Soins, corps et langage

AVEC LA PARTICIPATION DE :

Rose-Angélique Belot
Anne Boisseuil
Céline Bonnet
Magalie Bonnet
Anna Bourgeois-Richard
Marielle Buravand Jaën
Muriel Chauvet
Marie Couvert
Sonia De Martino
Équipe soignante de l'UPB d'Avignon-Montfavet
Lucie Galdon
Ghada Hatem-Gantzer
Romuald Jean-Dit-Pannel
Fabien Joly
Marie-Christine Laznik
Denis Mellier
Sylvain Missonnier
Lynne Murray
Caroline Pelabon
Dominique Pluche Galmiche
Véronique Rey
Joëlle Rochette-Guglielmi
Christina Romain
René Roussillon
Céline Schnepf
Agnès Segura
Delphine Vennat
Margot Violon
Jaqueline Wendland

Sous la direction de
Michel Dugnat
Natacha Collomb
François Poinso

Soins, corps et langage

en clinique périnatale

Supplément numérique

érès éditions

ISBN : 978-2-7492-6835-4
© Éditions érès 2020
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Partagez vos lectures et suivez l'actualité des **éditions érès** sur les réseaux sociaux

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

Sommaire

En clinique(s)

Collision triptyque entre un accouchement traumatique, la réalité de l'équipement du bébé et l'histoire maternelle
Muriel Chauvet, Marie-Christine Laznik, Caroline Pelabon 11

Le tactile, un opérateur relationnel chez les bébés à risque de retrait
Marie Couvert 33

Des corps « dan-ce » transfert
Anne Boisseuil 45

Somatisation chez le bébé, enjeux de la construction des premières enveloppes psychiques et fonction contenante
À partir d'un cas
Rose-Angélique Belot, Magalie Bonnet, Delphine Vennat, Denis Mellier 57

L'impact d'une fausse couche sur le vécu d'une grossesse ultérieure
Agnès Segura, Denis Mellier 73

La bouche dans tous ses états
Expériences et témoignages de l'équipe soignante de l'unité parents-bébé du centre hospitalier de Montfavet
Équipe de l'unité parents-bébé du centre hospitalier Montfavet-Avignon 83

En pratique(s)

Avortements tardifs, questionnements pratiques et éthiques.
Cas particulier des mineures
Ghada Hatem-Gantzer 107

Pas à pas, le théâtre des bébés :
une expérience culturelle primaire
Lucie Galdon, Dominique Pluche Galmiche, Céline Schnepf 115

Virilité et tendresse du père.
Exemple d'un groupe de pères en crèche
Romuald Jean-Dit-Pannel 131

La pratique de la référence en crèche collective
Enjeux pour l'enfant, ses parents et les professionnels
Margot Violon, Jaqueline Wendland 149

KiTAriane© : un dispositif de *care*
pour les douleurs du post-partum immédiat
au temps d'une vulnérabilité redoublée
par la période de confinement et de dispositifs dégradés
Joëlle Rochette-Guglielmi, Anna Bourgeois-Richard 161

La danse des corps
Une pédagogie de la perception au service de la relation
Céline Bonnet, Marielle Buravand Jaën 171

En théorie(s)

Le syndrome de la tour de Babel :
fatalité ou opportunité ?
Sylvain Missonnier 179

Le corps en relation
Le bébé psychomoteur et les enjeux du « nouage psychomoteur »
pour une psychopathologie développementale précoce
Fabien Joly 187

De « l'objet décevant » à l'associativité corporelle
Langage sans sujet/langage du sujet
René Roussillon 217

La psychologie des bébés
Lynne Murray 229

Oralité et langue maternelle : les enjeux d'une transmission
Véronique Rey, Sonia De Martino, Christina Romain 243

En décentré

Fabrication par corps : les toilettes de la nouvelle accouchée, du nouveau-né et du bébé chez les T'ai Dam du nord Laos
Natacha Collomb 261

Présentation des auteurs 289

En clinique(s)

Muriel Chauvet
Marie-Christine Laznik
Caroline Pelabon

Collision triptyque entre un accouchement traumatique, la réalité de l'équipement du bébé et l'histoire maternelle

Premières rencontres avec Muriel Chauvet

Je fais la connaissance de Matteo au mois de juin avant les congés d'été, à la demande du médecin pédopsychiatre qui a rencontré Matteo et ses parents en consultation au sein de notre équipe parents-bébé. Matteo est alors âgé de 3 mois (2 mois en âge corrigé). Lors de notre première rencontre, j'accueille ce qui se joue avec attention. Les parents de Matteo sont très inquiets et fins observateurs. Madame me parle d'un accouchement difficile sans me donner de détails. Elle remarque l'existence d'une légère asymétrie et elle souligne qu'il bouge moins qu'une cousine du même âge. Elle s'est renseignée sur la motricité spontanée et peut même me parler des mouvements *fidgety*[1] caractéristiques de cet âge (Hadders-Algra, 2003).

Dans ce premier temps de rencontre, madame livre à la psychomotricienne que je suis, les aspects très somatiques de son développement. J'accorde de l'importance aux inquiétudes parentales et propose un temps d'observation et d'évaluation fine.

1. La motilité de base consiste en un flot continuel de mouvements petits et élégants survenant au niveau du corps tout entier. La tête, le tronc et les membres participent à importance égale. Des mouvements longs et intenses peuvent se superposer à ces petits mouvements, cette danse *fidgety*.

Voici les principaux éléments de l'évaluation sensori-motrice : Matteo est un beau bébé un peu passif, au physique harmonieux. Mes diverses propositions l'animent ; Matteo vocalise et me regarde intensément, mais avec prudence. Ses mouvements généraux sont pauvres avec des mouvements synergiques. Il est à noter que l'évaluation de la qualité des mouvements généraux est un outil sensible d'évaluation du fonctionnement cérébral du jeune enfant. Cet outil est complémentaire de l'examen neurologique traditionnel (*ibid.*, 2003). Je constate peu d'investissement des postures asymétriques[2]. Allongé sur le dos, la tête pivote de droite à gauche sans limitation. Dans l'ensemble, j'observe une légère asymétrie : l'hémicorps droit plus investi et plus mobile que l'hémicorps gauche. Sur le plan sensoriel, la poursuite visuelle avec une surface texturée est limitée à gauche. Lors des retournements provoqués, Matteo gère mal les variations du système vestibulaire[3] et se désorganise. L'installation sur le plan ventral ne lui convient pas, le redressement est complexe ; il se repousse tout juste sur ses avant-bras si on remobilise le bassin pour réaligner l'axe. La tenue de tête est encore précaire en position verticale. Les captures d'objets s'organisent pour saisir un tissu léger présenté en plan médian. Le regard se place sur l'objet avec de bonnes liaisons oculo-manuelles, et les mains sont ouvertes puis portées en bouche. La construction de l'axe sagittal s'organise par un rassemblement des mains en plan médian.

Lors de ces premières rencontres avant l'été, un fond d'inquiétude me traverse ; je reste prudente et propose à la famille de revoir Matteo dans quelques semaines, au retour des vacances. Au regard des conditions de sa naissance, il m'apparaît fondamental d'observer avec précision l'évolution du développement sensori-moteur de Matteo, et d'être attentive au discours des parents. La lenteur de Matteo me trouble tant sur le plan moteur que sur le plan de l'interaction.

Quand on décrypte des aspects sensori-moteurs dans les films familiaux de bébés devenus autistes, nous sommes régulièrement saisis par la lenteur des réponses dans les interactions ; les gestes de communication basés sur les capacités motrices sont perturbés.

Lorsque je regarderai les images filmées de cette évaluation dans l'après-coup, j'observerai mon attitude relativement stimulante et cette nécessité intuitive que j'avais eue, pour maintenir le lien avec Matteo, de m'appuyer sur une « régulation up » : les recherches ont montré que c'est ce que font

2. Postures asymétriques ou de l'escrimeur, ANTP = Asymetric Tonic Neck Posture (décrites par Caesar, 1979).

3. Les flux vestibulaires sont perçus in utero par l'oreille interne. À la naissance, c'est dans l'espace aérien que se manifestent les covariations entre les flux vestibulaires, tactiles et proprioceptifs.

les parents des bébés devenus plus tard autistes[4]. Je me souviens avoir précisément regardé, lors de ma première rencontre, les éléments bruts, observables, sans question relative à l'anamnèse. Dans ma pratique, je centre mon attention pour être au plus près de l'organisation corporelle du bébé, du dialogue tonique et des interactions. Ce n'est que dans un second temps que je cherche à comprendre les éléments cliniques au regard de l'anamnèse.

L'ANAMNÈSE

Ce qui va être relaté ici, nous l'avons appris au fur et à mesure de la prise en charge de Matteo (Saint-Georges et coll., 2011). La grossesse de madame s'est déroulée sans difficulté jusqu'à 32 SA, moment où se produit une fissure de la poche des eaux. Une hospitalisation s'effectue quelques jours à ce moment-là, suivie d'une hospitalisation à domicile pendant un mois. Par peur d'une infection fœto-maternelle, l'hôpital décide de déclencher l'accouchement à 36 SA, mais celui-ci va mal se passer : après quinze heures en salle de travail, les signes d'une souffrance fœtale apparaissent et la sage-femme appelle en urgence le médecin. Malheureusement, celui-ci tarde à arriver, et lorsqu'il fait enfin une césarienne, dans un climat de panique, on sort un bébé quasi inanimé, avec un APGAR à 1, en état d'hypoxie. Le bébé est réanimé en salle de travail, intubation pour une détresse respiratoire, l'APGAR remontera à 10 en dix minutes. Admis en réanimation, le bébé pourra être désintubé au bout de six heures. Une nutrition parentérale est proposée pendant quarante-huit heures avant la mise en place d'un allaitement maternel, un peu difficile. Il s'agit donc d'une souffrance fœtale avec hypoxie néonatale, et l'on observe d'emblée une hypotonie. Ce n'est qu'après un jour et demi en réanimation, qu'on pourra le ramener à sa mère pour qu'elle découvre enfin son enfant.

La mère de Matteo, mal remise de la peur de l'accouchement et très inquiète des conséquences possibles de l'hypoxie, n'est pas du tout rassurée par l'aspect du bébé qu'on lui rend. Matteo est « tout mou », peu réactif, peu relationnel. Dans l'après-coup, il est vraisemblable qu'une microlésion ait eu lieu au moment de cet accouchement catastrophique. Au retour à la maison, les choses ne s'arrangent pas : Matteo alterne des moments où il semble normalement en lien et des moments où il s'absente complètement. Devant l'angoisse de la maman, le médecin de PMI l'adresse à la consultation bébé-parents du Centre Alfred-Binet.

4. Nous réunissons ici tous les éléments que les parents ont apportés, en partie dans les premières séances avec Muriel Chauvet, en partie plus tard, pendant la prise en charge psychothérapique avec Marie-Christine Laznik.

Désorganisation au cours du second trimestre

Au retour des vacances d'été, les parents me racontent qu'ils se sont beaucoup déplacés lors de leur séjour en Italie et ont senti « la fatigue » de Matteo. Ils remarquent qu'il a tendance à se fermer et qu'il est très perméable aux variations sensorielles de son environnement.

Je suis saisie par ce tableau : installé dans les bras de sa maman, Matteo « coule », hypotonique, malgré les appuis stables qu'elle lui apporte. Il vacille. Tous deux semblent s'abandonner à un dialogue tonique précaire[5].

Allongé au sol, Matteo est monolithique, inerte. Les quelques essais de retournements s'organisent invariablement par des mouvements d'extension dorsale ; il manque cruellement d'expérience dans les retournements. La construction de l'arrière-fond s'avère si précaire que toutes les sollicitations du système vestibulaire s'accompagnent de sensations de chute[6]. Allongé au sol, la mise en forme du corps en enroulement (main en appui sous ischion) est difficile, il se raidit en extension et résiste. L'enroulement actif du bassin peine à se mettre en place et une asymétrie s'installe avec une main droite plus sollicitée que l'autre. J'observe également quelques agrippements par des mouvements stéréotypés ; le regard se focalise sur cette main droite. Sur le plan ventral, il parvient juste à libérer ses bras et à les placer devant. Le redressement est fragile. Sa régulation tonique est peu stable ; il se fatigue rapidement et se désorganise avec des pleurs inconsolables. Son rythme est très lent avec un tonus basal bas. Étant donné son hypersensibilité, il est fondamental d'être lent et précautionneux avec lui dans les propositions.

Matteo est très en retrait, peu souriant, et il vocalise peu. Une gravité s'installe sur son visage, atone. Tout chez lui manque d'appétence ! Il existe peu de relance. S'il regarde l'autre, son regard accroche puis coupe ; il est même parfois évitant. S'il saisit une balle que je lui propose, il la passe d'une main dans l'autre sans aucune adresse de regard à l'interlocuteur. Les élans de communication observés deux mois avant, sont taris, épuisés. Les parents soulignent qu'ils sont très actifs pour solliciter des réponses chez leur fils. Leur inquiétude d'un éventuel trouble autistique s'exprime. On apprendra par la suite que cette inquiétude était déjà présente pendant la grossesse. Dans l'ensemble, il existe à cette période, peu de plaisir partagé. Un évitement relationnel s'installe dans ce deuxième trimestre.

---

5. Les variations toniques entraînent une variation de consistance de l'organisme qui constitue un appui instantané à un ressenti corporel. Cet écart relativement à un état d'équilibre est source d'une tension émotionnelle qui prend sens au sein du milieu humain : c'est le dialogue tonique décrit par Wallon et Ajuriaguerra (Bullinger, 2015).

6. Le sentiment de chute est probablement lié à une absence de construction de cette profondeur et entraîne des conduites d'agrippement amenant à une adhésivité.

À cette période, Matteo, qui a 6 mois, va intégrer la crèche dans une semaine et cela suscite mon inquiétude. Je propose rapidement une rencontre avec Marie-Christine Laznik. Nous réaliserons une première rencontre commune.

Première rencontre avec Marie-Christine Laznik dans le bureau de Muriel Chauvet

Séance filmée et décrite ici par Caroline Pelabon

Dans la relation avec M.-C. Laznik, Matteo montrera des moments de présence possible. La prosodie du mamanais qu'elle met en place permet même aux bébés qui vont devenir autistes d'entrer ponctuellement en communication (Cassel et coll., 2013). Toutefois, si son attention n'est pas absente, elle reste distante et passive. Rien n'indique que ce bébé n'aurait pas pu développer un autisme. Par exemple, cette première rencontre va clairement révéler, à deux reprises, l'hypersensibilité de Matteo. Alors que M.-C. Laznik lui raconte l'histoire de sa naissance « et l'inquiétude que maman a dû avoir », le bébé se met soudain à pleurer.

Un peu plus tard, Muriel Chauvet, saisie de joie en réussissant enfin à lui faire enrouler son bassin, pousse une exclamation admirative inattendue : Matteo se met à sangloter, submergé par ce bruit émotionnel. L'hypersensibilité est très souvent observée chez les bébés à risque d'autisme. Sur le plan sensoriel, elle se manifeste par exemple par une hyperacousie. Matteo a très longtemps sursauté au moindre bruit dans la rue. En plus, ces enfants sont très sensibles aux variations émotionnelles de leur environnement, réagissant souvent par la fermeture aux moments où une inquiétude ou d'autres tensions s'emparent de leurs parents. Une littérature scientifique considérable démontre ces facteurs d'hypersensibilité, voire d'envahissement par empathie émotionnelle chez les autistes (Laznik, 2014).

Pendant cette première rencontre, M.-C. Laznik fait aussi connaissance avec les parents de Matteo. La mère italienne sera encouragée à s'exprimer dans sa langue maternelle avec son fils, voire dans son patois napolitain. Elle est expert-comptable, le père ingénieur dans l'industrie automobile. Tous deux, des personnalités scientifiques plutôt réservées, se sont construits contre ces excès culturels du Sud.

À la suite de cette séance, nous décidons donc d'une prise en charge à deux voix en complément des consultations pédopsychiatriques. Muriel Chauvet rencontrera ce bébé et ses parents deux fois par semaine, et M.-C. Laznik une fois par semaine. C'est la mère qui amènera le plus souvent Matteo à ses séances, le père étant parfois présent avec elle. Caroline

Pelabon filmera les séances et, une fois la prise en charge terminée, reprendra la partie psychothérapie pour l'écrire.

Les trois premières séances avec la psychanalyste

La première séance donne d'emblée raison à l'inquiétude des parents. Matteo la passe à regarder par la fenêtre ou au plafond, sans que ni les parents ni M.-C. Laznik parviennent à capter son attention. Même avec la prosodie du mamanais ou des chansons, M.-C. Laznik n'arrive pas à garder le contact.

Assise par terre, adossée au canapé, M.-C. Laznik prend le bébé sur ses genoux face à elle : elle lui donne ainsi un bon appui-dos tout en enroulant son bassin. Le bébé bien calé sur ses genoux, M.-C. Laznik se balance de droite à gauche en chantant ou en parlant en mamanais. Mais cette tentative est un échec : Matteo détourne la tête sur le côté, évitant tout contact visuel avec la thérapeute. S'il a été démontré que la prosodie du mamanais permet même à des bébés qui vont devenir autistes de regarder, on sait que cela n'arrive pas à tous les coups (Cassel et coll., 2013)

M.-C. Laznik s'appuie alors sur cet échec pour dire aux parents qu'ils ont raison, et qu'elle entend leur inquiétude (alors qu'ils ont souvent été confrontés à des médecins qui ne les ont pas pris au sérieux). « M^me^ Laznik se plante aussi », dit-elle. Cela évite d'apparaître toute-puissante là où les parents échoueraient.

Chez les psychanalystes, l'évitement du regard est envisagé de diverses manières. L'approche de Geneviève Haag, la psychanalyste française, est fort intéressante, en ce qu'elle rejoint les travaux d'André Bullinger, créateur de l'abord sensori-moteur. Pour G. Haag (2008), l'incapacité du bébé à regarder l'adulte est à mettre en lien avec la construction de son corps, et en particulier la constitution d'un arrière-fond : tant que celui-ci n'est pas constitué, le regard reste lui aussi un espace sans fond engloutissant. Chez le bébé à risque d'autisme, le travail permet la constitution progressive, psychique et physique, d'un arrière-fond. Une première enveloppe corporelle se forme, et un fond existe alors aussi au regard pour l'enfant. Le contact visuel peut s'établir, avec sa dimension d'ébauche d'un premier contenant psychique.

Chez Matteo, on a pu voir au début de la thérapie combien son corps était peu construit et manquait d'appui. Il donnait une impression de « bébé chiffon », sans armature. La construction d'un arrière-fond fut un des objectifs du travail en sensori-motricité, ainsi qu'en psychothérapie. Pour jouer avec M.-C. Laznik, Matteo avait besoin d'être bien installé sur les genoux de sa mère, le dos de celle-ci lui servant d'arrière-fond.

Dès ces premières séances, M.-C. Laznik introduit aussi le registre principal sur lequel se déroule sa thérapie : le registre pulsionnel. C'est là en

effet que se situe la découverte fondamentale apportée par M.-C. Laznik dans le champ du soin de l'autisme : l'acquisition durable et répétée du troisième temps du circuit pulsionnel est un signe fiable de sortie du risque d'autisme pour un bébé. Le troisième temps signifie que le bébé a rencontré la jouissance pulsionnelle de l'autre à son endroit, s'est repéré comme cause de cette jouissance, et y a suffisamment pris goût pour « se faire » à nouveau l'objet de cette jouissance. C'est seulement là qu'apparaît véritablement la dimension de l'Autre pour le bébé, et que se décide la sortie du risque d'autisme. S'il est un signe diagnostique, le troisième temps est aussi un outil thérapeutique essentiel : l'un des axes majeurs de la thérapie consistera à conduire le bébé progressivement à son acquisition, en l'invitant peu à peu à construire la boucle pulsionnelle.

Pour cela, elle demande à la mère d'installer Matteo au sol, les deux se tenant à ses pieds, face à lui. Dénudant l'un de ses pieds, elle s'extasie sur son parfum délicieux, le compare à des petits pains chauds, ou pourquoi pas, au goût des cantucci, ces incomparables biscuits italiens aux amandes, que madame avoue aimer aussi beaucoup. À grand renfort de mamanais, M.-C. Laznik mime théâtralement la jouissance orale. Elle a souvent recours dans sa thérapie au mime de la jouissance orale, qui vise à entraîner bébé et parents dans le champ pulsionnel.

Il s'agit, tout d'abord, d'y attirer la mère, absorbée jusqu'à présent par l'inquiétude. Les parents de bébés en retrait relationnel, quel que soit leur contexte personnel, vont être cassés par le refus de leur enfant d'entrer en contact avec eux. Leurs capacités parentales spontanées (et en particulier leur mamanais) s'amoindrissent devant l'absence de réponse de l'enfant. Souvent, ils réagissent tout d'abord par un excès de stimulation, ce que les Américains appellent *regulation up* (Saint-Georges et coll., 2013), pour être ensuite entraînés vers le renoncement, voire la dépression par l'absence de réponse du bébé. Mais ces stimulations, faute de trouver une réponse chez le bébé, ne peuvent être que désaccordées.

Une partie du travail thérapeutique consiste à aider les parents à devenir de bons cothérapeutes, permettant au bébé de découvrir combien ils peuvent être attirants, comme on dirait qu'une abeille est attirée par le miel. C'est la maladie de ce bébé qui a fait perdre aux parents leur capacité à être drôles, légers et amusants.

Des dépressions maternelles existent, mais elles sont loin d'être la cause de l'autisme. Elles entraînent d'autres types de problème. Un bébé amorphe, qui refuse la relation, déprimerait tout un chacun.

Le mime de la jouissance orale, l'évocation des biscuits parfumés de son pays cherchent donc à réveiller chez la mère de Matteo la possibilité de cette jouissance et à y associer le corps de son bébé, ses petits pieds à croquer. Lors de cette première tentative, la maman se montre plutôt amusée et un

peu surprise, en particulier que l'enjeu soit qu'*elle* ait du plaisir, et non pas Matteo. Mais on entend tout de même que malgré ses efforts, son mamanais reste forcé : ces jeux de biscuits et de petits pieds n'effacent pas l'immense inquiétude dans laquelle elle est plongée pour son enfant. M.-C. Laznik, savait d'emblée qu'étant donné l'âge de Matteo, la partie ne pouvait que se gagner contre l'autisme ; malgré tout, elle s'est parfois demandé, face à la massive hypotonie du bas du corps de l'enfant, s'il ne garderait pas de séquelles importantes sur le plan moteur.

Durant cette première séquence sur les petits gâteux italiens, Matteo restera indifférent aux exclamations des deux femmes sur le goût de ses pieds. Absorbé par un hochet-jeu de clefs qu'il fait passer d'une main à l'autre, il n'aura aucun regard pour elles. En cela, il est conforme aux conclusions du laboratoire de recherche de la Fondation Stella Maris à Pise, qui a démontré que les bébés à devenir autistique, à l'inverse des bébés typiques, portent plus d'attention aux objets qu'aux adultes (Maestro et coll., 2002).

Au cours des trois premières séances, M.-C. Laznik réussira à obtenir une première ouverture de Matteo, en s'adressant à lui dans une prosodie de mamanais aux pics accentués. Pour cela, la thérapeute doit pouvoir trouver en elle de quoi se surprendre et s'émerveiller face au bébé. Elle a aussi recours aux chansons, éventuellement accompagnées de gestes, comme les marionnettes. Elle obtient ainsi des regards plus nombreux de Matteo et d'une qualité plus présente. En parallèle, les regards au plafond ou par la fenêtre disparaissent ; Matteo commence à sortir de son enfermement apathique. Le mamanais accompagné de gestes ou de balancements, et couplé à une installation de type sensori-moteur du corps du bébé, permet souvent d'obtenir une première ouverture chez les bébés à risque d'autisme.

Continuation de la prise en charge sur le plan sensori-moteur par Muriel Chauvet

En séance, Matteo se mobilise peu. Il accroche le regard en début de séance, le lien semble s'installer puis les choses se désorganisent, le tissage s'estompe. Matteo adopte régulièrement, un schéma d'extension dorsale ; le regard plafonne avec un évitement actif. Je note une grande sensibilité sur le plan vestibulaire ; Matteo évite les changements de position dans l'espace et se fatigue vite. Je dirais même qu'il se lasse ! Les temps de plaisir sont courts, sans appétence au mouvement. Matteo reste grave. Le tonus pneumatique (respiration haute et thoracique) est important[7].

7. Tonus pneumatique : blocage de la respiration haute et thoracique présent chez le bébé jusqu'à 4 mois pour pallier le déséquilibre du buste. S'il persiste, il est signe d'un déséquilibre entre l'avant et

Après quelques semaines, l'asymétrie entre les deux hémicorps est plus marquée. Les retournements ne sont réalisés que vers la gauche. La jambe droite est plus active que la gauche et Matteo commence à se déplacer avec un ramper qui sera longtemps asymétrique. Cela engendre une grande angoisse maternelle.

Cioni écrit : « L'initiative motrice de l'enfant autiste est pauvre ; il a donc peu de ressources pour faire appel à l'autre avec ses compétences motrices et vocales, susciter les plaisirs par le corps » (Esposito et coll., 2009 ; Phagava et coll., 2008).

Matteo présente une régulation tonique fragile, en tout ou rien. D'une séance à l'autre ou d'un moment à l'autre de la journée, Matteo se montre souriant puis grave ; il se mobilise sur le plan tonique puis s'éteint. Les temps de transition sont souvent délicats ; passage d'un espace à un autre, changements de portage dans les bras, réveils. Ses parents soulignent qu'il se réveille lentement, ne cherchant pas l'appui de leur regard. Matteo se montre prudent devant toute proposition, restant souvent un bébé sérieux.

Je serai régulièrement frappée par la lenteur de Matteo à me reconnaître et à retrouver l'espace et le matériel proposé. C'est un bébé qui ne prend que peu appui sur les régularités qui lui sont offertes. Son rythme d'appropriation est lent et l'on note de nombreuses ruptures dans l'activité et la relation engagées : agrippement, effondrement tonique, manque de continuité ou d'inertie relationnelle[8].

À son arrivée, installé dans sa poussette et alors qu'il me connaît depuis plusieurs mois, Matteo reste fort peu expressif à ma rencontre. Il me regarde l'air interrogateur, hagard. Je suis particulièrement étonnée de sa capacité à me dévisager, sidéré, comme si j'étais pour lui une parfaite inconnue, alors que nous avons joué ensemble la veille ! Les propositions de mise en forme connues, de type postures latérales ou enroulement du bassin, sonnent faux. Matteo reste comme suspendu ; toutes les traces de notre rencontre semblent effacées. Par la parole et des mobilisations douces, je donne du sens à cette sidération qui tend à nous habiter tous les deux.

Au cours de mes rencontres avec Matteo, je me suis parfois demandé s'il reconnaissait les visages. J'ai à cet égard interrogé quelques collègues sur la prosopagnosie[9]. Au fil du temps, le concept, décrit par A. Bullinger, d'inertie relationnelle chez le bébé à risque de développement m'est apparu plus précisément.

---

l'arrière du corps. Il est également un appui auquel nous avons recours dans les moments émotionnels forts.

8. Inertie relationnelle, au sens d'une analogie mécanique en disant que le bébé n'a pas d'inertie qui lui permette de maintenir la relation pendant le cours instant où le porteur s'est détourné.

9. La prosopagnosie est un trouble de la reconnaissance des visages. C'est une agnosie visuelle spécifique rendant difficile ou impossible l'identification ou la mémorisation des visages humains.

Après avoir établi un contact avec le nourrisson par les manipulations habituelles (portages, bercements, approche du visage, petits bruits, etc.), le bébé devient présent dans l'échange. Il suffit cependant qu'un bruit extérieur au dialogue installé entraîne un bref relâchement de l'attention portée au bébé, pour qu'immédiatement son tonus s'effondre et qu'il s'éloigne. Il est alors nécessaire d'installer à nouveau la relation.

Régulièrement, je propose un aménagement et un rythme identiques, assurant à Matteo une possibilité d'extraire des invariants afin de stabiliser son équilibre sensori-tonique[10].

À cet effet, des situations d'intégration sensorielle ludiques sont assidûment proposées. Toutes ces situations s'accompagnent d'une mise en sens et d'un partage émotionnel. Il s'agit principalement d'explorations tactiles afin d'harmoniser l'investissement des espaces droit et gauche du corps, de variations vestibulaires douces à travers des hamacs improvisés. Je remarque notamment qu'après un temps de hamac, Matteo se regroupe mieux et que l'on voit apparaître des lancements des bras vers sa mère.

Le travail avec la psychanalyste : la quatrième séance

Lors de la quatrième séance, un tournant va se produire dans la thérapie : Matteo lui-même va l'organiser d'une manière qui ne variera plus pendant plusieurs mois.

M.-C. Laznik propose tout d'abord une nouvelle séquence dans le registre pulsionnel. Elle utilise le moment du change pour favoriser une érotisation de la situation, invitant la mère à s'extasier avec elle sur les petits plis, le petit ventre… Les petits pieds sont à nouveau l'occasion de faire appel aux cantucci italiens, ce que la maman accepte volontiers, les trouvant « buonissimi, dolcissimi… ».

Son bébé ne l'ayant toujours pas regardée une seule fois, la prosodie du mamanais de la mère reste forcée, l'inquiétude domine le tableau.

À la différence de la première séquence pulsionnelle, Matteo regarde cette fois-ci M.-C. Laznik de façon quasi ininterrompue, répondant même à son mamanais par des vocalises approbatrices : « heuuu, heuuu ! » En revanche, il ignore complètement sa mère qui n'aura pas droit au moindre regard. M.-C. Laznik va tenter alors de favoriser l'adresse de Matteo à sa mère en prenant le bébé sur ses propres genoux, face à sa maman qui lui parle et qui lui propose les clefs qu'il aime beaucoup. Mais, dès qu'il est

10. Surface d'équilibre où l'on se sent exister de manière stable et où l'on dispose de quelques moyens pour regarder et agir sur le monde.

face à elle, Matteo se referme, son regard éteint repartant vers la fenêtre. « Matteo, cosa c'è, amore ? » s'inquiète la maman, d'une voix déçue.

Comme il est habituel, ces bébés prennent plus longtemps pour commencer à regarder leur mère, bien après avoir regardé le thérapeute. il convient de ne pas susciter ces situations trop tôt pour éviter les échecs, pénibles à vivre pour les parents.

