre, père, mère, bébé, collègues..., mais aussi en attention à soi. C'est un moment de transformation et d'élaboration inscrit dans l'expérience corporelle, la rencontre et l'échange : du mouvement pour ressentir, quelques mots pour penser.

Faire l'expérience d'une centration sur ses sensations et sa relation à son corps, d'un « lâcher » du mental, donne l'opportunité de laisser advenir une pensée qui naît du mouvement, mouvement et pensée étant centrés sur cette question de l'attention à l'autre. Exigences attentionnelles et présence attentive s'appuient sur un bon ancrage dans le corps et vont s'enrichir d'une attention-observation flottante plurisensorielle.

Dans ce va-et-vient constant entre attention interpersonnelle et attention intrapsychique, le travail de l'interface fait surgir du nouveau. L'aborder « par le corps » nous emmène plus loin, nous permet d'envisager ces questions par un autre chemin, celui du ressenti. Ce moment de décélération opportun est une entrée en matière singulière vers une réflexion centrée sur la question de l'attention.

C'est au fil de « jeux » de mouvement que nous pouvons mettre à l'épreuve différentes dimensions du toucher, du portage et prendre conscience de nos modalités de présence à l'autre, tous éléments fondateurs de la qualité de notre attention à l'autre.

Porter et être porté

Dans ce moment de mouvement, habiter son corps, tenir sa verticalité, se porter rendent possible de porter l'autre, d'accueillir ce qui se crée. Il s'agit alors de faire l'expérience de pouvoir s'ériger parce qu'on est porté, de

ressentir combien porter « avec le haut de son corps » exige que l'ensemble de ce corps soit ancré dans une base, socle de notre verticalité.

Cette modalité « d'être en corps » permet d'être avec, d'adopter une position neutre, en creux, arrondie, prête à accueillir les messages qui entrent en nous par les yeux, le toucher, les oreilles. Être ainsi ancré peut aussi aider à ne pas s'abîmer en prenant soin de l'autre, à apporter une attention soutenue sans risquer d'être emporté par la souffrance de l'autre.

Ce moment de mouvement permet aussi de ressentir où et sur quoi s'appuyer pour être stable, fiable dans le mouvement comme dans la relation de soin.

Quels sont mes propres appuis?

Un mouvement créé à son propre rythme permet à chacun d'éprouver le confort des appuis sur le sol, la sécurité intérieure que cela procure, puis, fort de cette expérience, d'oser pas à pas, de mouvement en mouvement, s'ériger, aller chercher, percevoir le plaisir de se risquer à d'autres équilibres, d'autres appuis, à une exploration de l'autour, du haut.

Entre regroupement et extension, nous pouvons redécouvrir, inscrits en nous, les éprouvés archaïques du bébé, revivre ce cheminement du regroupement à l'exploration en appui sur notre sécurité intérieure et notre stabilité corporelle. Nous pouvons nous laisser habiter par la souplesse, la diversité de ce qui se déploie dans l'expérience de nos points d'appui internes (nombril, respiration) et des points d'appui externes proposés par l'environnement (sol, mur, musique...) et par cette attention de l'autre et pour l'autre.

Toucher

Dans la spontanéité d'un moment de danse contact, différents types de touchers peuvent être explorés : toucher qui effleure, toucher qui entre en contact, toucher qui soutient, toucher comme partage d'intimité. Il s'agit donc de se risquer à les proposer aux autres, d'en intérioriser toutes les nuances, d'expérimenter l'accueil et l'ajustement aux informations adressées par le corps de l'autre dans le contact des corps, dans des temps de corps-à-corps.

Est-il possible de se hasarder à cette perméabilité qui est ressource par la circulation d'énergie qu'elle permet ? De fait, ce que je touche me touche et me transforme, le transforme. La présence à l'autre et de l'autre nous permet donc d'exister différents et de nous ressentir en accordage avec l'autre.

Pourrait-on ici évoquer une forme « d'empathie corporelle » ? Sans trop nous éloigner de notre corporalité, nous nous accordons un moment pour penser la richesse de cette palette de touchers et de places de chacun dans la relation parents-bébé, dans la relation de soin, dans notre capacité à être attentionnés.

« Être en corps » et présence attentionnée

Être présent à soi, à l'autre, aux autres. « Si chacun prend sa place tout le monde va trouver la sienne », nous rassure Rolan, nous invitant à prendre ce virage vers un endroit « où ça grince moins, où la transformation est fluide ». Par la délicatesse et la fiabilité de son « être en corps », par sa présence attentionnée, par un toucher toujours ajusté, il nous amène vers un jeu.

Jeu d'alternance entre des places de conducteur et de passager lors duquel nous pouvons éprouver toutes les nuances entre imposer, diriger, soutenir, suivre, se laisser entraîner dans un accordage au mouvement de l'autre.

Il peut s'agir de venir vers, à la rencontre de..., ou dans une émergence de deux mouvements qui s'enrichissent, aller ensemble vers l'ouverture, la découverte. Parfois il est plutôt question de se mettre à la disposition du mouvement de l'autre, de suivre cette proposition d'être dirigé, de se soumettre à son mouvement, de pouvoir s'appuyer sur cette invitation. Dans tous les cas, c'est avec plaisir que nous nous laissons imprégner de toute la richesse de cette alternance souple, fluide, dans une attention mutuelle et soutenue au corps de l'autre. Se hasarder à tenter de construire une « phrase mouvement » en inventant une continuité entre ces deux pôles de la relation que sont diriger et être dirigé, nous amène à percevoir toutes les nuances interactionnelles de ces deux positions.

Toute cette gamme de positionnements nous interpelle en miroir de la relation soignant soigné et de cette recherche permanente du bon équilibre qu'elle mobilise entre porter, conseiller, fortement recommander, accueillir, soutenir, laisser advenir. Cet équilibre, sans cesse à réinventer, permet à chacun de trouver sa place, et au patient de s'ériger dans une place de sujet de sa vie, d'acteur passif, actif, résistant, soutenu... Dans ce dialogue où chacun habite sa place, le bébé attentif vient nous solliciter dans une sensorialité que le BMC nous aide à remobiliser, voire pour certains découvrir.

CONCLUSION

BMC et danse contact nous ouvrent à une expérience rare, celle d'une relation d'accueil exempte de hiérarchie, où chacun peut se rencontrer, se trouver, éprouver ses possibles dans un climat de réassurance. Réassurance par l'autre sur l'endroit où l'on est et sur son droit à y advenir sans que cela présente un danger pour soi, pour l'autre et/ou pour le groupe.

Dans ce moment d'accord entre dedans et dehors, entre corps et pensée, individualité, intégrité et spécificité sont préservées, consolidées dans une différenciation entre soi et l'autre qui passe par une rythmicité,

une alternance entre réceptivité et stimulation. Cette attention flottante plurisensorielle peut être investie comme une modalité d'observation dans laquelle le toucher trouve une place à part entière.

Un espace de liberté motrice et source de liberté de penser constitue un socle pour penser dans son corps et dans sa tête les modalités de la relation entre soi et l'autre, entre parent et bébé, entre soignant et soigné.

Un accueil attentionné inscrit tant dans notre corporalité que dans notre psychisme peut donner à chacun une opportunité d'advenir, au parent celle de se construire parent, au bébé celle de se construire sujet, à chacun celle de soutenir une coconstruction inscrite dans une transdisciplinarité enrichissante.

BIBLIOGRAPHIE

BAINBRIDGE COHEN, B. 2002. Sentir, ressentir et agir. L'anatonie expérimentale du Body-Mind Centering, trad. fr. M. Boucon, Paris, Nouvelles de danse.

SIBONY, D. 2005. Le corps et sa danse, Paris, Le Seuil.

Site de Body-Mind Centering France http://www.bodymindcentering.fr/

Site de Bonnie Bainbridge Cohen https://www.bonniebainbridgecohen.com/

Catherine Yelnik

« Se laisser porter doit être une sensation délicieuse » De l'écoute du corps à l'attention à l'autre

« Dans l'eau du ventre, ils se dépliaient, ils touchaient, ils exploraient,

Appuyant le pied sur un point d'élan ils gravitaient,

Ils tournaient et se retournaient dans l'ombre

Ils dansaient presque.

Tout à coup ils dansent vraiment

Tout à coup ils surgissent

Dans la lumière, dans le froid, dans l'air,

Et là ils tombent

Ils s'effondrent dans la décoordination, dans la non-motricité, dans la défaillance musculaire.

... Ils ne sont plus des fœtus, ils sont devenus des enfants envahis de souffle,

Immergés dans l'air lumineux et l'audition d'une langue parlée dont ils n'ont pas l'usage. »

Pascal Quignard (2013)

« Se laisser porter doit être une sensation délicieuse » sont les mots écrits par Lola, adolescente de 18 ans en hôpital de jour, après une séance de danse-écriture. Comme si un pan de son histoire archaïque pouvait se dire, là, dans ce moment.

LOLA

Lola est à l'hôpital de jour depuis quelques années, accueillie pour une dysharmonie psychotique. Elle se montre adhésive, un peu niaise en apparence, assez intelligente néanmoins sur le plan cognitif, elle retient les connaissances mais ne peut les relier, en faire du sens. Son corps est mou et affaissé. Elle est toujours mal « fagotée », les cheveux mal coiffés, les vêtements comme si elle n'avait pas fini de s'habiller, un sourire un peu défait, elle voudrait se faire aimer. Elle pourrait être attachante si elle n'était pas immédiatement adhésive. Le ton de sa voix traîne, comme si elle voulait « garder encore », plus longtemps, l'attention de son interlocuteur. Son attitude trahit le bébé carencé, mais étant donné sa taille et son âge, elle suscite généralement plutôt de l'irritation de la part des soignants.

Nous avons accueilli Lola à « l'atelier danse » de l'hôpital de jour avec l'idée qu'elle pourrait travailler avec nous son « axe » corporel (et psychique) et développer la capacité à jouer qui lui manque. Cela pourrait lui permettre d'évoluer avec une meilleure distance à l'égard des autres.

J'ai créé ce groupe à l'hôpital de jour où j'étais psychologue, il y a de nombreuses années, dans le but d'aller chercher et de soigner dans le corps, à travers la danse, ce qui n'est pas accessible par les mots chez ces patients, de leur histoire archaïque.

« La danse fait appel à tous les gestes d'enfants... Elle fait appel au corps silencieux... Elle ne sait pas parler. Elle fait appel au corps d'avant le langage (au corps originaire, au corps ovulaire, au corps embryonnaire, au corps fœtal, au corps natal, au corps infantile). Au corps d'avant le moi. Au corps d'avant la position sujet » (Quignard, 2013).

La danse réactive les traces perceptivo-motrices. Ce groupe est un lieu et un temps de partage et de rencontre, une matrice intersubjective, un espace d'expérience et de jeu autour du « trouvé-créé » du mouvement, un espace de subjectivation et de transformation (Yelnik, 2013).

ÉCOUTER LE CORPS UN TEMPS SUSPENDU, « UN RYTHME LENT POUR SE LANCER » (Vamos et Schmidt, 2007)

Au commencement de l'atelier, nous prenons le temps de nous accorder, chacun, et ensemble.

Ce temps a une valeur particulière, comme étiré, suspendu ; il pourrait parfois sembler « atemporel », hors institution, « hors temps ». À l'écart de l'agitation institutionnelle, nous prenons le temps de nous asseoir sur les

tapis, d'échanger sur les états du corps des uns et des autres, puis de nous allonger pour entrer dans la séance.

Ce moment est très important afin que puissent émerger les besoins et les rythmes particuliers de chacun. Se crée ainsi une qualité de liens entre nous, différente de celle qui peut se tisser dans d'autres lieux de l'institution, souvent plus bousculés, plus bruyants, et où le tempo est moins interne, plus dicté par l'activité externe.

Ce temps d'écoute et d'attention au corps dans lequel nous entrons crée également de « l'intime », des liens privilégiés entre les personnes de ce groupe qui se rencontrent « autrement » dans une qualité de langage différente : celui du corps. Le langage initial.

Rythme de la respiration, manière de s'allonger, de se déposer au sol (ou de ne pas pouvoir y parvenir), les blagues que nous pouvons échanger, les rires, ou les larmes parfois, les soupirs, les douleurs (mal ici ou là pour certains qui ne ressentent leur corps qu'à travers une souffrance), la façon dont chacun décide de sa place dans l'espace. Une sorte de « rythme lent pour se lancer », en écho à l'article de Julianna Vamos et Rose Schmidt (2007).

La première partie de l'atelier danse se déroule au sol et permet de retrouver ses sensations internes : détente, étirements doux, repérages des appuis ; « on se pose, on se dépose, on se re-pose ». Temps pour « s'accorder », « être » et « éprouver » (Yelnik, 2007). Avec le temps et l'expérience nous y avons intégré des temps de massages contenants à travers les vêtements, que les adolescents aiment et réclament.

La deuxième partie est un temps plus ludique, de déplacements dans l'espace, de jeux, d'improvisations.

Le groupe rassemble six à huit adolescents et plusieurs soignants ou stagiaires, tous très impliqués et passionnés par cette approche. Leur précieuse présence sert d'étayage au vide imaginaire de mouvement de nos jeunes patients.

Cet atelier danse se transforme, en « danse écriture » lors de l'arrivée de ma collègue Anne-Marie Paul, enseignante en lettres et psychologue.

En « danse écriture », après le temps réservé au corps et à la danse (1 h 30), nous prenons le temps de nous poser ensemble en cercle, assis au sol pour écrire librement les mots qui se présentent, sans aucune contrainte, ni grammaticale, ni orthographique. Nous partageons ensuite oralement nos écrits. Les mots sont en directe association avec le corps, lui-même plus délié, plus présent, « approprié subjectivement ». Les patients sont plus « centrés » et beaucoup plus apaisés à ce moment. Ce temps d'écriture et d'échanges dure alors trente minutes.

Lola a intégré un an plus tôt l'atelier danse, elle continue avec nous en « danse écriture ». Au cours de nos exercices, l'accent est souvent mis sur un

travail à deux, dans l'espace. Lola a beaucoup de mal à rester en relation, à être en lien avec un autre. Elle flotte.

Par exemple, dans un moment de duo où nous évoluons toutes les deux en tenant chacune une extrémité du tissu enroulé sur lui-même comme une corde, Lola ne réussit pas à tendre le tissu, elle le laisse traîner mollement, le lâche et le perd sans que je puisse capter son regard.

Un matin nous travaillons particulièrement le contact et le poids, à deux. La consigne est de traverser la pièce en contact avec un autre et de pouvoir « se donner le poids ». Lola se raidit ou s'effondre. Elle s'agrippe ou s'affaisse, ne pouvant se mettre dans un lien qui tient.

C'est un moment difficile pour ma collègue Anne-Marie qui travaille en duo avec cette adolescente : comment s'accorder au corps de Lola ? Corps affaissé ou totalement raidi, molle et sans forme, comme un « poids mort ».

« Et là, ils tombent... ils tombent de la mère dans le monde » (Quignard, 2013).

À sa façon, poétique et subjective, Pascal Quignard évoque l'absence d'un l'objet contenant.

Ma collègue déploie alors des trésors d'inventivité pour « garder le contact » tout en résistant à la fusion, sans se laisser envahir ni détruire. Puis « se décoller d'elle sans arracher sa peau », écrit-elle, parlant de son contre-transfert (Paul, 2017).

Ce jour-là, dans le contact, face à Lola qui ne peut ni porter ni se laisser porter, Anne-Marie lui offre l'appui de son propre corps, de son propre axe, la solidité de ses appuis, tout en lui proposant aussi en mots de se « reposer » sur elle.

C'est dans la suite de cette séance que Lola écrit ces mots : « Se laisser porter doit être une sensation délicieuse », comme si elle pouvait mettre en mots alors quelque chose de la défaillance de la relation primaire.

Lola a participé au groupe pendant trois ans. Elle a pu progressivement y prendre et tenir sa place, améliorant par ailleurs sa capacité relationnelle à l'intérieur de l'institution, puis passer ses examens scolaires.

ÉCOUTER LE CORPS : DU CORPS DES BÉBÉS AU CORPS DES SOIGNANTS

Combien de bébés en difficulté, brinquebalés, agrippés, déprimés, pourraient formuler cette phrase s'ils pouvaient parler : « Se laisser porter doit être une sensation délicieuse... » Et comme il est intéressant d'entendre ces mots, comme si les parties bébé de cette jeune fille étaient bien en lien avec ce qui se joue dans l'ici-et-maintenant de cette séance.

S'il est peu fréquent que les cliniciens des bébés s'intéressent à l'adolescence, il en est différemment des cliniciens de l'adolescence pour lesquels il est important de pouvoir repérer les parties bébé de leur « pubertaire ». C'est en travaillant avec des adolescents très malades et dont le corps reflète le trouble psychique que j'ai compris progressivement combien, à travers le travail du corps, viennent se rejouer, s'actualiser les blessures archaïques.

« Sentir pour penser » (Dechaud Ferbus et Pélissier, 2016), écrit si justement Monique Dechaud Ferbus qui travaille avec le corps sur cet « autre divan » (Dechaud Ferbus, 2011) en psychothérapie psychanalytique corporelle, inspirée de la relaxation analytique de J. de Ajuriaguerra. Sa recherche avec ses patients adultes se situe autour des traces laissées dans le corps au cours de la construction du psychisme. La sensation est bien reconnue, là, comme organisatrice de la psyché, et l'expérience sensori-motrice est facteur de transformation et de subjectivation.

Et le corps des soignants ? Qui portent les bébés et leurs parents... à tous les sens du terme. Il n'est pas si fréquent que l'on s'en préoccupe.

Si la pensée « ensemble » en institution, en groupe, en colloque, est une manière de se nourrir, de se porter, ou de se laisser porter, pourrait-on imaginer que la formation continue autour du corps puisse être nécessaire et bénéfique aux soignants ? Pas seulement comme lieu de ressourcement mais pour développer une pensée différente, plus sensible, plus personnelle, subjectivante, élaborée à partir d'une écoute sensorielle, et de l'attention portée à soi et à l'autre. Travailler sur son axe, ses sensations propres, l'échange et le jeu, l'intrapsychique et l'intersubjectif, y associer les résonances et les réflexions multiples que cela peut entraîner sur le plan de sa pratique professionnelle.

Cette sensibilisation au corps et aux sensations peut être la base d'une pensée moins intellectualisée, mais en lien avec ce que les soignants vivent dans le quotidien de leur travail : mettre son écoute et son attention, son corps et sa pensée à l'œuvre autour des familles : aider à porter, à se laisser porter, à se séparer, à être en lien, aider les autres à grandir.

Un pas pour tous dans le travail de subjectivation.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU, D. 1985. Le Moi-peau, Paris, Dunod.

ANZIEU, D. 1993. « La fonction contenante de la peau, du moi, de la pensée », dans *Les contenants de pensées*, Paris, Dunod, 2003.

BION, W.R. 1962. Aux sources de l'expérience, Paris, Puf.

DECHAUD FERBUS, M. 2011. La psychothérapie psychanalytique corporelle. L'inanalysable en psychanalyse, le divan par devant, Paris, L'Harmattan.

- DECHAUD FERBUS, M.; PÉLISSIER, C. 2016. « Sentir pour penser, ou le corps comme organisateur de la psyché », Revue française de psychanalyse, 70, 4, Sensations.
- KONICHECKIS, A.; KORFF-SAUSSE, S. 2015. Le mouvement, entre psychopathologie et créativité, Paris, In press.
- PAUL, A.-M. 2014. « La rencontre dansée : effets de symbolisation d'un atelier thérapeutique », *Adolescence*, 32 (2).
- PAUL, A.-M. 2016. « Danse et recherche de sensations à l'adolescence. Danser, un acte de subjectivation », Revue francaise de psychanalyse, 70, 4, Sensations.
- PAUL, A.-M. 2017. Danse et subjectivation à l'adolescence. De la danse dans la culture à la danse comme médiation thérapeutique, thèse de doctorat, Paris-Diderot.
- QUIGNARD, P. 2013. L'origine de la danse, Paris, Galilée.
- ROUSSILLON, R. 2002. « Le transitionnel et l'indéterminé », dans B. Chouvier (sous la direction de), *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod.
- STERN, D. 2003. Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable, Paris, Odile Jacob.
- VAMOS, J.; SCHMIDT, R. 2007. « Un rythme lent pour se lancer, la valeur des gestes lents de l'adulte dans les soins apportés aux bébés », *Spirale*, 4 (44).
- WINNICOTT, D.W. 1971. Jeu et réalité, Paris, Gallimard, 1975.
- YELNIK, C. 2007. « Entre corps et rêverie, la danse », Art et thérapie. Médiation thérapeutique, médiation symbolisante, 96-97.
- YELNIK, Ĉ. 2013. « Entrer dans l'adolescence pour pouvoir en sortir ? Amandine ou la peau "en transfert" », Revue française de psychanalyse, 77, p. 508-519.
- YELNIK, C.; PAUL, A.-M. 2015. « Danse et identité précoce, une expérience danse-écriture dans le cadre d'un hôpital de jour pour adolescents », Revue annuelle de la Fédération française des art-thérapeutes.

Luc Vanden Driessche

Attention, séparation psychique et parentalité en cas de handicap

L'attention du bébé à son entourage et celle de l'entourage au bébé posent la question de la prise en compte de l'altérité de celui-ci. L'effort (l'attention : *attentio* = tourner son esprit vers) que font les professionnels pour penser le bébé comme sujet, l'observer et tenir compte de son attention, pas seulement la solliciter mais aussi regarder celle qui vient de lui, ses propres initiatives, est aussi l'effort que font ses parents pour aller à sa rencontre.

La suspicion d'une anomalie peut venir faire écran aux manifestations de vie de l'enfant et l'expression de sa subjectivité naissante peut passer momentanément ou durablement au second plan par rapport aux conséquences des difficultés. Le suivi des enfants en situation de handicap et l'accompagnement de leur famille nous obligent à réfléchir à cette question de la séparation psychique pour les parents de l'enfant malgré son handicap ou plutôt en tenant compte de celui-ci. Cette réflexion concerne les professionnels confrontés eux-mêmes à une expérience d'altérité à l'égard de l'enfant et de ses parents, en premier lieu ceux qui travaillent régulièrement dans le domaine du handicap mais dans une certaine mesure également ceux qui sont concernés de façon plus épisodique. C'est pourquoi nous proposons ici cette réflexion issue de notre expérience clinique.

SÉPARATION PSYCHIQUE ET DYNAMIQUE NARCISSIQUE

D'une façon générale, en dehors de tout handicap, très tôt, une dialectique s'engage entre ce que les parents avaient projeté, imaginé de leur futur enfant, et ce qui va venir du réel : les premiers examens et les manifestations de vie in utero, la naissance, puis cette nouvelle personne qui

surgit dans le monde, induisant des remaniements psychiques différents pour chaque parent.

Dans l'exercice de la parentalité, il se produit pour le parent une sorte de répétition de ce qui s'est produit depuis sa petite enfance à lui. À savoir qu'il a d'abord été dans un lien très étroit avec ses parents, puis s'en est progressivement détaché pour acquérir son autonomie. Ces opérations de séparation psychique successives ne se font pas sans mal et réclament une sécurité de base suffisante, une assise narcissique qui doit se réinitialiser à chaque fois. C'est ainsi que le sujet va de substituts parentaux en substituts parentaux, de la nounou aux instituteurs, aux professeurs, etc. Sur le plan narcissique on voit comment l'idéalisation des figures parentales va diminuer, évoluer pour se reporter sur ces substituts. Il s'engage ainsi une série d'idéalisations et de désidéalisations successives, qui permet au sujet de grandir, de se détacher et de mener sa vie propre, tout en gardant, même s'ils sont modifiés, l'attachement et le lien subjectif à ses ascendants.

Les parents continuent à vivre ce roman familial avec leur enfant (et avec leurs propres parents devenus grands-parents). Ils sont d'abord en très grande proximité avec lui lorsque c'est un nourrisson; ensuite ils sont amenés à plus de séparation quand il devient un jeune enfant, un adolescent, puis un adulte. Ces moments sont accompagnés d'une évolution du narcissisme parental initial que Freud a décrit : « Il existe ainsi une compulsion à attribuer à l'enfant toutes les perfections, ce que ne permettrait pas la froide observation, et à cacher et oublier tous ses défauts - le déni de la sexualité infantile est bien en rapport avec cette attitude – mais il existe aussi devant l'enfant une tendance à suspendre toutes les acquisitions culturelles dont on a extorqué la reconnaissance à son propre narcissisme et à renouveler à son sujet la revendication de privilèges depuis longtemps abandonnés. L'enfant aura la vie meilleure que ses parents, il ne sera pas soumis aux nécessités dont on a fait l'expérience qu'elles dominaient la vie - maladie, mort, renonciation de jouissance, restriction à sa propre volonté ne vaudront pas pour l'enfant, les lois de la nature comme celles de la société s'arrêteront devant lui, il sera réellement à nouveau le centre et le cœur de la création. His Majesty The Baby, comme on s'imaginait être jadis¹. »

Nous voyons que le narcissisme des parents passe en partie par l'enfant et que cette représentation de l'enfant ne contient pas que des éléments idéalisés, qu'il y a aussi des éléments de craintes – maladie, mort – des éléments qui ont trait à la finitude – celle des parents, celle du bébé. Selon nous, il faut ajouter que cette représentation narcissique est porteuse également de l'ambivalence des affects amour/haine, comme nous le voyons dans la clinique quotidienne. C'est d'ailleurs cette ambivalence qui permet le mouvement d'idéalisation/

^{1.} S. Freud, « Pour introduire le narcissisme », dans La vie sexuelle, Paris, Puf, 1977.

désidéalisation, même si c'est l'amour qui domine le plus souvent et permet à cette représentation d'être au service des pulsions de vie. Enfin, toujours selon nous, cette représentation est évolutive, permettant d'intégrer de nouveaux éléments au fur et à mesure que l'enfant grandit.

L'INCIDENCE DU HANDICAP SUR CETTE DYNAMIQUE

Ce que nous venons de décrire est mis en jeu pour la moindre modification du projet des parents, mais à la limite pour la moindre manifestation de vie, car l'enfant n'est jamais exactement comme les parents l'avaient prévu, c'est une autre personne. Si l'enfant a telle réaction, tel comportement, plus tard tel choix de vie, cela peut être de la fierté, mais si c'est une déception cela sera souvent in fine l'objet d'un réinvestissement narcissique.

Néanmoins, nous connaissons tous l'extrême susceptibilité des jeunes parents à l'encontre des moindres paroles que l'entourage peut formuler sur leur bébé. On peut donc imaginer ce qui se passe dès lors qu'il y a une inquiétude sur le plan de la santé ou une suspicion de handicap. Et lorsque l'anomalie se confirme, cela peut être un traumatisme d'une extrême intensité, comme le décrit le romancier Kenzaburo Ôé, lui-même père d'un enfant handicapé, comparant le choc de cette naissance à celui de la bombe d'Hiroshima sur son pays. Nous retrouvons les traces de ces instants traumatiques d'annonce ou de découverte du handicap tout au long des années qui suivent, à des moments-clés, dans la vie de la famille.

Nous avons observé que les mécanismes de la parentalité sont fondamentalement les mêmes, mais que la séparation psychique est plus difficile du fait des moins grandes manifestations d'autonomie de l'enfant mais aussi du fait que le handicap peut présenter une altérité trop grande, trop brutale, voire une étrangeté². De ce fait, la dynamique narcissique connaît des phénomènes d'idéalisation/désidéalisation moins fluides, mais elle est l'objet d'un intense travail psychique de la part des parents. Nous avons remarqué en particulier comment un certain nombre d'entre eux développaient des représentations que nous avons nommées « enfant parallèle³ », soit des représentations de leur enfant mêlant des traits idéalisés et des éléments du handicap, formant comme nous l'écrivions plus haut une image évolutive de l'enfant, porteuse d'espoirs, de craintes, d'ambivalence. Par exemple, dans le cas du handicap mental, ils parlent de leur enfant en donnant de ses réussites intellectuelles une image qui peut être sans véritable mesure avec ce que l'on observe par ailleurs.

^{2.} S. Korff-Sausse, Le miroir brisé. L'enfant, sa famille et le psychanalyste, Paris, Calmann-Lévy, 1996.

^{3.} L. Vanden Driessche, L'enfant parallèle. Narcissisme parental et handicap, Paris, L'Harmattan, 2009.

Les professionnels parlent de « déni du handicap » mais il faut voir ce déni comme une protection, un moyen de différer partiellement l'acceptation des difficultés, le temps de pouvoir les admettre, d'en tenir compte et de pouvoir se refléter dans une image plus adéquate de l'enfant. D'ailleurs les professionnels, notamment ceux dont la spécialité est de travailler au jour le jour avec l'enfant, font un peu la même chose. Cela transparaît dans leur propos, voire dans leurs écrits, et cela est nécessaire, car ces représentations idéalisées de l'enfant sont le signe qu'ils l'investissent. On pourrait à cet égard parler en partie de « déni partagé⁴ ».

En tout cas, ces représentations d'enfant parallèle ne diffèrent pas fondamentalement de la figure de Sa Majesté L'Enfant, à condition de considérer cette dernière comme évolutive et d'ajouter aux éléments liés à la finitude non seulement la maladie et la mort, mais encore le handicap, la crainte d'avoir un enfant anormal étant souvent présente de façon latente dans toute grossesse.

REPRÉSENTATIONS PARENTALES ET ATTENTION À L'ENFANT RÉEL

Comment, dès lors, préserver l'expression de ces représentations parentales, sources d'investissement et d'attachement, tout en favorisant l'attention à l'enfant réel ? Comment favoriser la séparation psychique le plus souvent souhaitée tout de même par les parents, et souhaitable pour eux comme pour l'enfant ? Je peux évoquer ici ce qui fut ma pratique pendant de longues années, notamment en SESSAD⁵ où je recevais de jeunes enfants et leurs parents, expérience qui se rappelle à moi maintenant à l'écoute de certaines séquences de supervisions d'équipe de CAMSP⁶ ou de SESSAD.

Dans une situation de handicap, qu'elle soit probable ou bien manifeste, je pourrais décrire selon les âges le bébé que je recevais alors qu'il était dans les bras d'un de ses parents ou dans son landau, l'enfant jouant sur le tapis ou dessinant sur un coin de mon bureau en présence des parents, puis plus tard des rencontres séparées. À chaque fois je m'adressais à l'enfant et mon attention portait sur lui en faisant entrer en jeu des critères professionnels : accrochage du regard, intérêt pour l'entourage, pour les objets, conscience de lui-même... Tout cela était l'objet d'échange avec les parents, qui m'interrogeaient sur le développement des grandes étapes comme la marche, le langage et l'éveil de sa personnalité, qui me demandaient aussi des conseils éducatifs sur l'alimentation, la socialisation, qui me posaient des questions plus particulières sur le vécu concret de leur fils ou de leur fille... Mon

^{4.} M. de M'Uzan, La bouche de l'inconscient, Paris, Gallimard, 1994.

^{5.} SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

^{6.} CAMSP: centre d'action médico-sociale précoce.

attention portait également sur les relations familiales, la parole qui circulait entre les parents à propos de leur enfant et qui contribuait aussi à construire sa subjectivité. Ils observaient leur enfant en relation avec moi, attendant une évaluation, étant très attentifs à ce que je pouvais dire. L'enfant quant à lui, même très jeune, observait aussi les relations entre ses parents, les relations entre eux et moi, réagissait à certains moments à ce que je leur adressais en se sentant lui-même impliqué.

Nous voyons donc que, même en dehors de toute situation psychothérapique affirmée (ce qui pouvait parfois être le cas), les rencontres n'étaient pas seulement évaluatives et informationnelles mais qu'elles avaient un rôle pour l'autonomisation de l'enfant dans un climat de sécurité aussi bien pour lui que pour ses parents. Je dirais même qu'elles visaient à favoriser ces processus de séparation psychique. Je pense à ces moments dans la rencontre où il fallait d'abord que quelque chose s'énonce du lieu de la dyade avant que le parent de lui-même propose que l'enfant vienne dans mes bras ou vienne jouer ou réaliser un exercice, ou bien encore que l'enfant de lui-même souhaite prendre de la distance et exercer sa capacité d'être seul.

En cas de handicap, un des risques est que le discours médical et plus largement celui de tous les professionnels prennent trop de place, que les parents se sentent dépossédés de leur spontanéité, disqualifiés de leur attention propre et ne tiennent pas compte de l'attention développée par leur enfant. Mais pour que les parents l'investissent en dépit du handicap, encore faut-il qu'ils puissent projeter sur lui leur narcissisme, un narcissisme renouvelé, comme nous l'avons dit. Lorsque les parents, ce qui est fréquent, disent que leur enfant est capable de telle ou telle réussite, alors que ce n'est pas le cas, il ne s'agit pas, automatiquement de les contredire, car eux-mêmes savent ce qu'il en est. Ils ont d'ailleurs un savoir sur leur enfant que les professionnels n'ont pas, et nous avons beaucoup à apprendre d'eux.

Il s'agit de veiller plutôt à ce que ces représentations évoluent, et elles le font, sous le coup du réel. Les parents finissent le plus souvent par s'adapter aux besoins de leur enfant, aidés en cela par les professionnels dont le rôle est double finalement : ils sont des confidents, ils sont dans un rapport de proximité, et en même temps ils ne sont là qu'au titre du handicap. Ils sont donc bien placés pour contribuer à faire évoluer le rapport réel/idéal. L'objectif étant qu'il y ait le plus possible d'altérité de l'enfant réel qui soit prise en compte et assumée par les parents. Le risque, si l'on ne favorise pas ce délicat travail de séparation psychique, est qu'il y ait soit un rejet inconscient, soit une surprotection de l'enfant, comme on voit cela perdurer jusque dans l'âge adulte dans certains cas.

Professionnels, parents, enfant, autant de positions singulières, d'attentions différentes portées à l'autre, autant de temporalités distinctes également. La temporalité des parents n'est pas toujours en adéquation avec les

demandes et les besoins de l'enfant, par exemple dans le cas du handicap moteur, au moment où les professionnels évoquent la nécessité proche d'un fauteuil pour un enfant atteint de myopathie. Il peut être souhaité par celui-ci qui y voit un gage d'autonomie, tandis qu'il peut renvoyer ses parents à l'anticipation d'une évolution négative.

De même les professionnels ne peuvent pas se mettre à la place des parents ni anticiper le choix qui sera le leur, quel qu'il soit, en cas d'anomalie suspectée ou confirmée chez leur bébé ou futur bébé. Quelquefois, en un éclair, ils envisagent l'ensemble de la vie qu'aura leur enfant, telle qu'ils l'imaginent, dès lors que le diagnostic, comme une trisomie 21, est connu. À cette anticipation peuvent se mêler dans les premiers temps des représentations de mort. Ils ont ensuite besoin d'un temps pour retrouver une image soutenable d'eux-mêmes et de leur enfant. Nous pensons ici aux parents d'enfants dont la trisomie avait été révélée à l'amniocentèse, qui avaient fait le choix de poursuivre la grossesse et prenaient contact avec le SESSAD avant la naissance. L'accompagnement ici consistait à les écouter, à leur faire visiter le service, à parler des séances d'éveil qu'on y pratiquait, des supports qu'ils pouvaient trouver. Cela constituait pour eux un lieu accueillant, transitionnel, montrant que le handicap n'était pas la fin de tout, que la vie se poursuivrait, se construirait.

CONCLUSION

Lorsque des risques ou une anomalie dans le développement de l'enfant se présentent, la clinique montre la nécessité d'un savant dosage entre ce qui peut être anticipé et pris en compte de la part des parents et le maintien d'une image assumable d'eux-mêmes et de leur enfant. Cela peut avoir des répercussions sur son éveil et l'attention qui lui est portée. Nous devons veiller à ce que les conséquences en soient les plus positives possibles, et les échanges de savoirs et de pratiques entre les professionnels s'occupant de bébés ou d'enfants, que ceux-ci soient valides ou en situation de handicap, peuvent y contribuer.

BIBLIOGRAPHIE

FREUD, S. 1977. « Pour introduire le narcissisme », *La vie sexuelle*, Paris, Puf. KORFF-SAUSSE, S. 1996. *Le miroir brisé. L'enfant, sa famille et le psychologue*, Paris, Calmann-Lévy.

M'UZAN, M. de. 1994. *La bouche de l'Inconscient*, Paris, Gallimard. VANDEN DRIESSCHE, L. 2009. *L'enfant parallèle. Narcissisme parental et handicap*, Paris, L'Harmattan.