À partir de cette séance, cette attitude sélective de Matteo va s'installer et s'amplifier. Il va peu à peu entrer dans ce que lui propose M.-C. Laznik, et cheminer avec elle jusqu'au troisième temps de la pulsion. En revanche, il continuera à ne pas regarder sa mère, créant ainsi une situation difficile sur le plan transférentiel. Ce tableau se présente de façon régulière, sauf quand la prise en charge démarre avant 2 mois. Dans ces cas, la passation à la mère est bien plus rapide. Nous faisons l'hypothèse que le bébé a alors été moins longtemps confronté à la détresse maternelle causée par son refus de la relation.

Comment gérer le fait que le bébé regarde au début surtout sa thérapeute ? De deux manières différentes : tout d'abord, M.-C. Laznik souligne que les regards que Matteo lui adresse sont bien la preuve « qu'il est capable, qu'il n'a pas quelque chose d'abîmé dans le cerveau ! », combattant ainsi le fantasme qui voudrait que quelque chose de congénital et d'irréversible l'empêche d'entrer en lien. Puis, elle va dire à la mère de Matteo que l'inquiétude qui l'envahit est perceptible par le bébé et peu attractive pour lui. Ce souci, tout à fait compréhensible, éloigne ces bébés hypersensibles qui le perçoivent.

Mais la mère de Matteo – à juste titre – ne peut pas croire que son inquiétude suffise à créer un trouble si important chez son fils. Elle répondra de façon dubitative : « Je veux bien que les bébés sentent ce qui se passe autour d'eux, mais de là à se refermer, quand même… » Pour elle, la cause est ailleurs, et son inquiétude justifiée. Il est vrai que de pareils facteurs d'hypersensibilité sont handicapants pour les bébés. On peut aussi faire l'hypothèse que si l'accident en périnatalité n'avait pas eu lieu, et si les parents ne s'étaient pas retrouvés face à un bébé mou, leur inquiétude aurait été bien moindre et peut être supportable pour Matteo. On voit là que des facteurs d'origine différente peuvent participer à l'installation d'un danger d'autisme.

L'illusion anticipatrice et le plaisir de la pulsion orale

Le père de Matteo l'accompagne cette fois-ci, sa mère ne pouvant que les rejoindre plus tard. M.-C. Laznik commence avec un jeu qui la pousse à utiliser un autre outil thérapeutique dont elle fera grand usage avec Matteo : l'illusion anticipatrice. Alors que Matteo bouge le bras, la tétine à la main,

elle lui suggère : « Tu veux me la donner ? » Matteo ne réagit pas immédiatement, mais finit par laisser tomber la tétine : « Ah ! tu voulais que je la ramasse ! » propose-t-elle alors joyeusement ! Elle prend la tétine et l'approche de sa bouche en mimant le plaisir oral avec quelques bruits de succion. Matteo est intéressé.

Après quelques répétitions, la maman entre dans le bureau. « On joue à la tétine, Maman ! » lance M.-C. Laznik à son intention, en la lui tendant. La maman fait « Mmhhh ! » en prenant la tétine, puis la tend à Matteo. Mais le bébé, assis sur les genoux de son père, ferme la bouche, et se détourne en geignant, sans regarder ni la tétine ni sa mère. On ne dira jamais assez combien ces premières ébauches de relation entre le thérapeute et le bébé, qui excluent le parent, sont difficiles à vivre pour ce dernier. Alors, se sentir aimé par le thérapeute est vital pour le parent, aimé malgré l'ambivalence que la scène suscite chez lui contre le thérapeute. Les parents ne peuvent qu'être hostiles face à ce thérapeute qui obtient les regards qu'ils attendent depuis si longtemps de leur bébé ; néanmoins, les microanalyses des films montrent combien le sourire du parent indique qu'il (ou elle) participe au plaisir de l'échange.

Un moment plus tard arrive l'heure du goûter. Une tristesse parmi d'autres des parents concernait l'absence absolue de relation avec Matteo pendant les repas. Ce qui est pratiquement toujours le cas avec des bébés à risque d'autisme. Le papa a apporté une compote qu'il a faite lui-même, dont M.-C. Laznik apprécie le délicieux parfum de banane. Le papa approche la cuillère de la bouche de Matteo, mais celui-ci a le même mouvement, bouche fermée, corps qui se détourne. Après quelques tentatives infructueuses, M.-C. Laznik prélève sur la cuillère un tout petit peu de compote qu'elle goûte. Elle est tout à fait délicieuse : « Papa est le chef de la compote ! » s'extasie-t-elle pour de bon.

Cette surprise et cet émerveillement devant une si délicieuse compote produisent chez la thérapeute une belle prosodie qui attire Matteo. Il la regarde, puis, quand la cuillère s'approche, ouvre la bouche et avale volontiers la compote. M.-C. Laznik répète l'échange, riant, mimant à l'extrême le plaisir oral et expliquant aux parents que c'est ce que veut leur fils : une compote avec le plaisir de l'autre ! Puis, Matteo ayant bougé le pied, elle fait comme s'il le lui tendait à embrasser, et accompagne les allers et retours de la cuillère par un jeu de « goûter le pied du bébé ». Ainsi elle lui propose un jeu circulaire en miroir : il ouvre la bouche à la délicieuse compote de papa et, en retour, elle lui montre que lui aussi peut être un objet délicieux pour l'autre. Matteo est tout sourire.

Les craintes génétiques de la mère

L'illusion anticipatrice de M.-C. Laznik ne suscite pas systématiquement la joie de la mère. Dans son expérience quotidienne, la mère essuie surtout le refus relationnel du bébé et craint que l'on ne passe à côté de quelque chose de grave pour son fils. Donc, dans un moment d'enthousiasme de M.-C. Laznik, elle répond : « Mais moi, je trouve qu'il se referme de plus en plus ! » Elle demande alors à la voir seule, ce qui n'avait pas eu lieu car la mère parlait déjà à un consultant quand le travail avec M.-C. Laznik avait commencé. Pendant cette rencontre, cette dernière apprendra que madame est convaincue que son fils est en train de devenir autiste, pour des raisons liées à la génétique familiale. La sœur de la mère de madame a deux garçons qui sont dans le spectre autistique. Elle craignait que la même chose ne lui arrive si c'était un garçon. Lorsque, après l'accident périnatal, on lui remit un bébé tout mou et peu relationnel, elle crut que ses craintes se réalisaient. Elle y croyait encore lors de cette rencontre, et elle expliquait les moments de lien avec M.-C. Laznik par le fait qu'elle était un élément nouveau dans l'environnement de son fils. M.-C. Laznik a dû jouer de la « génétique fiction » en prétendant que les facteurs génétiques passent par la filiation paternelle et non maternelle. Même si cela n'est pas faux dans certains cas, il s'agissait avant tout de casser une conviction qui empêchait la mère de s'amuser des mouvements et des sons produits par son fils, et d'avoir un investissement libidinal capable d'en faire *His Majesty the Baby* de l'illusion anticipatrice. Investissement qu'un parent ne peut construire que si le bébé lui envoie des signes du regard, ce que Matteo ne faisait pas à l'adresse de ses parents.

À partir de cet entretien avec la mère, celle-ci commença à pouvoir y croire sans craindre d'être ensuite confrontée à une horrible déception, car il y avait cela aussi. Espérer et être déçue par la suite, cela lui paraissait cruel.

Le narcissisme : Matteo a 8 mois

Nous sommes au lendemain du bilan sensori-moteur. Sur les genoux de sa mère, Matteo écoute M.-C. Laznik qui lui parle. Elle a eu de bonnes nouvelles du bilan sensori-moteur qu'il a fait la veille. Le discours s'oriente donc vers le registre du narcissisme, M.-C. Laznik faisant au bébé plein de compliments avec une prosodie enthousiaste dans son mamanais : « Il paraît que tu as fait un très beau bilan ! Tu as fait plein de progrès ! » Le bébé frétille, fait des petits mouvements des mains, fixe la thérapeute droit dans les yeux. Au bout de quelques minutes, séduit par les éloges, il ouvre une large bouche pour rendre ses sourires à M.-C. Laznik… et, tel le corbeau

de la fable, laisse tomber sa tétine ! Elle l'interprète d'emblée comme un jeu où il la donnerait et, en effet, le jeu se met en place.

L'apparition du registre narcissique dans la thérapie demande quelques précisions. Si l'on regarde certains films familiaux de bébés devenus autistes de la cohorte de Pise, on constate qu'ils répondent avec des regards et des sourires aux éloges narcissiques des parents, mais ils se révèlent tout de même autistes par la suite. Ce sont ceux qu'ils ont dénommé à *late onset*, c'est-à-dire à début tardif dans l'autisme.

Ces observations amènent à distinguer dans la thérapie le registre narcissique du registre pulsionnel (Laznik, 2018), où se décidera véritablement la sortie du risque d'autisme. Si les éloges narcissiques suscitent des réponses du bébé, il ne faut pas oublier que c'est seulement avec le pulsionnel que le bébé pourra avoir accès à la dimension de l'Autre. Même si le narcissisme fait partie intrinsèque du travail, l'intensité du plaisir qui s'y rattache n'a rien à voir avec la jouissance qui se jouera au registre pulsionnel, que nous savons être celui des pulsions sexuelles infantiles. Là, le bébé fait l'expérience de la jouissance de l'autre qui vient s'inscrire, de ce fait, en tant qu'Autre pour lui. La répétition de l'expérience d'être la source de cette jouissance de l'Autre le fait basculer dans un tout autre monde. Il ne pourra plus s'en passer. En général, le champ narcissique de l'amour et celui des pulsions sexuelles se présentent entremêlés. Mais dans la clinique des bébés à risque d'autisme, on peut les rencontrer désintriqués, ce qui montre la pertinence de cette opposition dans l'œuvre de Lacan. La distinction de registre est d'une grande utilité dans cette clinique. Il faut savoir que certains bébés vont pouvoir profiter du fait qu'ils sont l'objet du narcissisme parental sans pour autant s'intéresser à aller susciter, chez ce même parent, sa jouissance pulsionnelle. Le danger d'autisme n'est pas évité *(ibid.)*.

Revenons à la séance de Matteo. Les éloges enthousiastes dont M.-C. Laznik n'a pas été avare ont sans doute contribué à attirer le bébé vers elle. Un moment plus tard, dans la même séance, il va en effet franchir un premier pas important : sa première attention conjointe. La thérapeute, avec beaucoup d'illusion anticipatrice, joue à lui rendre une girafe qu'il fait tomber. Mais cette fois-ci, ce qu'il regarde lorsqu'elle la lui tend, ce n'est pas la girafe mais la thérapeute elle-même, droit dans les yeux, longuement. Pour la première fois, il s'intéresse à l'adulte et à son intention plus qu'à l'objet lui-même ; pour la première fois, il a envie de découvrir quel désir se manifeste dans le regard de l'autre.

M.-C. Laznik fait aussitôt remarquer ce progrès à la maman, mais celle-ci ne parvient pas à partager la joie générale : elle répond d'une voix inquiète : « Mais moi, quand il regarde, je trouve qu'il ne regarde pas les yeux, il regarde les lunettes. » Cette fois-ci, c'est Matteo lui-même qui répondra à l'anxiété maternelle, un moment plus tard, à sa manière.

Mis au sol, Matteo commence par se souvenir des compliments de M.-C. Laznik sur ses progrès moteurs, en se lançant de lui-même dans une série de roulés-boulés qui épatent l'assistance. Il semble dire : « Tu m'as complimenté sur mes progrès moteurs ? Regarde donc ce que je sais faire ! » Matteo a alors 8 mois, et dans les séances de sensori-motricité, il montre toujours une grande difficulté à se mettre en mouvement, parvenant avec peine à ramper de façon asymétrique, le côté gauche restant à la traîne. La démonstration de roulés-boulés, qu'il fait dans une attitude de prestance narcissique-phallique, est donc un véritable exploit pour lui.

Au sortir de l'un d'eux, il se retrouve sous le visage de sa mère, ravie de sa performance autant que du plaisir qu'il y prend. Matteo tend alors la main vers le visage de sa mère, en regardant ses lunettes… et essaye de les attraper ! La maman, embarrassée, tente d'éviter, de peur qu'il ne les casse, mais Matteo insiste en protestant de plus en plus contre son refus.

M.-C. Laznik intervient en suggérant à la maman d'en profiter pour goûter les petits doigts qui se tendent vers elle, tentant ainsi de détourner la scène vers le pulsionnel. La maman essaye, pas très convaincue, mais Matteo ne se laisse pas prendre par le stratagème : il s'énerve de plus en plus.

M.-C. Laznik fait alors une deuxième tentative : elle chausse ses propres lunettes, également en écaille, et propose son propre visage au bébé. Mais Matteo se met alors à pleurer, furieux qu'on essaye ainsi de le berner ! M.-C. Laznik met alors à profit cette obstination du bébé en la verbalisant : « Ah, non, c'est les lunettes de Maman que je veux, Madame Laznik, je n'en veux pas ! Seulement Maman ! » À ces mots, la maman peut entendre le désir de Matteo comme un désir positif de s'approprier quelque chose d'elle, et elle le laisse enfin prendre ses lunettes de bonne grâce, en riant. Matteo s'en saisit, mais renverse de nouveau la situation, en se tournant immédiatement vers M.-C. Laznik pour les lui donner ! Celle-ci transforme alors l'échange en jeu à trois en les rendant à la maman qui, amusée, prend son bébé dans les bras.

Nous ne dirons jamais assez que dans les thérapies du retrait relationnel précoce, il est habituel que le bébé commence par regarder la thérapeute avant de se tourner vers sa mère (ce qui ne peut qu'être difficile à supporter par les parents). Les recherches sur les bébés typiques montrent combien l'interaction scopique et vocale avec leurs parents est une cocréation, chacun des participants s'accordant à la réponse de l'autre et stimulant encore plus d'échange. Lorsque le bébé ne joue pas son rôle dans cette synchronie, il est quasi inévitable que les capacités d'émerveillement des parents, qui se voient dans leurs yeux et s'entendent dans leur mamanais, s'étiolent. Mais en conséquence, ils en deviennent moins attractifs pour le bébé, et un cercle vicieux se crée. Un des objectifs de la thérapie est donc de stopper cet engrenage, et de faire retrouver aux parents l'inventivité que le bébé susciterait s'il

les regardait. Lorsque Matteo tend les lunettes de sa mère à M.-C. Laznik, lui demande-t-il de réparer son regard envahi par l'inquiétude ? Inquiétude parentale que le bébé en pente vers l'autisme suscite chez son parent.

Le troisième temps de la pulsion

Matteo a 9 mois lorsque survient le premier progrès décisif. Le début de la séance est pourtant difficile : Matteo joue pendant vingt minutes avec un tableau Fischer-Price, et M.-C. Laznik tient à bout de bras une interaction intermittente, à grand renfort de mamanais et d'illusion anticipatrice. Jusqu'à présent, les progrès relationnels de Matteo sont toujours de l'ordre de la réponse, nécessitant un grand déploiement d'énergie, un étayage visuel et vocal permanent de la part de la thérapeute.

Mais tous ces efforts vont être enfin récompensés : M.-C. Laznik s'interrompt un moment pour parler sensori-motricité avec la mère, et ne regarde plus son petit partenaire de jeu. Matteo, après quelques instants, ressent cette absence et se tourne alors vers la thérapeute ; en la regardant, il vocalise : « Heu, heu, heu ! » Comme elle ne s'en aperçoit pas tout de suite, il recommence en agitant ses petites jambes : « Hé, hé, hé ! » M.-C. Laznik s'en rend enfin compte et souligne immédiatement l'événement : pour la première fois, Matteo relance de lui-même l'interaction et appelle l'autre ! C'est son premier « troisième temps du circuit pulsionnel », qui survient en l'occurrence avec la pulsion invoquante : Matteo veut « se faire écouter ».

Un moment plus tard, le bébé est mis au sol ; M.-C. Laznik est assise derrière lui hors de son champ visuel. Matteo s'amuse à attraper les jouets suspendus au portique au-dessus de sa tête. À peine en a-t-il saisi un qu'il tourne sa tête en arrière pour vérifier si la thérapeute le regarde, comme pour lui dire : « Tu as vu ce que j'ai trouvé ? » L'intérêt de l'adulte est maintenant plus important que le jouet lui-même ! Le troisième temps s'installe donc aussi pour la pulsion scopique : Matteo veut « se faire regarder ».

Devant le miroir

La semaine suivante, M.-C. Laznik installe Matteo et sa mère devant le miroir mural. Elle commence par proposer au bébé un poupon, dont la figure humaine provoque tout d'abord un mouvement d'effroi chez le bébé. L'expression qui se peint sur son visage ne pourrait pas mieux représenter l'inquiétante étrangeté. On voit par là que la représentation de l'image d'un petit semblable rassurant n'est pas encore acquise pour lui ; toutefois,

les allers et retours ambivalents qu'il fera avec le poupon pendant la séance suggèrent que le travail est en train de se faire.

Quant au stade du miroir, il n'en est pas encore question pour Matteo : il survole sa propre image dans le miroir sans s'y arrêter ; la reconnaissance jubilatoire et l'identification qui l'accompagne sont encore loin. Il va toutefois y regarder l'image de M.-C. Laznik qui s'adresse à lui avec enthousiasme : la reconnaissance scopique semble faire ses premiers pas hésitants en lui, entre surprise craintive et intérêt naissant. Mais soudain survient un événement fortuit : il tourne la tête de côté et rencontre dans le miroir le visage de sa mère (en réalité assise à côté de lui). Surpris, il s'immobilise et la fixe, la regardant pour la première fois dans les yeux, d'un air sérieux. Celle-ci est immédiatement saisie par l'événement et laisse échapper un : « Ah siiiiiiii… ! » joyeux et mélodieux… Son visage est illuminé.

Matteo se détourne rapidement, et reprend le poupon qu'il manipule avec curiosité, puis regarde de nouveau le visage de M.-C. Laznik dans le miroir : « Il est beau… *et toi aussi tu es beau* ! » commente-t-elle. La maman renchérit : « Mais oui, tu es beau ! » Matteo regarde alors de nouveau sa mère, puis couche sa tête sur sa poitrine, sans cesser de la fixer dans les yeux, s'abandonnant ainsi sur son sein quelques instants. La maman, enchantée, ne retient pas un long « Ahhhhhh ! » de plaisir modulé, inclinant sa tête au-dessus de son enfant dans un mouvement enveloppant, accueillant ce qui est peut-être pour elle une première reconnaissance qu'elle reçoit de la part de son fils. Et la prosodie du mamanais jaillit de source.

On peut penser qu'un élément constitutif du stade du miroir s'est joué dans cette scène : avant la reconnaissance de l'enfant par lui-même, avant aussi celle de l'enfant par sa mère, on voit advenir ici une étape préalable indispensable qui passe en général inaperçue : la reconnaissance de la mère par son enfant. On mesure avec les bébés en retrait relationnel combien elle est indispensable pour que le « génie maternel » puisse émerger chez une maman. Ce premier regard de Matteo aura en effet les conséquences les plus heureuses sur sa mère. Celle-ci se laissait déjà peu à peu gagner par le plaisir que Matteo prenait à jouer avec la thérapeute, mais restait empêchée, par l'absence de regard partagé avec elle, de croire à sa sortie du risque d'autisme. Le fait qu'il la regarde et l'investisse comme mère lui permettra soudain d'entrer dans l'illusion anticipatrice. Dès lors, elle se mettra à entendre des significations dans les babillages du bébé, ce à quoi elle opposait auparavant un doute systématique. En travaillant à la fois avec le bébé et la mère, la thérapie cherche donc à permettre à l'enfant de jouer son rôle essentiel dans la construction de l'Autre nécessaire à sa propre constitution.

Des outils pour une longue séparation

La séance suivante est la dernière avant une séparation de trois semaines pour un voyage qui verra Matteo traverser la France et l'Italie, et rencontrer de nombreuses personnes. M.-C. Laznik craint toujours que le bébé ne se referme dans ces occasions ; elle veut donc en profiter pour donner à la mère le maximum d'outils afin de continuer à jouer pulsionnellement avec son fils. La sollicitation pulsionnelle sera donc très intense dans cette séance.

Matteo est installé sur un gros pouf conçu pour donner un bon appui-dos. Ainsi, il peut regarder M.-C. Laznik et sa mère, chacune d'un côté. Après avoir parlé de ce voyage avec la mère, M.-C. Laznik envoie à Matteo des bruits de bouche, type « smack ». Le bébé, en grande forme, y répond immédiatement en s'arc-boutant, offrant ainsi son ventre à la thérapeute. Celle-ci s'empresse de se pencher pour l'embrasser, mais Matteo en profite pour lui attraper les cheveux et ne plus la lâcher ! La mère tente de le freiner : « Matteo, tu tires, là ! » Après que M.-C. Laznik s'est dégagée, Matteo lui tend aussitôt sa main à embrasser, où la thérapeute retrouve avec un plaisir oral très théâtralisé les délicieux cantucci. Alors Matteo encouragé se déchaîne, tendant alternativement ventre, mains, pieds, dans un festival d'offrandes à la jouissance orale de l'Autre ! Le troisième temps est donc installé dans les trois pulsions : scopique, invoquante et orale.

La mère, après quelque hésitation, se laisse gagner par l'excitation et le plaisir de son bébé. Lorsque M.-C. Laznik la prend à témoin du goût délicieux des petits doigts qui se proposent à elle, elle laisse échapper un « Ouiiiiiiii ! » plein de plaisir. L'effet est immédiat : Matteo se tourne vers elle, la regarde dans les yeux, et dit « Mamamamamama ! » Sa mère répète immédiatement d'une voix comblée : « Ma mama, ma maman ! », heureuse maintenant de donner une signification aux vocalises du bébé. Regardée et nommée par Matteo, elle retrouve toute sa spontanéité maternelle.

Matteo se lance alors dans un long babillage, « dadada, tatata… ! », avec une énergie décuplée. À partir de là, le protolangage va se développer très vite chez ce bébé qui parlera très tôt. On peut penser que l'installation du troisième temps a permis ce développement en rendant possible une réelle adresse à l'autre.

Le retour des vacances, Matteo ne se referme plus

Matteo reviendra de ces longues vacances mouvementées sans s'être refermé. À partir du mois de janvier, il sera toujours présent dans la relation, incluant l'autre dans ses jeux, cherchant son approbation ou sa participation. Lorsqu'il joue seul avec un jouet, l'impression clinique est maintenant très

différente de celle d'un enfermement autistique : on sent que Matteo prend en compte la présence de l'adulte, son regard sur lui, l'intérêt qu'il lui porte.

Du point de vue des signes d'autisme, Matteo serait maintenant négatif à tous les tests. Ses initiatives relationnelles sont fréquentes et spontanées : il se fait entendre, se fait très souvent regarder ; dans un jeu, il donne plus d'importance à l'adulte qu'à l'objet. Le pointage proto-déclaratif est fréquent, ainsi que l'attention conjointe, dans laquelle il commence même à expérimenter ses talents de charmeur par des petites mimiques ou des regards en coin qui conquièrent son interlocuteur. Par ailleurs, le langage se développera de façon très précoce chez cet enfant intelligent. Dans cette période, les difficultés motrices que Matteo montrait encore inquiétaient M.-C. Laznik. Le travail réalisé avec Muriel Chauvet a probablement permis une suppléance à une microlésion provoquée par l'accident en périnatalité

Continuation de travail de Muriel Chauvet avec l'abord sensori-moteur

Le dialogue s'installe entre Matteo et sa mère. Madame s'apaise ; sa voix se modifie lorsqu'elle chante, et sa prosodie s'améliore lorsqu'elle s'adresse à son bébé. Elle remarque cependant : « Le hamac, c'est mieux que les roulades ! » En effet, Matteo est encore souvent comme aimanté au sol, sur lequel il garde de larges surfaces d'appui. Les liaisons entre le haut et le bas du corps se mettent pourtant en place à travers de beaux enroulements actifs du bassin, mais les retournements restent laborieux, fragilisés par une grande sensibilité aux variations vestibulaires et par sa lenteur.

Pendant de nombreuses séances, la maman et moi allons « travailler » sur les aspects d'imitation et de synchronie. Nous voilà donc toutes les deux allongées au sol, effectuant de beaux retournements avec élégance et patience. Mon plaisir à « jouer » de mes appuis sur le sol se propage. Moins inquiète, la maman de Matteo se risque au mouvement avec humour. Matteo demeure très prudent dans sa découverte de l'espace ; il nous faut nous armer de patience et soutenir activement toutes ses initiatives.

Au fil des séances, Matteo commence à être plus actif. Une séance me marque : alors que je lui montre la grande toupie dans laquelle je l'allonge régulièrement, Matteo se redresse dans un recrutement tonique que je ne lui connaissais pas. Il s'exprime enfin ! Le désir et l'appétence sont au rendez-vous ! Finalement, le dos confortablement installé dans la toupie, allongé avec un petit enroulé du bassin, Matteo affiche un large sourire. Frappant les plantes de ses pieds contre le bord de la toupie et secouant la tête de droite à gauche, Matteo jubile et nous adresse son regard à l'une et à l'autre. Le voilà enfin actif dans son travail d'intégration sensorielle en lien avec nous !

L'hypersensibilité vestibulaire est vaincue, clé de voûte d'un mouvement fluide. L'hypotonie axiale s'estompe avec l'établissement d'un équilibre plus stable entre l'avant et l'arrière du corps. Les rotations s'affirment et solidifient la stabilité de l'axe corporel. Les retournements se déploient avec plus de plaisir. Parallèlement, nous demeurons au sol, jouant de tous nos charmes pour entraîner Matteo dans le mouvement.

Si le plaisir du mouvement émerge, l'asymétrie observée persiste et les déplacements restent laborieux. Matteo souhaite rejoindre sa maman, l'appelle « Maman », la regarde – l'interaction est meilleure –, mais sa jambe droite reste tendue. En difficulté, Matteo abandonne, râle. Nous l'encourageons.

Le travail psychomoteur se poursuit autour de l'intégration sensorielle, du jeu partagé, du plaisir du mouvement. Matteo acquiert finalement la station assise autonome, puis des déplacements à quatre pattes. Ce dernier est parfaitement organisé.

Peu à peu, le redressement s'organise. Matteo coordonne parfaitement pied porteur et pied explorateur. La marche est stable. Au fil des séances, je suis saisie par son aisance corporelle acquise. Le bassin est investi comme point de jonction et d'articulation entre le haut et le bas du corps. Matteo entre et sort des caisses de jouets avec un parfait équilibre. Il prend plaisir à jouer avec un bâton, ajustant précisément un ballon à pousser. Son langage se développe et il apprécie les ritournelles en chantant.

Conclusions : Muriel Chauvet

Matteo et sa maman se rencontrent. Matteo joue de ses gammes et de ses charmes. Il devient un parfait communicant, stable dans ses appuis, solide dans son axe et dans sa pensée. Ma contribution précoce à ce travail de réanimation psychique (Laznik, 2013), en soutenant activement le développement sensori-moteur de Matteo, est importante. Ainsi la qualité du jeu et de la relation s'appuie sur la stabilité d'équilibre sensori-tonique, toile de fond des compétences motrices et d'intégration sensorielle. L'articulation entre sensori-motricité et psychanalyse participe à l'évaluation et au traitement des bébés à risque de développement.

Caroline Pelabon

Les tableaux pathologiques dans lesquels s'inscrit le risque d'autisme sont divers : pathologies neurologique, sensorielle, génétique, prématurités, accidents périnataux…, ou bien simple retrait relationnel. De même les

situations familiales peuvent être problématiques (dépression maternelle, historique de traumatisme, de migration, de deuil périnatal) ou bien équilibrées sans problème apparent. À travers la diversité des cas particuliers, M.-C. Laznik propose non pas une méthode rigide, mais une approche, fondée sur la théorie freudienne et lacanienne des premiers liens, de la naissance du sujet, et de la pulsion. L'étude du cas de Matteo permet d'analyser les éléments mis en jeu par cette approche, ainsi que les ressorts de son efficacité.

Le registre de la voix, en particulier de la prosodie du mamanais, est un fondement indispensable qui permet d'obtenir les premières ouvertures et accompagne tout le traitement. L'abord sensori-moteur en parallèle vise la construction par l'enfant d'une enveloppe corporelle sans laquelle l'entrée en relation est impossible. Sur cette base, la thérapie se développe, faisant jouer les registres narcissique et pulsionnel, sans oublier que c'est dans le second que se décidera la sortie du risque d'autisme. Au fil du travail, on a souvent recours à l'illusion anticipatrice, vis-à vis du bébé comme des parents, Le travail avec les parents est central car ce sont eux les cothérapeutes qui vont entrer en jeu. En effet, ces bébés en danger doivent expérimenter d'innombrables fois les jouissances qu'ils suscitent chez l'autre, et ce n'est pas en une heure par semaine que cela peut s'accomplir. Quand la spirale négative suscitée par l'état du bébé est levée, les parents se donnent à cœur joie dans l'expérience de bonheur avec lui. Cela inscrit de manière durable, chez ce dernier, le trajet de ce plaisir. S'il est suffisamment renouvelé, il pourra contrer le système défensif de retrait chez le bébé[11] (Burnod et Laznik, 2018). Tous ces facteurs se tressent dans la thérapie, visant un but commun : l'accession du bébé au troisième temps de la pulsion et son entrée dans la sexualité infantile, afin que l'Éros viennent s'inscrire dans autoérotisme, laissant loin l'autisme sans Éros.

Bibliographie

Bullinger, A. 2015. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars,* tome 2, Toulouse, érès.

Burnod, Y. 2018. « Regards croisée entre un biologiste et une psychanalyste », dans M.D. Amy, B. Golse, *Construction et partage du monde interne, Autismes et psychanalyses* III, Toulouse, érès.

Caesar, P. 1979. « Postural behaviour in newborn infant. Clinics in developmental medecine », *Spastic International Medical Publications*, n° 72, p. 17-36.

11. Il est intéressant de voir comment Yves Burnod, neurobiologiste, rend compte de cette modification dans le cerveau même du bébé.

CASSEL, R. ; SAINT-GEORGE, C. ; MAHDHAOUI, A. ; CHETOUANI, M. ; LAZNIK, M.-C. ; MURATORI, F. ; ADRIEN, J.-L. ; COHEN, D. 2013. « Course of maternal prosodic incitation (motherese) during early development in autism », dans *Interaction Studies,* vol. 14, n° 3, p. 480-496.

COHEN, D. ; CASSEL, R. ; SAINT-GEORGES, C. ; MAHDHAOUI, A. ; LAZNIK, M.C., APICELLA, F. ; MURATORI, P. ; MAESTRO, S. ; MURATORI, F. ; CHETOUANI, M. 2013. « Do parentese prosody and fathers' involvement in interacting facilitate social interaction in infants who later develop autism? », *Plos One*, DOI 10.1371/journal.pone.0061402

ESPOSITO, G. ; VENUTI, P. ; MAESTRO, S. ; MURATORI, F. 2009. « An exploration of symmetry in early autism spectrum disorders: Analysis of lying », *Brain and Development*, vol. 51, n° 2, p. 131-138.

HADDERS-ALGRA, M. 2003. « Motricité spontanée normale et pathologique du jeune nourisson », *Enfance*, n° 55, p. 13-22.

HAGG, G. 2008. « De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme », *enfances&PSY,* n° 41, 2008.

LAZNIK, M.-C. 2013. « Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme », *Cahiers de PRÉAUT*, n° 10, p. 23-78.

LAZNIK, M.-C. 2014. « Empathie émotionnelle et autisme », dans M.D. Amy (sous la direction de), *Autismes et psychanalyse*, Toulouse, érès, p. 369-394.

LAZNIK, M.-C. 2018. « Le dualisme de Lacan entre champ narcissique de l'amour et champ pulsionnel. Son application à la clinique des bébés », annexe, *Le bulletin freudien*, n° 63.

LAZNIK, M.-C. 2018. « Traitement conjoint d'un bébé avec sa mère de 4 mois à 2 ans », dans M.D. Amy, B. Golse (sous la direction de), *Construction et partage du monde interne, Autismes et psychanalyses III*, Toulouse, érès.

MAESTRO, S. ; MURATORI, F. ; CAVALLARO, M.C. ; PEI, F. ; STERN, D. ; GOLSE, B. ; PALACIO-ESPASA, F. 2002. « Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 41, n° 10, p. 1239-1245.

PHAGAVA, H. ; MURATORI, F. ; EINSPIELER, C. ; MAESTRO, S. ; APICELLA, F. ; GUZZETA, H. ; PRECHTL, F. ; CIONI, G. 2008. « General movements in infants with autism spectrum disorders », *Giorgian Medical New,* n° 156, p. 100-105.

SAINT-GEORGES, C. ; MAHDHAOUI, A. ; CHETOUANI, M. ; CASSEL, R. ; LAZNIK, M.-C. ; APICELLA, F. ; MURATORI, P. ; MAESTRO, S. ; MURATORI, F. ; COHEN, D. 2011. « Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods », July 27, *Plos One*.

Marie Couvert

Le tactile, un opérateur relationnel chez les bébés à risque de retrait

Les bébés qui présentent des retraits doivent faire l'objet d'un travail précoce et intensif. Le bébé qui présente des replis nous oblige à revisiter nos outils thérapeutiques.

Comment travailler alors avec ces tout-petits qui ne regardent pas et qui refusent l'échange ? Certains bébés qui ne regardaient que très peu m'ont semblé faire l'expérience de la rencontre de l'autre en élisant le registre du toucher d'une manière toute singulière. Le tactile ouvrirait chez ces très petits sujets une voie d'entrée du pulsionnel. À partir d'une situation clinique, je montrerai comment l'objet du tactile, le toucher, devint l'opérateur et le premier marqueur par lequel un bébé a pu entrer dans le relationnel. Le précieux témoignage de la mère de la petite Héra viendra rendre compte de l'efficace de cet opérateur thérapeutique, mais surtout de la nécessité et de l'urgence de ces prises en charge précoces et conjointes qui nous obligent, psychanalystes et sensori-motriciens, à travailler ensemble.

Alors que le bébé ordinaire montre un appétit et un talent relationnel hors norme, certains bébés inquiètent parce qu'ils signalent leur présence par le retrait. Ce sont des tout-petits qui se soustraient à l'échange. Il s'agit toujours d'une défense, soit parce qu'ils doivent se protéger de l'autre au sens où Selma Fraiberg l'entend (Fraiberg, 2005), soit parce qu'ils sont doués d'une telle sensibilité à l'autre que toute rencontre les désorganise au plus haut point (Smith, 2009). Mais au fond, que la causalité soit environnementale ou endogène, peu importe. Dans tous les cas, il y a urgence ! Car un nouveau-né qui se coupe de l'autre court le risque de ne pas se développer. C'est pourquoi ces bébés qui présentent des retraits doivent faire l'objet d'un travail précoce et intensif. Or on sait aujourd'hui que l'épigenèse a

un pouvoir de réversion et qu'avant 1 an, le bébé qui présente des replis est particulièrement perméable à son action (Ansermet et Giacobino, 2012). Ce sont donc des bébés qui nous obligent à miser sur la plasticité.

Le moteur du développement, c'est précisément la part du pulsionnel qui circule entre le bébé et son autre primordial. La position thérapeutique vise donc à faire entrer ces bébés dans le pulsionnel. On doit à Marie-Christine Laznik d'avoir été la première à faire la promotion du concept de pulsion et à se servir de la lecture faite par Lacan pour orienter la clinique avec ces bébés (Laznik, 2000).

La pulsion : un moteur thérapeutique

La pulsion est une invention freudienne formidable (Freud, 2010) et la relecture qu'en a faite Lacan est précieuse quand on travaille avec ces bébés (Lacan,1973). La prise en compte du pulsionnel nous invite à repérer le trait qui insiste et par lequel le bébé se manifeste. La pulsion, c'est précisément cette insistance. Ce peut être un cri, un mouvement, une contracture, un regard, ou au contraire, l'évitement du regard, l'absence de mouvement… Ce trait qui insiste témoigne d'une part active du bébé, un signe d'adresse faite à l'autre et dont il faut pouvoir accuser réception.

L'opérateur thérapeutique consiste d'abord à identifier ces traits, qu'il faut ensuite traiter en activant les registres pulsionnels qui doivent se mettre en place au cours de la première année de vie du bébé. Soit l'oralité qui concerne les échanges oraux, la spécularité qui met en jeux les échanges de regard et l'invocation qui traite le sonore[1]. Les moyens dont dispose l'analyste pour faire rentrer ces bébés dans le plaisir relationnel revient à érotiser ces trois registres. Et parmi eux, le champ de l'invocation se révèle être extrêmement efficace. Car le tout-petit est particulièrement friand de la voix de son parent quand celle-ci offre les pics prosodiques qui sont propres au « mamanais » (Laznik, 2008, p. 192). En retour le bébé produit alors un « jasis » parfaitement ajusté à la tessiture de la mélodie parentale.

Cependant, l'expérience m'a appris que certains bébés à risque de repli, s'ils se laissent arrêter par le « mamanais », se refusent à l'incorporer. Avec ces bébés-là, tout est à chaque fois à recommencer. Comment travailler alors avec ces tout-petits qui ne regardent pas, qui n'accrochent pas non plus à la voix et se refusent ainsi à l'échange ?

Je suis partie du constat que les nourrissons pris dans un échange distal privilégient le regard alors que d'autres bébés, comme ceux des sociétés

1. Les registres de l'oralité et de la spécularité constituent l'apport freudien, alors que le registre de l'invocation revient à Lacan.

où le maternage est plus proximal, sont moins tenus à distance. Pour ces tout-petits, « regarder » n'apparaît pas du tout comme central. Pourtant ces bébés-là ne sont pas pour autant hors du relationnel. C'est donc qu'ils y ont accès par une autre voie. De fait, les tout-petits, quand ils sont pris dans des échanges de type proximal, sont le plus souvent portés et sollicités dans des expériences de corps-à-corps avec ceux qui leur tiennent lieu d'autre primordial. Dans ce cas, ce serait du côté de la rencontre tactile que le pulsionnel devrait être repéré.

Le champ du tactile[2]

Certains bébés qui ne regardaient que très peu m'ont en effet semblé faire l'expérience de la rencontre de l'autre en élisant le registre du toucher d'une manière toute singulière. Le tactile ouvrirait chez ces très petits sujets une voie d'entrée du pulsionnel.

Je tiendrai le pari de faire entrer la dimension du tactile dans le champ des registres pulsionnels. C'est un exercice qui trouve sa légitimité dans le fait que Freud en fait mention tout en n'ayant jamais dressé une liste exhaustive des différentes pulsions partielles. Et si Lacan s'est employé à la compléter en y ajoutant l'invocation, il l'a fait sans pour autant prétendre l'arrêter. Je vais donc tenter de montrer comment le tactile peut être élevé au titre de pulsion partielle à côté de l'oralité, de la spécularité et de l'invocation. Ensuite, à partir d'une situation clinique, je montrerai comment l'objet du tactile, le toucher, devint l'opérateur et le premier marqueur par lequel un bébé a pu entrer dans le relationnel.

Les caractéristiques du registre tactile

Si on veut rendre compte du tactile et l'élever au rang de pulsion partielle, il faut pouvoir le mettre à l'épreuve des caractéristiques pulsionnelles et de leur mise en circuit. Mon hypothèse se soutient du fait que le champ du tactile offre toutes les caractéristiques des pulsions partielles et de leur montage.

Son objet met en jeu le toucher qui est le rapport le plus proximal à l'autre. Le nouveau-né, pour être nourri, regardé et parlé, est toujours d'abord pris et porté. « Son rapport de familiarité à un objet, il le reconnaît d'abord au tact, à la palpation, au toucher dont il l'investit » (Bergès et

2. Ce texte reprend une partie du chapitre : « Le champ du tactile », développé dans M. Couvert, *La clinique pulsionnelle du bébé,* Toulouse, érès, 2018.

Balbo, 2010, p. 3). Or le toucher suppose un mouvement qui a la particularité d'être résolument tourné vers l'autre[3]. C'est presque de structure, car toucher inclut d'être touché. Et de par son immaturité, le tout-petit est toujours touché, son corps est toujours doublé par celui d'un Autre. C'est tout l'apport de Winnicott que d'avoir si précieusement développé le toucher avec ces concepts de *holding* et de *handling* (Winnicott, 1992, p. 125-145).

Le portage et son toucher vont offrir au bébé d'expérimenter un contour, des points d'appui, une rythmicité, l'alternance de la présence et de l'absence de l'autre. Et un nourrisson peut répondre présent ou non quand il se love dans les bras de sa mère, quand il se laisse caresser et bercer, ou au contraire quand le toucher lui devient insupportable et quand être porté l'irrite sans jamais l'apaiser. Il peut même activer le toucher et en être l'agent, en agrippant ses mains autour des doigts de celui qui en prend soin. Ainsi, loin de procéder du besoin, on verra que le toucher est un puissant conducteur pulsionnel.

La source, quant à elle, vient mobiliser l'enveloppe cutanée. Freud mentionne d'emblée le caractère excitable de la peau et « les effets d'une érogénéité incontestable » qu'il faut lui attribuer (Freud, 1962, p. 99). On doit aussi à Didier Anzieu d'avoir souligné l'importance de la peau dans la constitution du moi (Anzieu, 1995). Plus récemment, l'apport d'André Bullinger nous a appris que la peau constituait la dernière enveloppe, celle qui est précisément sollicitée dans la rencontre avec l'autre (Bullinger, 2004). Elle est aussi ce qui recouvre l'enveloppe musculaire et la boîte à percussion que constitue le squelette. À la suite d'Anzieu et de son concept de « moi peau », Bullinger nous a fait don des concepts de « moi muscle » et de « moi os ». Chacune de ces couches, os, muscles, peau, participe aux appuis les plus archaïques du bébé et constitue des opérateurs dans la rencontre tactile. Certains bébés à risque d'autisme ne se laissent atteindre que si on les convoque en tambourinant rythmiquement leur squelette, alors qu'un touché plus périphérique les désorganise au plus haut point. D'autres appellent à une détente musculaire par un toucher qui invite à la flexion.

On peut rendre compte de cela en saisissant la dimension du sexuel qui circule par l'enveloppe cutanée. Car la peau qui ouvre le registre du toucher a bien la structure de bord qui caractérise les zones érogènes. C'est une enveloppe poreuse qui permet au bébé d'éprouver une première différenciation entre son intérieur et l'extérieur. Elle est la couche frontière qui délimite et répartit ce qui est lui et ce qui est l'autre. On voit bien alors

3. Jean Marie Forget, dans son ouvrage *Les enjeux des pulsions*, avait déjà élevé la motricité au rang du pulsionnel (Forget, 2011, p. 82-102).

comment « cette formation de la contenance-peau est tellement chevillée à la sexualité » (Haag, 2004*a*, p. 15). Elle est aussi une source précieuse filtrant l'information car sa sensibilité en fait un récepteur hors norme. Ainsi la peau distingue les touchers saccadés ou seulement effleurés, les mains qui frôlent ou caressent, celles qui massent et palpent, qui apaisent et qui calment, mais aussi celles qui irritent, qui frottent et qui font mal… En retour, le tout-petit se tend, son enveloppe musculaire se crispe et se raidit, ou alors il se détend, ses muscles s'assouplissent, il devient mou et il s'apaise. Sa peau se colore ou se cyanose ; elle peut former un grain qui la rend moins poreuse, presque exémateuse et suintante, ou bien elle se fait lisse et délicieusement odorante. Au fond, on pourrait dire que l'enveloppe cutanée est une surface qui se prête à l'écriture. Ce faisant, le bébé se construit une sorte de carte d'identité psychique de celui par qui il est touché, mais surtout il éprouve le plaisir ou le déplaisir. Or, le plaisir est la plus-value qui participe à la satisfaction, c'est là son seul but.

Ainsi *le but* pulsionnel dans le registre du tactile n'est autre que la satisfaction qui procède généralement d'une expérience de plaisir liée le plus souvent à l'apaisement du toucher. Cependant, certaines expériences d'excitation comme les chatouilles ne sont pas non plus sans diffuser du plaisir et concourent tout aussi bien à la satisfaction. Et beaucoup de bébés montrent aussi qu'ils peuvent se satisfaire de ce qui pourtant n'est pas satisfaisant, en recherchant des expériences de toucher qui sont agent de déplaisir. Autrement dit, la satisfaction tactile est multiple, elle peut prendre le chemin recherché du plaisir mais aussi les voies détournées du déplaisir. En cela, elle répond parfaitement à l'exigence du pulsionnel et de ses ratages, car elle nous oblige à penser le plaisir sans se départir de la dimension freudienne d'un « au-delà du plaisir ».

Quant à *la poussée* dont Freud nous a appris qu'elle était une force constante, on sait que c'est une façon de nous faire entendre qu'elle doit s'opposer en tout à une satisfaction une fois pour toutes. De ce point de vue, il faudrait se demander si le toucher menace de nous quitter ou de nous laisser indifférent une fois satisfait. Il semblerait plutôt que le tactile soit un prélude qui vient toujours ouvrir les portes du désir. C'est tellement vrai que le toucher nous traverse à tous les âges d'une façon à la fois impérieuse et pourtant chaque fois renouvelée quand il s'agit d'aimer. Il est aussi l'ultime forme de plaisir et de présence face à l'expérience la plus radicale de la vie quand nous sommes sur le point de la quitter. On pourrait dire alors à qu'à travers le toucher quelque chose vient à insister, et c'est précisément dans cette insistance que le pulsionnel se laisse saisir, comme l'a si bien épinglé Lacan.

Le tactile et sa mise en circuit

Dans cette saisie, il reste à mettre le tactile à l'épreuve du circuit pulsionnel et de son parcours en trois temps.

Si on se rapporte aux exigences de la grammaire pulsionnelle, on aura :

Au premier temps actif, le toucher palmaire. L'activation du premier temps se manifeste le plus souvent par la capacité d'agrippement que déploie le bébé bien portant. On s'accorde généralement pour appréhender cette compétence comme une activité réflexe. De ce point de vue, elle ne devrait pas nous intéresser et ne pourrait prétendre au titre de pulsion partielle. Cependant, cet agrippement à l'autre non seulement a effet d'apaisement du côté du bébé mais il constitue aussi, selon Brazelton, une compétence relationnelle néonatale qui a le pouvoir d'instituer un parent au rang de père ou de mère (Brazelton et Nutgent, 1995). Mais ce n'est pas tout, certains bébés sont capables de se servir de l'agrippement comme d'une action commandée (Couvert, 2018).

Au deuxième temps réflexif, le bébé joue à attraper ses mains ou ses petits pieds. Le bébé ordinaire fait des jointures des mains et des pieds et a plaisir à prendre son propre corps comme objet d'agrippement. On peut voir très tôt les bébés jouer à rassembler leurs petites mains au-dessus de la bouche ou des yeux en balayant l'espace latéral. Un peu plus tard, ils se saisissent de leurs petits pieds et font des prouesses asymétriques en prenant le peton droit de la main gauche et inversement. Cette expérience d'accrochage au corps propre participe à la construction des axes de développement latéral et vertical qui permettent au bébé une appréhension de l'espace au sein duquel il va pouvoir évoluer. En activant ces points de jonction, le bébé expérimente par lui-même des éprouvés de *holding* qui rassemblent ou enroulent en lieu et place du contenant maternel. Ce faisant, le bébé se donne à lui-même un objet d'accroche et d'agrippement, ce qui n'est pas sans constituer pour lui une forme d'autoérotisme.

Tout se passe alors comme si le bébé en s'agrippant à son propre corps opérait un déplacement de la satisfaction, qui n'est pas sans provoquer chez lui un plaisir recherché. Ainsi, « la main qui peut se mettre à manipuler, elle est d'abord une main autoérotique, et le pied qui va marcher, il est d'abord un pied autoérotique » (Haag, 2004, p. 23). Mais ce n'est pas tout ; cette activité entre la gauche et la droite, le haut et le bas du corps participe à la construction de son axe corporel dans une recherche d'équilibre et de tenue qui préfigure selon moi une saisie préspéculaire d'un corps propre et séparé.

Au troisième temps de la passivation, le bébé cherche à se faire toucher. On sait que c'est le temps du « se faire faire », où le bébé se prête activement à être l'objet d'une satisfaction provoquée chez l'autre. Ce faisant, on sait aussi

qu'il n'est pas sans produire du sujet. Un nouveau-né peut expérimenter, très précocement, ce pouvoir d'action qu'il a sur l'autre.

Alors qu'il est encore à ce point immature, incapable de se mouvoir et d'articuler une demande, par la force de son cri, le tout-petit a cette faculté de provoquer chez celui qui lui tient lieu d'autre primordial, une préoccupation qui le fera se déplacer, se pencher au-dessus du berceau pour finalement le prendre et le bercer au creux des bras. Au fil des mois, le troisième temps du « se faire toucher » subira des modifications. On pourra le voir se transformer et évoluer vers d'autres formes de toucher, comme en témoignent les jeux de chatouilles dont les bébés sont si friands et les parents tellement gourmands.

Toucher, se toucher, se faire toucher constituent donc les trois temps grammaticaux de ce registre du tactile. Et pourtant je n'observe rien de tout cela chez Héra, un bébé de 3 mois. Jamais Héra ne cherche à s'agripper, elle ne fait aucune jointure des pieds ou des mains, elle ne cherche pas davantage à se faire toucher. Son corps ne l'intéresse pas. Il semblerait qu'elle n'ait ni mains ni pieds. Le corps de l'autre ne suscite pas plus intérêt, on dirait qu'il lui est transparent. Quant aux autres registres, elle ne répond pas plus présente ; aucun plaisir oral, une absence totale de regard et pas le moindre « jasis ». C'est à ces ratés pulsionnels que je voudrais m'arrêter car ce sont eux qui m'ont appris à me servir du tactile à la fois comme d'une boussole et comme d'un opérateur pulsionnel.

Application clinique

Appliqué à la clinique, l'objet du tactile, le toucher, a pour effet de faire exister un réel du corps chez le tout-petit. Pourtant, certains bébés ne se laissent pas impacter si facilement par le toucher. Tout se passe au contraire comme s'ils devaient s'y soustraire. Ils se raidissent ou se liquéfient en se défendant par une tonicité qui les empêche d'être portés. Ce sont des nouveau-nés qu'il est impossible de regrouper ou de rassembler. De ce fait, aucun portage ne semble pouvoir leur procurer une enveloppe corporelle. Pour ces bébés-là, rien ne vient dessiner un premier contour et imprimer une première image du corps. Comment faire exister un réel du corps pour ces tout-petits, ceux dont on pourrait dire qu'ils ont une sensibilité à fleur de peau ?

Héra était un de ces bébés. Sa mère me rapporte une venue au monde précipitée et compliquée. En proie à une souffrance fœtale suite à une rupture de la poche des eaux, Héra est née prématurément. Ensuite, une fois posée sur le ventre maternel, elle fait une fausse déglutition qui nécessite une réanimation. Et la mère de me dire que c'est elle qui s'est inquiétée devant l'état de sa petite fille. C'est elle qui a dû signaler que son bébé devenait

tout bleu car les soignants, trop occupés, n'avaient rien remarqué. Depuis, Héra présente une hypotonie des membres inférieurs et une absence de regard que sa mère n'a pas manqué d'épingler. Elle devient alors l'objet des neuropédiatres et des kinés. Un professionnel laissa échapper un risque d'autisme. Cela suffit pour précipiter cette mère dans une angoisse sans fin. À 3 semaines, Héra s'en trouva figée, prisonnière d'un diagnostic qui n'avait pas lieu d'être. Car on connaît aujourd'hui le pouvoir de réversion formidable de l'épigenèse, et on sait qu'avant 1 an le bébé qui présente des replis est particulièrement perméable à son action.

Elle avait 3 mois quand elle vint me voir avec sa mère. Héra n'avait d'yeux que pour le plafond : « J'adore tout ce qui est en l'air… », disait la mère défaite en parlant pour sa fille. Il lui était aussi impossible de se mouler, et pendant de longues semaines, je ne vis jamais Héra dans les bras. En fait, son hypotonie la laissait comme une anguille, filant entre les mains. Bien sûr, comme tous les bébés, Héra était sensible à la prosodie du « mamanais », ses yeux quittaient alors le plafond pour venir se planter dans les miens. C'était important et je ne manquai pas de le partager avec sa mère. Cependant, au cours des séances, j'étais déprimée de devoir à chaque fois tout recommencer. Héra ne semblait jamais me reconnaître. Les points d'accroche et de rencontre qu'elle élisait étaient invariablement la lumière et le plafond. Sa mère qui n'était pas dupe me disait d'un air contrit : « Le plafond et la lumière, ce sont ses amis. » Les choses s'aggravèrent encore quand Héra put se déplacer. Rien ne l'intéressait tant que d'être en mouvement. Elle pivotait sur elle-même comme une toupie. Plus rien ne venait l'arrêter. Dès ce moment-là, elle ne fut plus sensible à ma voix qui offrait pourtant les inflations mélodiques propres au « mamanais ».

Ce qui permit à Héra de vraiment me regarder puis d'être portée, c'est un travail autour du corps et du toucher du corps. L'objet tactile devint l'opérateur par lequel ce bébé a pu trouver une enveloppe corporelle, un premier contour qui la rassemblait et délimitait ce qui était « elle ». Je résolus de choisir un toucher presque aérien. En me servant d'un plumeau cosmétique qu'elle avait dérobé à sa mère, je caressai d'abord l'arête de ses petits pieds puis je le fis glisser sur la voûte plantaire. Ce fut immédiat, Héra tourna ses yeux vers ses pieds et suivit avec passion les tracés de la plume que j'activais avec légèreté. Elle avait donc un pied, elle en aurait bientôt deux ! Cela lui permit de s'en saisir. Elle prit ses petons dans ses mains en faisant des jointures verticales. Pour la première fois, Héra expérimentait des éprouvés qui la regroupaient et lui donnaient enfin un axe corporel. Le regard suivit presque instantanément. Au bout de mes doigts je tenais toujours le plumeau qui caressait maintenant ses petites joues, son front, le contour de son visage, et ses yeux vinrent se plonger dans les miens. Héra se laissait entamer par le tactile et j'eus le bonheur de voir bientôt la pulsion

la gagner. Voici ce qu'elle fit : elle se saisit du plumeau, doucement elle le porta à son visage et se caressa la joue. Ensuite, les yeux rivés dans les miens, elle tendit sa petite main vers mon visage et je sentis ma joue caressée par la plume qu'elle tenait toujours. L'émotion me gagnait et fut à son comble quand je la vis se diriger vers sa mère, se lover dans le creux de ses bras puis faire courir la plume sur le visage de celle qui n'attendait que cela. De ce jour-là, Héra me reconnut et gratifia chacune de nos rencontres d'un sourire radieux. C'est donc un toucher doux et duveteux qui aura opéré pour elle une première inscription. Il vint d'abord marquer son corps en le rendant présent et existant ; cela lui permit de faire une première différenciation d'avec l'autre. Puis elle s'en saisit elle-même et cela donna prise au désir de faire exister l'autre pour elle. C'est ainsi que le toucher, cet objet du tactile, aura eu le pouvoir de faire entrer Héra dans le pulsionnel.

Conclusion

L'enjeu du travail avec les bébés à risque de retrait nous oblige à une efficacité thérapeutique. Cela conduit à interroger nos repères théoriques et à revisiter nos pratiques. En fait, il s'agit de trouver les voies d'entrée susceptibles d'inscrire le pulsionnel pour produire une transformation chez ces très jeunes sujets. J'ai tenté de montrer que le registre du tactile pouvait constituer un opérateur actif quand on travaille avec ces bébés.

Pourtant, le toucher a toujours été tenu à l'écart de la pratique analytique. Après l'avoir pratiqué lui-même, Freud le bannit très vite de sa technique quand il découvre les effets de transfert. Réintroduire l'opérateur du tactile revenait alors à devoir le légitimer. Il a d'abord fallu rendre compte de sa pertinence théorique et montrer comment il pouvait être élevé au rang de pulsion partielle. Mais surtout, il a fallu partir de la singularité du sujet qui nous occupe. Le bébé n'est pas un sujet adulte et sa modalité d'être au monde transite irréductiblement par le toucher d'un autre.

Cela suffit à m'autoriser et oser me servir du tactile dans les cures avec les tout-petits. Et enfin, mieux que tout discours, pour témoigner de l'efficace de cet opérateur thérapeutique, je livre le témoignage de la mère d'Héra[4]. Qu'elle en soit ici très sincèrement et très vivement remerciée.

Bonjour,

Je suis Carmen, la maman d'Héra. Héra nous a choisis comme parents il y a presque deux ans, un jour de décembre. C'est une petite fille extraordinaire, têtue, de plus en plus souriante et très sensible.

4. Ce témoignage fait suite au désir de la mère d'Héra de pouvoir partager son expérience et ainsi soutenir d'autres familles. Il est publié ici avec l'accord des deux parents.

Mais je suis ici pour vous parler non pas de ses qualités de maintenant, mais de ses obstacles.

La naissance d'Héra fut une expérience de joie, mais aussi d'inquiétude. Elle est née avec un mauvais Apgar. Mise sous oxygène, elle a respiré puis fait une détresse respiratoire à deux heures de vie, puis elle a été placée en néonatologie.

Ses problèmes ont-ils commencé à ce moment-là ? Ou déjà depuis qu'elle était dans mon ventre ? On ne le sait pas. Ce qui est sûr, c'est que Héra a été diagnostiquée comme hypotonique à 3 semaines de vie par notre pédiatre. S'ensuit après un long parcours de rendez-vous pour que Héra puisse avoir un diagnostic.

Une neuropédiatre prescrit alors deux séances de kiné par semaine… et c'est tout. Et elle nous dit qu'il faut la revoir sans vraiment nous expliquer beaucoup de choses et sans nous donner un rendez-vous de suite.

On est perdus, surtout moi, sa maman. À 3 mois, Héra ne tient pas sa tête, ne regarde pas, elle semble loin de tout et surtout de moi. Elle ne me regarde pas… c'est dur. Très dur. Je pleure tous les jours. J'entends de la part des kinés différentes versions de son développement, elle ne marchera pas ou peut-être, elle sera ou pas « autistique », elle suivra ou plutôt pas une scolarisation normale… Et dans tout ça, aucun soutien moral, rien. On me dit que je dois accepter, que la vie est parfois injuste, etc. J'ai l'impression que le corps des médecins ne comprend pas la douleur et le désarroi qu'on peut ressentir face à un bébé qui semble si loin d'un développement typique.

C'est dur, dur, dur… pour les parents, l'entourage. On se dispute énormément à la maison, et j'ai peur que notre couple éclate.

Personne ne semble savoir comment agir… Je commence à lire, et je réalise que je fais si peu pour Héra. Que Héra pourrait avoir plus de prises en charge, de stimulation, mais comment faire ? Les neuropédiatres nous disent d'attendre… tout en sachant que la première année de vie est cruciale. Je lis aussi que la plasticité cérébrale est à son maximum les premiers deux ans de vie. Alors comment attendre ? Toute maman, tout parent qui aime son enfant ne peut pas attendre tranquillement… Pour moi, en tout cas, ce n'est pas concevable.

Je me lance alors à la recherche d'autres moyens de stimulation, et par une amie j'entends qu'il y d'autres sortes de kiné, que nous essayons. Héra fera trois séances de kiné par semaine jusqu' à 1 an et demi. Les médecins ont l'air de croire que c'est trop ; c'est peut-être vrai, mais moi sa maman je vois qu'elle fait beaucoup de progrès. Elle tiendra enfin sa tête à 7 mois.

J'entends surtout que les bébés en retrait peuvent être stimulés. Une amie me parle de Madame Couvert, psychanalyste, et je prends un rendez-vous. Ça a été un rendez-vous « providentiel ». Finalement, un spécialiste comprenait nos soucis, notre douleur morale et nous proposait de nous aider. À travers des séances deux fois par semaines, au fil du temps, Héra et moi nous avons commencé à nous regarder, à profiter l'une de l'autre, à nous aimer telles que nous étions.

Quelle joie ! J'ai beaucoup, beaucoup, culpabilisé pendant ce temps en croyant que tout était de ma faute. J'étais désemparée. Héra est mon seul enfant… Je me sentais si responsable de tout ce qui lui arrivait… C'est une douleur si forte, qu'on ne peut pas mettre des mots dessus… J'ai compris que peut-être tout cela n'était pas de ma faute. J'étais soutenue, alors qu'aucun médecin auparavant n'a pas su/voulu le faire.

Nous avons appris aussi, par notre psychanalyste, l'existence des séances de psychomotricité relationnelle, que nous avons commencées. Des séances en douceur, tout en respectant le rythme du bébé et de la maman. Quel soulagement par rapport aux séances de kiné si mécaniques (oui, aussi nécessaires), des fois où mon bébé pleurait pleurait ! Je me suis d'ailleurs demandé mille fois pourquoi les neuropédiatres ne proposent pas la psychomotricité d'abord dans ces cas. Pourquoi les mutuelles et autres systèmes de santé dans différents pays ne le remboursent pas ?