Bébés à risque : du handicap au surhandicap

Le handicap est détestable, disait Roger Salbreux (2007) et, associé au bébé, il devient tellement insupportable qu'il provoque, comme le souligne Cécile Herrou (2009), un refoulement collectif, sociétal, de sa problématique particulière.

Aussi nous partirons de l'hypothèse que la clinique du bébé handicapé ou à risque de handicap doit affronter au moins deux questions majeures. D'abord celle du soutien du développement de l'enfant : on sait depuis les récentes recherches sur la plasticité cérébrale de l'enfant qu'il existe une variabilité de l'impact des atteintes sur son devenir. Cette variabilité est étroitement dépendante de la prise en charge précoce de ces difficultés, mais aussi de l'apparition de surhandicaps pour l'enfant et sa famille. Ce soutien passe par la prise en compte des effets de l'annonce du handicap sur la parentalité et la construction des liens.

La deuxième question est celle des réactions du groupe sociétal face à l'insoutenable association bébé et handicap et ce qu'elle implique de remise en cause de chacun, professionnels compris.

Le développement des prématurés est paradigmatique de la complexité de ces approches. Rappelons, parmi d'autres résultats, ceux d'Epipage 1 en 2008, en France :

- à l'âge de 5 ans près de 40 % des grands prématurés (< 33 semaines d'aménorrhée) présentent des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs ;
- un tiers ont encore besoin d'aide spécialisée, dont 42 % de très grands prématurés (< 28 semaines d'aménorrhée);
- 9 % ont une paralysie cérébrale : un tiers de ces enfants ne marchent pas ou marchent avec aide.

Par ailleurs, on connaît maintenant de façon plus fine l'intrication constante entre processus maturatifs et environnement chez ces prématurés,

et les possibilités de prévention précoce. Ainsi, Jouen et ses collaborateurs (2015) ont montré, dans le cadre du développement des prématurés, comment les conditions de vie du bébé prématuré dans son incubateur sont défavorables à la mise en place de « liens entre proprioception, sensibilité tactile et sensibilité vestibulaire [qui] sont modifiés alors qu'ils sont absolument essentiels : comme l'écrit Bullinger (2015), c'est de leur coordination que dépendent l'élaboration de la verticale et les redressements du corps orientés par les forces gravitaires » (Jouen et coll., 2012). Mais l'impact de l'environnement n'est pas que physique, il est aussi humain car « les nouveau-nés de mères déprimées présentent des caractéristiques particulières dans leur capacité d'exploration manuelle » (ibid.).

Ces travaux viennent rencontrer les constats cliniques des rééducateurs chevronnés formés aussi bien aux niveaux d'évolution motrice issue de la rééducation de l'infirmité motrice cérébrale qu'au bilan sensori-moteur d'André Bullinger, face à la motricité/psychomotricité atypique de ces nourrissons dits à risque. Nos propres travaux sur les risques autistiques chez les prématurés montrent également l'intérêt d'une approche épigénétique dans les intrications environnement et processus maturatif (Boissel et Ouss, 2015; Ouss-Ryngaert et coll., 2012).

La seule condition à la prise en compte et à l'attention portée à ces nourrissons vulnérables est celle de l'orientation précoce vers des structures de soins et d'accompagnement qui ne banaliseront pas les signes précoces atypiques du développement de ces bébés, c'est-à-dire tout le contraire d'une attitude attentiste – « ça va venir » ; mais pas non plus une attitude alarmiste, en ne voyant dans le bébé qu'un « catalogue de dysfonctionnements ».

l'insisterai ici sur l'insoutenable association bébé et handicap et ses effets dans la société civile. Je commencerai par prendre quelques exemples de situations rencontrées dans le suivi de ces bébés en CAMSP et ce qui peut se passer pour un enfant avec handicap, lorsque ses parents souhaitent qu'il puisse bénéficier à temps plein ou à temps partiel d'un accueil dans ces « lieux magiques ». Depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'accueil des enfants handicapés ou atteints de maladie chronique, dans la société, est une obligation. Par ailleurs, pour ces mêmes enfants, s'y ajoute une obligation de scolarisation à partir de 6 ans ; mais dès l'âge de 3 ans l'école se doit d'accueillir tout enfant dont les parents en font la demande. Avant 3 ans, il n'y a dans la loi aucune obligation d'accueil pour les structures de la petite enfance telles que les crèches, jardins d'enfants, halte-garderie, etc. Malgré tout, le refus au motif du handicap pouvant être reconnu comme discriminatoire, les structures d'accueil de la petite enfance ne disent généralement pas non à l'arrivée d'un bébé avec handicap, maladie grave et irréversible.

C'est donc « tout naturellement » que les parents se tournent vers ces structures d'accueil quand, après le tsunami de l'annonce, des premiers soins, des hospitalisations précoces, ils osent s'autoriser à envisager la reprise d'une vie quotidienne plus ordinaire dans laquelle leur enfant pourrait être accueilli en crèche dans le cadre d'une reprise du travail ou pour des plages horaires plus restreintes afin de permettre à l'enfant de se trouver dans un lieu de socialisation et aux parents de souffler un peu.

C'est ainsi qu'Adrien, 18 mois, est accueilli en crèche collective à côté du domicile de ses parents. Lors d'un entretien avec $M^{\rm me}$ P., sa mère, cette dernière s'effondre en larmes lorsqu'elle évoque la situation totalement impossible dans laquelle elle se trouve : à 5 mois, après un développement « normal », Adrien a présenté un syndrome de West 1 .

La détection de ce syndrome a pris quelque temps, les manifestations des crises épileptiques sous forme de petites secousses de l'enfant n'étant pas au début très visibles ni reconnaissables. Par contre ces crises multiples et quotidiennes ont entraîné une régression et de son développement et de son comportement jusqu'à ce que la maladie soit identifiée et un traitement antiépileptique administré à l'âge de 6 mois. Adrien a une sœur jumelle qui se porte bien. La deuxième moitié de la première année de l'enfant est donc marquée par des hospitalisations, l'annonce de la maladie et de ses séquelles en partie irréversibles.

Lorsque le traitement commence à faire effet, Adrien reprend son développement, avec un retard portant notamment sur le langage et la communication. Il se met debout et commence quelques pas tenu, alors que sa sœur marche depuis plusieurs mois. Madame envisage de reprendre son travail, d'autant plus que celui de monsieur est menacé. Ils trouvent une place en crèche pour Adrien et sa sœur. Madame a une heure trente de transport à l'aller et autant au retour. De même pour le père. Les parents vivent avec la peur de la maladie, des convulsions, d'une reprise des spasmes en flexion. En particulier, ils redoutent toute montée de fièvre qui pourrait entraîner des convulsions. Est-ce cette peur qui est transmise aux professionnels de la crèche alors qu'il a été mis en place un PAI² avec des consignes simples en cas de fièvre de l'enfant ?

^{1.} Le syndrome de West est une forme rare d'épilepsie qui se manifeste par la survenue de séries de contractions musculaires involontaires (spasmes) chez les nourrissons. Ce syndrome est parfois désigné par le terme de « spasmes infantiles », même si ceux-ci recouvrent d'autres manifestations. Le syndrome de West s'accompagne d'un ralentissement du développement de l'enfant, voire d'une régression. Les spasmes peuvent disparaître sous traitement, mais laissent parfois des séquelles intellectuelles et motrices importantes (Orpha.net).

^{2.} PAI : projet d'accueil individualisé. Le projet d'accueil individualisé concerne l'accueil d'enfants qui ont un traitement ou des soins à suivre. Le PAI peut donc s'appliquer en crèche, halte-garderie, mais aussi à l'école, au collège, etc. Le PAI est instauré par la circulaire n° 2003-135 concernant l'accueil des enfants et des adolescents atteints de troubles de santé.

Madame est appelée de façon systématique par la crèche dès que son enfant a la moindre petite fièvre. Elle épuise très vite toutes ses possibilités de congé, s'épuise elle-même dans des retours en catastrophe mais où la notion d'urgence n'a plus aucune valeur (entre l'appel de la crèche et le retrait de l'enfant de la crèche, il s'écoule au minimum une heure trente). Les conséquences psychologiques et matérielles de cette situation sont terribles : madame est à bout de forces avec ses allers et retours imprévus. Elle n'a plus de jours de congé, comme son mari du reste. Son emploi est menacé. Par rapport au handicap, cette situation ne lui permet pas de faire le chemin psychologique nécessaire à l'élaboration psychique des conséquences du diagnostic. Au contraire, cela a accentué ses peurs et ses angoisses, et quand nous la voyons la première fois à domicile, elle nous accueille avec un masque sur la bouche et le nez, de peur de contaminer Adrien par ses microbes. Elle est obnubilée par cette crainte, et il n'y a plus de moments de détente et de jeux avec l'enfant. Elle est de toute façon dans un tel état d'épuisement qu'elle n'a plus le simple désir de jouer avec son enfant. Les deux enfants sont installés chacun dans un tout petit espace clos avec un matelas, devant la télé, quand ils reviennent de la crèche. Cette installation doit empêcher tout accident, mais toute exploration motrice d'un espace un peu plus ouvert leur est interdite. Les enfants, après une période de pleurs et de protestation (ils ont 18 mois), se renferment et le surhandicap devient de plus en plus patent. Il atteint aussi la sœur jumelle qui commence à développer des signes de retrait inquiétants.

La situation d'Adrien n'est pas isolée, nous entendons régulièrement pour limiter au maximum l'accueil de l'enfant handicapé en crèche : « Il est fragile. Il est fatigué. Il doit être isolé pour être protégé. Il faut qu'il y ait du personnel médical ou très spécialisé pour s'occuper de cet enfant. On n'est pas équipé, pas formé... » La fabrique du surhandicap est alors un phénomène fréquent, qui passe inaperçu, étouffé par un discours pseudo-professionnel, se voulant bienveillant. Les résistances mises en œuvre pour contourner un accueil satisfaisant des enfants handicapés rivalisent d'inventivité.

Un autre exemple nous est donné par les accueils « perlés » en crèche. En effet, depuis maintenant quelque temps, on voit se multiplier des intégrations en structure multi-accueil sous forme de « bouche-trous » pour les bébés handicapés.

La crèche appelle au dernier moment pour proposer un accueil le jour même. Un enfant « ordinaire » étant absent, l'enfant handicapé vient le remplacer. L'expérience montre que les parents acceptent la plupart du temps. Trop contents de pouvoir, avec une infinie culpabilité, souffler quelques heures, ils acceptent d'être instrumentalisés et leur enfant réduit à un statut de remplaçant indistinct pour lequel on est très loin des fameux projets de vie individualisés préconisés par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Inutile de souligner que ces heures volées au « handicap » ne peuvent pas faire l'objet d'un véritable projet ni pour l'enfant, ni pour les parents.

Pour l'enfant, on oublie la question des rythmes, de la nécessité de repères stables qui aident tout enfant à se structurer, à anticiper, à commencer à maîtriser sa vie quotidienne et les séquences qui s'y répètent. On oublie aussi la construction de la socialisation, l'intégration des règles de vie, l'apprentissage de la vie avec les pairs. On oublie enfin le nécessaire sentiment de sécurité qui se construit au fil des séparations que l'on prépare et que l'on élabore. Comment comprendre que toute la compétence et la finesse des équipes d'accueil s'évanouissent devant le handicap ?

Pour le parent qui s'occupe de l'enfant au quotidien (le plus souvent la mère), pas question non plus de projet un peu construit : s'inscrire à un cycle de formation, passer le permis, etc. La détente n'est pas non plus forcément à l'appel dans ces situations, le répit n'étant que de quelques heures et la culpabilité trop grande pour pouvoir vraiment en profiter. Certaines mères restent chez elles sur le canapé, vides de cette absence, sans rien faire. Ainsi une jeune femme nous disait qu'elle restait dans sa voiture à attendre la fin de sa « récré ». Ces dispositifs en disent long sur la place laissée aux bébés handicapés, à l'absence de projet pour l'enfant dans la structure, à la relation dominé-dominant entretenue entre les parents et les professionnels.

Mais pourquoi autant de résistances dans ces milieux voués au bienêtre du bébé et de ses parents ? S'il y a résistance, c'est qu'il y a conflit, inconscient ou méconnu, interne et peu partageable car source de honte, de culpabilité et d'angoisse.

Contre quoi, in fine se défend-on? Nous faisons ici l'hypothèse que ce qui peut mettre à mal ces professionnels est inhérent à la rencontre même avec le handicap et avec les représentations qu'il suscite, représentations que partage la société dans son ensemble. Pour Simone Korff-Sausse (2007), le handicap renvoie une image, étrange, ou chacun a du mal à se reconnaître. Cette image vient briser la représentation fondamentale existant en chacun d'entre nous et que Freud (1985) a décrite dans son texte sur le narcissisme : l'image de *His Majesty The Baby*, « comme on s'imaginait être jadis ». Cette merveilleuse image du bébé rayonnant qui vient provoquer le plaisir et le sourire lorsque l'enfant paraît et dont on se repaît. Cette délicieuse image qui provoque un insatiable désir de la reproduire et de la retrouver, et devant laquelle nous jouissons de l'illusion de l'arrêt magique des lois de la nature et de la société : « Maladie, mort, renonciation de jouissance, restrictions à sa propre volonté ne vaudront pas pour l'enfant, les lois de la nature comme celles de la société s'arrêteront devant lui. »

Non seulement l'image du bébé handicapé n'apporte pas la satisfaction attendue de la reviviscence d'un âge d'or de la toute-puissance, mais bien au contraire, au lieu de vivre ce moment imaginaire de toute-puissance, il

rappelle brutalement que la vie humaine est fondamentalement dépendante et reliée pour toujours à l'autre.

Comme le souligne encore Simone Korff-Sausse (2007), je rencontre avec ce bébé handicapé une part de moi-même qui ne me plaît pas, voire qui me menace ou qui me fait horreur. Mais cet autre handicapé représente aussi une part potentielle de moi-même que je ne veux pas voir, dont je ne veux pas entendre parler, celle de ma finitude, de l'illusion narcissique. De plus, si je suis professionnel de l'enfance, il peut remettre en cause mes compétences et ce qui me procurait jusqu'à présent le plaisir narcissique, une fois encore, de réussir correctement mon métier. Le handicap provoque alors, à force de briser autant de satisfactions indispensables à notre équilibre psychique, un rejet qui peut revêtir les formes les plus diverses.

Henri-Jacques Stiker, dans son livre majeur *Corps infirmes et sociétés* (2013), nous rappelle comment, dans la Grèce antique, le bébé handicapé était exposé. De nos jours, il n'est plus exposé. Mais est-il pour autant accueilli? Est-ce que son existence même ne vient pas contredire un des fantasmes les plus communément partagés autour du handicap, celui de son éradication grâce aux progrès de la médecine?

Et ce désaveu de la toute-puissance supposée de la médecine est-il supportable dans notre société du culte de la performance et de l'individualisme forcené, du corps parfait ?

Finalement, le bébé handicapé ne serait-il pas le dernier bastion de la résistance à une société narcissique, individualiste, toute-puissante et aveugle sur sa finitude ?

BIBLIOGRAPHIE

BOISSEL, A.; OUSS, L. 2015. « Prématurité et risques psychopathologiques : la mise à l'épreuve des liens », *Contraste*, 1, p. 181-202.

BULLINGER, A.; ABSM (sous la direction de). 2015. Les effets de la gravité sur le développement du bébé. L'espace de la pesanteur, Toulouse, érès.

FREUD, S. 1985. La vie sexuelle, Paris, Puf.

HERROU, C. 2009. « L'inclusion des jeunes enfants handicapés dans tous ses états », *Contraste*, 1, p. 109-119.

JOUEN, F.; GUILLOIS, B.; DAVID, M.; MOLINA, M. 2015. « Des flux sensoriels à l'instrumentalisation des conduites », *Enfance*, 4, p. 463-475.

JOUEN, F; SANN, C.; MOLINA, M. 2012. « Haptic processing in newborns of depressed and nondepressed mothers », *Developmental psychobiology*, 54, 4, p. 451-459.

KORFF-SAUSSE, S. 2007. « Aspects spécifiques du contre-transfert dans la clinique du handicap », dans A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, R. Scelles (sous la direction de), *Cliniques du sujet handicapé*, Toulouse, érès, p. 39-58.

- OUSS-RYNGAERT, L. ; ALVAREZ, L. ; BOISSEL, A. 2012. « Autisme et prématurité : état des lieux », *Archives de pédiatrie*, 19, p. 970-975. SALBREUX, R. 2007. « La normalité de l'anormal : handicap, normes et normalité »,
- SALBREUX, R. 2007. « La normalité de l'anormal : handicap, normes et normalité », dans A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, R. Scelles (sous la direction de), *Cliniques du sujet handicapé*, Toulouse, érès, p. 197-208.
- STIKER, H.-J. 2013. Corps infirmes et sociétés, Paris, Dunod.

Les berceuses : un travail cinématographique singulier

Depuis 2011, avec trois caméras, je filme des parents qui viennent d'ailleurs et vivent en France et qui chantent des berceuses dans leur langue « naturelle » à leurs bébés. Il s'agit de films essais documentaires de série. À ce jour, trois films, trois saisons existent. Les relations bébés parents au travers du chant, des regards échangés, des portages, nous sont communs quelles que soient nos terres d'origines : un parfum d'universel se dégage de ces films.

Les berceuses sont invitées pour illustrer le thème des soins portés aux bébés dans des colloques scientifiques. Porteuses d'émotions, elles alimentent les échanges au sein d'un public d'acteurs du monde du bébé et de la petite enfance.

Ici, à l'IRTS¹ de Nancy, elles introduisent le propos d'une intervenante spécialisée² et font le lien entre les questions de périnatalité et les différentes cultures du monde. S'ensuivent de nombreux échanges avec un public varié, des professionnels de l'accueil des familles migrantes, des assistantes maternelles ou des professionnels du secteur socio-éducatif. Ailleurs, comme à Tunis, lors d'un colloque de la revue *L'Autre*³, un montage de vingt minutes des berceuses du monde arabe-musulman dont je dispose permet un retour en terre natale en quelque sorte, très apprécié par les spectateurs qui connaissaient la majorité d'entre elles. Et là, comme une respiration, projetées

^{1.} Institut régional des travailleurs sociaux.