Pourquoi n'y a-t-il pas un soutien adéquat dans ces cas ? Pourquoi une psychanalyste (pour bébé et adultes d'ailleurs) n'est pas vue comme une nécessite d'emblée ? Et proposée aux parents, qui ensuite pourraient avoir le choix ? En Belgique, cela semble du domaine de « l'extraordinaire » pour l'instant… Pourquoi n'y-a-t-il pas une prise en charge pluridisciplinaire ? On nous dit d'attendre… Moi je suis convaincue que sans tout cet énorme soutien, Héra n'aurait pas évolué comme elle l'a fait. Nous serons éternellement reconnaissants d'avoir pu rencontrer Madame Couvert.

Et oui c'est très difficile d'assurer tous ces rendez-vous, physiquement tout d'abord, moralement et aussi financièrement, je suis sûre, pour beaucoup de parents.

Nous avons eu la chance de pouvoir assurer financièrement ces prises en charge non remboursées, mais je pense aux familles qui n'ont pas ces moyens. Je pense aussi aux familles qui, tout comme nous, sont laissées à la dérive…, qui tout comme nous, ne savent pas quoi faire, qui doivent trouver par elles-mêmes le chemin pour aller de l'avant… sans trop d'aide. Pourquoi ne pas leur proposer ces services ?

Et pour finir sur une note positive, oui Héra a eu pendant un certain temps un programme très chargé, un début très difficile, mais quelle évolution ! Waouh !… Moi sa maman, je suis impressionnée… Je la regarde aujourd'hui : elle marche (depuis ses 18 mois), elle commence à dire des mots, elle joue, elle est de plus en plus en relation avec nous et les autres. Quel soulagement aujourd'hui de la regarder jouer, rire, chanter, et même (si maladroitement) courir ! Mais serait-on ici sans cette aide ?

Non… dix fois non.

Merci d'avoir écouté notre histoire.

J'ajouterai que c'est la force et la présence de sa mère, la participation active de son père et les venues de la grand-mère qui ont très certainement permis à Héra de devenir cette petite fille qui témoigne aujourd'hui d'un vrai talent relationnel !

Bibliographie

Ansermet, F. ; Giacobino, A. 2012. *Autisme, à chacun son génome*, Paris, Navarin.

Anzieu, D. 1995. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

Bergès, J. ; Balbo, G. 2010. *Psychose, autisme et défaillance cognitive chez l'enfant*, Toulouse, érès.

Bullinger, A. 2004. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, érès.

Brazelton, T.B. ; Nutgent, J.K. 1995. *NBAS, Neonatal Behavioral Assessment Scale*, 3e édition, Cambridge University Press.

Couvert, M. 2018. *La clinique pulsionnelle du bébé*, Toulouse, érès.

Forget, J. M. 2011. *Les enjeux des pulsions*, Toulouse, érès.

Fraiberg, S. 2005. « Mécanismes de défenses pathologiques au cours de la petite enfance », dans D. Mellier (sous la direction de), *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Paris, Dunod.

Freud, S. 1962. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.

Freud, S. 2010. « Pulsions et destins de pulsions », dans *Métapsychologie*, Paris, Puf.

Haag, G. 2004. « Sexualité orale et moi corporel », *Topique,* n° 87, *Les résurgences de l'archaïque*, p. 23-45.

Lacan, J. 1973. Le Séminaire, Livre XI (1963-1964), *Les quatre concepts fondamentaux*, Paris, Le Seuil.

Laznik, M.-C. 2000. « Des psychanalystes qui travaillent en santé publique », *Le Bulletin freudien,* n° 34 [en ligne].

Laznik, M.-C. 2008. « La prosodie des bébés à risque d'autisme », dans M.-C. Laznik, F. Joly, B. Touati (sous la direction de), *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris, Puf.

Moro, M.R. 2002. *Enfants d'ici venus d'ailleurs,* Paris, La Découverte.

Smith, A. 2009. « The empathy imbalance hypothesis of autism: A theoretical approach to cognitive and emotional empathy in autistic development », *The Psychological Record*, n° 59.

Winnicott, D. 1992. « La communication entre le nourrisson et la mère, et la mère et le nourrisson : comparaison et contrastes (1968) », dans *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot.

Anne Boisseuil

Des corps « dan-ce » transfert

Donald Meltzer, le psychanalyste britannique, parle de « musique dansée » pour décrire le mode de communication avec les patients en psychothérapie. Je voudrais témoigner des racines précoces de cette communication avec des illustrations cliniques dans lesquelles la danse s'entend dans la mise en mouvement des différents feuillets psychiques des patients et du thérapeute. Le moment périnatal est devenu, pour les psychanalystes, un paradigme qui permet de penser autrement la rencontre clinique entre un patient et son thérapeute. J'aimerais montrer ici que les processus psychodynamiques de la périnatalité peuvent se réactualiser tout au long de la vie pour peu que l'on propose une écoute et une attention particulières à ceux-ci. L'émotion est au cœur de cette attention. C'est elle qui donne l'épaisseur et le mouvement aux mots (Marty et Fain, 1956), comme une mère qui, lorsqu'elle incarne dans les sens et le corps son message à son bébé, cocrée avec lui sa vie psychique. Je propose de penser le caractère transmodal de l'émotion comme étant dans un registre à la fois cognitif, somatique inter et intrapsychique. Lorsque D. Meltzer parle de musique dansée, il suppose l'émotion dans la musicalité de l'affect, le corps ému, la pensée qui s'ouvre vers plus de symbolisation.

Notre propos est d'argumenter sur l'importance de l'intrication entre les corps et les sens dans les séances avec des femmes enceintes.

Je propose de considérer que ce mouvement danse est culturel, au sens d'un espace créatif entre son monde intérieur et le monde extérieur tel que peuvent le proposer les thérapeutes. Cependant, pour qu'il puisse advenir, tout un décentrage a été nécessaire depuis Freud. C'est ce que nous aborderons dans la partie théorique.

Nous présenterons deux situations cliniques issues de ma pratique : une danseuse enceinte pour qui le contact avec son enfant a été terrifiant et qui

a articulé les mouvements de la danse avec ceux de l'ajustement au bébé en elle, et une orthophoniste enceinte chez qui le silence était assourdissant et qui est figée. Nous chercherons à faire entendre que c'est dans les échos du négatif (Green) que la musique peut se tisser, que la créativité a ses ancrages, ses limites, et que la danse, lorsqu'elle est musicale, est suffisamment ouverte pour laisser l'autre faire son *pas de deux*, qu'il soit encore dans l'enceinte maternelle comme le bébé, au dehors, ou bien éloigné. Mais nous verrons aussi que ce négatif peut figer les mouvements, assourdir les perceptions, voire créer du corps toxique.

Quelques points théoriques

Le dispositif thérapeutique d'orientation analytique pose l'interdit du toucher et l'interdit du meurtre comme conditions fondamentales dans la mise au travail de pensée. Ce dispositif vise à soutenir la symbolisation, l'activité de représentation. De même, la mise au repos du corps, la distance avec le thérapeute engagent la perception par d'autres entrées : la vue, la voix et donc la parole. Pourtant, les métaphores pour parler de l'émotion parlent bien d'être touché par les émotions, d'être contacté par l'autre. Après Bion (1967) et Winnicott (1954), le travail interprétatif en thérapie n'est plus le même et plus particulièrement avec les femmes enceintes. En quoi cela a-t-il changé ? Fondamentalement par l'introduction du concept polyphonique de l'identification projective, ou, selon la traduction de F. Guignard (2015), de projection identificatoire qui insiste sur la primauté du mouvement avant celle d'introjection. C'est-à-dire que le mouvement vers l'autre est mis au centre du dispositif de compréhension du transfert. L'identification projective permet de se mettre à la place de l'autre, et selon la finalité de ce mouvement, ce sera pour comprendre l'autre dans le sens d'une empathie active ou, dans les cas plus pathologiques, ce sera pour posséder des aspects de l'autre. Pourquoi Meltzer parle-t-il de danse musicale ?

La danse est mouvement, elle est aussi l'ancrage corporel fondamental pour lier affect et représentation.

Henri Bergson, le philosophe français, dans son texte de 1900 sur le « rire », dépeint ce lien entre la communication, l'émotion et la musicalité : « Si la réalité venait frapper directement nos sens et notre conscience et si nous pouvions entrer en communication immédiate avec les choses et avec nous-mêmes […] nous entendrions chanter au fond de nos âmes comme une musique quelquefois gaie, plus souvent plaintive, toujours originale, la mélodie ininterrompue de notre vie intérieure » (Bergson, 1900, p. 115).

Le mouvement psychique s'exprime aussi temporellement car dans la séance se nouent, s'articulent, se confrontent des temporalités différentes

qui pourtant forment des instants. A fortiori en périnatalité où les temps deviennent encore plus paradoxaux.

Un psychologue cognitiviste, M. Olivier, parle « d'ipséité » pour comprendre les mouvements psychiques. Pour lui, la pensée est intrinsèquement mouvement car pour penser il faut une ouverture projective qui est mouvement ici et maintenant et en même temps anticipation des temporalités à venir. Pour lui, s'appuyant sur l'illustration des mouvements fœtaux qui en bougeant « apprennent », les mouvements créent de la connaissance. Sa recherche est de type expérimental mais elle me semble intéressante à considérer dans le dispositif psychanalytique car n'est-ce pas là que la connaissance est au cœur de la rencontre ?

La maternité est un moment de vie où l'inconnu est présent de manière cruciale. Alors que la femme observe un ralentissement des mouvements de son corps, en elle et autour d'elle les rythmes s'accélèrent, les médecins, sages-femmes, soignants tissent un maillage complémentaire avec celui de l'environnement proche de la femme. L'appui sur les rythmes physiologiques devient une nécessité, cela suit ce que D.W. Winnicott nomme la « régression maternelle ». Pour s'ajuster aux besoins du bébé, autrement dit aux besoins de son corps, la femme devient elle aussi de plus en plus attentive à ses propres sensations, perceptions. Pourtant, pour certaines, ce n'est pas si naturel car ce n'est pas un processus biologique mais bien un point d'ancrage entre physiologie, intrapsychique et lien à l'autre. Porter attention au corps revient aussi à porter attention à toutes les identifications primaires contenues dans cette enveloppe corporelle. Le fonctionnement psychique de la femme enceinte est moins soumis au refoulement, c'est le point de vue de Winnicott avec le concept de « préoccupation maternelle primaire », ou celui de Monique Bydlowsky avec la « transparence psychique ». Le réel est présent.

Ce que nous enseigne le travail avec les femmes enceintes permet aussi, dans d'autres domaines cliniques, une ouverture dans le niveau d'écoute contre-transférentiel. Ainsi, deux thérapeutes ont coconstruit un feuillet contenant pour Laïs, une jeune femme avec une organisation autistique.

Jeune fille issue de l'immigration, Laïs a 19 ans lorsqu'elle débute les soins dans un centre médico-psychopédagogique. Diagnostiquée autiste depuis son enfance à la suite d'un arrêt du langage à 18 mois, elle a bénéficié de nombreux suivis dans des établissements de soin, une rééducation orthophonique et un aménagement scolaire. Le début du soin est motivé par une brutale perte de poids chez Laïs, interprétée par la mère en lien avec son effondrement scolaire, tandis que pour ses thérapeutes cela vient questionner la féminité de Laïs.

Une cothérapie lui est proposée par la pédopsychiatre A. et la psychomotricienne M. de l'établissement. Un espace parallèle de parole est proposé

par une psychologue à la mère de Laïs. Ce dispositif est original pour la structure, pensé de manière intuitive ; il révèle une proposition thérapeutique singulière et innovante que nous allons penser au regard de la puberté. Cette intuition clinique est à entendre dans le champ transférentiel. En ce sens, nous pensons que la surprise d'une action peut s'entendre comme un processus pubertaire. La rencontre entre Laïs et ses thérapeutes s'est faite sur plusieurs modalités : celle de l'espace commun et celle de l'espace différencié (Aulagnier, 1975).

En effet, tout un processus de symbolisation s'est opéré par l'investissement transférentiel bisexuel et transitionnel des deux femmes qui l'accompagnent. Par une créativité à laquelle elles s'ajustent, elles créent des points de rebond, de réflexivité. Par exemple, elles commencent par danser en musique, puis en silence, la musique est internalisée, et enfin la peinture devient le support d'expression de Laïs. Peu à peu, Laïs agrandit sa palette d'expression et ses questions se précisent sur son corps de femme. Elle supporte de mieux en mieux ses menstrues et commence à subjectiver ses thérapeutes en leur attribuant des qualités sensorielles, une douce, une dure. Sans l'écoute ici et maintenant et la créativité qu'elles se sont autorisée, le double feuillet interne/externe entre les cothérapeutes et avec Laïs n'aurait pas pu constituer ce qui semble être un bon objet interne pour celle-ci.

Pierre Marty et Michel Fain, psychanalystes français du XX^e^ siècle, à l'origine du mouvement psychanalytique psychosomatique, construisent un modèle de développement de pensée subjective qui est d'emblée intriqué à l'autre. « La réalité d'un mouvement propre à l'individu est toujours discutable. Né de l'intégration, déjà, de deux cellules parfaitement étrangères l'une à l'autre, l'embryon devient pendant un temps relativement à l'abri des problèmes d'une relation d'objet qui s'effectue alors automatiquement, cependant grâce à lui, grâce à son placenta. […] Les objets ont beau se multiplier, notre enfant garde en son cœur et en son corps l'empreinte de son évolution passée, l'empreinte des objets d'amour et de destruction, des objets amoureux et persécutants. […] Sa motricité et sa sensorialité qui réglaient toute la relation par le passé laissent la place à la pensée qui évolue » (Marty et Fain, 1955, p. 206).

Ainsi, dès la conception, la fusion de deux cellules, le mouvement cellulaire inaugure la suite de celles qui se constitueront entre l'individu et l'objet. S'il s'agit au départ d'une fusion intégrative, la constitution d'un soi est aussi une régulation de la dépendance à l'égard de l'objet. Ainsi, le fœtus puis le bébé sont dépendants physiologiquement du placenta et par-delà de la mère. Ils proposent d'évoluer vers la métaphorisation de ces mouvements moteurs par la pensée. Pour eux, les niveaux imaginaires, fantasmatiques et symboliques permettent « une relation motrice avec l'objet direct extérieur ».

La première des formes d'identification est celle sensori-motrice primaire à l'objet, donc pendant la période orale.

Lorsque nous recevons des patients, particulièrement en périnatalité, nous pensons donc à ces temporalités paradoxales qui nous amènent à entendre les échos de leur propre vie fœtale, précoce, et bien entendu la complexité des investissements qui ont suivi. Les mouvements peuvent être portés par des déplacements réels, émotionnels ou sensoriels, comme nous le verrons avec M^me^ Décé, mais ils peuvent aussi se penser de manière transgénérationnelle avec la motricité du nourrisson, ce que nous aborderons avec M^me^ Imani.

La clinique

Madame Décé, le silence des corps

M^me^ Décé est une jeune femme pressée ; elle est enceinte de 5 mois et souffre d'un sentiment confus d'angoisse et de dépression. Adressée par une équipe de sages-femmes que je connais, elle approche le travail thérapeutique munie d'une liste de questions et d'objectifs. Elle ne dort pas, elle aimerait dormir : comment faire ? Elle entend trop les bruits de son voisinage, les murs à Marseille sont trop fins.

Durant les séances, M^me^ Décé me parle de manière assez fonctionnelle de sa grossesse. Tout va bien mais ce qui est difficile, c'est qu'elle ne peut pas bouger comme avant. Ce corps enceint est pour elle un corps entravant, qui l'empêche. Lorsque je la questionne sur la façon dont elle se représente son bébé, elle paraît surprise.

« Je crois qu'il est allongé, il doit être bien… je crois. »

Elle touche son ventre, perplexe et un peu inquiète, comme si elle aurait dû avoir une bonne réponse. Je la rassure, je lui dis qu'il n'y a pas de réponse bonne ou mauvaise mais qu'on a tous des bébés différents dans la tête et que j'étais curieuse des siens. À ce moment-là, elle a, me semble-t-il, très peur de ce que je pense d'elle et de ce que je peux imaginer dans ma tête. Je lui donne donc des éléments sur ma façon de penser et d'être attentive à elle.

Elle raconte qu'elle a beaucoup déménagé (dix-sept déménagements en dix ans) et que dès qu'elle su qu'elle était enceinte, elle est venue s'installer sur Marseille car la ville où elle et son mari Pierre habitent est trop petite. Tout le monde se regarde, s'espionne, ça me fait trop penser à mon village en Normandie. Isolée, elle s'est encore plus coupée de son tissu relationnel en venant s'installer dans une ville où elle est anonyme. C'est à la fois ce qu'elle recherchait mais aussi ce qui l'insécurise.

À la séance suivante, elle revient sur les ressentis de son bébé et dit : « Du coup j'ai plus fait attention et je crois qu'elle aime le sucre parce que quand je mange du sucre elle bouge. »

Cette conception assez fonctionnelle et en équivalence entre le niveau où la sensation entre et celui où elle s'éprouve me semble témoigner de sa difficulté à penser son bébé.

Après plusieurs séances, une histoire commence à se construire. Elle revient sur ses insomnies causées par trop de bruits de voisinage et de rue. « Avant je n'avais pas peur comme ça mais maintenant tous ces bruits ça m'envahit. » Je lui fais remarquer que désormais elle est aussi une maison, une enceinte pour un autre, et que de ce fait c'est sa vision entière du monde qui en est transformée. Elle réfléchit, calme.

Je lui demande : que pense-t-elle que son enfant entend ? Elle est encore étonnée, mais désormais elle s'appuie sur notre relation pour ne pas se sentir jugée. Elle parle des bruits de son ventre, de ses gargouillis ; elle ne sait pas vraiment. Je lui dis qu'il nous entend mais d'une autre manière et je psychodramatise les bruits de bébé, certes les bruits de corps, mais aussi ceux de la voix, ceux de l'environnement qui lui parviennent modifiés, assourdis. Je lui parle de ses émotions, de la façon dont elle sent la réponse de son bébé. Là je perçois que je suis allée trop loin car elle s'agite, cherche à me faire plaisir, ne trouve pas de réponse. Alors que je comprends qu'il existe une enveloppe psychosensorielle entre elle et son bébé, l'enveloppe psycho-affective qui n'est pas encore représentée.

M^me^ Décé parle de sa petite enfance comme d'un moment facile et sans conflit car elle les évitait en étant dans sa bulle. « Dès que mes parents se disputaient ou quand ma mère était trop triste, je pense que ça ne m'a pas affectée parce que finalement j'étais dans mon monde, autosuffisante ; c'est une chance parce que du coup je suis autonome. » Un peu plus loin dans la séance : « En fait, ce qui me fait peur, c'est d'être seule avec le bébé, de m'ennuyer, parce que Pierre [son mari] part travailler longtemps et moi je ne sais pas comment faire de tout ce temps où je ne peux pas bouger… »

Le risque dépressif est très fort chez M^me^ Décé et la solitude incarnée par cette bulle renvoie à ce ventre-bulle qui isole/protège encore le bébé de sa mère. Le silence du corps, le gel des émotions sont deux expressions d'une réalité psychique qui est projeté du bébé-mère au bébé-fœtus.

Pourquoi la jeune mère éprouve-t-elle un sentiment d'étrangeté face à l'augmentation de ses peurs à l'égard de l'extérieur ? M^me^ Décé n'est pas dans une problématique transculturelle et pourtant nous pourrions considérer qu'elle ne sait pas quel est son territoire d'origine. Le langage de la stabilité passive ne trouve pas d'écho dans ses perceptions sensorielles : elle ne parvient pas à créer une poésie des mots ni ce que Fédida appelle un « langage nourri du silence ». En effet, l'audition est le canal sensoriel le plus perceptible car elle peut désormais en identifier un manque et témoigner de sa douleur psychique ainsi que de son désarroi. Elle ne sait pas transmettre cette part de non-soi qui fait partie de son terreau culturel. Le silence qu'elle a intériorisé est froid et déshumanisant, l'enveloppe psychique qu'elle s'est construite s'est approprié non pas des zones de silence mais des zones de non-résonance.

Madame Imani, danse la vie

Madame vient vers moi alors qu'elle est enceinte de son deuxième enfant, à 5 mois de grossesse. C'est sa troisième grossesse, ce que j'apprendrai plus tard. Elle est extrêmement confuse, enserrée dans une angoisse qui l'empêche de dormir, de penser. J'accueille de façon calme une femme enfermée dans ce qu'elle nomme un tunnel, un gouffre. Elle raconte que pour son premier enfant, elle a eu une période d'angoisse massive où elle perd ses sensations, ses repères. Elle a beaucoup souffert pour sa première grossesse et encore plus au 4e mois de l'enfant et ce jusqu'à la fin du sevrage, vers 6 mois. « Après la naissance j'ai tenu, tenu [elle serre avec force les poings] et puis j'ai tout lâché et là c'était horrible. »

Elle anticipe avec inquiétude la répétition d'un schéma.

Mme Imani est la deuxième née d'une fratrie de trois. Son ventre est très présent dans la séance, sa posture est penchée en avant et ses coudes, posés sur ses jambes, semblent ne pas tenir compte de son ventre. Elle ne le touche pas. Sa tonalité, rapide, est très difficile à suivre. Elle pose quelques jalons de son histoire : « Je suis née avec la peur : le gynécologue qui devait accoucher ma mère était alcoolique et ivre ; du coup la sage-femme a dit à ma mère : "Serrez les fesses, attendez qu'il parte." » Lorsque je souligne les fesses, elle n'entendra pas cette confusion des zones mais se demandera s'il s'agissait des mots de sa mère ou des siens.

Au cours de la séance suivante, elle raconte que sa grand-mère maternelle a accouché d'un premier enfant mort-né, dans les toilettes. Cette femme est décrite comme étant pleine de vitalité, de force. Elle me parle également du diagnostic d'un diabète de type 1 à 25 ans, âge auquel elle commença la danse africaine. À cet âge, il lui a été dit qu'elle ne pourrait pas avoir d'enfant car le risque était trop grand. Sa relation à ses parents est marquée par un sentiment de complétude que seul son soutien permet de maintenir : « Sans moi ma mère s'effondre. » Elle se sent pourtant incomplète, inconsistante. Lors d'un premier voyage en Afrique, elle est éblouie par le pays mais surtout par la danse et son rythme, cadencé par les jumbés.

Plus tard, à 40 ans, après plusieurs années de solitude, « dans ma grotte », dit-elle, et alors qu'elle a rencontré un homme avec lequel elle sent qu'une histoire peut se construire, elle tombe enceinte. « Mais c'était trop tôt je crois, j'ai fait une fausse couche. » À partir de ce moment, elle se renseigne sur les possibilités de mener à bien une grossesse et elle se fait accompagner par une autre gynécologue qui lui dit que c'est possible. Munie d'une pompe à insuline près de son sein, elle a son premier enfant et choisit, deux ans après, à 42 ans, d'en avoir un deuxième.

Le travail thérapeutique commence par l'accueil d'un agglomérat d'identifications à des objets partiels, maternels phalliques, maternels intrusifs sadiques, mais aussi objets paternels fragilisés, castrés par la domination d'une figure maternelle primaire orale toxique : le gynécologue alcoolique. Le mouvement

impulsé est celui d'une rétention, d'une contraction du corps et de l'esprit sans lâcher-prise.
L'angoisse confusionnante chez M^me^ Imani témoigne de sa lutte pour sentir et repousser la dépendance claustrophique à l'objet primaire.
La confusion zonale est pour Meltzer (1988) un concept pour comprendre comment le psychisme d'une personne est organisée (fantasmatiquement) en compartiments. Pour M^me^ Imani, ses aspects bébés semblent être dans le claustrum d'un espace maternel rectum, intrusif. En sortir crée en elle des angoisses de chute, d'effondrement sans fin.
Deux points nous semblent importants dans le processus de reconnaissance du mouvement intérieur de M^me^ Imani. Pour cela revenons à Freud : selon lui, l'angoisse signal permet au sujet un travail d'anticipation des séparations à venir. Cette angoisse est organisatrice et protectrice car elle mobilise une organisation défensive permettant de maintenir une certaine stabilité identitaire et des relations d'objets susceptibles d'ouvrir à des mouvements introjectifs.
D'autre part, il considère que la perception de l'objet est tout d'abord un mouvement projectif : on sent d'abord de dehors, y compris les sensations qui viennent de l'intérieur. C'est ainsi qu'il construit l'idée, reprise plus tard par Didier Anzieu, le psychanalyste français, dans le concept de Moi-peau, d'une enveloppe psychique à deux polarités : l'une tournée vers l'intérieur et l'autre l'extérieur. Ce qu'il nomme « la barrière de contact » (S. Freud, 1887) est une instance sensorielle, motrice et psychique.
De quel objet s'agit-il pour M^me^ Imani ? La grossesse est un moment de débordement d'angoisse, ce n'est pas un moment de créativité psychique. Pour M^me^ Imani, durant sa première grossesse, ce n'est pas quand la mère et l'enfant étaient dans des identifications fusionnelles, mais ce fut lorsque l'enfant manifesta de manière plus corporelle son individuation. Avec Noa, l'identification est beaucoup plus rapide.
À 4 mois de vie de son fils Noa, M^me^ Imani ne se plaint pas d'angoisses mais de fatigue, son fils dort peu, les sollicite beaucoup. Le sevrage du sein s'est fait de manière progressive. Le lien du couple est encore peu intime, la chambre conjugale est pleine de ce bébé exigeant. Elle reprend un stage de danse pendant un week-end et y va avec son dernier-né. Dans ce stage, elle danse mais chute sans cesse. Son mouvement est fragile, dit-elle, comme fragmenté et en résistance. La professeure s'occupant de Noa, parle à la mère qui tombe et au fils qui est présent, calme. Face à cette figure grand-maternelle qui lui permet de tenir son fils tout en contenant les mouvements d'effondrement et de reconstruction de la mère, M^me^ Imani éprouve un soulagement et une grande tristesse. La chute est dansée, Noa s'endort profondément, laissant à sa mère le soin de s'appuyer sur la motricité de son corps pour intérioriser son effondrement psychique.
Alors que Noa a 6 mois, M^me^ Imani tombe de nouveau enceinte. Elle et son compagnon ne se sentent pas en mesure d'élever un troisième jeune enfant et décident d'arrêter la grossesse. Cette décision est ambivalente de manière consciente et inconsciente. M^me^ Imani souffre de cette décision et ne peut

en parler à sa mère. Celle-ci lui répond sur un mode opératoire qui sidère M^me^ Imani et la laisse silencieuse. Pourtant, le soir où elle prend ses pilules avortives, sa mère, qui garde les enfants, ne pose aucune question sur la façon dont sa fille vit la situation. S'adressant à son mari, elle s'étonne que sa fille soit affectée : « Ce n'était qu'un cachet, pourquoi elle en fait une histoire ? »
Ma patiente pousse alors un hurlement au visage de sa mère, un cri bestial, dit-elle, un cri primaire d'avant les mots, d'avant la colère, un cri de « rage de vie » ; je lui commente. À l'issue de ce moment, découlent une succession de mouvements d'autonomisation face à ses parents et plus particulièrement à sa mère. Alors qu'il lui semblait impossible d'organiser sa semaine sans avoir recours à ses parents, elle put trouver d'autres recours. Le silence assourdissant d'un écho affectif chez sa mère la fit associer sur ce qui était mort avec ce bébé-fœtus. La reconnaissance d'une responsabilité vis-à vis de ses enfants était beaucoup plus ancrée de manière adulte, c'est-à-dire pondérée par des limites, par une position dépressive lui permettant de contacter et une position psychique suffisamment différenciée.
Alors que son fils a 2 ans, elle s'étonne de son propre parcours. « Avant, j'avais toujours peur, je me sentais transparente. Maintenant je me dis que j'ai beaucoup avancé et je suis fière de mon parcours, c'est un sentiment nouveau pour moi. Quand j'ai rencontré la première fois mon musicien, je l'ai trouvé extrêmement beau, je n'avais jamais vu cela. J'avais envie d'aller vers lui, de le connaître. Pourtant, j'étais cette personne timide et je n'osais imaginer qu'il s'intéresse à moi, et c'est avec lui que je danse depuis quinze ans maintenant. Comme ma professeure de danse, son regard me fascinait, sa présence était tellement extraordinaire que je n'osais imaginer qu'elle me verrait. Et aujourd'hui nous sommes très proches, elle me fait confiance. »
Selon moi, elle parle de manière très claire et touchante, de « l'expérience esthétique » de Donald Meltzer, le psychiatre et psychanalyste d'origine américaine (1988). Pour lui, il s'agit d'une perception paradoxale, en deçà de ce que M. Klein appelle la pulsion épistémophilique. L'exemple donné par Meltzer, est celui où le nouveau-né perçoit quelque chose de ravissant chez sa mère ; inquiet, il se demande alors si l'intérieur de celle-ci est aussi beau que l'extérieur. Cela suscite en lui effroi et curiosité.
Il s'agit pour moi d'un moment émouvant positif, qui me fait sentir son déploiement, ce qui me conforte dans l'idée qu'il s'agit bien de la transformation de vécus précoces. Ça danse en moi.
En effet, si le visage de la mère reflète l'éblouissement du bébé narcissique, est-ce qu'elle saura résister à l'investigation ? Saura-t-elle construire un espace aux projections ? Dans la même séance, M^me^ Imani associe avec un moment douloureux, celui du suicide d'une de ses élèves.
« C'était une jeune femme qui était dans mon cours, sa propre mère s'était suicidée ; était venue chez elle sauter de sa fenêtre. Plus tard, son père est devenu schizophrène. Cette femme voulait des enfants mais à 42 ans elle n'en avait pas, et je crois que c'est ce qui a déclenché son acte. J'ignorais sa

détresse ; c'est fou, on danse ensemble, on est très proche, et pourtant on ne se connaît pas vraiment. »
Cette association, que j'entends aussi dans le transfert, comme l'énonciation de notre proximité paradoxale, liée à l'asymétrie du dispositif, évoque aussi sa détresse, son angoisse du lâchage. En effet, M^me^ Imani a vécu un effondrement corporel de ses aspects bébé sans possibilité d'accueil de son agressivité. Lorsqu'elle parle de son diabète, elle y associe les oscillations extrêmement rapides entre la montée de sucre et les tombées hypoglycémiques. Ce lâchage dans le corps, elle le voit aussi en réponse dans la tenue rigide de son fils. À 6 mois, il refuse d'être sur le dos allongé, et de ce fait, ne peut s'enrouler pour se tourner. J'observe en séance une scène où le petit Noa est sur ses genoux, le dos droit, il vient de téter, est encore lové contre le sein de sa mère. Celle-ci le soutient dans le dos avec son bras, son visage est de profil. Il est assez détendu. Après quelques échanges, il se redresse, s'adosse contre sa mère. Il me regarde d'un air plein et curieux mais sans sourire ; j'en éprouve un certain malaise. Il ne répond pas à mes propositions d'échange ou de jeu. Lorsque je lui tends un objet, il le regarde sans tendre la main pour le prendre. Un peu plus tard, sa mère veut me montrer son inquiétude : elle le pose au sol et je vois Noa se cambrer de manière très tonique pour éviter le plus possible le contact avec le sol. Il finit par hurler et sa mère le pose sur le ventre où il est beaucoup plus tranquille pour explorer. Néanmoins, très vite, il se tourne vers sa mère et exprime son envie qu'elle le prenne par des petits sons-pleurs. Dans les bras de sa mère, il va chercher avec sa main le sein de celle-ci, y enfouit une main et se retourne à moitié pour me regarder. L'appui-dos est ici surinvestit dans la relation proximale avec sa mère, mais il ne parvient pas à l'utiliser en l'absence de celle-ci. L'extérieur serait absent de mère soutenante ?
Les seuls moments où elle ressent son soi créatif, au sens de Winnicott, c'est dans la danse.
Alors que Noa a 8 mois, elle participe a un atelier de danse particulièrement porteur, après celui où elle a ressenti son effondrement et après son IVG. Dans son mouvement, elle ressent qu'elle peut, activement se porter et être tournée vers l'autre. « C'est là que je me sens vivante, entière, et j'en ai une telle joie ! »

En guise de conclusion, nous pourrions dire que ces situations cliniques diverses nous ont fait appréhender le nécessaire ajustement du niveau d'écoute et de compréhension des mouvements psychiques par les psychothérapeutes d'inspiration psychanalytique. Les femmes enceintes et plus généralement la période périnatale nécessitent un accueil somato-psycho-affectif et donc une considération polyphonique de leur vécu.