^{2.} Louise Dacqui et son équipe ont ainsi pu échanger autour de leur discipline, de leurs soins transculturels au CMP de Laxou, en Meurthe-et-Moselle, dans une projection mise en place par l'IRTS de Nancy vers un public de futurs éducateurs de jeunes enfants et des professionnels œuvrant auprès de personnes migrantes, le mardi 12 décembre 2017.

^{3.} À Tunis, les 2 et 3 février 2017, sous l'égide de Marie Rose Moro et de ses équipes.

entre deux séances plénières, des séquences choisies entre les trois saisons, adaptées aux thèmes abordés, conduisent à des discussions avec le public et les intervenants.

Les films peuvent être projetés de façon classique sur un écran plat, comme choisi par l'Association internationale pour le développement de l'observation du bébé selon Esther Bick, ou sur une installation plastique.

Je propose un écran/écrin composé de trois sphères blanches de 1,50 m à 2,40 m de diamètre, sphères qui rappellent un ventre, un monde. Cette forme ronde sur laquelle les films sont projetés induit un autre regard, une autre attention du spectateur.

À Avignon, en 2013⁴, la première saison des *Berceuses* tournait en boucle pour permettre aux spectateurs de se poser dans un temps de douceur. En 2016, une nouvelle édition des *Berceuses* était présentée selon la mise en scène des trois sphères⁵. Le documentaire original réalisé à cette occasion proposait un montage de 25 minutes élaboré à partir des trois films (j'ai à cœur de « jouer » entre les 35 berceuses de ma collecte).

Puis vient un temps d'échanges, de rencontres : « Cela m'a rappelé telle comptine. » « J'endormais mon fils avec cette berceuse. » « Je suis grandmère, et chanter à ma petite-fille des berceuses que l'on me chantait enfant est un réel plaisir. » Cette séance singulière a mis chaque spectateur en prise directe avec sa propre existence, sa propre expérience.

Ce sont des retours sur des actions professionnelles également : « Nous organisions des temps de chants en diverses langues avec des mamans migrantes accompagnées de leur bébé dans notre centre social. » « Nous faisons de la collecte de chants pour enfants, comptines, jeux de doigts ou berceuses, avec l'unité de soin périnatalité dans notre hôpital. » « Pour des bébés grands prématurés, des bénévoles relayent les parents et soignent en berçant ces nouveau-nés ; cela les rassure. »

Des contacts pour d'autres projections s'établissent : crèches ou écoles maternelles, conférences sur la méthode Esther Bick, que font découvrir les projections/discussions dans des centres sociaux mis en contact avec des structures culturelles travaillant sur le multilinguisme. Toute une gamme de possibles s'ouvrent à la diffusion de mes films, et chaque colloque me permet d'envisager d'autres rendez-vous pour toujours présenter *Les berceuses*⁶.

^{4.} En 2013, lors du X^c colloque « L'art d'accommoder embryons, fœtus et bébés » dans la salle de La panèterie.

^{5.} Association internationale pour le développement de l'observation du bébé selon Esther Bick, congrès de Turin du 2 au 5 novembre 2017.

^{6.} Site Internet, informations et contact : lesberceuses.com

Cette expérience vers un public averti m'encourage à poursuivre ce travail de collecte et de recherche sur les relations entre bébés et parents, *via* l'univers du chant, des contes et du multiculturalisme⁷.



Les berceuses sous la forme de l'installation ici en extérieur – Blois, bords de Loire Juillet 2012. Crédit photo : Sébastien Mallet.

^{7.} Nicole Dijon, ex-infirmière de l'unité parents-bébé du centre hospitalier de Montfavet-Avignon, cofondatrice du soin berceuses en 2004, a favorisé ma collaboration avec l'ARIP.

Françoise Gouzvinski Marie-Aude Prévost

L'énigme du vigile distrait

Depuis plusieurs années, toutes deux psychologues cliniciennes, nous travaillons en clinique, mais aussi en formation en utilisant différents supports de communication alliant dans un même espace-temps la parole, le théâtre et l'exposition de soi, le cinéma syncopé, c'est-à-dire sous forme d'extraits de quelques minutes de différents films reconfigurés et inclus dans une chaîne narrative plurimodale. Nous espérons ainsi travailler la postmodernité de l'identité ou plutôt des identités narratives de chacun d'entre nous, au sein d'un monde aux supports de communication variables.

En 2016, nous avons imaginé sur scène ce scénario unique réunissant un Sherlock Holmes en désarroi, cherchant en vain son propre bébé et décidant d'aller voir Freud pour qu'il l'aide à se souvenir. Vers où l'attention de Sherlock s'est-elle tournée, l'espace d'une seconde, égarée, au point d'en oublier l'essentiel? Attention et attentivité s'affrontent, se répondent, se pré-occupent, « s'en mêlent », en substance et se voient mises à l'épreuve dans le berceau des émotions et des sentiments.

Parce que le cinéma fait attention à tout, permet tout, nous ne nous priverons de rien, et certainement pas du plaisir d'avoir imaginé à travers « l'énigme du vigile distrait » la rencontre de deux monuments de l'attentivité, Sigmund Freud et Sherlock Holmes.

SYNOPSIS

Ça y est, plus personne n'y croyait mais grâce à une psychanalyse bien menée, Sherlock est enfin devenu papa! Sigmund et Sherlock, deux champions de l'attention, l'une flottante et l'autre hyperaiguisée, vont avoir fort à faire pour comprendre comment à être trop vigilant on peut en devenir distrait au point d'en oublier l'essentiel. L'exploration des dernières heures

passées, la reviviscence d'événements de l'enfance de Sherlock suffiront-elles à retrouver Bébé ?

SHERLOCK: Je suis très content de revenir vous voir. Vous, le parrain d'un bébé que vous n'avez pas encore vu. Il est magnifique! Sans vous, sans Chantal¹, ma femme, je n'aurais jamais pu devenir père.

FREUD: Oui, bonjour Sherlock! Je vais éteindre mon cigare, et vous, votre pipe, non? Alors ce bébé, il est où?

SHERLOCK: ... (Perplexe).

FREUD: Non...! Pas... vous...; enfin... pas lui... enfin vous n'avez pas... oublié le bébé?

Sherlock fait mine de s'allonger...

FREUD: Que faites-vous?

Sherlock prend un téléphone

SHERLOCK: J'appelle la police. J'ai perdu mon bébé...

FREUD : Vous êtes détective bon sang ! L'observation, la concentration, la mémoire, les fonctions cognitives, c'est votre affaire. Passez-vous le film à l'envers. D'où venez-vous ?

Scènes: Bénédict Cumberbacht (Sherlock Holmes, créé par Mark Gatiss et Steven Moffat) sur un extrait de la musique de *Ce bébé qu'en as-tu fait ?* (Jacques Higelin/Brigitte Fontaine).

FREUD : Attendez, doucement. Je ne vous suis pas... On reprend... un peu de coke ? Je veux dire de Coca Cola bien sûr !

SHERLOCK: Et voilà! Pas de bébé... sauf moi... je me souviens... je n'aurais pas dû devenir père... avec les antécédents dans la famille. J'avais 1 mois et ma mère déjà participait à des expériences scientifiques. Ah! La recherche, on lui fait dire ce qu'on veut quand même... des expériences sur les limites de l'attention parentale, en l'occurrence maternelle en situation... extrême.

Extrait L'œuf du serpent, Ingmar Bergman, 1977

FREUD : Je vois. Sherlock votre attention revient sur ces temps forts primaires. Auriez-vous confié votre bébé à un service hospitalier ? L'avez-vous oublié lors d'une consultation ? Il faudrait remonter un peu le temps, vous voyez... Ces expériences ont beaucoup secoué la santé mentale de votre mère. Mais vous le savez, un autre adulte, un père, peut-être le *care giver*.

^{1.} Hommage discret au travail sur les pères de Chantal Zaouche Gaudron.

SHERLOCK: Le serial killer?

FREUD : Non, le *care giver*, le donneur de soins.

SHERLOCK: Le donneur de soins, Freud... vous savez bien. Le soigneur...

Les chevaux... ou la boxe... mon père.

FREUD: Oui?

SHERLOCK: La boxe... J'avais cet attachement fascinant à mon père. Il était dur. Mais c'est lui qui m'a pris chez lui, dans son modeste et incroyable « chez lui » quand ma mère a été hospitalisée longtemps, très longtemps. C'est lui qui m'a donné les soins de nursing, qui a construit mes modèles internes opérants, mes schèmes sensori-moteurs, mes premières représentations durables de l'objet interne...

FREUD : Il a joué et tenu le rôle de sein nourricier ?

SHERLOCK : Oui, avec des adaptations « maison ». J'ai longtemps eu quelques soucis ensuite avec les signifiés, signifiants...

Extrait The kid, Charlie Chaplin, 1921

SHERLOCK: Ce n'est pas Dieu possible que j'ai fait comme ma mère! J'ai oublié mon bébé... J'ai pris tout le kit... le *Baby phone*, avec et sans webcam, le casque, les ceintures de sécurité, l'iPhone, le doudou, Sophie la girafe, les applis de Nanny secours, la cafetière, euh le biberon... Ça reste ces trucs-là.

FREUD: Détendez-vous. Il faut suivre le fil. Donc... euh... cette subexcitation que vous manifestez, cette soudaine distraction, cet oubli...

SHERLOCK: Vous pensez à un Trrrouuubbllllle deee l'...

FREUD: Mais noooooooooon! Je me demandais... vous... Vous vous souvenez la raison de notre rencontre? Je veux dire...

Extrait Sherlock Holmes attaque l'Orient Express, Herbert Ross, 1980

SHERLOCK: Vous... vous pensez que j'ai rechuté? Vous m'aviez mis sous hypnose. Je sais d'où vient ma dépendance... vous savez. Lors du droit de visite de ma mère, quand elle m'a oublié.

Extrait Mon roi, Maïwenn, 2015

SHERLOCK: Même mon prénom variait avec son humeur. J'étais son marin Sinbad, son héros Justin, son mystère Sherlock. Mais cet engramme pilule-objet-moi a sans doute créé une confusion dans mon subconscient;

J'ai revu vingt fois la scène. Ma mère pense aux médocs et m'oublie. Mon père me l'a raconté. À un moment donné je deviens médoc, pharmakon... pour ne plus être oublié.

FREUD: Je crois que vous oubliez... je veux dire négliger... Oh là là! que de lapsus! Je veux dire, c'est lorsqu'on lui parle de votre père que votre mère se déconcentre, l'angoisse monte, elle n'a pas accès à des recours symboliques auxquels s'accrocher. Elle vous oublie... ou vous confie ? À un lieu de soins. Êtes-vous passé dans une pharmacie avec votre bébé, Sherlock?

SHERLOCK: Non... enfin, oui... Je n'avais pas de bateau, euh de landau je veux dire. Pas de bébé, je crois... c'est fou... je devrais avoir des indices... L'oubli dans la pharmacie... la détresse... l'ivresse... la nausée... le mal de mère...

FREUD : Le mâle de la mère... Vous devez arriver à la journée d'aujourd'hui. Vous êtes confié à la garde votre père. Votre mère, Annie... n'a plus droit qu'aux vacances... un traumatisme réactivé ?

Extrait Dérive mortelle, Hans Horn, 2006

SHERLOCK: Est-ce que j'ai oublié Bébé au port? Quand je suis allé voir Annie, ma mère... un trauma... Vous vous souvenez, Freud? Les vacances, ma mère fréquentait la jet set et la cocaïne coulait à flots. Ce jour-là ils avaient tous sauté par-dessus bord. Ils avaient oublié l'échelle... Et moi, seul à hurler durant plus d'un jour. Les besoins primaires, la détresse essentielle...

FREUD: Sherlock ressaisissez-vous! On n'a pas vingt-quatre heures pour retrouver votre enfant...

SHERLOCK : Je n'ai pas rechuté. Allons chez Annie! Je peux pas y aller comme ça en lui disant : « Bonjour Annie est-ce que je n'aurais pas oublié mon bébé à bord? » D'autant qu'elle a encore des liens avec les services sociaux. Freud, pensez-vous que je l'ai oublié parce que je venais chez vous?

FREUD: Nous avons longtemps parlé de ce traumatisme qu'a été cette détresse sur le bateau. Vous évoquiez toujours ce passage de votre vie en me disant: « Vous vous rendez compte! Ma mère a failli mourir noyée! » et notre travail vous a permis de vous centrer sur votre propre angoisse de mort.

SHERLOCK : Je ne m'en souvenais pas. Pour moi, le moment de détresse le plus puissant dont j'avais le souvenir conscient était l'épisode du rejet de mon père.

Extrait Le champion, Franco Zeffirelli, 1979

FREUD: Cas classique de parentalisation. Votre père prend sa place, contraint et forcé par les services sociaux. Vous vous occupiez de lui, vous le surveilliez, le protégiez. La suite est simple: culpabilité, dette et passage à l'acte... Dépendance affective, amour et haine, discontinuité psychoaffective permanente... L'émotion le déborde, c'est lui qui va perdre son objet interne, défaut de mentalisation, passage à l'acte... Gifle! CQFD!

SHERLOCK : Au lieu de faire la psychanalyse sauvage de mon père, pourrait-on retrouver mon bébé ?

FREUD : Ce n'est pas de la psychanalyse sauvage ! J'essaye de comprendre pourquoi vous avez... perdu ? Oublié ? Confié ? Votre bébé.

SHERLOCK: Depuis le jour où mon père a donné ce coup, plus rien n'a été pareil. Il a perdu confiance en lui. Et moi je suis devenu enfin infernal! Je n'arrêtais pas de bouger! De fuguer! Il a fallu employer les grands moyens... et je me suis mis aux jeux vidéo, tablettes, consoles, etc., et lui aux disques externes, aux iPhone, applis... Ils savaient que depuis l'épisode du bateau je me calmais en enfilant un gilet de sauvetage; un genre de packing quoi! Mon père a fondé sa société de surveillance/vigilance/contenance.

Magnestick, https://www.youtube.com/watch?v=ZfKutSHXTyw

Sherlock enlève sa cape

SHERLOCK: Pédagogies sécuritaires, technologisées... Ah! Pour sûr il ne m'a plus jamais frappé et ma mère ne m'a plus jamais oublié. Les ceintures dans la voiture, les harnais, les règles, les référentiels, les lignes jaunes, les tutoriels... Nanny secours par-ci, Nanny secours par-là... Avec tout ça, ma mère et mon père sont revenus ensemble. La cata! Confier aux objets le soin de prendre soin...

Nanny secours, http://www.nannysecours.com/sante-securite/6-moyens-concrets-pour-ne-pas-oublier-bebe-dans-lauto/, lu sur film *Bébé oublié dans la voiture*

SHERLOCK : Les conseils de Nanny secours pour ne pas oublier bébé dans la voiture :

Conseil n° 1 : Programmer une alarme (ou plusieurs) sur votre cellulaire à l'heure où vous êtes habituellement en direction du travail ou à votre arrivée. Truc très simple et à la portée de tous. Mais comme n'importe quoi, on

s'habitue, on y porte moins attention, et on peut fermer l'alarme machinalement. Alors, pour vous garder vigilant, changer la sonnerie une fois par mois.

Conseil n° 2 : Mettre un objet indispensable à votre journée sur la banquette arrière, votre téléphone, sac à main, ordinateur, portefeuille, des objets qui, à coup sûr, ne risquent pas d'être oubliés... eux.

Conseil n° 3 : Utiliser l'option « rappel enfant » disponible sur l'application Wase.

Conseil n° 4 : Télécharger l'application « Savebabycar(e) » qui vous envoie une alerte par SMS. Le système permet de détecter si l'enfant est toujours sur son siège. Si oui, une lumière clignote pour attirer l'attention vers la voiture. Au bout de cinq minutes, des SMS sont envoyés à des contacts prédéfinis... Génial non ?

FREUD: Vous... vous n'avez pas oublié votre bébé dans la voiture, Sherlock?... avec sa mère peut-être, non?

SHERLOCK: Ne m'en parlez pas. Si je dis ça à Chantal, elle qui insiste tant sur la question des pères, comment dois-je lui dire? Dois-je lui dire? Je ne peux pas ne pas lui dire. L'amour... c'est après vous avoir rencontré, Docteur, que je suis tombé amoureux d'elle. La première fois que cela m'est arrivé je me souviens de mon trouble, de mon incapacité à travailler, à me concentrer, de ma honte d'adolescent encore suceur de pouce... et du diagnostic impitoyable.

Extrait Thumbsucker, Mike Mills, 2005

FREUD: Oui, l'amour distrait le plus vigile des hommes, Sherlock. Vous me demandiez si ce soudain oubli avait à voir avec votre visite chez moi, parrain de cet enfant. Peut-être aviez-vous besoin d'en refaire une tranche, comme on dit, mais la demande n'utilise pas une formalisation adaptée. Allons Sherlock! Je ne suis plus votre psychanalyste mais votre ami, le parrain de ce bébé. Il est temps, après la remémoration, de passer à l'action; elle prendra son sens. Allons chercher ce bébé...

Ils se lèvent. Sur le dos de Sherlock bébé dort...



Freud et Sherlock

Vincent Magos

Comment sensibiliser le grand public?

Yapaka a proposé une réflexion : « Comment construire une communication pour sensibiliser le grand public » sur les thèmes suivants : « L'attention aux hommes fait naître des papas attentifs » et « Bébé regarde maman qui regarde un écran ? », afin de sensibiliser de manière pratique à la nécessité de préciser les messages, d'organiser les arguments, de condenser les propos, d'être accessible. Les participants, fidèles à l'esprit de Yapaka ont travaillé en groupe de la manière suivante :

- remue-méninges des arguments que les professionnels donnent au grand public sur le thème ;
- action de trois arguments prioritaires et rédaction pour chacun d'un bref argumentaire;
- proposition de slogans.

Yapaka a travaillé avec l'équipe créative à Bruxelles et créé une affiche. Dès le lendemain, les affiches ont été présentées ¹.

Projets d'affiches issus de la réflexion

« L'attention aux hommes fait naître des papas attentifs »

Dans leur nomination, les lieux de naissance font référence à la mère : maternités, centres materno-infantiles, pôles mère-enfant. Souvent, les pères ne peuvent pas dormir à l'hôpital et sont exclus des réunions d'information. Les documents sont consacrés majoritairement aux mères et non aux parents, encore moins au père.

^{1.} Elles peuvent être téléchargées, imprimées, par toute personne ou association qui le souhaite, comme toutes les productions Yapaka.

Pourtant, aider le père à rencontrer son bébé, à le regarder, le prendre dans ses bras, le toucher « à sa manière », lui permet d'occuper une place dès la naissance. « À sa manière » signifie que les deux parents vont devoir tricoter la parentalité à partir de deux positions différentes ; dans la relation, le professionnel donne-t-il une place au père en lui demandant ce qu'il ressent ? Comment le père vit-il cela ? Quelles émotions traverse-t-il ?

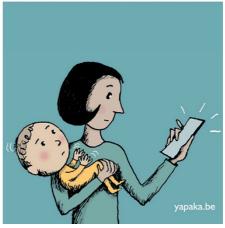
« Bébé regarde maman qui regarde un écran? »

Aujourd'hui, les adultes utilisent sans cesse les écrans au quotidien dans l'ignorance des incidences de cette pratique sur les enfants en bas âge ou dès leur plus jeune âge ; le bébé a besoin de l'attention de l'adulte. Sa disponibilité permet son bon développement grâce aux échanges au travers du corps, de la voix, du regard. Le bébé s'appuie sur le regard de l'autre pour se construire et être en relation.

Quand la maman ou le papa regarde l'écran, le bébé vit son absence, puis il essaye d'attirer son attention. Au-delà de la présence physique, l'enfant se nourrit et cherche à être en relation, mais quand la mère ou le père regarde l'écran, l'enfant se sent lâché, abandonné².



BÉBÉ REGARDE MAMAN QUI REGARDE UN ÉCRAN?



^{2.} Fichiers de téléchargement en ligne : http://www.yapaka.be/texte/texte-la-television-dans-les-maternites-quand-bebe-regarde-maman-qui-regarde-la-tele

À la suite, Yapaka a poursuivi sa réflexion et réalisé un dépliant sur le thème « Bébé regarde maman qui regarde un écran ?³ ».

DÉPLIANT

La télévision dans les maternités : quand bébé regarde maman qui regarde la télé

Les écrans sont présents aujourd'hui dans tous les lieux de vie. Ils occupent une place primordiale. La télévision bouillonne et Internet offre un flux continu. Impossible aujourd'hui d'imaginer un univers de travail ou familial dépourvu de cette source.

La télévision s'est assurément invitée partout : du salon familial à la chambre de l'enfant (laissant celui-ci seul devant ce qu'il voit) en passant par les transports en commun, avec depuis peu les téléphones portables. Une publicité pour cette nouvelle technologie promeut la possibilité de faire deux choses en même temps ; selon la logique offerte par cet annonceur, grâce à la télévision portable, je peux assister à un match de foot tout en suivant un match de tennis sur mon mobile.

Dans cette ligne creusée depuis quelques années, puisque les télévisions sont partout et qu'il est offert à chacun de faire plusieurs choses à la fois sans opérer de choix, les écrans se sont imposés tout naturellement dans les maternités.

Suite incontournable d'un progrès et d'une offre technologiques ?

Dès ses premières heures, le tout-petit baigne donc déjà dans cet univers cathodique qui lui tend les bras comme pour une première rencontre prétendument nécessaire. Bienvenue dans le monde des écrans!

Il est intéressant dès lors de penser la place qu'occupe cet écran dans une chambre de maternité (voire parfois dans les salles de travail). Quel rôle prend-il dès les premiers jours de vie de l'enfant, au moment même de la rencontre avec ses parents ?

Écran : le mot lui-même donne déjà à penser.

Comment réfléchir à ce qu'évoquent les pédiatres qui travaillent en maternité quand ils rapportent qu'aujourd'hui, lors du premier jour de vie du bébé, à l'heure de l'examiner avec les parents, il est devenu habituel de commencer par demander d'éteindre la télévision ? Quelle influence sur le

^{3.} Ce dépliant est également téléchargeable à la même adresse.

développement de la relation parent-bébé et ensuite sur le développement du bébé ?

Il ne s'agit pas ici de juger du contenu du programme diffusé, c'est l'écran lui-même qui pose question.

« Tu vois ce que je veux dire? »

De nombreuses études ont mis en évidence l'importance de l'interpénétration des regards dès les premiers jours de vie, de l'attention conjointe dans les premiers mois. C'est les yeux dans les yeux que cette première rencontre a lieu et le regard est bien une des premières formes de langage mise à disposition du tout-petit. Les mamans et leur bébé, pour se rencontrer et se raconter, se fondent dans les yeux l'un de l'autre. Les mères, dans les premiers jours, les premières semaines de la vie de leur bébé, vont fixer son regard et le capter durablement pour lui apprendre ce que l'on peut dire avec les yeux, et ainsi l'accrocher à notre monde.

La prise de conscience de soi passe par le regard de l'autre, d'autant plus dans la toute nouvelle relation maman-bébé. Généralement, un bébé se voit, se découvre lui-même dans le regard de sa mère. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. Ce sont des regards d'attention, d'observation et d'étonnement... Dès la naissance, « l'accrochage primitif » du premier regard est le premier miroir de l'enfant. Ce regard posé sur lui introduit l'indispensable accordage affectif : mère et enfant se mettent au diapason de leurs émotions. Ce regard-miroir déclenche aussi une « imitation croisée » entre la mère et l'enfant, ce qui permet au bébé de survivre et de s'épanouir. Plus tard, à l'âge de la marche, les enfants continuent à lire dans les yeux de l'adulte la bienveillance, l'autorisation d'aller de l'avant. C'est l'enjeu du fameux « maman, regarde-moi! » que les enfants répètent continuellement dans les aires de jeux. Une manière de s'approprier, par l'œil de l'autre, ses progrès et ses limites. Le regard est un contenant. Il porte et élève l'enfant.

Comment décoder alors la triangulation bébé-maman-écran qui se joue au moment de la tétée par exemple ? L'enfant fixe le visage de sa mère qui, elle, regarde la télévision. Ce bébé à la recherche du regard de sa mère ne lui demande-t-il pas simplement de le regarder pour exister ?

Regards croisés

À la naissance, les regards vont donc favoriser l'attachement mutuel entre la mère et le tout-petit, attachement qui fournit une base sécurisante à l'enfant. Si cet attachement est fragile, l'enfant ne se sent pas complètement en sécurité, ce qui peut hypothéquer son développement psychique.

En captant l'attention, les écrans viennent perturber la mutuelle découverte des parents et de leur bébé. La présence de la télévision mais aussi de l'ordinateur, du téléphone portable et l'usage que chacun en fait ne sont donc pas complètement anecdotiques dans ce qui se joue entre l'enfant et ses parents dès les premiers jours de la rencontre et plus tard.

De plus, quand sont omniprésents écrans, GSM, Internet ou encore la musique dans le métro ou les supermarchés, ils viennent masquer notre difficulté à être seuls. Cette capacité, qui s'apprend dès le plus jeune âge, est néanmoins indispensable car c'est également elle qui nous permet d'avoir nos propres pensées.

Michel Dugnat, Frédérique Gignoux-Froment, Jokthan Guivarch, Sophie Joly, Laure Le Treut, François Poinso

Kaléidoscope des attentions

Introductions

Yves Citton et Denis Mellier nous introduisent dans les différentes déclinaisons actuelles, tant sémantiques qu'institutionnelles ou sociétales, de l'attention.

Yves Citton remonte au XVIII^e siècle (dont il connaît bien la littérature) pour donner de la profondeur à sa réflexion sur la « crise de l'attention » ; il en explique la naissance, en montre les mécanismes, et présente le retournement d'une économie de la production à une économie de l'attention. Codirecteur de la revue *Multitudes*, revue politique, artistique et philosophique en ligne, il invite le lecteur à retrouver un pouvoir d'agir en choisissant ce qu'il reçoit, ce qu'il écoute ou regarde, en fonction de choix réfléchis, non plus subis. Bref, à être attentif à ses capacités attentionnelles.

Pour *Denis Mellier*, psychologue-psychanalyste, professeur de psychopathologie, soin et attention ont beaucoup en commun. Si l'attention se travaille avec ses dimensions, ses dynamiques et ses effets, nous sommes travaillés par l'attention. Il propose cinq pistes :

– la naissance de l'être néotène qu'est le bébé *sapiens* avec son cortège d'émotions chez chacun des membres de la matrice de soutien. Le terme d'attention y est porteur avec ses deux valences : le « porter-attention » comme le « faire-attention » qui tire plutôt du côté du « prendre-garde ». Cette attention parentale peut être troublée par des enjeux transgénérationnels qui assignent à l'enfant une place toujours singulière ;

– enveloppé par ce berceau familial, le bébé va aller à la rencontre de la pesanteur (A. Bullinger), ce qui implique une profonde réorganisation des enveloppes psychiques et va permettre l'intériorisation dans l'interaction des

- « schémas-d'être-avec-l'autre », chers à Daniel Stern, sur fond de rythmes mais aussi de souffrances qui gagnent à être contenus ;
- l'attention des soignants (réseaux secondaires) et plus largement des autres personnes entourant les parents (réseaux primaires) doit être mise à l'œuvre dans l'intimité des soins de la relation avec le bébé, mais surtout dans une coopération avec les parents. Le groupe est alors sollicité;
- dans une civilisation marquée par l'individualisme (G. Neyrand), le bébé, tôt individualisé, fait l'objet d'idéalisation de la part des parents, invités à être des parents surcompétents. Or l'attention (Y. Citton) est capturée de façon de plus en plus armée par les résultats des neurosciences et les avancées des machines de l'intelligence artificielle qui font du psycho-pouvoir (B. Stiegler) le cœur du capitalisme libéral hypermoderne et de l'attention (pharmakon à la fois remède et poison);
- mais pour D. Mellier, il y a un travail possible de l'attention, outil de liaison intra et interpsychique reposant sur l'associativité qui permet le lien entre le bébé et ses objets. On sent ce positionnement nourri par l'expérience clinique en crèche et la formation à l'observation Esther Bick de l'auteur.

Le lecteur pourra avec profit conserver à l'esprit ces pistes dans son propre parcours dans l'ouvrage.

APPROCHES SCIENTIFIQUES

L'attention peut faire l'objet de travaux de recherche d'épistémologies distinctes dont un bouquet est présenté.

Sans *Blade Runner*, le film de Ridley Scott, *Sid Kouider* (communication personnelle) serait-il devenu un spécialiste des neurosciences cognitives? À 12 ans, adolescent, fasciné par ces robots capables de ressentir des émotions, il se demandait comment la pensée naissait dans un cerveau. À 38 ans, à la tête d'une équipe de chercheurs du CNRS et de l'École normale supérieure de Paris, il mettait en évidence, sur des bébés de 5 mois, les signaux cérébraux qui révèlent la mise en place très précoce de la conscience, une découverte saluée notamment par la prestigieuse revue américaine *Science*, le 19 avril 2013. Cette consécration est aussi remarquable que son parcours atypique. Ses parents, Algériens, immigrés en banlieue parisienne dans les années 1960, sont manutentionnaire et aide-ménagère. Son rêve d'enfant? Devenir scientifique « pour comprendre qui nous sommes ». Une puissante pulsion épistémophilique, comme diraient certains psychanalystes.

Pour y parvenir, il étudie la psychologie à Paris 8, puis soutient une thèse en sciences cognitives à l'École normale supérieure et à l'École des hautes études en sciences sociales, enfin, un postdoctorat à Harvard, aux États-Unis. Ses travaux sont présentés ici de façon aussi simplifiée que possible.

On sait que pour Colwyn Trevarthen, la vie commence dans un partage de récits car tous les mouvements des animaux sont rythmiques. Ces rythmes s'organisent dans un temps imaginé au service d'une intelligence corporelle motivée qui a évolué pour permettre le partage de connaissances orientées vers des projets coopératifs. Le nouveau-né humain bouge les parties de son corps de manière expressive et avec la grâce d'un interprète naturel à la recherche d'un public reconnaissant. Nous venons à la vie avec l'objectif de dire et de prendre notre part à des récits de ce que nous faisons avec émotion. Nous vivons aussi pour découvrir les formes d'une synchronie dotée d'une dimension poétique. Il devient évident à présent que le sens symbolique d'une langue existe grâce aux impulsions créatives et aux émotions que le bébé partage avec des compagnons affectueux dans un dialogue corporel imitatif et musical dont il a conscience. L'intersubjectivité se développe à travers des protoconversations empreintes d'imitation et des jeux ritualisés et imaginatifs au cours de la première année de la vie. La science psychobiologique de cette intersubjectivité a été enrichie par de nouvelles connaissances sur les habiletés et sensibilités mentales du fœtus dans les derniers mois de la gestation. Les neurosciences admettent maintenant que les fondations de la volonté et la régulation affective sont innées. Cela ouvre de nouvelles perspectives en psychologie dans l'étude de la créativité et de la sympathie dans les communautés humaines. La parution prochaine en français des articles séminaux de C. Trevarthen (en cours de traduction) est très attendue.

Traductrice, collaboratrice et continuatrice de ce grand chercheur, Maya Gratier, professeur de psychologie du développement, envisage, dans cette configuration, le fait d'être l'objet d'attention, ainsi que l'orchestration multimodale des comportements parentaux. Pour elle, dès sa naissance, le bébé organise et module l'attention de ceux qui entrent en contact avec lui, même si cet extraordinaire pouvoir, celui de savoir tout mettre en œuvre pour être l'objet de l'attention d'autrui, reste encore à expliciter. Elle explore l'idée que c'est en intervenant au bon moment et de manière subtilement ajustée aux états motivationnels de ses partenaires, au cours de leurs interactions sociales ordinaires, que le bébé retient leur attention et va apprendre à déployer la sienne. Elle rend compte ici de deux études empiriques : l'une sur les modifications de la qualité de la voix maternelle lorsque celle-ci observe un comportement expressif chez son nouveau-né prématuré, et l'autre sur l'organisation multimodale des comportements maternels dans une situation d'attention partagée avec son bébé de 3 mois. Cela lui permet de défendre que l'attention partagée sera perçue comme une expérience de mise en lien sensoriel et moteur et n'est pas seulement un processus fondé sur le regard mutuel.

Dans la même lignée, *Emmanuel Devouche*, chercheur et maître de conférences en psychologie du développement, raconte concrètement l'histoire d'une recherche sur la conversation avec le nouveau-né. Pour lui, au-delà de la reconnaissance des nombreuses compétences du nouveau-né, sa capacité à communiquer reste sous-explorée et encore méconnue. Le nouveau-né est pourtant déjà doué pour la conversation, il est un partenaire qui sait être attentif et peut se montrer actif ; le concept d'intersubjectivité est ainsi au cœur d'une recherche menée par *Sara Dominguez*, chercheuse et psychologue, docteur en psychologie, sur les premiers échanges mèrenouveau-né présentée en écho aux travaux de Colwyn Trevarthen.

Ce travail, mené dans le cadre de sa thèse de recherche sur les origines du dialogue mère-bébé, avec ses questionnements, ses résultats et les réflexions qui en découlent, montre que les pratiques auprès des bébés peuvent gagner à être informées des avancées de la recherche.

Avec G. Petitpierre, la chercheuse et psychologue en périnatalité suisse, *Ayala Borghini* rappelle les trois principes auxquels obéit le dialogue tonico-émotionnel (Ajuriaguerra et Angelergues) :

- la proximité corporelle et les mécanismes physiologiques sous-jacents qui impliquent la mise en place de l'axe hypothalamo-hypophysaire et l'ocytocine dont la production est liée au style d'attachement chez l'adulte (Pierrehumbert);
- la mutualité des échanges à l'origine de la différenciation possible entre soi et l'autre : toucheur/touché, actif/passif, le bébé découvre l'altérité à partir d'un soi toujours déjà là ;
- la multimodalité sensorielle et la découverte d'un monde multidimensionnel qui s'approfondit avec la coordination progressive des différents sens.

Forte de sa riche expérience clinique et de recherches auprès des familles avec des bébés lausannois prématurés, Ayala Borghini montre l'intérêt d'une intervention précocissime auprès de ceux-ci.

François Jouen, spécialiste internationalement reconnu de l'épigenèse et de la cognition néonatale, rend accessible (avec Michèle Molina) le fait qu'en une dizaine d'années, l'apparition de nouvelles techniques, des puces à ADN au séquençage à haut débit, ainsi que la découverte de concepts novateurs comme les ARN non codants ou les régulations épigénétiques, ont révolutionné la compréhension de la génétique. L'épigénomique, discipline qui étudie l'influence des modifications environnementales sur l'expression d'un génome, permet une meilleure compréhension du développement du système nerveux central. En s'appuyant sur différents travaux issus de l'embryogenèse, F. Jouen montre comment une approche épigénomique peut également s'appliquer pour appréhender la construction des connaissances chez le nourrisson, et il défend l'hypothèse que les mécanismes prénataux responsables de la construction de notre neuro-anatomie sont de même

nature que ceux mis en œuvre, après la naissance, lors de la mise en place des structures et des fonctions de la cognition néonatale.

Quant à *Ingrid Bayot*, sage-femme formatrice, elle défend avec énergie que le post-partum est un quatrième trimestre de « gestation » car, après la délivrance, la nouvelle accouchée commence un double travail intense, à la fois physique et émotionnel. Rappelant utilement que le bébé humain est le plus immature et le plus sensible des primates, elle soutient que durant les semaines qui suivent sa naissance, il est tellement dépendant de l'organisme maternel qu'on pourrait le qualifier de fœtus « extra-utérin ».

Puisant dans les travaux de Sarah Blaffer Hrdy, elle rappelle que l'évolution a prévu des incitatifs majeurs, à l'œuvre chez toutes les mères mammifères, à faire corps avec leur tout-petit, et que, depuis des temps immémoriaux, le maternage proximal et l'allaitement ont assuré la perpétuation de notre espèce, même et surtout dans des milieux très rudes. Dans l'espèce humaine, ces comportements ne sont pas automatiques, mais des facilitateurs de comportement existent. Certaines femmes y plongent avec plaisir, d'autres plus difficilement et d'autres encore en ont peur. Certaines cultures les ont idéalisés ou traduits en comportements obligatoires, survie oblige, d'autres sont dans le déni de leur existence même. Les technologies et le confort modernes permettent les variations comportementales sans mettre en danger la vie du bébé. Mais ces mécanismes sont puissants et négocier avec eux n'est pas simple.