Bibliographie

Aulagnier, P. 1975. *La violence de l'interprétation*, Paris, Puf.
Bergson, H.1900. *Le rire*, Paris, Puf, 2012.

BION, W.R. 1967. « Notes en memory and desire », *Psychoanalytic Forum*, vol. 2, n° 3, p. 271-272.
BYDLOWSKI, M. 1997. *La dette de vie*, Paris, Puf.
FREUD, S. 1887-1902. *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1969.
FREUD, S. 1914. « Pour introduire le narcissisme », dans *La vie sexuelle*, Paris, Puf, 1981.
GUIGNARD, F. 2015. *Quelle psychanalyse pour le XXIe siècle ?,* Paris, Ithaques.
KAËS, R. 2015. *L'extension de la psychanalyse. Pour une métapsychologie de troisième type,* Paris, Dunod.
KLEIN, M. 1946. « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », dans *Développements de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1966, p. 274-300.
KONICHECKIS, A. 2009. « Filiations sensorielles et processus de subjectivation », *Le divan familial,* vol. 1, n° 22, p. 33-45.
MARTY, P. ; FAIN, M. 1955. « Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet », *Revue française de psychanalyse*, tome XIX, p. 205-264.
MARTY, P. ; FAIN, M. 1956. « Psychanalyse et médecine psychosomatique », *La psychanalyse d'aujourd'hui*, vol. 2, p. 499-573.
MELTZER, D. 1988. « Le conflit esthétique : son r^ôle dans le processus de développement psychique », *Psychanalyse à l'université*, vol. 13, n° 49, p. 37-57.
SOULÉ, M. 1983. « L'enfant imaginaire », dans T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, M. Soulé, *La dynamique du nourrisson*, Paris, ESF.
STERN, D. 1995. *La constellation maternelle,* trad. fr. D. Cupa, Paris, Calmann-Lévy, 1997.
WENDLAND, J. 2017. « Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature », *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, vol. 6, n° 1, p. 5-27.
WINNICOTT, D.W. 1954. « La préoccupation maternelle primaire », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1992, p. 285-292.

Rose-Angélique Belot, Magalie Bonnet,
Delphine Vennat, Denis Mellier

Somatisation chez le bébé, enjeux de la construction des premières enveloppes psychiques et fonction contenante

À partir d'un cas

Le corps du bébé, lieu privilégié des échanges précoces, peut être très tôt impacté par divers troubles somatique sans étiologie organique. Il est préférable de les appeler « troubles à expression somatique » et non « troubles psychosomatiques » pour plusieurs raisons. La première a trait à la souplesse diagnostique nécessaire au tout début de la vie et à l'évitement d'appellations trop catégorisantes. En effet, les troubles du sommeil, de l'alimentation, de la digestion, de la peau (eczéma par exemple) sont très fréquents, ne sont jamais fixés et peuvent donc céder rapidement. La deuxième raison est d'ordre épistémologique. L'être humain est par définition « psychosomatique », constitué d'un psychisme (psyché) et d'un soma (corps). Ce sont les points de vue défendus par les psychosomaticiens à l'IPSO[1] (École de Paris) auxquels nous nous référons. Ces troubles à expression somatique font en effet signe dans le développement de l'enfant et offrent un panel d'expressions privilégiées au niveau du corps du bébé, qu'il faut savoir repérer, écouter mais aussi comprendre.

Une recherche auprès de treize bébés âgés entre 0 et 4 mois nous a permis d'observer comment les somatisations précoces sans étiologie

1. Institut de psychosomatique Pierre Marty.

organique peuvent s'énoncer au sein des processus intersubjectifs au cœur de la triade, père, mère, bébé. Corps et psyché se coconstruisent, toujours dans une interrelation et en étroite dépendance avec l'environnement.

Si cette recherche nous as permis de constater que les origines et les sources de la somatisation chez le bébé sont systématiquement différentes et particulièrement hétérogènes dans leur nature, leur expression, leur forme, le modèle conceptuel des enveloppes psychiques (Anzieu, Houzel et coll., 1987) et la « fonction contenante » (Mellier, 2005, 2012) s'avèrent précieuses pour comprendre les enjeux majeurs du développement à cette période.

La rencontre et l'observation à domicile de Madras, 2 mois et 15 jours, qui a présenté très rapidement après sa naissance des troubles du sommeil, de la digestion et de l'eczéma à 3 mois, nous permettra d'illustrer notre propos. Tout ce qui se joue à l'interface des aspects corporels et psychiques chez le bébé est crucial à prendre en compte pour saisir les enjeux du développement psychosomatique mais aussi pour aider les parents dans leurs fonctions d'étayage et de soins à leur bébé. Cette situation, nous le verrons, apparaît paradigmatique des difficultés en termes d'enveloppe et de contenance qu'un bébé peut rencontrer à cet âge.

Mais revenons au préalable sur les apports théoriques qui nous ont permis de nourrir nos observations et notre réflexion. Dans les années 1970, les travaux de Léon Kreisler, psychanalyste et pédopsychiatre français, Michel Fain, psychanalyste et psychosomaticien français, Michel Soulé, psychanalyste français et professeur honoraire de pédopsychiatrie (Kreisler et coll., 1974), ont mis en évidence le lien entre une symptomatologie somatique du bébé et la qualité du fonctionnement interactif primaire.

Par ailleurs, les travaux et les recherches issus de la perspective psychosomatique de Pierre Marty, appliqués à la triade (Debray, 1991, 2001), apportent une compréhension fine du fait somatique chez le bébé. Il nomme « mosaïque première » (Marty, 1981) les fonctions éparses chez le bébé (sommeil, alimentation, digestion, respiration…). Bien qu'elles s'enracinent toujours au sein d'un investissement objectal, initialement ces fonctions opèrent côte à côte en étant dénuées de liens les unes avec les autres, et se caractérisent par une absence d'unité corporelle qui les relieraient. Nous soulignons qu'Esther Bick, la psychanalyste britannique d'origine polonaise, avait déjà avancé ce type de conceptions théoriques dans sa thèse en 1968. L'objet externe revêt alors une grande fonction, celle de les coordonner par l'intermédiaire des soins concrets et quotidiens. Nous saisissons ici toute l'ampleur du « travail psychique, corporel, affectif, émotionnel » que les « pourvoyeurs de soins » réalisent quotidiennement au contact d'un bébé. P. Marty ajoute que si cet investissement « cohésif » est incorrect ou insuffisant, alors le développement des fonctions est anarchique.

Pour Rosine Debray, professeure de psychologie clinique, psychanalyste, ce sont les caractéristiques du système préconscient maternel qui sont au premier plan et filtrent « les excitations, en trop ou au contraire insuffisantes, venues du monde externe comme du monde interne au bébé et à la mère » (Debray, 1991, p. 44). Si le traitement psychique de l'adulte est défaillant ou insuffisant et la surcharge patente, les voies préférentiellement empruntées par le bébé sont celles qui engagent la motricité, le comportement et bien entendu l'expression somatique : difficultés de sommeil, troubles digestifs, cutanés, respiratoires…

Aujourd'hui et particulièrement pour la situation que nous allons décrire, le modèle conceptuel des enveloppes psychiques et de la fonction contenante retient toute notre attention. En effet, ces notions conceptuelles éclairent finement les faits cliniques que nous avons pu observer et permettent de visualiser concrètement ce qui peut faire défaut au sein des échanges triadiques père-mère-bébé.

C'est tout d'abord Esther Bick (1968) qui a développé chez le bébé les premières conceptions théoriques des enveloppes psychiques et de leur développement. Elle s'est en effet appuyée sur les possibilités du bébé de rencontrer un objet optimal en capacité de transformer ses « éprouvés bruts » évacués dans l'environnement. Le bébé intériorise alors les propres fonctions contenantes de sa mère. Parallèlement, Wilfred Bion, psychiatre et psychanalyste britannique (1962), nous a permis de saisir l'ampleur du travail de détoxification que réalise la mère à l'endroit des projections brutes du bébé à travers la notion de rêverie maternelle et de fonction alpha. Mais globalement, la fonction contenante a été travaillée chez Winnicott, le pédiatre et psychanalyste britannique, lorsqu'il a développé les notions de *holding*, de *handling*, d'*object presenting.* Il avait ainsi montré comment une « contenance » concrète agit pour tenir le bébé suffisamment, pour l'entourer, mais aussi sur un plan plus subtil, pour mettre à sa disposition une enveloppe non seulement protectrice mais aussi suffisamment stimulante avec la possibilité de lui présenter le monde environnement et ce qu'il peut ressentir de façon suffisamment ajustée.

Dans l'histoire des idées, le psychanalyste français, Didier Anzieu, s'est appuyé sur les premières conceptions de Freud : « Le moi est avant tout un moi corporel » (Freud, 1923), pour développer son propre modèle du « Moi-peau » (1995) et des enveloppes psychiques.

La notion d'enveloppe psychique est devenue peu à peu un modèle conceptuel qui désigne une fonction (de contenance) et non son contour. Le groupaliste et psychanalyste, René Kaës (1979), distingue en effet dans la fonction contenante, le contenant proprement dit du conteneur. Le contenant représente la possibilité qu'un réceptacle passif existe au préalable. Or, cela ne va pas de soi et est en lien, entre autres, avec la qualité de l'attention,

perçue même comme la qualité principale de la fonction contenante de l'objet (Ciccone, 2001). Ce travail de l'attention est fondamental pour comprendre plus finement les processus de contenance, il participe à un véritable travail de symbolisation (Mellier, 2007, 2014). Le contenant sera susceptible d'accueillir les sensations-émotions-images-affects du bébé tandis que la fonction conteneur, quant à elle, transforme à proprement parler. Elle renvoie à la fonction alpha de Bion et est assurée par la personne adulte qui s'occupe concrètement et quotidiennement du bébé, à travers les soins mais aussi tous les échanges, jeux, plaisir de la rencontre, découvertes mutuelles de l'environnement.

La construction de l'enveloppe psychique du bébé résulte donc de l'intériorisation d'un objet contenant ou de la fonction contenante de l'objet. Le modèle de la fonction contenante s'étend bien entendu à l'ensemble des régulations triadiques. Ce sont les parents (objets externes) qui positionnent le bébé au contact du monde extérieur et le lui présentent selon leurs propres ressources internes. Ces aspects sont d'une importance cruciale car la manière d'appréhender le monde extérieur et la propre subjectivité de la mère influencent considérablement les liens qu'elle va tisser et nourrir avec son bébé. Cela est également vrai pour le père et la manière dont il influence le développement du bébé.

Madras, à 2 mois et 15 jours[2]

Nous ne relaterons pas ici l'intégralité de ce cas clinique qui a par ailleurs fait l'objet d'une publication (Belot et Bonnet, 2016), mais ciblerons notre propos sur certaines observations à domicile qui montrent de façon particulièrement probante le défaut de contenance et les difficultés en termes de construction des enveloppes psychique et corporelle.

Âgé de 2 mois et 15 jours, ce bébé présente depuis sa naissance des troubles du sommeil, de la digestion et des pleurs. Les troubles n'ont cessé de s'intensifier et sont devenus particulièrement sévères. Il s'agit du premier enfant du couple. Tous deux sont âgés d'environ 30 ans.

Nous réalisions alors une recherche sur l'expression somatique des bébés âgés entre 1 et 4 mois, et sur indication de leur médecin pédiatre, madame et son mari acceptent de participer à notre recherche et nous proposent de les rencontrer à leur domicile.

S'instaurent ainsi avec la maman et Madras plusieurs demi-journées d'observation précise et régulière à leur domicile. Le papa de Madras sera absent car nos visites ont lieu en journée et il travaille. Notre protocole de

2. L'observation a été réalisée par Rose-Angélique Belot.

recherche nécessite la présentation de l'échelle d'évaluation de Brazelton, le questionnaire Symptom Check List, l'observation du bébé lors de temps cruciaux comme les repas, le coucher, le change…, mais aussi du temps exclusivement consacré à madame pour recueillir son vécu en tant que mère.

Les observations à domicile

La première observation à domicile repose sur la présentation de l'échelle de T.B. Brazelton, mais elle échoue car Madras pleure intensément et rien ne pourra modifier son état. Il s'agit également de prendre acte des difficultés de cet enfant ainsi que de ses pleurs intenses et de prendre du temps avec sa maman pour mieux comprendre cette dyade. Une nouvelle observation aura lieu huit jours plus tard. Madras restera en permanence dans un état proche de l'hypervigilance avec une activité motrice considérable. Par ailleurs, il passe sans transition et très brutalement de l'état de sommeil à celui de pleurs. Il témoigne d'une réactivité et d'une sensibilité importantes aux stimuli extérieurs, sans possibilité suffisante de régulation interne.

De même, les scores aux items d'orientation-interaction sont également bas, en réaction à une moindre disponibilité à l'environnement. Nous observons que Madras semble « se fermer » aux stimulations, comme pour ne pas risquer d'être envahi.

Par contre, nous constatons qu'il réagit toujours plus favorablement aux stimulations animées (visage et voix de l'observateur) comparées aux stimulations inanimées (clochette, balle, hochet). Toujours attentif aux interactions langagières et à la voix de l'observateur, il pourra dans ce cadre recouvrer l'état de calme. Madras résiste pour l'instant au fait d'être porté et ne peut se blottir confortablement dans nos bras. Il résiste aussi la plupart du temps aux propositions de câlinage.

Les premières semaines

Madame nous explique l'intensité des tensions au sein du couple auxquelles elle a dû faire face au cours des deux premiers mois. Face aux pleurs de Madras la nuit et aux difficultés de madame pour l'apaiser, c'est le papa qui s'est relevé systématiquement la nuit pour lui donner son biberon. Mais les interventions de monsieur n'ont pas réussi à modifier les pleurs de Madras ; par contre, les tensions et les difficultés au sein du couple ont augmenté. Devant l'impatience de son mari et ses difficultés à supporter les pleurs de leur fils et à le calmer, madame a décidé d'assurer et d'assumer seule tous les soins à leur enfant. Elle se dit vraiment surprise des difficultés que génère un bébé parce qu'elle se sent profondément démunie lorsqu'il pleure ! « C'est pas le tableau qu'on nous brosse ! », dit-elle.

Elle me confie qu'elle cherchait à s'occuper en journée pour lutter contre son propre désarroi face à son fils inconsolable et qu'elle est encore très fatiguée. Elle n'a pu recevoir d'étayage de la part de sa propre mère, elle-même indisponible.

Madras porte à son environnement une attention hypervigilante, et en voiture, madame nous dit qu'il ne pleure jamais, se montrant particulièrement attentif à l'environnement. Nous pouvons observer un premier effet de contenance en voiture mais cette contenance n'est pas suffisante a priori car Madras reste très attentif et vigilant, tendu, et n'accède pas à la détente.

Sur nos interrogations s'agissant du laisser-aller et de l'accès à la détente possible de Madras, Madame nous dit qu'elle ne l'a jamais vu s'étirer ou se détendre. Au contraire, il se cambre, s'arc-boute, tire sa tête en arrière. Elle ne l'a jamais vu non plus en position bras étendu en chandelier de part et d'autre de sa tête, mis à part le premier jour à la maternité. Il adopte souvent une position où il se rassemble, ses deux poings amenés à sa bouche, le reste du corps recroquevillé sur lui-même. Sur la table à langer, nous observerons que Madras détourne son regard de celui de sa mère et tourne systématiquement la tête en direction d'un visage de clown qui est positionné à sa droite, ou alors il fixe intensément le plafond. Là, il ne pleure pas mais est hypervigilant et « comme absent ». Nous observons l'absence de rencontres et de plaisir partagé lors de ce moment. Pourtant, le change est habituellement un temps privilégié dans les contacts et les interactions mère-bébé. Ici, le corps de Madras nous est apparu manipulé mais sans échanges affectifs, ni rencontre émotionnelle ; Madras « s'échappe » au lieu de bénéficier de la rencontre avec sa mère. Durant ces moments, nous avons observé que madame exécute avec beaucoup de compétences tous les soins à son enfant mais sans exprimer d'affects ni manifester d'émotions ; pourtant, elle est d'un abord très sympathique, et elle cherche sincèrement à mieux comprendre son enfant et ses besoins.

De même, nous serons surprise lorsque Mmadame va chercher son fils après un court temps de sieste l'après-midi. Elle n'annonce pas sa venue, le sort de son lit, le prend dans ses bras mais ne lui parle pas. Elle ne manifeste pas non plus de plaisir lors de ces retrouvailles.

Dans le contact avec moi, même si Madame est peu expressive, elle est avenante tandis qu'elle paraît plutôt « froide » et neutre dans les liens avec son fils sur le plan affectif. Le stress concernant les pleurs de son fils et ses difficultés à le comprendre gênent bien entendu son propre laisser-aller et l'expression du plaisir et des affects qui pourraient être partagés. Nous discuterons plus loin ces aspects.

Lorsqu'il pleure, sa mère se tient debout avec lui et lui montre le paysage par la fenêtre, les oiseaux, les arbres, mais ne parvient pas à le sécuriser. Il s'agit davantage de manœuvres motrices pour tenter de l'apaiser sans

réussir à le contenir. La contenance d'un bébé apparaît très éloignée ici des manœuvres de stimulations motrices.

Essais de compréhension et mise en lien

Nous demandons à madame les moments ou Madras paraît plus apaisé et elle m'explique : « À partir du moment où il se retrouve avec le bonnet et la combinaison, on ne l'entend plus […] pourtant, il est engoncé, il n'est pas maître de ses mouvements. » Madame est surprise de l'attitude de son fils dans cette combinaison. Et depuis peu : « Si je lui mets sa combinaison, même à la maison, le temps de remonter la fermeture éclair, il a déjà les yeux fermés, il se détend complètement. » Le bonnet placé sur sa tête apaise également Madras, me dit la mère. Elle associe cette détente au plaisir de Madras de sortir en balade. Je précise alors à madame le besoin et l'intérêt que cet enfant trouve à être contenu, enveloppé et sécurisé, comme c'était le cas pour lui in utero.

Ainsi, à partir de cette première observation (celle relative au fait d'être enveloppé) et en fonction de mes remarques, madame a la possibilité de se représenter à quel point Madras à besoin d'être contenu. Elle associe : « En effet, lorsque je lui tiens les mains, par exemple pour le rhabiller après le bain et que je suis au-dessus de lui, il arrive à se calmer… Ça, c'est flagrant ! »

La mère décrit cette même attitude figée de Madras dans le bain, dont elle se souvient alors : « Il ne bougeait pas, il restait comme ça, les bras ballants [elle l'imite] et regardait fixement [mais pas sa mère]… Il a fallu un jour que je sois avec lui dans le bain pour qu'il prenne conscience de la place qu'il avait. Depuis, dans le bain, il est beaucoup plus remuant. » J'énonce que l'eau peut aussi être un contenant qui le rassure et l'enveloppe, que les limites procurées par son propre corps ont certainement constitué un réconfort dans le bain du fait de la chaleur et de la proximité corporelle, un « peau à peau ».

La chaleur de l'eau et l'aspect d'enveloppe que revêt le liquide s'apparentent à l'effet contenant recherché et attendu par Madras. Son absence initiale de mouvement dans le bain était certainement le fait d'une certaine surprise procuré par ce type d'environnement. Nous notons ici l'effet de « double contenant » ressenti par Madras à la fois par l'eau mais aussi par sa mère à ses côtés, qui l'enveloppe concrètement par son propre corps et ses bras, ce que nous disons à la mère. C'est aussi à ce moment-là qu'il a pu se détendre et être plus mobile.

Nous poursuivons nos observations ensemble sur les propres capacités de consolation et d'apaisement de Madras, par exemple l'utilisation de son pouce. Madame nous précise que c'est seulement lorsqu'il est installé dans son maxi-cosi – la plus grande contention physique obtenue – qu'il réussit à

porter ses doigts à sa bouche, également à s'apaiser. En effet, Madras semble « rassemblé » physiquement dans son maxi-cosi sur le plan corporel. Moins en extension, il peut alors porter son pouce à sa bouche. Madame veillera à l'installer davantage dans ce lieu « de rassemblement ». Les limites importantes procurées par la contention physique peuvent être en effet l'équivalent des bras, des paroles et des bercements de la mère ou des personnes qui s'occupent de lui. Ils peuvent être, dans ce cas, des équivalents du *holding* et du *handling* décrits par Winnicott.

C'est aussi installé ainsi dans son maxi-cosi seul qu'il pourra prendre par la suite la plupart de ses biberons. Il est difficile pour nous, au final, de constater que c'est dans ce lieu que Madras se sent le plus en sécurité et non dans les bras de sa mère.

La survenue d'une autre expression somatique à 3 mois

Âgé de 3 mois, Madras présentera un début d'eczéma sur le torse, mais les parents, réticents au traitement corticoïde, ne l'appliqueront pas. À 5 mois, un staphylocoque doré est détecté et malgré les bains désinfectants, l'eczéma gagnera tout le reste du corps. À 6 mois, Madras est hospitalisé. Très rapidement et sous traitement corticoïde, l'état somatique de Madras s'améliore, les parents ont alors le sentiment de découvrir un autre enfant. Son sommeil est excellent, il est désormais calme, apaisé. Hospitalisé, les parents nous le décriront alors « emmailloté », recouvert intégralement de bandelettes permettant l'efficacité des corticoïdes. Les parents sont rassurés. L'eczéma de Madras est qualifié « d'atopique », aucune cause organique ne venant l'expliquer.

Vers une modification de la contenance du fait des observations

Plus tard, madame nous confiera avoir observé que le simple fait de revenir vers lui calme ses pleurs lorsque le soir, il présente en effet des difficultés d'accéder au sommeil. Confortée par notre écoute, elle comprendra qu'il réclame la présence de ses parents et leurs paroles. Guidée, accompagnée, madame sera en capacité de comprendre les besoins fondamentaux de son enfant en termes d'étayage et de sécurité, car Madras, par ses réactions, lui montre ce dont il a besoin.

De même, les parents ayant observé que Madras cherchait toujours à se tourner sur le côté, ils le couchent désormais « en position PLS[3], une jambe repliée sur le côté », nous dit la mère. Les contacts du corps sont en effet plus importants dans cette position « sur le côté », ce que je confirme et constate.

3. PLS : Position latérale de sécurité.

Ce sont nos observations régulières au domicile qui ont permis à madame d'observer son bébé et de réussir à décoder ses besoins ; petit à petit cela a facilité la détente et l'apaisement des tensions.

Histoire familiale

Monsieur et madame ont tous deux été éprouvés par des histoires familiales douloureuses et, nous pouvons l'avancer, ils ont manqué de contenance.

La mère de madame a présenté un état dépressif important ; son père est décrit comme très exigeant sur le plan éducatif lorsqu'elle était enfant, et n'exprimant jamais ses sentiments, ce que madame n'a jamais compris et interprète comme étant « son secret ».

Elle se dit elle-même étonnée car elle n'a « rien ressenti » à la mort de son père. Monsieur, quant à lui, a également rencontré des difficultés au sein de sa famille. Jeune enfant, il a été confié à une famille d'accueil ; il n'a gardé aucun contact avec les membres de sa fratrie ; voit parfois sa mère, mais très peu.

Discussion de ce cas

Les observations de Madras et de ses parents à domicile ont montré des difficultés à interpréter les besoins d'un bébé, mais aussi des difficultés en termes de contenance parentale, d'enveloppes psychique et corporelle, ainsi que d'étayage au sein des interactions précoces père-mère-bébé.

Du côté des parents

Nous avons initialement observé combien l'expression et la circulation des affects étaient en effet problématique entre ces parents et leur enfant lorsque nous les avons rencontrés pour la première fois. Le bain langagier était insuffisant tout comme les contacts cutanés. Les jeux et le plaisir partagé au sein des interactions étaient de même inexistants. Madame ne réussissait pas à consoler Madras ni à le rassurer par sa voix et son propre contact corporel. C'est l'ensemble des fonctions de libidinalisation qui apparaît défaillant ainsi que l'ensemble du travail psychique qui permet de lier affects et représentations. Cette situation met en évidence ce qui se déroule en amont du système pare-excitation : les effets d'un défaut d'affects parentaux, d'enveloppe suffisamment sécurisante et étayante permettant le développement psychique et somatique conjoint du bébé.

Selon nos observations, les sensations, les émotions et les éprouvés de cet enfant sont à l'époque insuffisamment réceptionnés par la mère et le

père. Le conteneur, si nous reprenons les termes de Kaës, est insuffisant, et la fonction contenante ne peut également réussir à s'exercer.

En effet, les émotions, les préformes d'affects émises par le bébé doivent nécessairement, dans un premier temps, être perçues mais aussi réceptionnées par les parents. Si les messages du bébé (toujours énigmatiques au départ) ne sont pas correctement reçus par les parents, alors des réactions en chaîne circulaires et délétères se forment malheureusement dans les deux sens. Lorsque le travail de réception-transformation n'est pas réalisé par un objet contenant, le bébé réintrojecte une expérience déplaisante et reste démuni, sans aide (*Hiflosighkeit*, Freud). Le retour au calme, l'apaisement des tensions n'ont pas lieu, et en retour, les parents restent eux aussi sans ressource face à l'échec de leurs actions.

Nous ne pouvons ici que mesurer l'importance du vécu des parents et leurs difficultés conjointes à lire et à interpréter les émotions de leur bébé, ses préformes d'affect, mais aussi à s'identifier à Madras et à ses besoins. Leurs propres expériences de réception des émotions et de contenance sont apparues défaillantes. Ainsi, les hypothèses s'articulent autour d'un défaut chez madame d'un objet maternel et parental suffisamment étayant. Ces éléments interrogent sur la nécessité d'avoir été suffisamment contenue (à un moment donné ou à un autre de sa vie) pour réussir à contenir suffisamment. La souffrance psychique chez un bébé est difficile à reconnaître puis à nommer, surtout si les parents sont en difficultés d'identification avec leurs propres parties infantiles.

Pourtant, « la réanimation affective » et l'expression émotionnelle sont toujours possibles. Nous avons vu combien l'observation répétée de Madras à son domicile, en présence de sa mère, a permis à madame de réussir à mieux saisir et de comprendre les besoins de son enfant.

De même, du côté du bébé, de façon systématique dès que je m'approchais de Madras et que je lui parlais, il s'est toujours tourné avec la plus grande attention vers moi, parfaitement calme, tout entier absorbé par ma voix, mes paroles et ma présence. Aussi, les possibilités de « réanimation » et de reprise favorisant le développement de cet enfant me sont-elles apparues tout à fait possibles à ce stade de la rencontre.

La difficulté de rapprochement physique de Madras avec ses parents peut être reliée à un manque initial de sécurité lors des contacts avec autrui, et parallèlement à un travail psychique parental inapproprié à l'endroit de certaines projections brutes du bébé. Dans cette triade, nous avons observé globalement une carence des échanges affectifs, cutanés et un défaut de contenant que l'on peut résumer par le terme « d'enveloppe corporelle défaillante ». Les travaux d'Anzieu sur le Moi-Peau mettent l'accent sur l'importance des premiers échanges physiques et émotionnels pour le développement du bébé. C'est ce manque de stimulation, sur les plans corporel

(enfant peu porté) et affectif (quasi-absence de parole), qui a participé, selon nous, à l'altération de la construction de son enveloppe psychique et à la survenue de l'eczéma (affection de la peau).

Il s'agit évidemment d'un contexte particulier où l'intensité des pleurs de leur enfant a dérouté les parents, les empêchant d'inventer ou de créer des solutions pour être à l'écoute de leur bébé et de ses besoins. Il faut mentionner également l'état d'extrême fatigue et les sentiments d'impuissance maternelle, parentale. L'après-naissance et l'accueil d'un bébé sont en effet des périodes à « haut risque » et de grande vulnérabilité pendant lesquelles les parents sont particulièrement sollicités, en leur nom propre du fait d'un certain nombre de conflits intrapsychiques réactivés, revisités, mais aussi sur le plan de l'immaturité du bébé et de ses besoins impérieux, difficiles à satisfaire.

Du côté du bébé

Il nous est apparu que face au défaut d'enveloppe et de contenance, certains mécanismes de défense se sont mis en place chez Madras.