Quels sont-ils et comment les laisser s'exprimer au mieux ? Comment soutenir la nouvelle mère ? Si la mère « contient » encore son nouveau-né, comment la contenir et l'envelopper, elle, sans intruser, sans imposer de normes, sans infantiliser? Après la postgestation, avec la dégestation (un néologisme), l'auteur désigne un ensemble de phénomènes anatomiques et fonctionnels trop largement ignorés à son goût dans nos sociétés : le corps féminin, qui s'est adapté pendant des mois pour accueillir, protéger, oxygéner et nourrir une nouvelle vie, doit ensuite cheminer vers un nouvel équilibre qui n'est ni un rétablissement – il n'est pas malade –, ni une normalisation - puisqu'il est normal -, ni un retour au corps d'avant. Ce corps intermédiaire, ni enceint, ni habituel, est souvent mal vécu et malheureusement décrit en des termes accablants. Or, il ouvre un chantier avec étapes et durée, et d'importants enjeux, à court, moyen et long termes. Comment reconnaître et accompagner cette étape si particulière traversée par le corps féminin ? Comment la décrire et en parler ? Avec quels mots, quel respect? Et, par ailleurs, l'autre parent – père géniteur, père adoptif ou compagnon de la mère -, très proche de la dyade mèrebébé, comment participe-t-il à cette postgestation? Avec quels impacts sur sa physiologie et son engagement parental? Et comment le couple

peut-il plonger sans trop se perdre dans sa nouvelle parentalité qui débute souvent dans l'intense et l'inattendu ?

Si une attention croissante a été accordée au bébé humain dont le besoin et les compétences sont mieux connus, parlés, respectés, il persiste cependant un décalage entre l'attention accordée au bébé et celle accordée à la nouvelle mère, surtout dans les semaines suivant l'accouchement. La sollicitude qui entoure la grossesse et l'accouchement devient souvent solitude au cours des premières semaines avec le tout-petit. Or, l'existence de meilleures connaissances sur les besoins du bébé a pour effet une forte pression sur les nouveaux parents, en particulier sur la mère, encore plus si elle allaite. Ce décalage a des effets fragilisants, voire désastreux. Comment, dès lors, pourrait-on mieux contenir, envelopper, accompagner, ritualiser cette période si forte et si fragile de l'être-corps-psychisme féminin? Développé dans un récent ouvrage, Le quatrième trimestre de la grossesse (érès, 2018), cette problématique est ici synthétisée pour encourager à la lecture des deux ouvrages majeurs de Sarah Blaffer Hrdy, Les instincts maternels (Payot, 2002) et la traduction récente de Mothers and Others: The Evolutionary Origin of Mutual Under Standing (2009), sous le titre : Comment nous sommes devenus humains : les origines de l'empathie (l'Instant présent, 2016).

Comme dans l'intervention, en septembre 2015, au colloque de Cerisy « Bébé sapiens », Marc Dommergues, obstétricien, et Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre, interrogent de façon argumentée et rigoureuse les effets secondaires (voire les dommages collatéraux) du dépistage prénatal avec son cortège de déclinaisons pratiques. Ils défendent l'indispensable prise en compte des effets sur les mouvements psychiques des parents et des professionnels de cet examen. Dans ce précieux tableau méthodique de ces questions, ils montrent que la dimension psychique peut être incluse dans le parcours que constituent la gestation et la naissance dans ces cas précis.

Points de vue psychanalytiques

Les points de vue psychanalytiques, partant d'un même corpus originaire, proposent des lectures croisées de l'évolution du concept de l'attention dans la littérature psychanalytique et de sa mise en œuvre dans la cure-type ou ses dérivés.

Docteur en psychologie et maître de conférences, *Anne Boissel* déploie l'évolution de la question de l'attention dans le corpus psychanalytique et s'interroge sur l'infantile dans la cure.

Lecteur assidu de Pascal Quignard, *Sylvain Missonnier* tisse une réflexion s'appuyant sur son activité clinique en maternité mais aussi sur sa formation initiale en philosophie. Convoquant le philosophe grec Aristote et l'inclassable Pascal Quignard, il incite à voir le mouvement premier en dedans (à

la suite de sa collaboration avec l'échographiste Luc Gourand), à penser le *Sapiens* séparé des dieux mais animé par le mouvement « en puissance », à lire le mouvement dans sa perte au moment de la mort (qu'il n'oppose pas à la vie mais bien plutôt à la naissance) et à (re)lire Quignard à la lumière du butô (danse traditionnelle japonaise) comme danse du prénatal (cf. *Les japonismes*, 2018).

Bernard Golse, professeur de psychiatrie et psychanalyste de l'Association française de psychanalyse (AFP) et de la Société psychanalytique de Paris, invite à un voyage dans le temps et dans l'espace : de la Vienne de l'Autriche-Hongrie du XIX^e siècle à Avignon au XXI^e siècle, en passant par Budapest au XX^e siècle, dans un parcours érudit qui commence avec Freud et se termine avec Colwyn Trevarthen.

À partir de la riche clinique d'une consultation thérapeutique avec des bébés, *Régine Prat*, psychologue-psychanalyste de la Société psychanalytique de Paris (SPP), propose de considérer l'expérience de la parentalité (au sens de Didier Houzel) sous l'angle de la clinique du trauma (un trauma qui fait suite au changement corporel de la grossesse), comme la radicale modification de la chaîne générationnelle dans le cadre d'une crise d'identité qui convoque l'ensemble des membres de la famille. À partir de ce point, elle recommande à ceux des psychanalystes qui reçoivent dans cette période de ne pas interpréter certains fantasmes tant meurtriers qu'incestuels et de laisser de côté le modèle pulsionnel du sexuel pour privilégier celui du pulsionnel des origines, frappé au sceau de l'instinct et de l'attachement. Elle plaide donc auprès de ses collègues (mais pas que...) pour une participation empathique, une mise en mots des expériences traumatiques, une observation attentive des capacités du bébé, et la référence au « développement normal » du bébé.

Albert Ciccone, professeur de psychologie clinique et psychanalyste, propose des hypothèses concernant la culpabilité et la honte chez le bébé qui viennent, dit-il, de l'autre, en particulier des parents. D'abord mêlées, elles vont se différencier : la culpabilité étant déduite de l'observation d'actes de réparation, la honte étant, elle, déduite de l'observation de la détresse chez le bébé en période anale. Ces deux affects gagnent évidemment à être intégrés dans un mouvement où une estime de soi fortifiée prévient la création d'un objet interne tyrannique.

PERSPECTIVES OBSERVATIONNELLES

L'observation ne saurait être oubliée en ce qu'elle s'appuie sur les attentions individuelles et collectives qu'elle organise par une série de méthodes d'observation humaines (et ici non appuyées sur les technologies).

Éliane Krtolitza, psychologue en périnatalité, et Marie-Aimée Hays, docteur en psychologie clinique, périnataliste, psychothérapeute, formatrice, font de l'observation de la tétée du nouveau-né une expérience de soutien de la relation primaire. L'échelle de Prague[©] a été élaborée à la fin des années 1990 par la psychologue tchèque Eva Sulcova: cette échelle d'observation de la tétée en situation naturelle a un réel intérêt clinique, fondé sur l'attention guidée, respectueuse de la dynamique de la dyade mère-bébé. Dans une première recherche en France, Marie-Aimée Hays en avait montré les effets préventifs sur la dépression post-partum précoce. Puis Éliane Krtolitza, étudiant les échanges sensoriels mère-bébé lors des premières tétées, a confirmé comment le triangle mère-bébé-observateur, orienté vers l'attention à ces échanges, offre un espace d'expression et de réflexion à la mère dans un support en double maternel. Mise en lumière par sa publication en France des la fin du XXe siècle, cette échelle devrait bénéficier d'autres utilisations concrètes du fait de l'importance du nourrissage dans la vie du bébé.

Dans le même esprit, l'observation thérapeutique du nourrisson selon Myriam David, une stratégie complexe et trop peu connue, concerne aussi le soin psychique aux bébés vulnérables. Les articulations fines nécessaires à la rencontre authentique de ces petites personnes exposées à des troubles précoces sont présentées par *Laurette Detry*, psychologue clinicienne et éducatrice de jeunes enfants, et *Catherine Le Van*, puéricultrice. Longtemps collaboratrices de Myriam David dans son unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants, elles occupèrent une place spécifique au plus près de nourrissons en souffrance pour qui, indissociablement, accompagnement thérapeutique des parents et observation thérapeutique sont nécessaires. Connue pour ses ouvrages sur le placement, Myriam David a vu ses principaux textes, dont la lecture rappelle le caractère visionnaire, rassemblés par Marie-Laure Cadart.

Nara Amália Caron, psychanalyste pour enfants, adolescents et adultes, chercheuse dans le domaine de la périnatalité (Brésil), rappelle (avec Rita Sobreira-Lopes) la méthode Bick d'observation des bébés comme outil pour aider le professionnel à développer un regard attentionné sur le bébé en privilégiant le regard, en mettant l'accent sur les détails, les échanges, les gestes, les sensations ainsi que sur les rencontres et sur les non-rencontres entre la mère et le bébé. Elle promeut une fonction contenante et une capacité intuitive de compréhension du monde du bébé. Des dispositifs originaux de transformation du cadre de formation à cet outil ont été proposés par Maguy Monmayrant.

Les transformations vécues par un homme dans le contact avec le monde du bébé repérées dans le film *Les acacias* (Pablo Giorgelli, 2012, 1 h 25) par *Rita Sobreira Lopes*, psychologue du développement, chercheuse dans le

domaine de la périnatalité, chercheuse spécialisée dans l'étude de la méthode Bick d'observation des bébés (Brésil), et par *Nara Amália Caron*, psychanalyste pour enfants, adolescents et adultes, chercheuse dans le domaine de la périnatalité (Brésil), servent d'illustration à l'importance d'être sensible aux détails, aux signaux, aux réponses corporelles et au noyau de la vie psychique, qui se mettent en mouvement et suscitent des transformations chez celui qui s'engage auprès du bébé et qui, ce faisant, participe à l'expérience de communication avec cette riche et subtile expression silencieuse, corporelle, qui prédomine au début de la vie.

En effet, construire et entretenir l'attention dans l'institution soignante est un défi dans un contexte contraint, et *Marina Douzon-Bernal*, médecin d'enfants, ex-responsable de l'unité d'hospitalisation et de soins ambulatoires parents-bébé de Montfavet-Avignon (UPB), témoigne de façon élégante des effets de transformation opérés par les mises en œuvre d'une formation individuelle de chaque agent par un dispositif issu de l'observation Esther Bick aménagé par Maguy Monmayrant et Françoise Jardin et d'un dispositif exigeant l'observation fine intégrant perception corporelle, sensorielle, émotionnelle, mise en mots écrite dans l'après-coup et partagée groupalement lors du séminaire mensuel. Elle insiste sur les effets de la transmission, vers les nouvelles soignantes, de ce précieux dispositif.

Docteur en psychologie habilitée à diriger des recherches, psychanalyste et codirectrice du récent ouvrage *Bébé sapiens*, *Drina Candilis-Huisman* évoque un souvenir lumineux, celui de T.B. Brazelton (décédé au printemps 2018 à près de 100 ans), au moment où il avait validé ses élèves européens dans une maternité du Lubéron, en 1996. Elle rappelle la fécondité de la Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS), souvent appelée en français « l'échelle de Brazelton », dans le soutien à la rencontre des parents et de leur nouveau-né (voir son ouvrage, *Rencontre avec T. Berry Brazelton*, érès, 2011).

REGARDS CITOYENS

Il y a des regards citoyens qui invitent à une mise en perspective collective de la prévenance sociétale pour le bébé et ses parents.

Pierre Delion, inlassable combattant pour le soin, auteur prolifique ayant récemment publié un travail très remarqué dans *PlosOne* sur l'enveloppement humide, rappelle fort à propos que le double transfert (terme qu'il emprunte à Salomon Resnik dans son ouvrage *Rencontre avec Salomon Resnik* (érès, 2005), à savoir le transfert du patient vers le soignant et du soignant vers le patient, doit faire l'objet d'une attention continue dans le travail soignant en institution. Il propose, à la suite de François Tosquelles et de Jean Oury, deux psychiatres fort différents de la psychothérapie institutionnelle, que la

réunion d'éléments expériencés hétérogènes permet de rassembler des vécus transférentiels dissociés en tissant, bien au-delà de la rivalité névrotique, une attention contenante pour les patients. Si les conditions de possibilité de ce travail exigeant sont de plus en plus difficiles à réunir, elles n'ont pas partout disparu, comme le montrent de façon talentueuse les textes de Marina Douzon, Ève Lumbroso, et de l'équipe de l'Unité parents-bébé (UPB) de l'hôpital de Montfavet-Avignon.

Président-fondateur de « Les papas = les mamans », analyste lucide de la condition paternelle, de ses représentations sociétales et de ses contradictions, *Gérard Révérend* défend une lecture attentive de la place faite au père dans la société française du XXI^e siècle, qui reste celle non pas d'un parent à part entière mais d'un parent entièrement à part dans un statut d'exclusion croisée avec celui des femmes, quoi qu'il en soit de ce qu'il appelle à juste titre « la révolution anthropologique des comportements genrés ». Son appel à redéfinir les rapports féminin-masculin, en particulier en faisant preuve d'inventivité concernant ce qu'il reste malheureusement convenu d'appeler la fonction paternelle et la fonction maternelle, demeure d'une brûlante actualité après sa disparition, le 11 août 2016.

Les réseaux sociaux cohabitent avec de nouvelles formes de parentalité : Maman Blues, site présenté par *Cécile Croquin*, secrétaire, ancienne présidente de l'association Maman Blues, permet de questionner les normes de parentalité. Dans l'expérience de l'association, site non médical de soutien, d'écoute et de conseils dans les difficultés maternelles en période périnatale, les transformations des images de la parentalité et des représentations de la pratique, de l'expérience et de l'exercice de la parentalité (les trois dimensions de la parentalité, selon Didier Houzel), du point de vue des parents, sont importantes.

Acteur engagé dans la reconnaissance de la place de la culture dans l'éducation du tout-petit, *Patrick Ben Soussan*, psychiatre, plaide une fois de plus avec talent pour une politique de la petite enfance citoyenne et prévenante dont la revue *Spirale* qu'il dirige est un exemple.

Sociologue, *Gérard Neyrand* amène dans cet ouvrage le point de vue d'un chercheur reconnu sur les effets de la révolution anthropologique en cours dans la sphère privée comme dans les politiques publiques, en matière de « fabrication » de l'enfant.

DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS

L'institution soignante (mentale), chère à Jacques Hochmann, auteur de La psychiatrie pour les nuls, rend possibles de multiples dispositifs attentionnels collectifs dans des institutions bienveillantes.

L'équipe de l'unité parents-bébé (UPB) du centre hospitalier d'Avignon-Montfavet a choisi une évocation à plusieurs voix de la façon dont le « village UPB » accompagne et enveloppe la rencontre d'un bébé et de ses parents. À travers quelques récits, au gré d'une journée, en hôpital de jour, au rythme de chacun..., elle soutient qu'il faut – parfois – un bébé très attentionné pour qu'un adulte devienne un parent attentif. Ce travail montre à quel point une enveloppe institutionnelle contenante donne sens à des soins corporels réunis en une palette dont la description se trouve dans la contribution d'*Ève Lumbroso*.

Caterina Maggi-Perpoint et Amélie Clément, pédopsychiatres, plaident, à partir de l'unité de soin et accompagnement précoce du service du professeur Pierre Fourneret (Hôpital femme-mère-enfant, CHU de Lyon), pour une collaboration entre obstétrique et pédopsychiatrie en post-accouchement immédiat. Mené conjointement entre pédopsychiatrie et obstétrique ,avec pour objectif de créer un dispositif de soin précoce et spécifique, en post-accouchement immédiat, pour des mères et des bébés présentant un risque de trouble des liens premiers, ce projet a abouti à l'ouverture de cette unité, partie du service d'obstétrique dans laquelle des moyens venant de la pédopsychiatrie ont été déployés. Le caractère novateur de cette pratique institutionnelle appelle à son évaluation et à sa duplication.

Marie-Thérèse Grangereau, pédopsychiatre, Carmen Juteau, infirmière, Fabrice Dardant, psychologue, témoignent d'une expérience collective et d'une pratique clinique en présentant la création de l'unité intersectorielle à Angers. Son groupe « accueil ouvert » s'adresse aux mères et aux bébés sans objectif de soins ciblés sinon celui de proposer un temps de rencontre, un espace au sein duquel l'attention collective et multiple (soignante, parentale, des bébés eux-mêmes) offre aux dyades un appui nouveau. Le groupe « coucou/caché », qui s'adresse aux mères et aux bébés pour lesquels la séparation est problématique, vise, lui, à permettre une maturation de l'expérience de séparation : le passage de l'angoisse à la mentalisation de cette expérience.

L'attention pour les bébés vulnérables en CAMSP interpelle Émilie Goiset, médecin pédiatre, Agnès Castel et Monique Perrier-Genas, psychomotriciennes, qui décrivent leur dispositif innovant d'accompagnement, dès l'arrivée à domicile, des bébés nés prématurément à moins de 32 SA ou ayant eu des problèmes somatiques graves et ayant été hospitalisés en période néonatale. Ce dispositif émane du travail en réseau et du travail de prévention mené pendant de nombreuses années au centre d'action médico-sociale précoce de Vienne (Isère). Par la singularité du suivi (visite à domicile par une psychomotricienne, groupe parents-bébé, coconsultation pédiatre/psychomotricienne), cette action est en complémentarité des prises en charge des services de PMI et/ou hospitaliers.

Régine Deltort et l'équipe de puéricultrices de l'Appui Parental de Montpellier, service initié dès 1998 par une équipe de PMI et devenu en 2019 un dispositif partenarial entre le service public et l'Association languedocienne pour la jeunesse (ALPJ), décrivent l'offre de contrats de soins de six mois aux parents, un temps court pour les parents mais long pour le bébé en risque qui va bénéficier de l'attention soutenante de l'équipe, garantie par la supervision de Jean-Pierre Visier, pédopsychiatre.