En effet, l'hypervigilance et l'hypertonicité observées par Madras à la NBAS sont reliées à la défaillance de *holding* et du *handling* maternel et plus largement parental. Toutefois, il faut prendre en compte les données initiales du tempérament d'un bébé qui infléchissent toujours la nature des interactions avec les parents. L'être bébé n'est bien entendu pas démuni en termes de capacités et de compétences, et un autre bébé que Madras aurait eu recours à un style et à des aménagements défensifs sans doute différents.

Pour autant, de très nombreuses manifestations et tensions chez ce bébé n'ont pas trouvé d'issue favorable au sein de la relation nouée entre mère et bébé. Ces tensions internes et musculaires non traitées par la fonction contenante parentale doivent trouver une voie d'écoulement. Elles sont en général évacuées par les pleurs, mais ceux-ci occasionnent des tensions musculaires et un afflux d'air dans l'estomac qui renforcent nécessairement les douleurs stomacales et les difficultés de digestion. Nous ne pouvons qu'observer la succession d'événements délétères « en chaîne ». Ensuite, c'est l'expression somatique qui est visée et qui apparaît comme seul recours possible pour évacuer les tensions en excès.

En outre, le seuil d'excitation chez ce bébé est tel qu'il lui est difficile de développer ses propres stratégies d'autoconsolation. De même, lorsque Madras a franchi un certain seuil dans l'excitation, il est difficile à la mère de trouver l'attitude qui peut favoriser le retour au calme. Mère et enfant sont alors dépassés par l'abondance d'excitations excessives, non traitées sur les plans psychique et corporel.

Nous observons chez Madras, ainsi qu'E. Bick l'a décrit (Bick, 1961), la formation d'une « seconde peau » psychique, ici de type musculaire : raidissement excessif de son corps, difficultés d'accès à la détente, au laisser-aller, pleurs et agitation…, substitut d'un contenant-peau défaillant. Expressions de multiples tensions, le raidissement musculaire traduit également la lutte contre des angoisses archaïques de chute et d'effondrement.

Symptomatologie eczémateuse et défaut de contenant

La pathologie eczémateuse de ce bébé peut être rapprochée des difficultés de contenance. La peau se situe en effet à l'interface des interactions. Lieu d'investissement privilégié des échanges, elle est aussi la première interface impliquée dans la construction des premières enveloppes psychiques et corporelles. Par contre, le défaut de stimulation en termes d'échange mère-bébé et d'expériences tactiles sur le corps de Madras n'est sans doute pas la seule voie d'explications possible. Les compétences du bébé à réguler les excitations et à en produire sont aussi à prendre en compte. En effet, les études sur la régulation émotionnel (Thompson, 1991 ; Cole et coll., 2004) montrent que le tempérament initial d'un sujet constitue une base biologique de type constitutionnel dans l'élaboration des processus d'expression des émotions et leur régulation, même si ces dernières sont difficiles à mesurer car rapidement associées aux régulations plus larges offertes par l'environnement (Cole et coll., 2004). Les facteurs héréditaires (présence d'allergies chez les deux parents) jouent également leur rôle. L'eczéma, selon nos observations, peut aussi survenir lorsque l'enveloppe psychique et corporelle de l'enfant est stimulée en excès par des sensations trop nombreuses, contact trop prolongé, voire intrusion, anxiété maternelle qui se traduit dans la manipulation de l'enfant et globalement une trop grande sollicitude auprès de l'enfant

Le temps de la recherche et l'observation à domicile favorisent les réaménagements au sein des interactions et permettent une meilleure identification au bébé

Spontanée sur le plan verbal et particulièrement désireuse de comprendre son bébé, madame a montré dans un premier temps un net soulagement à pouvoir exprimer les difficultés qu'elle rencontrait et une adhésion forte à la recherche et à nos venues régulières. Elle a bénéficié d'un interlocuteur-observateur des liens précoces, attentif au vécu et au ressenti de Madras. C'est à partir des propres observations de madame qu'il nous a été possible de conforter et de soutenir ses propos, par exemple autour de l'intérêt pour Madras du contact drap-joue, mais aussi de ses besoins en termes de sécurité

et d'enveloppe. Les observations à domicile ont permis également de pointer combien le relâchement musculaire et la détente réussissaient à s'instaurer au moment même de la contention, qu'il s'agisse du bain, du fait d'être emmailloté confortablement dans la combinaison-turbulette, mais aussi à l'hôpital lorsque Madras a bénéficié d'un emmaillotement spécifique avec bandelettes pour soigner son eczéma.

La présence à domicile d'observateurs attentifs peut modifier les échanges. Ici, ils ont permis à cette dyade d'être mieux étayée au quotidien, participant à la réassurance mère-bébé et au mieux-être psychosomatique de Madras.

Ces observations à domicile, même si les bénéfices ont été limités du fait du temps imparti par la recherche, ont permis de modifier les représentations parentales, de comprendre l'origine des pleurs de Madras mais aussi son besoin de contention. Madras et ses parents ont continué à être accompagnés par leur médecin pédiatre et les soignants de l'hôpital.

A postériori et confortées dans nos expériences cliniques et de soins, une prise en charge dans un lieu de consultation père-mère-bébé et des séances de psychomotricité auraient été tout à fait opportunes s'agissant de la contenance, de la construction et du développement des enveloppes psychiques.

Conclusion

L'observation du bébé à domicile et l'accompagnement des parents peuvent modifier leurs représentations des besoins du bébé, mais aussi leur permettre de mieux visualiser les attentes de ce dernier en termes de contenance. L'enveloppe corporelle est une notion qui, selon notre expérience, parle aux parents. Il s'agit aussi du prolongement de la vie in utero du bébé que les parents peuvent parfaitement saisir.

L'observation à domicile et le travail de l'attention avec un tiers ont permis des remaniements fructueux, un apaisement des tensions tant chez Madras que chez la mère. Notre propre fonction contenante est venue participer à des échanges et à des régulations nouvelles.

L'observation du bébé en présence des parents permet de nombreuses possibilités de remaniements psychiques, relationnels, la modification de la représentation du bébé et de ses besoins.

Les difficultés de développement s'inscrivent toujours dans des modalités plurifactorielles, et l'étiologie des troubles somatiques n'y échappe pas. Les éléments se juxtaposent les uns aux autres, qu'il s'agisse du tempérament du bébé, de ses aptitudes à la régulation des émotions, des aspects héréditaires en termes de sensibilité, des données de l'environnement. Aussi,

seule l'étude au cas par cas peut nous renseigner sur les origines de chaque symptomatologie.

S'intéresser sur le plan de la clinique et à titre préventif, à la construction des premières enveloppes psychiques et corporelles chez les futurs parents mais aussi à la manière dont ils ont pu intérioriser une fonction contenante s'avère fondamental. Ces faits rejaillissent indéniablement sur la manière de contenir un enfant et sur sa manière de développer ultérieurement ses propres enveloppes corporelles et psychiques.

Nous percevons à quel point l'étude de l'expression somatique forme un creuset et un outil d'étude exceptionnels pour visualiser la manière dont les liens corps-psyché se tissent et s'organisent. L'expression somatique du bébé s'avère riche pour envisager et penser les liens entre le corps, le développement de la vie psychique du bébé et les phénomènes de coconstruction réciproque au sein des interactions précoces.

Bibliographie

Anzieu, D. 1995. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

Anzieu, D. ; Houzel, D. et coll. 1987. *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.

Belot, R.-A. ; Bonnet, M. 2016. « Défaillance dans la construction des enveloppes psychiques et conséquences somato-psychiques chez le bébé. À partir d'une observation, Madras 2 mois 15 jours », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 64, p. 464-472.

Bick, E. 1968. « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », dans M.H. Williams, *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor-Plage, éditions du Hublot, 1998, p. 135-139.

Bick, E. 1992. « Remarques sur l'observation de bébés dans la formation des analystes », *Journal psychanalytique de l'enfant,* n° 12, p. 14-35.

Bion, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf.

Ciccone, A. 2001. « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique,* n° 17, p. 81-102.

Cole, P.M. ; Martin, S.E. ; Dennis, T.A. 2004. « Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research », *Child. Dev.*, vol. 75, n° 2, p. 317-333.

Debray, R. 1991. « Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique », *Revue française de psychosomatique*, n° 1, p. 44.

Debray, R. 2001. « L'expression somatique dans la triade père/mère/bébé », dans *Épître à ceux qui somatisent*, Paris, Puf, p. 106.

Debray, R. ; Belot, R.-A. 2008. *La psychosomatique du bébé*, Paris, Puf.

Freud, S. 1923. « Le Moi et le ça », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

Houzel, D. 1994. « Enveloppe familiale et fonction contenante », dans D. Anzieu et coll., *Émergences et troubles de la pensée*, Paris, Dunod, 2000, p. 27-40.

KAËS, R. 1979. « Introduction à l'analyse transitionnelle », dans *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.

KREISLER, L. ; FAIN, M. ; SOULÉ, M. 1974. *L'enfant et son corps. Études sur la clinique psychosomatique du premier âge,* Paris, Puf.

MARTY, P. 1981. « La psychosomatique en 1981, les processus de somatisation », *Revue française de psychosomatique,* 2001, p. 161-171 [publication d'une conférence inédite, prononcée par Pierre Marty à Montréal, en septembre 1981, au Congrès mondial de psychosomatique].

MELLIER, D. 2005. « La fonction contenante, une revue de la littérature », *Perspectives psy*, n° 44 p. 303-310.

MELLIER, D. 2007. « La symbolisation "au présent" du bébé. Les enjeux d'un travail d'attention », dans A. Ciccone, D. Mellier (sous la direction de), *Le bébé et le temps*, Paris, Dunod, p. 39-74.

MELLIER, D. 2012. « Contenances et transformation des enveloppes psychiques chez le bébé », *Journal de psychanalyse de l'enfant,* nouvelle série, vol. 2, n° 2, p. 435-467.

MELLIER, D. 2014. « Le bébé et ses enveloppes psychiques », dans N. Presme, S. Missonnier, P. Delion (sous la direction de), *Recherches en périnatalité*, Paris, Puf, p. 165-194.

THOMPSON, R.A. 1991. « Emotion regulation and development », *Educ. Psychol. Rev.,* vol. 3, n° 4, p. 269 307.

WINNICOTT, D.W. 1951. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

Agnès Segura
Denis Mellier

L'impact d'une fausse couche sur le vécu d'une grossesse ultérieure

Les fausses couches précoces, c'est-à-dire les grossesses arrêtées spontanément avant 12 semaines d'aménorrhée, touchent en moyenne entre 12 et 24 % des grossesses, soit environ 200 000 femmes chaque année en France. Du fait de leur fréquence et de la précocité de la perte, elles tendent à être considérées comme un « non-événement ». Pour autant, nous pensons que la fausse couche devient un fait particulier dans la vie d'une femme et dans l'histoire d'un couple car elle colore selon différentes tonalités le rapport et le vécu à la fécondité. Atteinte narcissique, elle peut s'inscrire en écho à d'anciens événements peu ou pas élaborés, et ainsi former des « kystes de souffrance » (Mytnik, 2007) fragilisant un futur « être enceinte ».

La fausse couche, en réactualisant certaines angoisses du féminin (d'ouverture et de fermeture du corps) implique profondément l'image du corps de la femme et sa dynamique psychique. Ce sera notre hypothèse. La fausse couche serait porteuse de souffrances primitives (Mellier, 2005), d'anxiétés plus diffuses et sans objet, qui demandent à se transformer, à se figurer autour d'affects, d'angoisses plus spécifiques.

Un regard nouveau et un intérêt singulier se sont développés pour cet événement, notamment sous l'influence des travaux de certains auteurs, comme Soubieux (2013) ou Missonnier (2019), qui intègrent dans la définition du deuil périnatal de nombreuses situations dont les fausses couches précoces. Plusieurs études montrent l'impact négatif de cette problématique de deuil sur le devenir d'une nouvelle grossesse (Nezelof, 2007 ; Soubieux, 2013).

Nous nous sommes questionnés sur l'inclusion de la fausse couche dans la définition du deuil périnatal. Il s'agit bien de l'irruption de la mort, alors que la vie était attendue, qui interrompt brutalement un processus, celui de la conception, conception signifiant étymologiquement, comme le rappelle Missonnier (2009), contenir l'enfant à venir en le représentant par la pensée et en le formant biologiquement.

Inclure les fausses couches précoces dans la définition du deuil périnatal, c'est reconnaître cette perte comme particulière et l'inscrire dans un projet de parentalité. Mais d'un autre côté, cette perte a un statut spécifique, flou et mouvant, et peut ne pas porter, au niveau des représentations conscientes et inconscientes, sur quelque chose en lien avec le devenir enfant. Comme le souligne le philosophe Galibert (2007), « l'embryon est un trajet ». La perte lors de la fausse couche précoce peut vite céder la place à d'autres pertes, traumatismes, manques, ne concernant pas la parentalité.

La fausse couche précoce *est et n'est pas* un deuil périnatal. Cela variera en fonction des individus et en fonction d'une certaine temporalité. Il nous semble important d'en tolérer le paradoxe.

La fausse couche précoce concerne donc la possibilité ou pas de maintenir à l'intérieur du corps de la femme, au sein d'un « espace creux » (Ferraro et Nunziante-Cesaro, 1990), un fœtus.

Nous nous sommes interrogés, dans le cadre d'une recherche de thèse[1], sur la manière dont la grossesse suivante était vécue, et notamment lors du premier trimestre.

En effet, la particularité de la fausse couche précoce est qu'elle représente un arrêt de la grossesse au cours du premier trimestre. Très souvent, la grossesse n'a pas encore été annoncée à l'entourage. Il est aussi fréquent que la femme n'ait rencontré aucun professionnel médical pendant ce premier trimestre. La première échographie officielle est attendue avec impatience. Mais ce premier trimestre est aussi une période où la femme enceinte peut se retrouver isolée dans ce vécu de début de grossesse avec ses doutes, ses questions, voire ses angoisses. Et lorsqu'il y a eu précédemment une fausse couche et que la femme est nouvellement enceinte, ce premier trimestre est vécu non seulement douloureusement mais aussi dans une profonde solitude.

1. Sous la direction de Denis Mellier et la codirection de Sylvie Nezelof, thèse soutenue en février 2020, à Besançon (Université de Bourgogne Franche-Comté). Notre cadre de recherche prévoyait cinq rencontres dont trois en anténatal au cours de chacun des trois trimestres de la grossesse, et deux en postnatal au cours du premier et quatrième mois du bébé. Différents outils cliniques ont été proposées aux participantes, dont la passation du Rorschach et du TAT, et aux couples, la passation de l'arbre généalogique.

Notre recherche a pu soulever que le statut de cette perte était mouvant, fluctuant, en écho avec l'histoire passée des maternités et en résonance avec la grossesse suivante.

La fausse couche serait synonyme d'un arrachement qui resterait assez énigmatique pour les personnes qui le vivent. Un « en-deçà » de la perte. Lors de la grossesse suivante, le vécu ambigu (au sens de l'ambiguïté chez le psychanalyste Bleger) de la fausse couche agirait comme un « attracteur » d'événements en défaut de représentation, attirant à lui l'informe.

Ce que notre recherche a mis en évidence était que la perte n'était qu'un seul des destins possibles de la fausse couche. Cet éprouvé d'arrachement, au statut polymorphe, peut lors de la grossesse suivante, attirer à lui le pulsionnel auparavant non lié, et s'offrir comme « potentiel de liaison ouvrant à des représentations » (Dessons, 2016). Ces éprouvés pourraient devenir alors des affects, cette fois-ci subjectivables par la psyché. La perte deviendrait circonscrite et qualifiable. Quand ces éprouvés trouvent une traduction psychique possible lors de la grossesse suivante, alors la fausse couche peut devenir une perte figurable. C'est ce que nous allons essayer de retracer ici. Mais avant, afin de comprendre de quelle manière la fausse couche touche le corporel-féminin et réactive certaines angoisses spécifiques, il nous faut rappeler la construction de la psychosexualité de la femme car celle-ci nécessite un certain travail : celui du corporel-féminin.

Les angoisses du féminin

Les débats contemporains autour du développement de la psychosexualité féminine s'attachent à souligner la spécificité de cette construction et les angoisses auxquelles la petite fille puis la femme sont confrontées.

La théorie que la psychanalyste Jacqueline Schaeffer a développée dans son livre, *Le refus du féminin. La Sphinge et son âme en peine* (1997), est d'une portée considérable pour qui veut penser le développement de la psychosexualité féminine et le travail du féminin corporel.

Selon cette auteure, la construction de la psychosexualité passe par trois effracteurs nourriciers permettant à l'appareil psychique de se développer. Ces trois effracteurs correspondent tous à trois épreuves de réalité :

– la poussée constante pulsionnelle est un premier effracteur pour la psyché naissante car le moi, qui à ce stade est immature, est contraint à un travail psychique de transformation ;

– l'épreuve de la différence des sexes ;

– « l'amant de la relation sexuelle de jouissance : celui qui crée le féminin de la femme, frayé par les deux précédentes épreuves, et qui réélabore en

après-coup toutes les figures antérieures de l'étranger effracteur et nourricier, pulsionnel et objectal » (Schaeffer, 1997, p. 25).

Le féminin est ce qui concerne l'ouverture du Moi ou du corps à la poussée constante et exige un « travail du féminin », c'est-à-dire que le Moi doit être capable de s'y soumettre. Le refus du féminin est par conséquent une des « réponses ratées » face à la nécessité pour le Moi d'intégrer cette poussée constante.

Face à ces trois effracteurs, Schaeffer s'interroge sur les solutions trouvées par le Moi, et à chaque effracteur correspond une triple solution toujours combinée :
– soit le Moi en accepte une partie et négocie : ce que Schaeffer nomme le « pôle anal du Moi » ;
– soit il refuse coûte que coûte l'invasion pulsionnelle : c'est la « solution répressive » que Schaeffer nomme aussi « pôle fécal » du Moi ;
– enfin, soit il se soumet à l'invasion pulsionnelle : c'est la « solution pulsionnelle, introjective », ou pôle génital du Moi.

Les travaux de Ferraro et Nunziante-Cesaro (1990) ont particulièrement mis en exergue ce travail du corporel lors de la grossesse. « L'espace creux » de la femme, lors de l'expérience de la grossesse, se remplit, reconvoquant l'expérience de fusion originaire. La grossesse serait la « mère » de toutes les séparations (Lechartier-Atlan, 2001) : séparation d'avec sa propre mère, différenciation-séparation avec le fœtus en soi.

Que se passe-t-il quand cette dynamique est brutalement interrompue par la fausse couche ?

De plein, le corps devient vide. Lors de la grossesse suivante, de nouveau, cet « espace creux » se remplit avec la crainte, cette fois-ci réellement éprouvée par la fausse couche passée, d'une répétition.

Il semblerait que ces angoisses spécifiques soient non seulement réactivées par l'expérience de la grossesse mais renforcées par celle de la fausse couche. Lors de la grossesse suivante, une force pulsionnelle particulièrement intense serait mobilisée, source d'attraction d'éprouvés en souffrance de représentation.

L'événement fausse couche touche par conséquent simultanément quelque chose de corporel, mais aussi du fait de l'étayage profond de la psyché, quelque chose de profondément social. La possibilité d'habiter son propre corps est dépendante de notre capacité de penser que nous sommes une personne par rapport à une autre, et donc de supporter la différenciation entre sujets. Sans cette distinction soi/autre, comment est-il possible d'habiter son corps ?

Nous allons, à travers la présentation d'un cas clinique, montrer ce qui se joue et se rejoue lors d'une grossesse à la suite d'une fausse couche précoce, et de quelle manière, par le biais de la réactivation de ces angoisses

du féminin et donc un certain travail du corporel féminin, rendre possible un processus « d'alphabétisation » de traumatismes passés.

Comment la fausse couche, lors de la grossesse suivante, peut réveiller une trace psychique antérieure

Les deux premiers trimestres de la grossesse suivante : réactivation des angoisses du féminin

Les deux premiers trimestres de la grossesse sont marqués par la présence d'angoisses du féminin particulièrement intenses. Elles sont définies comme une angoisse de pénétration du Moi et du corps par un étranger porteur de la poussée constante pulsionnelle. Le travail du féminin correspond alors à la capacité du Moi de pouvoir se laisser aller à introjecter cette quantité pulsionnelle sans pour autant en être débordé.

Pour l'ensemble des participantes à notre recherche, les deux premiers trimestres sont vécus douloureusement par celles-ci, l'angoisse de la fausse couche est très présente. Cette angoisse ne diminue pas une fois passé le premier trimestre de la grossesse, mais se prolonge au moins jusqu'au seuil de viabilité du fœtus, c'est-à-dire autour du 7e mois de grossesse et parfois au-delà.

Cela se traduit essentiellement par la présence de symptômes somatiques nombreux, envahissants : vomissements gravidiques, contractions intenses, vérification sans cesse d'éventuelles pertes de sang ou de tout autre liquide. Ces angoisses sont bien visibles au Rorschach, que nous avons proposé aux femmes au cours du deuxième trimestre de la grossesse.

Ce qui se passe à l'intérieur de leur ventre est vécu avec crainte, méfiance et suspicion. Rappelons que Melanie Klein a mis en évidence la crainte primordiale des filles, être confrontées à un intérieur invisible, difficilement appréhendable, source d'angoisses intenses dont celles d'avoir un intérieur abîmé, endommagé. Lors d'une fausse couche précoce, et on pourrait penser en fonction aussi de la façon dont s'est déroulée la fausse couche (y a-t-il eu besoin d'une intervention médicamenteuse ou d'un curetage ?), ces angoisses sont fortement réactivées. L'intérieur invisible du corps de la femme est aussi le siège de la fausse couche. Les femmes expriment souvent cette « trahison » de leur propre corps et la difficulté de savoir, lors de la grossesse suivante, comment cela se passe dans cet espace creux.

En parallèle de cette réactivation, les représentations maternelles se figent, l'investissement du fœtus se bloque. Cela se perçoit par une domination du pôle fécal, c'est-à-dire du pôle répressif : le Moi, au lieu de se laisser aller aux remaniements psychiques induits par l'état de grossesse, se ferme,

se bloque. L'invasion pulsionnelle est refusée par le Moi. Ce que nous avons compris en après-coup était que cette fermeture faisait face, tentait de faire barrage au retour du clivé, d'expériences en souffrance de représentation, de deuils non faits. Ce n'est qu'après, une fois le seuil de viabilité dépassé, qu'un certain travail psychique est possible.

Pour autant, nous pensons que le retour du clivé est d'abord présent dans le corps et s'exprime par le biais de celui-ci.

Dépassement du seuil de viabilité du fœtus, émergence des représentations maternelles et retour du clivé

Une fois le seuil de viabilité du fœtus dépassé, rassurées par le fait que la grossesse « tienne » et par le fait que si leur bébé venait à naître il pourrait être « sauvé » par le corps médical, les femmes voient ces angoisses du féminin s'amenuiser au profit d'une réactivation de ce qui fut auparavant clivé. C'est comme si, tant que le seuil de viabilité n'était pas dépassé, le pôle fécal du Moi dominait, empêchant tout travail de liaison possible. Rappelons que, pour Jacqueline Schaeffer, le pôle fécal du Moi est un pôle répressif, se fermant à la pulsion, pulsion vécue comme dangereuse.

C'est le cas pour la quasi-totalité des participantes à notre recherche. M^me^ Chrysalide, par exemple, a été fortement inhibée pendant les deux premiers trimestres de sa grossesse avec des symptômes somatiques forts et bruyants (vomissements gravidiques, contractions intenses l'obligeant à un repos forcé tout au long de sa grossesse). Quelque chose de corporel était au travail. Ses symptômes étaient langage.

Dans la recherche de Karpel et ses collaborateurs (2005), une corrélation a été mise en évidence entre un antécédent de perte périnatale et les vomissements gravidiques lors de la grossesse suivante. Ils ont montré que parmi les patientes présentant des vomissements incoercibles, une partie a vécu une précédente grossesse n'ayant pas donné naissance à un enfant (interruption volontaire de grossesse, fausse couche, œuf clair, grossesse extra utérine, mort périnatale). Selon eux, la perte de l'enfant ayant laissé un vide, les patientes resteraient encore impliquées psychiquement alors qu'une autre grossesse s'engage déjà. Les vomissements gravidiques pourraient traduire une ambivalence vis-à vis du fœtus, ambivalence non exprimée verbalement.

Il nous a plutôt semblé que, dans certains cas, les vomissements gravidiques exprimaient une ambivalence envers ce retour du clivé. Pour M^me^ Chrysalide, les vomissements ont sûrement représenté une tentative de se purger contre le retour d'un traumatisme passé : celui d'un abus sexuel. En tant que tel, un symptôme ne peut revêtir la même signification pour chaque individu mais prend un sens particulier au sein de la complexité

psychique des personnes. Ici, il nous a semblé qu'il s'agissait, avec le recul des entretiens et l'analyse transféro-contre-transférentielle, d'une ambivalence envers le traumatisme vécu, ambivalence permettant de fait la possibilité de pouvoir le penser. Pour M^me^ Travaux, la grossesse suivante a été pour elle la possibilité de mettre au travail un deuil gelé, celui d'un petit frère décédé avant qu'elle-même naisse. Le travail de liaison a pu s'effectuer après la naissance de leur bébé et permettre à M^me^ Travaux de s'inscrire dans sa génération. Pour M^me^ Dahlia, la grossesse suivante est venue résonner avec un autre deuil périnatal.

Il semblerait que lorsqu'il y a eu fausse couche, la grossesse suivante soit rythmée par la prégnance de deux étapes bien particulières, et non de trois comme l'ont mis en évidence certains auteurs (Raphaël-Leff, 1991 ; Missonnier, 2009).

Il y a en effet un consensus autour de ce découpage : au cours du premier trimestre, la femme découvre qu'elle est enceinte. Son désir d'enfant ou de grossesse rencontre la réalité. Son corps tout entier est en ébullition. Cependant, c'est une période aussi où la femme et le couple vont devoir attendre et patienter car il est trop tôt pour l'échographie, trop tôt pour annoncer généralement la grossesse par peur de faire une fausse couche, trop tôt pour déclarer sa grossesse à la Sécurité sociale, trop tôt pour arborer un ventre rond, trop tôt pour sentir son bébé bouger, trop tôt pour connaître son sexe, etc. Cette temporalité opposée entre le ressenti et la réalité, entre le désir et sa réalisation, est source de sidération et de vacillement (Spiess, 2002).

Au cours du deuxième trimestre, les choses se précipitent : la grossesse est annoncée, déclarée officiellement, les mouvements fœtaux sont ressentis, les malaises du premier trimestre ont généralement disparu. Ce deuxième trimestre est souvent ressenti par les femmes comme épanouissant. Le fœtus commence à pouvoir se représenter grâce à l'échographie. Son sexe peut être connu.

Enfin, au cours du troisième trimestre, les parents préparent concrètement la venue de leur enfant et se préparent à l'accueillir. C'est généralement au sein de cette période que la femme, et parfois le couple, suit les cours de préparation à la naissance. L'angoisse face à l'accouchement peut se faire présente.

Or, lors de la grossesse à la suite d'une fausse couche précoce, nous avons observé la présence de deux moments forts : les deux premiers trimestres sont d'abord marqués par la réactivation des angoisses du féminin de la femme, la domination du pôle fécal, et une suspension du travail psychique induit par l'état de grossesse. Puis, dans un deuxième moment qui correspond au troisième trimestre, celui-ci est marqué par un abaissement des angoisses du féminin et l'émergence de représentations maternelles. Le pôle fécal du Moi laissant un peu la place au pôle anal, permettant une certaine

introjection pulsionnelle. Tout se passe comme si la seconde étape, classiquement décrite, était « recouverte » par le premier temps d'incertitude ; les souffrances présentes au début perdurent jusqu'au 7e mois.

Ce processus signifie aussi la possibilité que des expériences restées en souffrance de représentations, d'éléments qui furent clivés, voire agglutinés, fassent retour.

La fausse couche, lors de la grossesse suivante, agirait comme un attracteur de ces éprouvés, mais ceux-ci ne pourraient accéder à la conscience qu'une fois le seuil de viabilité du fœtus dépassé, voire qu'après la naissance de l'enfant avec le risque que cela infiltre les premiers liens. Toutefois, ce travail de mise en sens peut aussi permettre que la fausse couche devienne une perte circonscrite, et favoriser un certain travail de figurabilité psychique de ces expériences vécues mais non éprouvées auparavant.

Conclusion

La fausse couche, événement fréquent, ne peut continuer pour autant à être banalisée. Elle est souvent source d'anxiétés indicibles, de souffrances qui concernent l'identité même de la femme. Elle toucherait le corporel-féminin de la femme et réactiverait les angoisses du féminin auxquelles elle a été confrontée dans sa construction psychique.

Lors de la fausse couche, les femmes et les couples ne savent généralement pas de quelle perte il s'agit. Il semblerait que la fausse couche soit un en-deçà de la perte, son statut flou, évolutif et polymorphe. Lors de la grossesse suivante, la fausse couche agirait comme un attracteur d'événements en défaut de représentation. Ce sera en fonction du travail psychique possible, lors de la grossesse suivante, autour de ces éprouvés en souffrance que la fausse couche va pouvoir potentiellement prendre la forme d'un affect et devenir une perte circonscrite, voire représentable. Il est important, pour nous professionnels, d'être sensibilisés à ce qui peut se jouer, voire se rejouer, lors de la grossesse à la suite d'une fausse couche précoce. Il nous semble qu'une exploration plus fine des angoisses du féminin de la femme nous permettrait de mieux explorer la complexité des mouvements psychiques en présence.

Bibliographie

André, J. 2003. *Mères et filles : la menace de l'identique,* Paris, Puf.

Bellion, E. 2001. « Agressivité et grossesse ; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère-bébé », *Devenir*, n° 13, p. 67-83.

Bleger, J. 1985. *Symbiose et ambiguïté*, Paris, Puf.

BOKANOWSKI, T. ; GUIGNARD, F. 2012. *La relation mère-fille, entre partage et clivage*, Paris, In Press.
BOTELLA, C. ; BOTELLA, S. 2007. *La figurabilité XE « figurabilité » psychique,* Paris, In Press.
BRAUNSCHWEIG, D. ; FAIN, M. 1975. *La nuit, le jour*, Paris, Puf.
BYDLOWSKI, M. 2001. « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », *Devenir*, vol. 13, n° 2, p. 41-52.
CABROL, G. ; EMMANUELLI, M. ; NAYROU, F. ; PARAR, H. 2013. *La sexualité féminine,* Paris, Puf.
CALIBERT, C. 2007. *L'anthropologie à l'épreuve de la mondialisation*, Paris, L'Harmattan.
CHASSEGUET-SMIRGEL, J. 1988. *Les deux arbres du jardin. Essais psychanalytiques sur le rôle du père et de la mère dans la psyché,* Paris, Des femmes.
COURNUT-JANIN, M. 1998. *Féminin et féminité*, Paris, Puf.
DESSONS, M. 2016. « Le régime de l'angoisse. Les tornades de Tom : fureur et carnage », dans J. André, C. Chabert, *Vie et mort des affects*, Paris, Puf, p. 39-66.
FERRARO, F. ; NUNZIANTE-CESARO, A. 1990. *L'espace creux et le corps saturé. La grossesse comme agir entre fusion et séparation*, Paris, Des femmes.
FERRO, A. 2014. *Éviter les émotions, vivre les émotions*, Montreuil-sous-Bois, Ithaque.
FREUD, S. 1931. *Sur la sexualité féminine,* Paris, In Press.
GODFRIND, J. 2001. *Comment la féminité vient aux femmes,* Paris, Puf.
GUYOMARD, D. 2009. *L'effet-mère : l'entre mère et fille. Du lien à la relation,* Paris, Puf.
JANIN, C. 1996. *Figures et destin du traumatisme,* Paris, Puf.
KARPEL, L. ; GMELINE, C. DE ; SCHOENBERG FEJZO, M. ; WAKEFIELD MACGIBSON, K. 2005. « L'approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 34, n° 5, p. 507-508.
LE GUEN, A. 2001. *De mères en filles : imagos de la féminité,* Paris, Puf.
LECHARTIER-ATLAN, C. 2001. « La grossesse "mère" de toutes les séparations », *Revue française de psychanalyse*, vol. 65, n° 2, p. 437-449.
MELLIER, D. 2005. *Les bébés en détresse, travail de lien et intersubjectivité. Une théorie de la fonction contenante,* Paris, Puf.
MELLIER, D. ; BELOT, R.-A. ; CANDILIS-HUISMAN, D. ; CUYNET, P. ; EIGUER, A. ; HOUZE, D. ; MISSONNIER, S. 2015. *Le bébé et sa famille. Place, identité, transformation,* Paris, Dunod.
MINJOLLET, P. DE. 2017. *Quand la grossesse prend corps : de la grossesse à un an du post-partum, approche clinique et projective de l'image du corps de la femme en période périnatale*, thèse, université de Sorbonne Paris Cité.
MISSONNIER, S. 2009. *Devenir parent, naître humain*, Paris, Puf.
MYTNIK, B. 2007. *IVG, fécondité et inconscient : l'absence de la chair,* Toulouse, érès.

NEZELOF, S. 2007. *Deuil anténatal : une clinique du chagrin maternel : évaluation prospective comparée des troubles psychiques après interruption médicale de grossesse et après arrêt spontané de grossesse,* thèse, université de Besançon.
PARAT, H. 2001. *Sein de femme, sein de mère*, Paris, Puf.
PARAT, H. ; MISSONNIER, S. 2019. *Maternités*, Paris, Puf.
RAPHAEL-LEFF, J. 1991. *Psychological Processes of Childbearing*, New York, Springer.
SCHAEFFER, J. 1997. *Le refus du féminin. La sphinge et son âme en peine*, Paris, Puf.
SOUBIEUX, M.-J. 2013. *Le berceau vide,* Toulouse, érès.
SPIESS, M. 2002. « Le vacillement des femmes en début de grossesse », *Dialogue*, n° 57, p. 42-50.

Équipe de l'unité parents-bébé
du centre hospitalier Montfavet-Avignon

La bouche dans tous ses états

Expériences et témoignages de l'équipe soignante de l'unité parents-bébé du centre hospitalier de Montfavet[1]

Introduction
Aude Penel Lefevre, psychologue clinicienne

La question « soins, corps et langage » a amené notre équipe à s'interroger sur un organe essentiel de la vie du bébé, la « bouche », lieu plein de mystère et de fait le lieu premier de sa construction. Nous avons donc fait le choix de centrer toute notre attention sur des scènes de « bouche », sans trop savoir vers quoi cela allait « déboucher », où cela allait nous conduire.

Dans le langage populaire, nous connaissons ce vieux proverbe : « La vérité sort de la bouche des enfants ! » Nous parlons aussi de la « mauvaise langue ». En clinique périnatale, nous nous appuyons sur le concept kleinien du « bon sein » et du « mauvais sein », et la culture africaine nous ouvre au « bon œil » et au « mauvais œil ». Pourrions-nous parler de la « bonne bouche » et de la « mauvaise bouche » ?

Pourtant, les fantasmes ne manquent pas dans les contes : mordre la pomme et s'endormir pour toujours ; embrasser la princesse qui se réveille ; le bisou de la princesse qui transforme le crapaud en prince ; la gueule dévoratrice du loup face au « que tu as une grande bouche ! » ; et pourquoi tant d'ogres dans les contes… La bouche est en effet souvent au rendez-vous de nos angoisses fondamentales et dans les moments de bascule, de métamorphose, les plus cruciaux.

---

1. Nous remercions notre stagiaire psychologue, Lola Polignone, pour sa participation active à ce travail.

Dans notre clinique, infirmière, éducatrice, psychomotricienne, psychologue, chacune de notre place, nous nous sommes alors laissées aller à observer, associer, rêver, éprouver les bouches que nous rencontrons au fil de notre pratique. À l'unité parents-bébé, nous recevons des parents et des bébés en souffrance dans leur rencontre, dans leur lien en construction. Nous rencontrons des bouches ordinaires ou pas ordinaires dans des situations peu ordinaires.

Les histoires de bouche, cela débute in utero. Les études et les recherches scientifiques actuelles confirment que la sphère ORL du fœtus est mature dès sa 13e semaine de gestation. Par des mouvements d'ingestion et de régurgitation du liquide amniotique, le fœtus perçoit les quatre saveurs fondamentales, l'amer, l'acide, le sucré, le salé, apportées par l'alimentation de la mère et ses propres productions urinaires et intestinales.

Par ailleurs, parmi tous les mouvements qu'effectue le fœtus, les mouvements de sa main vers sa bouche sont repérés comme les plus fréquents. Certains fœtus portent la main à la bouche dès la 12e semaine et tètent leur pouce dès la 16e semaine. Un jumeau peut porter à sa bouche le pouce de son jumeau.

Il existe donc une relative continuité transnatale du fœtus au nouveau-né dans ses réceptions gustatives et ses jeux de bouche.

La bouche est un organe essentiel à la vie. Elle est dotée d'un mécanisme physiologique fondamental dans l'économie du corps.

La bouche est le creux du premier cri et du dernier râle, il y a la vie et la mort.

La bouche est le premier pôle de contacts sensuels et sensoriels avec le monde extérieur.

La bouche, espace d'autoérotisme et objet partiel de pulsionnalité, est le premier théâtre de la genèse du moi corporel et le siège des toute premières conflictualités.

La bouche est une interface entre le dedans et le dehors, une porte qui s'ouvre et qui se ferme, au monde, aux autres et au paysage intérieur.

La bouche est un lieu d'attraction qui attire le bébé quand il regarde le visage de sa mère.

La bouche est la toute première main qui permet une capture.

Dans notre clinique, la bouche est un espace d'enjeux majeurs. Elle est l'un des théâtres des troubles du lien. On s'y bat, on s'y étreint, on s'y perd. Comment le parent investit-il la bouche de son enfant ? Comment le bébé investit-il sa bouche et celle de son parent ? Comment nos bouches de soignants entrent-elles en scène ?

Voilà, pour une mise en bouche !

Les bouches malformées, les bébés nés avec une fente labio-palatine

Caroline Monin, psychologue clinicienne, psychanalyste
Florence Mairey, puéricultrice
Jessica Ramos, infirmière
Jeanne-Élisabeth Prévot, psychomotricienne

Dans son article : « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant » (*Jeu et réalité,* 1971), Winnicott écrit : « Que voit le bébé quand il tourne le regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. »

Lorsque M^me^ B et Kenny arrivent à l'unité, Kenny a 1 mois et demi. Sa maman est une toute jeune femme. Elle cache en son sein ce minuscule bébé à la bouche pas suturée. Les coupures sont profondes, la chair des lèvres en lambeaux. Entre pas de bouche et trop de bouche. Une bouche qui aurait subi une explosion. M^me^ B blottit Kenny tout contre elle. Elle ne veut pas du regard des autres, elle le redoute. Elle aime cette « petite malformation ». Mais la malformation prend de la place et c'est cette bouche comme explosée qui se voit au milieu de la figure et capture le regard, puis le fait se détourner ou pas. Selon ce que l'on peut tolérer. En effet, lorsque l'on regarde Kenny, ce qui saute aux yeux est cette lèvre supérieure entaillée profondément de part et d'autre du sillon naso-labial. Pour certains membres de l'équipe, Kenny est difficile à regarder, pour d'autres moins. Certains y voient le monstrueux, l'informe, le repoussant et le presque inhumain, d'autres s'identifient à cette cicatrice visible comme venant dire au-dehors les détresses intérieures souvent invisibles et muettes.

Lettre de Jessica à Kenny

La première fois que je t'ai aperçu, tu étais dans ton landau, dans le couloir. Tu portais un bonnet bleu, emmitouflé, caché… Et pourtant, en se penchant, je ne pouvais pas la rater : ta bouche malformée, ces deux larges fentes… Tu as une double fente labio palatine… Et ma collègue qui me présente à toi te trouve mignon, paisiblement endormi. Ta maman arrive… Une jolie jeune femme : élancée, blonde, les yeux gris… Quel contraste !

C'est moi qui vous accueille en hôpital de jour… Je ne peux pas te cacher que les premiers jours ont été difficiles pour moi… Ta maman te surinvestissait… Elle embrassait tes fentes à pleine bouche ! Tu la dévorais des yeux… Tu souriais beaucoup, à 3 mois déjà… Ton sourire me répugnait… Mes poils se hérissaient, mes jambes flageolaient… Combien de fois, je me suis réfugiée

au bureau infirmier pour dire des monstruosités. J'ai choqué certaines de mes collègues… Je culpabilisais d'avoir ce genre de ressentis.

Très vite, je tanguais… Ta maman ne pouvait pas te laisser une minute de répit… Pendant ton biberon, elle te l'enlevait de la bouche pour surveiller la quantité que tu buvais pourtant avec une telle compétence ! Pendant que tu jouais, elle t'interrompait pour te chatouiller, te bisouiller. Pendant que tu dormais, elle te réveillait pour se rassurer… J'oscillais entre lui dire de te laisser tranquille, et son besoin à elle de te surinvestir !

J'ai appris que tu étais un bébé désiré mais arrivé très, trop, vite… Tu t'es accroché pendant un voyage en Thaïlande… C'est à 5 mois que tes parents ont appris que tu présentais une malformation. Ils ont eu peur. Ils ont même pensé interrompre ta vie, à l'étranger. Ils ne l'ont pas fait. Ils t'ont attendu.

Quand ce fut ton heure, tu es arrivé très rapidement ! Ta maman n'a pas souhaité te voir seule. Elle a attendu que ton papa remonte de la machine à café. Elle avait peur ! Puis ton papi a ramené, lors de sa première visite, une tétine pour prendre des photos. Ta maman dira à demi-mot que c'était pour cacher ta bouche ! Depuis ta rencontre, ta maman est sur un mode fusionnel… Tu es son bébé bonheur. Tu es celui qui doit sauver tes parents ! Une sacré mission qu'elle te fait porter !

La vie et l'enfance de ta maman ont été chaotiques. Ton papa est toxicomane. Tu sembles vivre dans un climat agité, et verbalement pas très serein… Pourtant, tous deux ont pour toi une attention maternelle et paternelle. Ils se préoccupent de toi !

À force de te découvrir, mon corps n'a plus manifesté de réactions physiques… Restait en moi ce qui est de l'ordre de la monstruosité que tu portes à mes yeux… Ta bouche toujours ouverte, ta bave intensive, la façon que tu as de porter à la bouche tes doigts et les objets…

J'ai l'impression que cette surface de ton corps est ultrasensible. Je n'arrive pas à penser ce que tu peux ressentir… Je m'interroge… Ta maman ne m'aide guère puisqu'elle porte toujours cette idée d'un bébé super fort et super compétent ! Tu es toujours à ses yeux son sauveur… Pour toi, elle veut se battre. Pour vous, ton père doit faire une cure de désintox !

C'est au détour d'un rendez-vous médical que ta maman expliquera qu'elle n'a pas souhaité que tu te fasses opérer à la naissance. Elle avait peur pour ta vie, elle avait peur de ne pas pouvoir créer de lien avec toi, de passer à côté de ta naissance, de ta rencontre. Là, tu vas te faire opérer fin août, le 29. Tu auras 7 mois… Une semaine d'hospitalisation, 3 semaines pendant lesquelles tu ne pourras pas porter tes mains à ta bouche… Une période que mes collègues portent avec beaucoup d'inquiétude quant à ton développement psychomoteur. Une période que je porte avec plus d'enthousiasme ou de naïveté. Une période où certes, tu ne pourras pas faire comme les autres, mais, à mon sens, tu ne peux déjà pas faire comme les autres. On prépare quand même cette intervention, on

écoute les conseils des pédiatres et de ta chirurgienne. Tu démarres l'alimentation à la cuillère. Tu as tout juste 4 mois…

Et là, je réalise. J'ai mal pour toi. La purée passe par ton nez. Et selon l'aliment, le fruit ou le légume, tu hurles d'inconfort et de douleur ! Tu manges quelques cuillères avec plaisir et hop ! Ça passe par le nez et tu hurles ! Et ta maman se sent seule parce que dans ta famille, ils n'osent guère te donner à manger… Par contre, tu as grandi et ta maman accepte de te laisser un petit espace que pour toi… Elle s'adapte davantage. Et depuis peu, elle te fait garder la journée dans le cercle familial pour pouvoir travailler avec papa. Ils font leur dernière saison ensemble au restaurant de ton grand-père paternel.

Cette reprise va nous éloigner… Maman suspend vos venues en hôpital de jour pour pouvoir travailler. Elle souhaite garder vos soins en ambulatoire. Elle envisage que vous reveniez après l'opération !

Cette opération… J'ai peur, je crois que le mot est juste, de te revoir après… Différent… Comme je comprends ta maman ! Elle aussi tu sais, elle a peur… De ne pas te reconnaître, tout en sachant que tu resteras profondément le même…

Témoignage de Florence

Au moment où je fais la connaissance de Léon, il a 2 mois, c'est un beau bébé, potelé, joufflu, souriant, mais il présente une fente labio-palatine. Ses parents, adressés par leur pédiatre, sont bouleversés, surtout maman qui n'accepte pas cette « injustice ». Elle voulait un beau bébé, un bébé parfait, un bébé comme son premier enfant. Léon est tranquille, il met déjà son pouce à la bouche et sa petite main se positionne de telle façon qu'elle cache sa fente. Durant l'entretien médical, sa maman peut dire tout son mal-être, toute sa colère, toute sa peur aussi, que Léon présente une pathologie plus grave. Elle nous dit qu'elle ne peut pas sortir avec lui, se promener avec lui. Le regard des autres est insupportable, et les camarades de sa fille pourraient aussi se moquer d'elle.

Nous proposons des journées d'hospitalisation de jour à cette dyade, une fois par semaine. Ils viendront cinq fois, avec une psychothérapie mère-bébé associée. Cette maman parle beaucoup de tout ce qui la traverse, de ses sentiments mêlés : colère, rejet, culpabilité, effondrement. Moi, ce que je perçois c'est son attachement, sa tendresse, son amour pour son bébé. Elle peut alors exprimer la peur qu'elle a pour lui, pour sa vie future, sa peur qu'il ne vive pas une vie « parfaite ».

Le dernier jour d'hôpital de jour arrive, elle me montre des photos de bébés avec une fente labio-palatine opérée, un avant/après, et tout d'un coup une émotion monte en moi, j'ai les larmes aux yeux, je les contiens, je souris, je ne sais pas trop ce qui se passe. Je me tourne vers Léon, nos regards se rencontrent, nous nous sourions comme souvent, mais j'ai le sentiment étrange de le voir différemment, de le regarder sans pudeur, sans filtre, et je ressens une vraie connexion avec ce petit bonhomme. Je ne le trouve pas beau, comme je voulais

m'en persuader. Je pense alors à ma collègue qui est aussi référente d'un bébé avec une fente labio-palatine. Dans les premiers jours, elle avait beaucoup de difficultés à regarder le bébé dont elle s'occupait.

Pourquoi me suis-je dit qu'il fallait que moi, je le trouve beau ? Que je sois forte ? Je ne sais pas trop répondre à cette question. Mais je me rends compte que mon empathie envers cette maman est plus forte. Elle a tout simplement peur pour son petit garçon. Peur de tout ce que cette malformation peut engendrer pour son bébé : rejet, moqueries mais aussi souffrance physique, psychique et séquelles diverses.

En guise d'épilogue

C'est à son visage que l'on identifie quelqu'un, à ses traits. On cherche les ressemblances qui permettent l'inscription dans la lignée. On traque les particularités, ces petites choses qui n'appartiennent qu'à ce visage et qui font toute sa singularité. Mais quand la bouche, lieu central du visage, est difforme, peut-on vraiment regarder l'ensemble du visage ? Est-ce que la fente ne prend pas tout l'espace, obligeant à ne regarder que cela, sans pouvoir rencontrer l'autre dans ce qu'il a de plus précieux, son identité ? L'identité se confond-elle avec la fente ?

Si cette citation de Winnicott nous accompagne, c'est d'abord du fait de nos propres éprouvés face au visage de ce bébé. Que voit Kenny lorsqu'il nous voit le voir ? Lorsqu'il nous regarde le regarder ou éviter de le regarder, ce qu'il voit c'est lui ! Pourtant Kenny ne se limite en rien à sa malformation mais sa malformation enserre la façon dont l'environnement l'appréhende et l'identifie. La bouche du bébé est ce lieu que tout regard parental traque pour tenter d'y lire ce que l'enfant pourrait vouloir transmettre. On s'y perd dans l'attente du premier sourire, avec le fol espoir de créer ce sourire.

Les séquelles des fentes labio-palatines peuvent être d'ordre esthétique : un sourire disgracieux, un nez et une lèvre asymétriques, des cicatrices ressenties comme de véritables stigmates ; mais elles peuvent également être fonctionnelles : un défaut d'élocution, une mastication perturbée ou une acuité auditive diminuée. Néanmoins, M^me^ B transmet peu de ce type de préoccupations, contrairement à la maman de Léon. Pour l'un comme pour l'autre, leurs cicatrices précoces à jamais inscrites dans le corps, si infimes soient-elles, s'imposent comme une marque de leur histoire et de leur vécu au milieu de leur visage. Quand la malformation barre l'accès au visage, quand l'asymétrie confine au monstrueux, à l'inhumain, alors comment se reconnaître mère dans les yeux de son enfant et enfant dans les yeux de sa mère ? Comment faire quand on n'a pas réussi à donner naissance à un bébé fini ? M^me^ B laisse dans cette rêverie, ce fantasme, qu'elle reconnaît dans la malformation de Kenny, sa propre déchirure, son moi en lambeaux.

Elle surinvestit cette blessure qui vient comme asseoir un mouvement de revendication intense : ils feront face, seuls et contre tous. M^me^ B. vit sa dépression comme dévouement ou abandon. Avec pour revers qu'ils seront toujours au bord de la rupture, eux, le couple mère-enfant face aux autres mais aussi entre eux, entre mère et enfant. Kenny est comme la preuve que s'inscrivent dans le générationnel les coups du sort, le défaut d'être, la détresse, les traumatismes, et cette malformation est comme le fétiche du drame. C'est peut-être par la voie de cette fétichisation de la malformation que madame a pu continuer à investir son bébé et à se montrer si dévouée à lui. Elle a pu continuer à le nourrir malgré les difficultés fonctionnelles, la bave, les rejets, la peur des fausses routes et tout un tas de phénomènes de l'ordre du dégoutant et presque de l'obscène.

Et l'opération a eu lieu, elle s'est déroulée aussi bien que possible ; nous passons sur l'épreuve que cela constitue pour chacun, bébé, parents. Le postopératoire semble aussi se faire sans trop de difficultés. La qualité d'investissement de la mère permet à Kenny de traverser ces épreuves. Pour sa mère comme pour lui, plus rien ne sera comme avant. Durant trois semaines, Kenny a les deux bras entravés pour éviter qu'il ne porte ses mains à sa bouche en cours de cicatrisation. Nous sommes étonnées d'observer la tonicité de Kenny qui, de plus en plus, se déplace et investit avec plaisir les nouvelles potentialités de son corps. Le nourrissage se passe bien. Si Kenny semble poursuivre son développement de manière harmonieuse, madame transmet son chagrin : elle dit que vraiment elle préférait le visage de son enfant tel qu'il était avant l'opération, avec sa malformation. Elle ne peut plus et ne veut plus regarder les photos et les vidéos d'avant l'opération. Il n'a plus le même rire, elle ne le retrouve plus. Elle sait bien que c'est mieux ainsi, mais pas pour elle. L'investissement que madame montrait de la fente labiale ne peut plus être, et l'appréhension de son bébé doit se modifier. Il se modifie pour une part. Kenny n'est plus uniquement un enfant porteur d'une malformation. Elle dit : « Il a mes yeux, il en avait déjà la forme et il en a à présent la couleur. Des yeux couleurs du temps. Oh, comme la robe de Peau d'âne. » Elle se reconnaissait dans la bouche malformée de son enfant et à présent elle se reconnaît dans ses yeux. La bouche de Kenny aspirait tous les maux, leur donnait forme dans une figure de l'informe. C'est dans les suites de l'opération que madame peut aborder en séance de psychothérapie sa problématique orale : une anorexie sévère qu'elle développe à l'adolescence et dont, au fond, elle ne se sort toujours pas.

Comment se débrouille-t-elle avec ce bébé à présent presque réparé ? À l'invitation qui lui est faite de fabriquer un doudou à Kenny, elle se montre enthousiaste, mais précise qu'elle souhaite un doudou dont la bouche serait porteuse d'une fente recousue. Un processus de symbolisation s'amorce-t-il ? Elle se montre aussi très stimulante avec son enfant sur un plan éducatif. Elle

le veut compétent à tout prix et le met dans des situations d'apprentissage mal adaptées. Elle donne à voir une appréhension du corps du bébé très parcellaire, après la bouche, ce sont les mains, et après les mains d'autres bouts de corps viendront…

Le développement sensori-moteur des bébés nés avec une fente labio-palatine :

Nous reprenons ici un article de Maryline Monnier, qui s'appuie sur des travaux d'Ayala Borghini et son équipe. Toutes deux sont psychologues cliniciennes au centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne.

Dans ses premiers mois de vie, l'espace oral joue un rôle prépondérant chez le bébé. Il permet la construction des notions d'intérieur/extérieur, plaisir/déplaisir, en particulier grâce à l'alimentation. La succion favorise la régulation émotionnelle et l'instauration du rythme veille/sommeil. Enfin, la zone orale est également le siège de l'accordage affectif entre la mère et son bébé. Or, la présence d'une fente labio-palatine met cette zone orale à rude épreuve : en raison de la communication entre le nez et la bouche, la langue et les joues ont souvent du mal à créer la dépression intrabuccale qui permet la succion. On peut alors avoir recours à la mise en place d'un palais mou dès les premiers jours de vie du bébé, et à des tétines adaptées.

Pour ce qui concerne les opérations de fermeture de la lèvre et/ou du palais, elles sont proposées le plus souvent vers l'âge de 3 mois, ce qui correspond au moment où le bébé découvre la liaison main-bouche : il porte un objet à sa bouche, ce qui lui permet de venir le prendre avec l'autre main. Les soins postopératoires sont douloureux pendant huit à dix jours et nécessitent la pose de manchons aux bras, pendant plusieurs semaines, pour protéger les sutures. Bien entendu cela se répète à chaque opération, au fur et à mesure que le bébé grandit.

Face à ces stimulations négatives de la zone orale, les bébés peuvent présenter soit un comportement de désinvestissement, soit au contraire une hypersensibilisation. Cela peut avoir des conséquences sur les conduites alimentaires à long terme : difficulté à sphinctériser la bouche, baisse de la motricité de la lèvre supérieure. On retrouve aussi une difficulté d'ajustement du souffle (souffler une bougie). Heureusement, l'impact des opérations des fentes labio-palatines est loin d'être alarmant, bien qu'elles aient quand même une influence sur le développement sensori-moteur. Pour limiter les impacts négatifs, il serait possible de diminuer la douleur avec des antalgiques, de protéger la cicatrice avec une prothèse molle de la lèvre, ou du palais, ou du maxillaire, ce qui permet néanmoins l'exploration avec la langue. On penserait aussi à diminuer le temps de port des manchons, et pourquoi pas, à retarder l'âge de la première opération.

Les « bouches en chœur », le Soin berceuses

Trine Saupic, infirmière

Au Soin berceuses, des bébés viennent avec leur mère partager un moment de chants, parfois aussi avec le père. Nous portons une attention toute particulière à ce qui se manifeste au niveau de la bouche et de l'oralité dans les interactions en construction, et nous sommes très attentives à l'émergence des premières vocalises et des babillements des bébés. Ils sont souvent accompagnés de mouvements corporels, de sourires ou différentes mimiques du visage.

Comme le rappelle Bernard Golse, la voix maternelle est essentielle dans l'installation des premiers liens. Pour le fœtus, « il n'y a qu'un seul son, vécu comme à la fois du dedans et du dehors, c'est la voix de sa mère. La voix maternelle est "le premier opéra du fœtus" ! Et la peau c'est la grande oreille ». Très précocement, les bébés connaissent la voix de leur mère et ils y sont très sensibles. Dès les premiers instants de la vie, ils répondent à cette voix !

Au Soin berceuses, nous soutenons les parents à observer comment les bébés s'expriment, jouent, et comment ils leur répondent avec leur corps et leur voix. Nous sommes aussi particulièrement attentifs et sensibles à la temporalité et aux rythmes des bébés ! Les bébés sont très réceptifs aux chants et aux comptines de leur mère. Le groupe forme en chœur une enveloppe vocale et sonore.

Cependant, au fil de l'expérience, les bébés nous ont appris à mieux respecter leur temporalité. Ils ont besoin de temps de pause, de notre présence et de toute notre attention désirante pour se livrer à des vocalises, éprouver leurs propres expériences vocales et nous faire partager leur « chœur des bébés ». Ces instants merveilleux et tant attendus par le parent sont fondateurs des premiers liens. Petit à petit, la mère/le parent découvre les capacités de réponses de son bébé. L'expérience se répète et est valorisée par l'ensemble du groupe. La voix du bébé la fait naître mère !

« La bouillie de mots »

Audrey Peyric, infirmière

Nous entendons des bouches qui crient autour de la séparation de ces jeunes parents. Rapidement, nous percevons le chaos familial, des mouvements, des bouches inquiètes, et tentons, dans cette première rencontre, d'entendre cette maman. Nous partageons un bureau bien silencieux. Cette dame est en incapacité d'exprimer ses affects, elle est dans un semi-mutisme. Ses lèvres sont fines, pâles, serrées, quasi imperceptibles sur ce visage figé.

Une bouche qui semble ne pas pouvoir s'ouvrir, ne pas pouvoir parler. Une bouche, qui parfois murmure.

« Le bébé », ainsi nommé, est calme dans son cosy. Il a 1 mois et demi. Dans sa bouche, il tient bien sa sucette bleue. Louis est silencieux. Il a une petite bouche bouchée. Sa maman sera hospitalisée en clinique, et parallèlement, deux jours par semaine en hôpital de jour à l'UPB. Elle ne pourra rien dire de son séisme interne. Deux mois après, cette mère décède et, quelques mois plus tard, le père demande à l'équipe qu'on lui raconte les journées de Louis et sa maman à l'unité afin qu'il puisse transmettre cela à son fils.

Nous fabriquons un livre pour Louis. C'est de notre bouche de soignantes que nous lui racontons autour d'un gâteau au chocolat. En présence de son fils de 13 mois, ce papa nous écoute avec une immense attention et beaucoup d'émotion.

Nous livrons ici quelques pages ; les textes sont illustrés de photos de bébés dans des gestes du quotidien.

Page 1 : « Le matin, ton papa t'accompagne à l'UPB. Quand ta maman te voit ouvrir les yeux, elle te prend dans les bras. Parfois ta maman s'allonge à côté de toi sur le grand tapis de jeu. Elle te donne ta sucette régulièrement. Elle te regarde. »

Les temps d'accueil ou les temps dans la salle d'éveil sont des moments d'échanges sans mots. Ils sont ponctués par la réintroduction de la sucette ou la proposition d'un hochet agité devant les yeux de Louis.

Page 2 : « Ta maman te donne le biberon. Elle s'installe sur la chauffeuse jaune dans la salle d'éveil. Parfois, elle te promène dans ses bras. Tu aimes regarder les arbres par la fenêtre. »

Louis a un rythme déjà bien établi et tète toutes les trois heures en journée. Le biberon ne permet ni de le rassurer, ni de le contenir. Il ne se laisse pas porter. Sa maman note les quantités bues et les heures des prises. Il est important pour elle que Louis finisse tous ses biberons.

Page 3 : « Ta maman te promène en poussette. C'est un moment où tu entends sa voix. Elle parle un peu d'elle, quand elle était plus jeune. Elle évoque son travail. Tu es calme et tu te laisses bercer. »

Sa voix est toujours aussi discrète, monocorde, faible. Mais j'entends moins de réticence dans ces moments de promenade.

Page 4 : « Miam, le chocolat ! Au repas de Noël à l'UPB, Maman ne te quitte pas des yeux. Nous t'installons dans le parc à côté de notre table. Maman se régale avec les papillotes ! »

Ce jour-là, je me suis laissée aller à penser que cette maman a pris plaisir à manger toutes ces papillotes qui décoraient la table. Elle n'en n'a rien dit.

Page 5 : « Ta maman et moi restons avec toi dans la chambre pour t'endormir. Elle fredonne *Au clair de la lune*. Sa bouche s'ouvre à peine

mais laisse entendre pour toi un doux murmure. Elle n'oublie jamais ta couverture, les deux doudous de la maison et ta sucette. »

Elle chante, comme je lui ai proposé. Elle fredonne en ouvrant à peine sa bouche. Mais elle n'oublie jamais la sucette dans la bouche de son bébé. Quand Louis dort, elle s'allonge sur son lit qui est à côté et reste silencieuse, les yeux ouverts.