En milieu carcéral, *Florence Duborper*, directrice de l'association Relais enfants-parents de Marseille, Pascale Giravalli, psychiatre au centre médicopsychologique régional (CMPR) de la prison des Baumettes à Marseille, Martine Poudevigne, médecin-adjoint santé de la maison départementale de la solidarité (MDS), Romain Rolland, au conseil départemental des Bouchesdu-Rhône, Christelle Rotach, directrice de la maison d'arrêt des Baumettes de Marseille, Christine Faure, directrice générale de l'Aide aux mères et aux familles à domicile 13 (AMFD 13), Chloé Espinosa, ex-coordinatrice périnatalité de l'AMFD 13, partent du postulat de l'utilité du maintien des relations avec le parent incarcéré (souvent un homme). Elles rendent possibles, dans les locaux de la prison et dans l'univers carcéral, d'une part le maintien d'un contact entre le père et l'enfant, d'autre part un travail jusqu'aux 18 mois de l'enfant quand le bébé, incarcéré avec sa mère, quitte celle-ci (de façon brutale). Dans une prison apparaissant peu propice à l'accueil des enfants de manière générale et des tout-petits de manière plus particulière, elles choisissent de ne pas détourner les yeux de ce nécessaire maintien des relations avec leur parent, soutenues en cela par les interventions des techniciennes en intervention sociale et familiale (TISF). Agir bien que le parent soit « empêché » par l'incarcération est un pari pour l'avenir du bébé et une lueur d'espoir dans la nuit carcérale.

Toujours à Marseille, *Olivier Thomas*, psychologue, coordinateur du Fil rouge à Marseille, et *Anne-Françoise Verrière*, infirmière (IDE), puéricultrice, exposent leur pratique au sein du dispositif du Fil rouge auprès de parents ayant des problèmes d'addiction. Plus spécifiquement, ils expriment leur préoccupation quant à la nécessité de l'attention portée à l'enfant dans la prise en charge de l'adulte. Cette petite équipe mobile parentalité addiction, créée en 2010, favorise l'accès aux soins ou leur continuité auprès des parents en difficulté avec une consommation de substances psychoactives qu'elle soutient dans leur parentalité émergente.

DISPOSITIFS TECHNIQUES

La médecine reste un art dont la dimension empirique ne doit pas cacher qu'elle s'appuie parfois sur des progrès scientifiques. Les dispositifs techniques de

mise en œuvre des soins psychiques nécessitent tout particulièrement des évaluations complexes.

Montpelliérains, Pierre Boulot et Florent Fuchs, gynécologues obstétriciens au département de médecine materno-fœtale du CHU Arnaud de Villeneuve, Rose-Marie Toubin, pédopsychiatre au département de pédopsychiatrie et unité petite-enfance de l'hôpital Peyre Plantade, et *Estelle* Morau, anesthésiste au département d'anesthésie-réanimation « mèreenfant » de l'hôpital Lapeyronie, étudient la présence du père lors des césariennes. Ils soutiennent que la césarienne devrait être davantage considérée comme une naissance chirurgicalement assistée que comme une simple intervention chirurgicale. La présence du père, communément admise lors des accouchements par voie basse, fait débat lors des césariennes (20 % des naissances en France) et la disparité des pratiques est très importante, comme l'indiquent les seules données disponibles en France, fournies par l'association Césarine. Cette disparité intéresse tant les maternités publiques de type I, II ou III que les maternités privées. Cette pratique soit est largement pratiquée, soit fait l'objet d'une opposition. Comment la faire généraliser pour les pères qui le souhaitent ?

Florence Gressier, psychiatre, et Anne-Laure Sutter-Dallay, pédopsychiatre, présentent un tableau précieusement synthétique des dépressions périnatales si souvent mises à toutes les sauces par les médias, voire par des professionnels mal informés.

Docteur en psychopathologie, *Laurent Tigrane Tovmassian* tisse aussi des liens entre sa clinique du psychotraumatisme et son plaidoyer pour une prise en compte de l'attention affectée que représente ce qu'il appelle la « tendresse ».

Psychosomaticien, espagnol, expert dans les interventions pluriprofessionnelles en service pédiatrique, *Pascual Palau-Subiela* soutient fermement que des recommandations précises exigées de la soignante d'une enfant présentant une infirmité motrice cérébrale sévère devant des troubles alimentaires graves peuvent modifier manifestement la spasticité en réduisant l'hypertonie généralisée et l'hyperréflexie ainsi que la spasticité exacerbée par les stimulus désordonnés du nourrissage par les parents. On rapprocherait volontiers cette présentation clinique des conceptions récemment publiées par Roger Salbreux dans *Rencontre avec Roger Salbreux*. *Le handicap comme combat aux côtés des enfants* (érès, 2018).

Comment accompagner les parents dans leur capacité d'attention dirigée vers leur nouveau-né attentif lorsqu'ils ont vécu la perte d'un puîné ou d'un jumeau ? C'est la question que se posent *Laurette Detry*, éducatrice de jeunes enfants et psychologue, *Claire Combescure*, médecin gynécologue et obstétricienne, et *Mélodie Hardy*, psychologue clinicienne, à l'hôpital de Saint-Brieuc. Si les travaux concernant les effets multiples de la perte d'un

bébé à l'aube de la vie sont connus des cliniciens, et s'il est reconnu que la prise en charge globale de ces situations représente un enjeu de santé publique, l'importance de l'accompagnement des mouvements émotionnels, dans l'instant du traumatisme de la rencontre et de la perte, qui se déroulent sous nos yeux, est plus complexe et s'organise plutôt dans un après-coup, selon la demande des parents...

Dominique Ditner, psychologue clinicienne, Isabelle Schertz, médecin pédopsychiatre, Lilly Philippe, auxiliaire de puériculture, Stéphanie Lopez, infirmière (IDE), accueillent des mères et des bébés en hospitalisation en unité mère-enfant (UME). Certaines mères ont connu dans leur enfance des vécus qui n'ont pas toujours permis d'éprouver pour elles-mêmes, dans leurs besoins et dans leur corps, la continuité et la régularité des soins nécessaires à la construction d'une sécurité interne. Formées plus particulièrement à deux techniques de médiation et de soins, le tai chi et le qi gong et le massage de la mère assise sur chaise ergonomique, elles proposent pour objectif thérapeutique de pratiquer une attention à l'enfant en soi du parent pour favoriser l'attention maternelle portée à son enfant dans la réalité.

Une collaboration pluriprofessionnelle entre un échographiste, *François Farges*, et une psychanalyste, *Nicole Farges*, rappelle, avec un clin d'œil à Luc Gourand, que l'échographie est à la fois attention et injonction.

À ce sujet, on lira aussi ici le texte de *Roger Vasseur*, médecin de médecine physique et réadaptation, qui rappelle, grâce à Heinz Prechtl, pionnier de l'étude du développement neurologique, en écho à son travail avec André Bullinger et Véronique Lemaître, à quel point la qualité des mouvements généraux du fœtus, depuis les premières semaines jusqu'au nourrisson à trois mois post-terme, est un indice précoce de la qualité du fonctionnement cérébral. Il plaide pour le développement de l'observation des mouvements généraux qui permet d'apprécier la richesse (ou les lacunes) de la motricité du bébé et veut aider celui-ci à intégrer la pesanteur, organiser ses points d'appui pour des mouvements orientés et comprendre son organisme, objet du milieu, et son environnement, avec lequel il pourra entrer en relation. Les enjeux de ces questions sont cruciaux dans la façon de mettre en œuvre, très précocement, un enrichissement de l'environnement pour ceux des bébés prématurés qui le nécessitent.

Ilana Sabo, psychologue au CHRU de Lille, Juliette Campagne, conteuse, rappellent l'intérêt du livre, objet d'attention conjointe par excellence, dans la construction psychique, langagière et corporelle du tout-petit, et comment la lecture favorise une attention conjointe. À partir d'observations d'une dyade durant un atelier lecture destinées à décrire le plus précisément possible les effets de lecture d'albums, de chants, de comptines, sur le bébé, le parent, la dyade, elles proposent un pot-pourri de leurs albums préférés

choisis parmi les innombrables ouvrages que la littérature jeunesse francophone rend disponibles.

Naître enchantés, première recherche sur un entraînement à l'accouchement, fait l'objet d'une étude randomisée sur trois cents primipares à la maternité de Pertuis. Sylvie Rodriguez, cadre sage-femme des maternités de Pertuis et d'Aix-en-Provence, Magali Dieux, pionnière de Naître enchantés, et Pierre Opinel, gynécologue obstétricien, chef de pôle de la maternité du centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP), soutiennent que Naître enchantés est un entraînement proposé au couple permettant de rester en lien avec l'accouchement et avec leur enfant quelles que soient les conditions techniques (péridurale, césarienne, IMG...); il a été mis au point par Magali Dieux, coach, à la suite de l'expérience singulière de ses cinq accouchements, et peut être testé avec un protocole de recherche rigoureux.

L'introspection, le toucher de relation et le mouvement au service de l'attention parentale pré, per et postnatale sont présentés par *Céline Bonnet*, sage-femme libérale, et *Marielle Buravand-Jaën*, sage-femme libérale et hospitalière, à travers ce qu'elles ont proposé d'appeler la Gymnastique sensorielle périnatale (GSP) qui permet de se donner du temps et d'apperendre ce que l'on perçoit de soi. Ce temps ambitionne d'offrir aux mamans une écoute « perceptive » d'elles-mêmes et de leur bébé d'une manière inhabituelle, très tôt dans la grossesse, ouvrant sur la possibilité de vivre dans l'instant et aussi de ralentir dans la course quotidienne de la vie accélérée actuelle, en leur donnant le temps de se poser un instant pour se tourner vers elles-mêmes.

Pour *Pascale Delage* et *Brigitte Münch*, haptopsychothérapeutes, l'accompagnement périnatal haptonomique éveille les (devenant) parents à l'utilité de prendre en considération leur bébé prêt à la rencontre, à être dans une présence affective avec ce bébé déjà attentif in utero, prêts à participer à sa naissance puis aux soins dont il est dépendant. Quelle intention pour quelle attention ? La phénoménalité de leur pratique ouvre à de nouvelles perspectives préventives et thérapeutiques, pour employer le lexique propre à la postérité de Franz Veldman.

Martine Houlier, mère d'une mère schizophrène et grand-mère d'un enfant (dont elle est tiers digne de confiance) exposé au Valproate pendant la période in utero, est bénévole à l'Union nationale de l'aide aux familles et amis des malades mentaux (UNAFAM 13). Elle témoigne, de sa place d'usagère, de la nécessité d'accorder une attention particulière aux trois dimensions de la parentalité (exercice, expérience, pratique), selon le modèle de Didier Houzel.

VARIA (POUR NE PAS CONCLURE)

Enfin, des textes hétérogènes proposent d'attirer l'attention sur des outils ou des questions (dont celle du corps) qui appellent à de futurs développements.

Rolan Bon s'interroge: comment je me porte? Quelle attention je porte à l'autre? Ingrid Garnier a interpellé Rolan Bon, danseur improvisateur, chorégraphe et enseignant, praticien certifié de Body Mind Centering®, pour interroger le portage et le toucher. Le toucher qui réconforte, donne des limites, des repères et informe sur notre propre limite (intérieur/extérieur). Le toucher qui met en mouvement. Habiter le toucher... Des mises en situation simples dans le mouvement, des expérimentations de nos sensations corporelles invitent les participants à éprouver, à retrouver une sensation de confort, de protection et d'enveloppement stable et mobile. Elles peuvent nourrir les soignants, en questionnant leur dimension corporelle mais aussi celle de l'expérimentation, de l'accueil et de l'ajustement aux informations adressées par le corps de l'autre, dans le contact du toucher des corps, dans des temps de corps-à-corps.

Catherine Yelnik, psychologue clinicienne, psychothérapeute, dansethérapeute, formatrice en danse-thérapie à Paris-Descartes, s'interroge : si l'attention, fonction psychique, se joue à travers le corps, comment rester présent à soi-même comme corps pour garder vivantes ses propres capacités attentionnelles ? Une piste à creuser pour les équipes soignantes de plus en plus mises sous pression par la dégradation des conditions de travail et le manque de reconnaissance de ce travail.

Ânne Boissel, docteur en psychopathologie psychanalytique, psychologue clinicienne, et *Luc Vanden Driessche*, psychologue clinicien-psychanalyste, proposent un focus sur la question de l'expérience vécue de la parentalité lorsque l'enfant est handicapé. Ils plaident pour une coopération et la définition de nouvelles approches dans le but de soutenir la parentalité des enfants atteints de toute forme de la maladie ou de déficience handicapante.

Éric Tellitocci évoque son travail de documentariste candide, amoureux des premières relations, qu'il filme avec tendresse.

Psychologues cliniciennes et formatrices, Françoise Gouzvinski et Marie-Aude Prévost utilisent différents supports de communication alliant dans une unité d'espace, de temps et d'action, la parole, le théâtre, l'exposition de soi et le cinéma syncopé (chaîne narrative plurimodale incluant de brefs extraits de différents films). Elles ont par exemple imaginé la rencontre entre un personnage de fiction, Sherlock Holmes, et un personnage de quasi-fiction, Sigmund Freud, deux champions de l'attention, l'une flottante (Freud), l'autre aiguisée (Holmes). Cinéphiles et noncinéphiles ne pas s'abstenir.

Il ne faudrait pas avoir à présenter le formidable outil que constitue la recherche-action Yapaka dépendant de la Coordination de la prévention de la maltraitance, du ministère de la Fédération Wallonie Bruxelles (yapaka@ yapaka.be; www.yapaka.be). Yapaka mène de front une sensibilisation du grand public aux besoins développementaux des enfants et la mise à disposition des professionnels de précieux outils didactiques (une centaine de livrets sur des thèmes variés, l'indispensable campagne de santé publique, de brèves capsules vidéo répondant à des questions courantes...). Vincent Magos, psychanalyste et haut fonctionnaire belge, et Claire-Anne Séverin, responsable du site Yapaka, nous présentent une micro-action et sa dynamique.

- Psychologue clinicienne, docteur en psychopathologie psychanalytique, **Anne Boissel** est maître de conférences en psychologie clinique et pathologique à l'université de Rouen. Ses travaux de recherche concernent le handicap, particulièrement dans le cadre des lésions cérébrales acquises.
- Rolan Bon exerce une activité de danseur improvisateur, chorégraphe et spécialiste du mouvement. Également diplômé praticien de Body-Mind Centering®, et en toucher somatique biodynamique, il est passionné par la pédagogie, enseigne la danse et l'improvisation à des publics variés. Son enseignement et sa recherche, nourris par des pratiques somatiques, portent sur une approche fine du mouvement en lien avec l'engagement artistique et orienté vers le soin.
- Sage-femme libérale et enseignante (école de sages-femmes de Besançon), **Céline Bonnet** est diplômée du DU pédagogie perceptive (spécialisation gymnastique sensorielle périnatale). Elle est passionnée par la physiologie de la grossesse et l'accouchement eutocique.
- Professeur de médecine, **Pierre Boulot** est responsable du département de médecine materno-fœtale du CHU de Montpellier, ancien coordinateur du centre de diagnostic prénatal du CHU, fondateur et ancien président du réseau périnatal « Naître et grandir en Languedoc-Roussillon ». En charge des grossesses les plus à risques (grossesses multiples, prématurité, retard de croissance, pathologies maternelles associées à la grossesse, malformations fœtales et interventions fœtales échoguidées, addictions associées à la grossesse, prise en charge des vulnérabilités psychologiques et pathologies psychiatriques associées à la grossesse), mais aussi des grossesses à bas risque, ce département est reconnu internationalement pour son abord global de la femme enceinte et de sa famille.
- Sage-femme libérale et hospitalière, **Marielle Buravand-Jaën** est diplômée du DU pédagogie perceptive spécialisation gymnastique sensorielle périnatale, et du DU éthologie clinique de l'attachement et des systèmes familiaux.

- Psychomotricienne, **Agnès Castel** est titulaire d'un DIU de soins de développement et exerce en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de Vienne et de la Côte Saint-André (Isère), en particulier dans le Pôle bébés vulnérables.
- **Amélie Clément** est pédopsychiatre dans l'équipe de psychopathologie périnatale à l'Hôpital femme-mère-enfant (HFME) du CHU de Lyon.
- Clémentine Combes est attachée de recherche clinique au CHU de Montpellier.
- Claire Combescure est médecin gynécologue et obstétricienne dans le service de gynécologie obstétrique, maternité, urgences obstétricales et centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDP) du centre hospitalier Yves le Foll à Saint-Brieuc (Côtes-d'Armor).
- **Véronique Coni** est cadre administratif du pôle femme enfant du Centre hospitalier intercommunal d'Aix-en-Provence/Pertuis (CHIAP).
- **Fabrice Dardant** est psychologue au centre hospitalier Centre santé mentale angevin (CESAME) à Angers.
- **Pascale Delage** est psychologue clinicienne, hapto-psychothérapeute en maternité, accompagnant les couples autour de la naissance à Paris.
- Régine Deltort est infirmière puéricultrice à l'Appui parental à Montpellier.
- Laurette Detry a été formée comme psychopédagogue puis comme psychologue clinicienne à l'université Denis-Diderot (Paris 7). Elle a travaillé de 1987 à 2002 dans le dispositif de psychiatrie du nourrisson créé par Myriam David (Fondation de Rothschild, Paris 13°). Praticienne de l'observation thérapeutique du nourrisson associée au travail en réseau périnatal mis en place par celle-ci dès 1975, outil si subtil qu'il reste encore expérimental, elle est formée à la psychothérapie parents-bébé, après avoir travaillé dans le service de médecine néonatale du centre hospitalier de Saint-Brieuc. Depuis 2016, elle exerce en libéral et anime un atelier de peinture selon la pédagogie Arno Stern, et une association d'éducation populaire, « Graines d'enfances » à Étables-sur-Mer (Côtes-d'Armor).
- Coincée dans une voiture au milieu des embouteillages, la comédienne et chanteuse Magali Dieux sent arriver son premier enfant. Afin de ne pas effrayer la fillette de 6 ans qui l'accompagne, elle a alors l'idée de vibrer ses contractions. L'enfantement dans la joie lui ouvre ses portes. À l'âge de 3 mois, cet enfant meurt de la mort subite du nourrisson. Très vite, un autre enfant... diagnostiqué non viable à 5 mois de gestation. Trois autres enfants voient le jour. Pendant ces cinq accouchements en six ans, Magali Dieux va développer sa philosophie de « parents sereins et joyeux quelles que soient les conditions techniques et l'issue de la grossesse ». Devenue coach et thérapeute, elle part à la rencontre des scientifiques et des hôpitaux. Un protocole de recherche en cours devra démontrer les bienfaits psychiques de cet accompagnement parental sur les nourrissons.
- Psychologue clinicienne, **Dominique Ditner** assure la prise en charge psychothérapeutique des patientes mais aussi les prises en charge mère-enfant ainsi que les observations et les bilans du développement de l'enfant.

Médecin en protection maternelle et infantile dans le département du Vaucluse pendant de nombreuses années, **Marina Douzon-Bernal** a rejoint le service public de psychiatrie à l'unité parents-bébé du centre hospitalier de Montfavet-Avignon pour prendre soin autrement des parents et des bébés. Retraitée, elle est souvent en « mode grand-mère » et parfois secrétaire du bureau de l'association ARIP.

- **Florence Duborper** est directrice du relais-enfants-parents (REP) à Marseille, qui œuvre à la prison des Baumettes.
- Psychiatre, pédopsychiatre, **Michel Dugnat** est responsable de l'unité parentsenfant du service du professeur F. Poinso au CHU Sainte-Marguerite (Assistance-publique/hôpitaux de Marseille). Il dirige la collection « Rencontre avec » aux éditions érès, anime l'Association recherche (in)formation en périnatalité (ARIP), coordonne le projet de réseau francophone des unités de soins conjoints (parents-bébé). Ex-consultant dans l'humanitaire, il est formateur de techniciens de l'intervention sociale et familiale, de sages-femmes, de médecins aux aspects psychiques de la périnatalité. Il a récemment codirigé l'ouvrage collectif *Bébé sapiens* (Toulouse, érès, 2017).
- **Chloé Espinosa** a été coordinatrice en périnatalité pour l'Aide aux mères et aux familles à domicile 13, association gestionnaire d'équipes de TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale).
- Après une longue pratique d'obstétricien, **François Farges** a poursuivi son activité en PMA à l'hôpital des Diaconesses à Paris. Il s'intéresse particulièrement à la vie fœtale accessible lors d'observations échographiques en présence des parents.
- **Nicole Farges**, psychanalyste, travaille dans le cadre de la PMA depuis de nombreuses années. Elle s'intéresse particulièrement aux effets psychiques de la stérilité et des traitements dans la vie des couples concernés. Elle poursuit par ailleurs une recherche sur la vie fœtale.
- **Christine Faure** est directrice générale d'Aide aux mères et aux familles à domicile de Marseille, association gestionnaire d'équipes de technicien de l'intervention sociale et familiale.
- Gynécologue-obstétricien au CHU de Montpellier, **Florent Fuchs** y est le coordinateur du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Également coresponsable du secteur obstétrical, il est impliqué dans la recherche clinique à travers un doctorat en épidémiologie, et participe à de nombreux essais randomisés nationaux.
- Ingrid Garnier, ex-sage-femme, est psychologue clinicienne de néonatologie, de soins intensifs et de réanimation adulte au CHU de Saint-Étienne, et accompagne des parents en devenir et leur bébé dans une attention particulière à leurs vécus corporels, leurs ressentis et leurs émotions. Elle s'appuie sur une pratique personnelle du mouvement pour nourrir cette présence et intervient dans la formation initiale et continue de professionnels de la santé et de la petite enfance et des techniciens de l'intervention sociale et familiale.

- **Frédérique Gignoux-Froment** est psychiatre militaire à l'hôpital d'instruction des armées Laveran, et a été assistante de pédopsychiatrie au sein du service du professeur François Poinso au CHU Sainte-Marguerite de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille.
- Pédiatre, **Émilie Goiset** est titulaire d'un DIU de soins de développement, et d'un DIU de réanimation préhospitalière néonatale. Directrice médicale du centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) de Vienne et de la Côte Saint-André, impliquée au Pôle bébés vulnérables, elle continue d'assurer des vacations en maternité et des gardes en service de médecine néonatale niveau 2B.
- **Françoise Gouzvinski** est maître de conférences associé à l'université de Toulouse. Ancienne psychologue à la maternité de Carcassonne, elle exerce en psychiatrie publique et a développé une activité d'expertise dans le champ de la psychopathologie.
- Pédopsychiatre au Centre hospitalier centre santé mentale angevin (CESAME) à Angers, **Marie-Thérèse Grangereau** est également psychanalyste, en lien avec l'École de la cause freudienne et plus particulièrement Rosine Lefort.
- Florence Gressier est psychiatre, spécialisée en périnatalité. Titulaire d'une thèse de sciences, elle est membre de l'unité INSERM 1178. Praticien hospitalier au CHU de Bicêtre, elle a participé avec le professeur Hardy à la création d'une unité mère-bébé, dont elle est la responsable depuis son ouverture en décembre 2012.
- **Jokthan Guivarch**, doctorant en droit et sciences criminelles, est psychiatre, pédopsychiatre, chef de clinique assistant en pédopsychiatrie dans le service du professeur François Poinso, CHU Sainte-Marguerite.
- **Mélodie Hardy** est psychologue clinicienne du service de gynécologie obstétrique, maternité, urgences obstétricales et centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du centre hospitalier Yves le Foll à Saint-Brieuc (Côtes-d'Armor).
- Mère d'une personne souffrant de schizophrénie, grand-mère d'un petit enfant souffrant des conséquences d'une exposition au Valproate in utero, **Martine Houlier** milite à l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAPAM).
- **Sophie Joly** est psychiatre, pédopsychiatre, chef de clinique assistante dans les services universitaires de pédopsychiatrie des professeurs François Poinso (UPE) et David Da Fonseca, Hôpitaux sud de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille.
- **Carmen Juteau** était psychologue stagiaire au Centre santé mentale angevin à Angers.
- Laure Le Treut est psychiatre, pédopsychiatre et ancienne chef de clinique assistante dans les services universitaires de pédopsychiatrie des professeurs François Poinso (UPE) et David Da Fonseca, Hôpitaux sud de l'Assistance publiquehôpitaux de Marseille. Elle exerce à l'hôpital Valvert (Marseille).
- Stéphanie Lopez, infirmière diplômée d'État, est initiée à la pratique du tai chi.

Ève Lumbroso est pédopsychiatre, ex-responsable de l'unité d'hospitalisation conjointe parents-bébé, centre hospitalier de Montfavet-Avignon, pôle de pédopsychiatrie (docteur Christine Bonnauron). Elle exerce désormais dans le pôle de pédopsychiatrie du Centre hospitalier de Vinatier.

- **Caterina Maggi-Perpoint** est pédopsychiatre avec l'équipe de psychopathologie périnatale, service de psychopathologie du développement à l'hôpital mèreenfant de Bron-Lyon.
- Psychanalyste, **Vincent Magos** fut également responsable du site Yapaka de la Coordination de la prévention de la maltraitance du ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles.
- **Estelle Morau** est anesthésiste réanimateur avec une activité préférentielle en secteur de maternité. Elle y apprécie le travail en équipe pluridisciplinaire autour de la patiente.
- **Brigitte Münch** a enseigné la philosophie puis est devenue psychologue clinicienne et psychothérapeute accompagnant les couples autour de la naissance, à Paris.
- **Nicolas Nagot** travaille au département d'information médicale du CHU de Montpellier.
- Marie Notargioccomo est éducatrice spécialisée.
- **Pierre Opinel** est gynécologue obstétricien, chef de pôle de la maternité du centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP).
- Docteur en psychologie clinique et de la santé, psychothérapeute en périnatalité et en petite enfance, psychanalyste, **Pascual Palau-Subiela** est surtout psychosomaticien de bébés et d'enfants, et membre formateur titulaire de l'Institut de psychosomatique de Paris (IPSO). Responsable de l'organisation et de la coordination du master de psychologie et psychopathologie périnatales et infantiles ainsi que du programme de doctorat dans la même spécialité à l'université de Valencia (Espagne), il est président fondateur de ASMI WAIMH Espagne et membre de la commission de formation de l'Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (AEPEA) et de son conseil d'administration.
- Psychomotricienne, **Monique Perrier-Genas** est titulaire d'un DIU psychopérinatalité et d'un DIU de soins de développement. Chargée de cours à l'Institut sciences et techniques de la réadaptation (ISTR, université Claude-Bernard Lyon 1), formatrice en périnatalité, petite enfance et handicap, elle exerce au centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Pôle bébés vulnérables de l'hôpital général (néonatologie 2A), service de pédiatrie et maternité du centre hospitalier de Vienne. Elle est coauteur de l'ouvrage *Une pratique de soins précoces pour les enfants en situation de handicap* (Toulouse, érès, 2016).
- Auxiliaire de puéricultrice, **Lilly Philippe** est formée aux massages sur chaise ergonomique et massages du bébé.
- **François Poinso** est professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Sainte-Marguerite, Assistance publique-hôpitaux de Marseille, et chef du secteur 2 de pédopsychiatrie des Bouches-du-Rhône. Il anime le

- diplôme universitaire centré sur la petite enfance de la faculté de médecine de Marseille. Il est le directeur du Centre ressources autisme de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- **Martine Poudevigne** est pédiatre, médecin adjoint santé, responsable de la PMI des 8-9-10-11^e arrondissements de Marseille (Conseil départemental des Bouches-du-Rhône).
- **Marie-Aude Prévost**, sage-femme hier, psychologue aujourd'hui, poète et cinéphile toujours, mêle ses passions et savoir-faire tant dans sa pratique clinique qu'au travers de conférences théâtralisées.
- **Sylvie Rodriguez** est sage-femme, coordinatrice dans le service de la maternité de Pertuis.
- Ilana Sabo est psychologue clinicienne en périnatalité.
- **Isabelle Schertz** est médecin psychiatre et pédopsychiatre, référente de l'unité mère-enfant et soins en périnatalité, située au groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA) (pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Haute-Alsace).
- Anne-Laure Sutter-Dallay est psychiatre et pédopsychiatre en périnatalité (hospitalisations conjointes temps plein et temps partiel, travail à domicile, travail en réseau de soin et de santé). Docteur ès sciences en psychologie de la santé, elle travaille (EA 4139, université Victor-Segalen, Bordeaux 2) sur l'impact des pathologies mentales parentales sur le développement précoce des enfants et l'impact de la prise de psychotropes durant la grossesse sur le développement du fœtus, du nouveau-né et du jeune enfant. Elle a été présidente de la Société Marcé francophone.

Éric Tellitocci est réalisateur.

- Amandine Thiriet est comédienne, chanteuse et musicienne. Elle anime des ateliers musicaux pour les tout-petits, écrit et compose ses propres chansons. Cofondatrice du mouvement des Matermittentes, elle a également participé au projet l'Art comme l'air (maternité des Bluets). Elle vit et travaille à Berlin.
- Olivier Thomas, docteur en psychologie, est psychologue clinicien, psychanalyste. Il exerce en cabinet et au Fil rouge, équipe mobile parentalité addiction (Addiction Méditerranée) qu'il a créée en 2010 et qu'il dirige aujourd'hui. Il est chargé d'enseignement à Aix-Marseille-Université. Il a publié aux éditions érès *Toxicomanie féminine*. Un DU de psychopathologie périnatale et un DU sur la théorie de l'attachement complètent sa formation.
- Docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse, **Laurent Tigrane Tovmassian** est psychanalyste. Membre associé du laboratoire Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (PCPP) Paris-Descartes; il est coresponsable du groupe de travail sur les psychotraumatismes du Centre de recherches, psychanalyse, médecine et société (CRPMS) de l'université Paris 7-Diderot et de la formation sur les psychotraumatismes du Centre Chapelle-aux-Champs de l'Université catholique de Louvain (UCL).

L'unité parents-bébés du CH de Montfavet est une unité de prévention et de traitement des troubles de la relation et des interactions précoces. Elle propose des consultations père-mère-bébé, des soins psychocorporels, des hospitalisations conjointes de jour pour des femmes enceintes, des bébés jusqu'à 12 mois et leurs parents. L'unité dessert principalement le Vaucluse, le Gard et l'ouest des Bouches-du-Rhône. L'UPB est également un dispositif de conseils en psychiatrie périnatale et participe au travail en réseau personnalisé en périnatalité.

- **Luc Vanden Driessche** est psychologue, psychanalyste, docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse de l'université Paris-Diderot. Il a consacré pendant longtemps une partie de sa clinique aux personnes en situation de handicap, de l'enfance à l'âge adulte. Il poursuit un travail de recherche et de réflexion auprès d'équipes pratiquant l'action médico-sociale précoce. Il est l'auteur notamment de *L'enfant parallèle. Narcissisme parental et handicap* (Paris, L'Harmattan, 2009).
- Ancien médecin directeur technique du CAMSP de Villeneuve-d'Ascq, **Roger Vasseur** a pratiqué la médecine physique et de réadaptation. Proche de Maurice Titran, d'André Bullinger et de Véronique Lemaître, c'est un spécialiste internationalement reconnu des mouvements généraux du bébé.
- Infirmière (IDE) depuis plus de trente ans, **Anne-Françoise Verrière** s'intéresse à la relation de soin et notamment à l'expérience de la rencontre, base de l'alliance thérapeutique. Après avoir exercé en libéral, elle enseigne en institut de formation de soins infirmiers (IFSI). Ayant validé un master en sciences de l'éducation, elle a intégré, en 2012, l'équipe du Fil rouge (équipe mobile parentalité addiction) à Marseille. Elle est formée à la tabacologie, à l'animation des ateliers d'écriture et à la sophrologie.
- Danse thérapeute, **Catherine Yelnik** est psychologue clinicienne et psychothérapeute. Chargée de cours à l'université Paris V-René-Descartes, elle est aussi formatrice au COPES (Paris).

Table des matières

DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS

| L'observation du bébé selon Esther Bick et ses applications au service de l'attention soignante Marina Douzon-Bernal | 5 |
|--|----|
| Corps et psychiatrie Ève Lumbroso | 11 |
| Les premiers mois de fonctionnement de l'unité de soin et accompagnement précoce Une collaboration entre obstétrique et pédopsychiatrie permettant une prise en charge spécifique attentionnée en post-partum immédiat Caterina Maggi-Perpoint, Amélie Clément | 21 |
| Sur les chemins de la rencontre Équipe unité parents-bébé de Montfavet-Avignon | 31 |
| D'une pratique institutionnelle attentionnée Marie-Thérèse Grangereau, Fabrice Dardant, Carmen Juteau | 49 |
| Un dispositif attentionné pour les bébés vulnérables Émilie Goiset, Agnès Castel, Monique Perrier-Genas En présence de Marie Notargioccomo | 57 |
| L'Appui Parental, une mesure de prévention précoce pour la petite enfance L'équipe de puéricultrices de l'Appui Parental de Montpellier | 67 |

| Maintien et soutien des relations précoces enfants-parents malgré l'incarcération Florence Duborper | 81 |
|--|-----|
| Interventions des techniciennes en intervention sociale et familiale (TISF) auprès des mères du quartier nurserie de la maison d'arrêt des femmes des Baumettes Martine Poudevigne, Christine Faure, Chloé Espinosa | 91 |
| Mère addicte et son bébé cherchent professionnels attentionnés Olivier Thomas, Anne-Françoise Verrière | 103 |
| Dispositifs techniques | |
| Présence du père lors des césariennes : un pas de plus pour une naissance partagée ? Avancées et freins Pierre Boulot, Estelle Morau, Nicolas Nagot, Clémentine Combes, Florent Fuchs | 115 |
| Les dépressions périnatales Florence Gressier, Anne-Laure Sutter-Dallay | 123 |
| Une attention colorée de tendresse, au-delà de l'empathie et de l'attachement Laurent Tigrane Tovmassian | 137 |
| L'attention psychothérapique pour un bébé anorexique hospitalisé en neuropédiatrie Pascual Palau-Subiela | 155 |
| Les yeux dans les yeux : comment exister aux yeux de ses parents lorsqu'ils ont vécu la perte d'un puîné ou d'un jumeau ? Claire Combescure, Mélodie Hardy, Laurette Detry | 163 |
| Tai chi/qi gong et massage assis de la mère sur chaise ergonomique : de l'attention portée à la mère pour une mère attentionnée à son enfant Isabelle Schertz, Lilly Philippe, Stéphanie Lopez, Dominique Ditner | 189 |
| Attention, un fœtus peut en cacher un autre! François Farges, avec la participation de Nicole Farges | 195 |

Table des matières 317

| Virgule musicale Et si (Première partie) Amandine Thiriet | 201 |
|---|-----|
| L'observation des mouvements généraux Sous le regard d'André Bullinger et Véronique Lemaître Roger Vasseur | 203 |
| Capacités de curiosité et d'attention des bébés et de leurs parents Ilana Sabo | 207 |
| Naître enchantés, pour une attention sereine et joyeuse dès l'enfantement Sylvie Rodriguez, Magali Dieux, Pierre Opinel, Véronique Coni | 213 |
| L'introspection, le toucher de relation et le mouvement au service de l'attention parentale prénatale Faire de notre corps un allié pour être plus attentif et attentionné Céline Bonnet, Marielle Buravand-Jaën | 221 |
| Éveiller l'attention : l'appel à l'intentionnalité vitale du bébé Pascale Delage, Brigitte Münch | 229 |
| Varia (pour ne pas conclure) | |
| Prendre attention aux parents de malades psychiques devenant grands-parents : quelle attention partager ? Martine Houlier | 237 |
| Corpsyché : mettre l'attention en mouvement Rolan Bon, Ingrid Garnier | 243 |
| « Se laisser porter doit être une sensation délicieuse » De l'écoute du corps à l'attention à l'autre Catherine Yelnik | 25 |
| Attention, séparation psychique et parentalité en cas de handicap Luc Vanden Driessche | 257 |
| Bébés à risque : du handicap au surhandicap Anne Boissel | 263 |
| Les berceuses : un travail cinématographique singulier Éric Tellitocci | 27 |

| L'énigme du vigile distrait Françoise Gouzvinski, Marie-Aude Prévost | 275 |
|---|-----|
| Comment sensibiliser le grand public ? Vincent Magos | 283 |
| Kaléidoscope des attentions Michel Dugnat, Frédérique Gignoux-Froment, Jokthan Guivarch, Sophie Joly, Laure Le Treut, François Poinso | 289 |
| Présentation des auteurs | 307 |

ISBN : 978-2-7492-6293-2 © Éditions érès 2018