Page 6 : « Ta maman te touche le visage, elle te frotte doucement le front. Elle explore tes mains, tapote tes pieds. Elle te dépose un bisou en fin de journée. »

Cette maman effleure son bébé. C'est du bout des lèvres qu'elle dépose ce bisou. Sans aucun autre contact physique et sans parole. Je me rappelle des lèvres de cette maman, toutes petites, toutes fines, telles deux fils serrés, immobiles. Les mots sont répétés en surface, à son fils. Un écholalique murmure. Les mots ne vont pas au-delà des lèvres, ne portent pas la profondeur de l'éprouvé.

Je me rappelle du visage de Louis. Il était des yeux avant d'être une bouche. Il manifestait ses demandes ou ses souffrances par son corps, par des trémulations, le regard était difficile à ramener dans la relation. Louis avait des yeux plus bruyants que sa bouche.

Je me rappelle du visage de ce père, inquiet pour sa compagne, soucieux pour son bébé. Une bouche triste, toujours au bord des larmes, des lèvres souvent cachées par sa main. Il parlait à son fils d'une voix et dans un rythme calmes.

Face à l'indicible de la douleur et à la difficulté à trouver des mots, ce père nous a demandé de lui raconter les journées de Louis et sa maman sur l'unité. Nous avons donc tissé des mots. Cette narrativité des soignants autour des premiers liens mère-bébé vient soutenir le processus d'historisation. Louis a écouté, en ouvrant grand ses yeux, ses oreilles mais il n'ouvre pas la bouche.

Ce bébé a 13 mois et son papa nous dit qu'il n'y a pas encore de « diversification des mots ». La diversification alimentaire, quant à elle, s'est faite facilement. Ce père dit que son fils fait « de la bouillie de mots ».

Jusque-là, Louis s'exprimait toujours lèvres fermées avec un « geignement » plaintif, même en désignant un objet qu'il l'intéressait, et tout en étant très actif dans ses explorations. Dernièrement, ce papa a déménagé avec son fils pour se rapprocher de leur famille. Il nous raconte que maintenant Louis crie, qu'il découvre sa voix et semble s'écouter. Il nous dit qu'il se manifeste de façon bruyante, s'affirme et s'exprime plus fortement. Il joue à tourner la langue dans sa bouche.

Les bouches qui vomissent, les bébés souffrant de reflux gastro-œsophagien

Nathalie Aroca, puéricultrice
Lucie Charial, psychologue clinicienne, psychanalyste
Jeanne-Élisabeth Prévot, psychomotricienne

Actuellement, la fréquence du reflux gastro-œsophagien en clinique pédiatrique pose la question à la fois d'une médicalisation particulièrement importante et de l'angoisse parentale qui envahit nos consultations.

Notre travail d'observation du nourrisson et notre écoute de ces manifestations somatiques nous permettent de nous décaler de cette médicalisation en accueillant aussi cette pathologie comme un symptôme de la relation parents bébés. Nous aimerions partager l'hypothèse que le RGO pourrait être non seulement un trouble potentiel de la relation précoce mais plus précisément l'expression par la bouche d'un vécu transgénérationnel non digéré. Comme si le bébé, par sa bouche, la brûlure de son tube digestif, venait dire quelque chose d'un pan de l'histoire de sa mère ou de son père non apaisé, non digéré…

Par son reflux le bébé viendrait recracher, régurgiter, rejeter ce qui n'a pas pu se transformer, s'élaborer, se digérer dans le vécu anténatal, voire avant la conception de l'enfant, de l'histoire ancienne de son ou ses parents.

Une petite fille, à travers son RGO qui la faisait tant souffrir, a permis à sa maman de reparler de sa peur que sa fille ne devienne anorexique comme elle-même l'avait été adolescente…

Le RGO comme « rejet générationnel par l'oralité »

Vignette clinique

Un jour de septembre, le docteur R., médecin généraliste, nous adresse Claire, enceinte depuis un mois de son quatrième enfant. Ses grossesses ont été ponctuées de syndrome dépressif et par ailleurs elle a subi trois interruptions volontaires de grossesse. Elle vit avec le même compagnon, le père de ses enfants, un homme qui verbalise peu sur ce qu'il ressent. La fragilité de Claire nécessite une hospitalisation qui durera plusieurs mois. Elle a très peur d'être malade comme sa mère qu'elle décrit comme une personne souffrant de bipolarité et qui n'a pas pris soin de Claire. Elle exprime également une angoisse à propos de l'allaitement, et dit redouter ne pas pouvoir l'allaiter ainsi qu'elle a fait avec ses autres enfants.

Claire nous confie qu'avant la grossesse de Samuel, elle a subi deux IVG, l'une à la suite du décès d'une cousine proche, l'autre sur préconisation médicale suite à des angoisses majeures. Samuel naît par une césarienne

programmée. Il est allaité et souffre d'un RGO persistant malgré un traitement par Inexium, Gaviscon et gel de polysilane.

Dans notre accompagnement en hôpital de jour, madame est constante dans ses angoisses, monsieur dans sa discrétion, bébé dans ses pleurs, ses vomissements et ses troubles du sommeil. Samuel est un bébé qui pleure beaucoup, énormément, ce qui est insupportable pour sa mère. Il ne communique que par ses cris, ses larmes, et cette petite bouche qui ne s'épuise jamais, mais qui épuise sa mère, qui l'épuise lui ; mais il tient, comme son corps tendu qui ne se relâche pas. Dans la relation mère-bébé, il n'y a pas de place pour des échanges calmes et doux, les changes causés par ses vomissements prennent toute la place. La préoccupation maternelle est pourtant bien présente.

Le traitement de Samuel est modifié ; pour autant, la douleur de ce bébé ne disparaît pas, il est crispé, sa bouche aussi. Toutefois, il ne crie plus sa douleur comme avant.

Claire aussi à un traitement antidépresseur qui ne lui correspond pas, mais l'allaitement limite la possibilité de changer de molécule. La fatigue et la préoccupation augmentent.

Elle accepte de confier Samuel à la crèche quelques jours par semaine afin de prendre du temps pour elle ; elle est en arrêt maladie. L'angoisse diminue au fil des soins, Le RGO de Samuel aussi.

Les conflits dans le couple commencent à être abordés durant les soins par madame, mais elle retient sa colère, semble subir ce qu'il se passe. Samuel vomit toujours, sans manifester de douleur ; est-ce qu'il dit qu'il subit lui aussi ? Est-ce qu'il parle pour elle depuis le début ? Sa mère se dit « en suspens », dit attendre d'aller mieux, mais comment ? Samuel aussi a mis « en suspens » ses acquisitions motrices et il présente un retard de développement psychomoteur.

Nous continuons à accueillir et à soutenir. Nous proposons une prise en charge en psychomotricité et un espace de soin psychothérapeutique pour madame, qu'elle ne mettra pas en place.

Les parents arrêtent les soins alors que bébé a 8 mois ; il souffre toujours de son rejet de lait mais quelque chose s'est transformé, il sourit, babille, les prémices du langage commencent à apparaître. Claire se range derrière la fatalité : une de ses filles souffre depuis sa naissance des mêmes symptômes, elle a 10 ans.

Le reflux gastro œsophagien comme un refus du bébé à digérer quelque chose de l'histoire familiale, comme une évidence de sa bouche qui vomit pour raconter quelque chose. Nous devons nous interroger sur ce qu'il recrache et qui n'a pas été désiré, transformé dans le récit transgénérationnel.

Nous faisons l'hypothèse qu'un événement de l'histoire familiale ne peut être introjecté, assimilé et évacué par le bébé.

Témoignage d'Isabelle

Il y a sept ans j'ai pris soin de Yanis et de sa maman à l'UPB de Montfavet et j'ai pu vivre les ressentis de Yanis présentant un RGO. Il s'agira de parler avec la bouche du bébé au travers de mon propre vécu lors d'une des premières journées d'hospitalisation de jour.

« Aujourd'hui je me réveille encore dans un hôpital, les bercements du trajet m'ont maintenu dans un sommeil profond. Mes yeux s'écarquillent en apercevant des visages penchés sur mon berceau. Ça me rassure, maman est là, je la vois, je l'entends.

« Peu de temps après, maman et une dame m'annoncent que je vais prendre un bain, j'aime l'eau, je me sens bien, la main de maman me maintient derrière le dos. Le bruit de l'eau dans mes oreilles me replonge quelques mois en arrière. Je me détends et lorsque maman fait couler l'eau sur mon visage et que quelques gouttes se glissent entre mes lèvres, je prends plaisir à les goûter.

« Tout cela m'a épuisé et je ferme mes grands yeux pour un grand dodo. Tout d'un coup je sens des gargouillis dans mon ventre qui me réveillent et me laissent une sensation inquiétante, alors je pleure et j'appelle… Maman arrive, je me love dans ses bras et je m'apaise pendant quelques instants.

« Puis je vois ce bibi qui s'approche de mes lèvres, de ma bouche. Lorsque la tétine s'impose à moi j'ai un haut-le-cœur, mes lèvres se crispent, mes sourcils se froncent, maman insiste, je ne termine pas mon lait, je n'en avais pas envie à ce moment-là. Mais il paraît que je suis maigre…

« Maman me porte contre son épaule en me tapotant le dos, et là je sens ce liquide qui remonte jusqu'à ma bouche et qui me provoque de l'inconfort, j'ai mal, de gros sanglots montent en moi et je rejette ce qui ne pouvait pas rester dans mon petit ventre… »

Lorsque j'ai écrit ce texte, j'avais en tête le rejet transgénérationnel et le vécu de cette maman. Un vécu et un passif des plus douloureux, liés à des abus et de la violence, qui ont ressurgi lors de cette naissance. De plus, madame a souffert de surpoids. Elle peut exprimer combien il est important dans sa culture que le bébé soit bien portant et gros pour être en bonne santé. Et finalement son bébé exprime le rejet à sa place, il prend la parole pour elle.

RGO et incidences sur le développement psychomoteur

Le reflux gastro-œsophagien grave est un phénomène douloureux qui a pour origine la non-fermeture du cardia, ce petit sphincter qui sépare l'estomac de l'œsophage. On le distingue de la simple régurgitation de lait. Ce phénomène a des conséquences à plusieurs étages chez le bébé.

À l'étage de la bouche : le bébé peut présenter une hypersalivation, des difficultés à sphinctériser les lèvres, ou au contraire une fermeture quasi permanente de la bouche pour remâcher et déglutir les remontées de lait. Si le RGO s'installe durablement, on note une difficulté à investir la sphère orale (nez, bouche, joues, langue), et un manque d'intérêt du bébé à porter les doigts et les objets à la bouche pour les explorer (lécher, suçoter, mâchouiller).

À l'étage du tronc : la douleur au niveau du tractus interne, due aux remontées acides, entraîne de la part du bébé une mise en hyperextension instinctive du dos et du cou, dans une tentative d'apaisement. Or ce schéma en extension tire sur l'œsophage, aplatit l'estomac et provoque une recrudescence des vomissements. C'est une boucle délétère.

À l'étage corporel : comme nous l'avons vu précédemment, les coordinations main-bouche se mettent en place plus tardivement, le bébé va moins enrouler son bassin (à cause du schéma en extension du dos), et par conséquent il va moins porter son pied à la bouche dans une conduite d'exploration. Cela freine l'apparition des retournements du bébé sur le tapis (car la sangle abdominale est trop impliquée) et l'acquisition des étapes successives du développement psychomoteur.

Comment aider ces bébés ?

Le seul moyen de calmer ces bébés est de les porter avec le buste à la verticale, pour limiter les remontées de lait. Installés dans une écharpe de portage ou un porte-bébé enveloppant de type Ergobaby©, les bébés sont regroupés sur leur axe corporel : ils ont accès plus facilement à la liaison main-bouche et sont en mesure de doser eux-mêmes le nombre de stimulations qu'ils pourront tolérer. Du fait qu'ils soient contre le corps de leur mère (ou de leur père), et donc associés à ses mouvements, ils sollicitent les muscles du tronc, du bassin et des jambes dans des mouvements de réajustements posturaux. Ils se musclent !

Du côté des parents, bien sûr, un bébé-ventouse est une vraie contrainte quotidienne et nocturne également. Ils sont épuisés, les relais sont rares. Mais ils se rendent compte que c'est la seule voie pour amoindrir la fréquence des vomissements, et permettre à leur bébé malgré tout de faire des acquisitions sensorimotrices et relationnelles.

« La bouche qui mord »

Nada Benjaber, éducatrice spécialisée

Seule, madame a conçu ses jumeaux, garçon et fille, à l'étranger, dans le cadre d'un parcours de procréation médicalement assistée. Après plusieurs tentatives d'insémination et de fécondation in vitro, elle fait appel à un

double don d'ovocytes et de spermatozoïdes. Son projet se concrétise enfin, elle vit une grossesse épanouie.

Madame est accueillie à l'UPB dans un contexte d'urgence, alors que ses bébés ont 2 mois. Elle exprime son épuisement et son sentiment d'isolement. Elle n'a que le soutien de sa mère âgée, avec laquelle, elle a toujours eu une relation conflictuelle. Un trouble du lien est à l'œuvre. Madame parle de son sentiment de n'être qu'une « mère porteuse […] Ils n'ont rien de moi, j'aurais mieux fait d'adopter », dit-elle. Le maintien d'un allaitement exclusif est sa seule façon de se sentir un peu mère. De son histoire, elle n'en dira pas grand-chose, mais il y a des « fantômes dans la chambre d'enfants », comme le disait Selma Fraiberg. Madame a été hospitalisée en pédiatrie à l'âge de 3 mois, laissant planer l'idée d'un « syndrome de bébé secoué ». Est-elle porteuse d'un mandat générationnel ?

Ses bébés, voulus à tout prix, ne « bouchent pas le trou », celui du désir. Elle qui ne voulait plus être seule le soir, se vit encore plus seule depuis l'arrivée de ses bébés. Il faut qu'elle renonce à une partie de ses propres besoins narcissiques, jusque-là mal comblés, car les enfants vont exiger qu'elle s'occupe plus d'eux que d'elle-même. Madame ne supporte pas leurs pleurs, peu importe pourquoi les bouches s'ouvrent, il faut qu'elles soient refermées. Ces pleurs provoquent des plaies béantes qui l'angoissent et l'agressent. Elle dit sa peur d'être seule avec ses bébés.

Madame est dans une telle tension qu'elle effraie les autres patientes. L'équipe est mise à rude épreuve. Madame est exigeante, capte la préoccupation maternelle des soignantes. Elle nous fait éprouver une forte culpabilité devant notre impuissance à pouvoir l'aider. Elle nous confie facilement ses bébés et nous demande de remplir les bouches des enfants à sa place. Elle désigne des moments où elle pourrait être rejetante envers eux. Elle se bouche les oreilles avec des boules Quiès, c'est dire combien les pleurs la transpercent. On peut se demander qui pleure ? A-t-on répondu à ses pleurs de bébé ?

Les bébés se font tout petits. Madame met la tétine dans la bouche avec insistance, alors qu'ils expriment un besoin de contact. On peut assimiler cette tétine à un bouchon, à un objet qu'on met à l'intérieur pour que rien n'en sorte. Les bercements sont vigoureux, la haine transparaît dans la prosodie de la voix maternelle. Elle nous pousse à agir, il faut vite faire cesser les pleurs et rendre les bébés autonomes alors qu'ils n'ont que 2 mois. Grâce aux soins et à un soutien intensif à domicile jour et nuit, elle peut commencer à découvrir ses bébés autrement que dans des moments de tension ou d'angoisse. Et nous découvrons une autre partie d'elle, celle d'une mère sensible et attentionnée. Elle est attentive à leurs éprouvés et repère mieux les signaux chez Léo et Charline. Il y a du plaisir partagé, moment

tant attendu. Elle peut avoir des paroles douces et montrer de la tendresse à leur égard. La préoccupation maternelle primaire s'installe.

Mais chassez le naturel, il revient au galop ! Quand le sentiment de persécution prend le pas sur la culpabilité, le passage à l'acte n'est pas loin. Madame a commis un acte violent à l'égard de Léo. Visage crispé, attitude fermée, elle me raconte la scène : « Ça a dégénéré, je n'arrivais pas à le calmer, il me donnait des coups avec ses pieds et ses mains. Il m'a mis le doigt dans l'œil, je l'ai mordu aux bras. Le problème, c'est que je peux recommencer… Je veux qu'ils dorment tout le temps. » Madame s'est enfermée dans la chambre avec ses bébés, nous les entendons pleurer. L'équipe soignante s'agite.

Comme ses bébés, elle n'avait pas les mots pour dire son éprouvé, elle est sidérée. Elle a réagi avec sa bouche, à la manière d'un petit enfant qui se défend. Mais où s'origine cette morsure ? Cette morsure fait coupure dans le travail thérapeutique. À partir de ce moment-là, madame peut contacter son histoire et travailler l'ambivalence maternelle. Elle critique l'acte dans l'après-coup et prend conscience de la gravité du geste. Elle exprime un sentiment de honte, de culpabilité. Elle livre également son sentiment d'être une mauvaise mère et songe à les confier.

Cette violence « ordinaire » que Winnicott nous décrit se révèle être indispensable dans le travail thérapeutique. Madame met en récit son histoire, fait du lien entre les symptômes de ses bébés, ses angoisses actuelles, et ses propres symptômes. Madame a certainement connu des réalités traumatiques qui ont laissé des empreintes « dentaires » refoulées ou restées en échec, voire en attente de symbolisation.

La prise en charge évolue vers une pacification dans les relations avec ses enfants. Madame apprend à repérer les émotions qui l'envahissent et qui l'empêchent de mettre des mots. La lecture des besoins de ses enfants devient plus aisée. Elle peut faire face à son sentiment d'impuissance qui ne la renvoie plus à un ressenti d'incompétence maternelle. Depuis son départ de l'unité, madame continue à donner de ses nouvelles. La famille vient régulièrement nous rendre visite autour d'un petit goûter. Je m'empresse, à chaque rencontre, d'enlever la sucette de leur bouche.

On pourrait penser que cette morsure est un acte d'amour. Comme Freud le disait, le premier but de l'amour est « d'incorporer ou de dévorer ». Pour cette mère, à cet instant, le seul moyen d'exprimer son amour est d'être en miroir avec ses enfants, c'est-à-dire, de s'exprimer avec une bouche de bébé.

« Mon bébé, c'est un sportif de la bouche »

Aude Penel Lefevre, psychologue clinicienne

Enceinte de 6 mois, madame accouche par césarienne dans un contexte d'urgence extrême, suite à un syndrome de Help. Juste avant d'être endormie, on lui parle du risque hémorragique. Madame est en réanimation et bébé en néonatologie. Ils sont en vie mais ce vécu reste traumatique.

En entretien, madame est logorrhéique, pour ne pas dire hémorragique, elle déverse les angoisses de mort qui la rongent. John, quant à lui, est bien rassemblé dans son cocon, ses mains se joignent et il sort souvent sa petite langue à droite et à gauche. Durant plusieurs séances, la mère associe sur ses adorables petits jeux de langue.

> « En fait, il a souvent la langue dehors, Des fois je me dis qu'il est un peu comme moi, il a la langue bien pendue celui-là ! Eh bien, cela promet à nous deux ! Il a une immense langue, on ne sait pas d'où elle vient… En néonat, tout petit, c'était vraiment étrange et impressionnant, sa langue était toute triangulaire et vraiment très longue. Son papa aime dire qu'il fait le serpent. »

La bouche de John est un réel support d'identification pour cette mère. Mais cette langue impressionnante devient aussi support de projection d'angoisses archaïques parentales. Nous entendons tout le projet d'humanisation. Comment John va-t-il passer d'une langue animale longue, triangulaire, dangereuse, à une langue humaine ?

> « Il réussissait même à toucher son menton. Moi, je me dis que comme il joue beaucoup avec sa bouche, sa musculature se met bien en place : il sort sa langue pour lécher ses mains. Il l'a fait très tôt, parce qu'avec le cocon, ses mains touchaient sa bouche très facilement. Aussi, dès que je mets ma main près de sa bouche, il me lèche. Quand je lui souris, il me tire la langue. Avec sa langue, il rythme la musique. Et des fois, il joue au triste, il retrousse ses lèvres. En fait, mon bébé, c'est un sportif de la bouche. »

Par ce jeu de langue se construisent les toutes premières protoreprésentations. Il passe sa langue entre ses lèvres, la tire parfois fortement et explore avec elle l'extérieur, son menton, sa main et la main de sa mère. Ce sportif de la bouche fait ses gammes corporelles. Il expérimente le passage du dedans au dehors, éprouve des expériences de contact, d'absence de contact. Pour cette mère, le bébé, par ses jeux de langue, s'exprime et invite à l'interactivité. Cette langue est destinée à répondre, elle est adressée. « Quand je lui souris, il me tire la langue. » Ce jeu interprété comme intentionnel est une communication primitive, précoce, créant un véritable partage émotionnel, et prépare l'arrivée du langage.

> « Mais quand même, il ne va pas tout le temps sortir sa langue… ! D'ailleurs, son papa commence à le lui dire… il faut la fermer la bouche… sinon tu vas

> gober les mouches ! Et ta petite langue de serpent, il faut la rentrer dans le garage ! Quand même, cette langue, on ne se permet pas de la sortir n'importe où, n'importe quand et à n'importe qui ! Moi je me dis qu'il va bien finir par la rentrer. Je crois que s'il la sort si souvent c'est parce qu'il n'a pas encore de dents pour la retenir. »

Pour le père, cette langue est aussi support d'identification, et nous entendons le niveau œdipien de ses associations : « Il faut rentrer cette langue dans le garage ! » Cette mère avance sa théorie : le rempart de la barrière des dents n'est pas encore construit. Une bouche sans dent serait-elle potentiellement dangereuse ? Ne risquerait-elle pas de laisser déverser l'intérieur du corps à l'extérieur ? La frontière anatomique de la bouche devient frontière symbolique. Madame dira plus tard : « J'ai hâte de mordre la vie à pleines dents. »

John a bénéficié d'une bonne installation. Ses parents se saisissent des premières compétences de leur fils né prématurément, ils s'en émerveillent, cela participe à la construction des premiers liens. En référence à la condensation du rêve, la bouche de John condense différents niveaux. Ce zoom sur ses activités de nouages bouche, langue, main et regard parentaux, et les capacités d'interprétation symbolique de ses parents les aident à construire une relation bien singulière.

De la « bouche *grasping* » à la « bouche tam-tam », du cri à la parole

Aude Penel Lefevre, psychologue clinicienne

Au 5e mois de Sophie, madame est adressée à l'unité. Sa grossesse était non désirée, elle a beaucoup pleuré et ne voulait pas que cet enfant naisse. « On le lui a arraché du ventre », dira-t-elle.

« Bouche *grasping* »

Sophie crie depuis sa naissance. « Quand elle crie, je perds mes mots… Sa voix me tape… » dit la maman. Objet de persécution, Sophie peut s'égosiller, madame reste silencieuse. Elle ferme toutes les portes pour que Sophie ne soit pas entendue. Elle lui ferme la bouche, elle est traversée par des pensées inquiétantes comme celle de lui boucher la bouche pour toujours. Si Sophie crie, c'est qu'elle existe.

Un impératif : que les cris perçants s'arrêtent ! Les cris de Sophie perdent leur valeur expressive et protonarrative. Pour les taire, Sophie est mise au sein. Sa « bouche *grasping* » le capture et y reste en continu, depuis ses premiers jours jusqu'à ses 5 mois. Quand nous la rencontrons, au moindre

éloignement de sa mère, Sophie crie jusqu'à l'agrippement du sein. La tenue du mamelon est ferme, tendue, solide, pinçante, autoagrippante. Bouche et sein s'arriment comme un velcro.

Dans un premier temps, madame met en avant que Sophie refuse de prendre le biberon. Par la suite, elle pourra dire que le biberon la confronte trop directement au regard de son enfant. Des mouvements d'identification projective et des fantasmes archaïques d'emprise tyrannique s'entendent. « Elle me fixe, elle doit me haïr. » Il n'y a aucune interpénétration entre les regards, pas d'échange de sourire de satisfaction après la tétée, le regard n'assure pas de continuité. La tétée ne fait pas lien. Sophie incorpore du lait pour sa survie. Très tôt, elle a été forcée à prendre le sein. En la plongeant dans sa poitrine, madame la rend invisible, comme une dénégation de sa naissance. En ne l'entendant plus et en ne la voyant plus, elle disparaît… Cette tétée est toxique par ses fantasmes mortifères. La mère interprète que Sophie se cache elle-même en mettant son propre bras sur sa tête. Qui se cache de qui ?

La bouche s'emboîte autour du sein sans *holding*, sans regard, sans parole. Sophie est privée de stimulations et de tout autre plaisir sensoriel qui ouvrent à la relation. Mère et fille sont emmurées dans le silence, ne pouvant transformer cette situation figée. Tête en feu, cœur en sang, motus et bouche cousue… La boucle fermée oppresse. Dans ce contexte, je m'appuie sur le mouvement libidinal que je perçois : le lait ne se tarit pas et l'enfant ne renonce pas, signes de pulsion de vie, comme quelque chose de possible. Il s'agit d'érotiser et de « pulsionnaliser » cette bouche pour qu'elle devienne le lieu d'une oralité structurante.

« Bouche tam-tam »

En séance, Sophie a des yeux grands ouverts, ses joues se tendent et absorbent tout mouvement et toute expression. À l'évocation de vœux de mort maternels, Sophie pleure… Surprise, madame est touchée par son regard inondé de larmes : « Ça change des cris, dit-elle, les cris, ce n'est pas un bébé normal […] Avant je pleurais… Sophie criait… Maintenant que je parle… C'est Sophie qui pleure ! […] On lâche toutes les deux… »

Pour cette mère, ce sont les premiers pleurs de son enfant. En séance, alors que Sophie crie, sa mère plaque sa main pour boucher l'orifice hurleur. Sophie maintient sa cavité sonore ouverte et madame raidit ses doigts, ce qui modifie l'étouffement du cri. Puis, elle tapote la cavité, ce qui module les vibrations. Surprise et attentive, Sophie reste bouche-bée de ces nouvelles perceptions buccales. Elle est alors en attente. Amusée par la suspension de sa fille, sa mère reproduit l'action sur sa bouche. Sophie enrichit la caisse

de résonance buccale, en modulant elle-même l'intensité et la durée de son cri. Madame transforme les cris en tam-tam.

Avec une pointe de satisfaction, la mère a besoin d'expérimenter à nouveau ce jeu trouvé-créé. La mère libidinalise le corps de son enfant. Sophie est active, son appétence symbolique est déterminante. La satisfaction pulsionnelle émerge de ce jeu chargé de plaisir partagé. De cette bouche à boucher pour toujours, un jeu mère-fille émerge. Ce jeu ouvre aux prémices de l'ambivalence. Cependant, nous repérons des traces d'insistance, voire d'un certain forçage oral maternel, et toujours pas de regard, pas de parole. Les échanges restent hors du champ spéculaire et sans réponse vocale maternelle.

Le tapotage maternel attend le son de sa fille et Sophie se cale au geste de sa mère. Une quête d'accordage est manifeste. Nous valorisons l'interaction ludique et soutenons l'engagement. La dyade engrange ce partage émotionnel. Sophie s'appuie sur notre regard. Nous avons une fonction de témoin, nous reconnaissons ce jeu et nous le filmons même ! Ce jeu main-bouche devient scène fondatrice de ce lien naissant. Cette succession de frappés toniques et à un rythme régulier m'émeut. Dans mon mouvement contre-transférentiel, je me sens en réanimation, j'éprouve corporellement ces pressions pour redonner de la vie aux fonctions vitales suspendues.

Le « dé-*grasping* » du sein permet à Sophie d'intégrer de nouvelles sensations buccales. Elle éprouve sa limite corporelle. La fermeté du tapotage lui permet d'expérimenter son bord de bouche, son contour, sa limite entre le dedans et le dehors. Sa voix vibre. La bouche ouvre à l'exploration de sa profondeur, de son espace interne. Les modulations de sa voix l'ouvrent aux variations à l'intérieur de son corps, à la force de son souffle.

Sophie est surprise par ce qui se passe. Elle vit l'aller et le retour de la main de sa mère et l'aller et retour de sa voix et la coupure. En suspension, elle attend que sa mère poursuive. Ce contact discontinu lui permet d'halluciner le retour du jeu, du sein. Ce jeu intersubjectif, ancré dans la sensorialité, l'ouvre aux prémices de son sentiment d'exister. Ce jeu bien singulier se propage aussi lorsque Sophie est en position allongée, position plus confrontante pour la mère à cause du regard. Progressivement, la mère change de place ; elle cherche activement à s'installer dans le regard de sa fille et s'adresse à elle. La mutation opère. Il n'est plus question de besoin vital mais de plaisir oral mère-bébé. Cette mère regarde Sophie avec une représentation désirante d'elle, à laquelle Sophie va s'identifier.

Sophie poursuit ses explorations et s'ouvre à de nouvelles expériences de satisfaction. Elle vient de boire son premier biberon. Maintenant, elle initie le jeu en attrapant la main de la soignante. Sous le regard maternel, l'infirmière se laisse faire, elle se laisse lécher et explorer. Elle se fait objet de la satisfaction de Sophie. Commençant à pouvoir se passer de sa mère,

Sophie expérimente les qualités sensorielles de sa voix. Elle explore le dur et le fond de son intérieur, elle en dégage un son sourd, rauque. Sa mère le qualifie de rugissement, le cri du lion…

Le cri quitte son statut de cri. Madame revient émue d'un week-end : Sophie pousse maintenant des cris de contentement en retrouvant son frère et sa sœur. La mère donne un sens au cri, une valeur de message signifiant, ainsi il devient langage.

Conclusion

Ces textes illustrent des parcours de soin et racontent des histoires. Autour et à partir de bouches, nous parlons de l'oralité et de ses problématiques. Bouches offertes à des regards attentifs, support de jeux, de projections et de fantasmes, une scène d'expressions somato-psychiques. L'oralité est ici comme un lieu « privilégié » de cette période de la toute petite enfance où se nouent des liens et où se rejouent des conflits. C'est toute une histoire relationnelle que raconte à cet endroit une dyade, et qui se tisse dans la relation aux soignantes. Puis dans l'après-coup, une équipe, *via* les prismes de ses multiples références pour penser le soin, élabore une autre narration encore qui se dit, s'écrit et se transmet.

En pratique(s)

Ghada Hatem-Gantzer

Avortements tardifs, questionnements pratiques et éthiques. Cas particulier des mineures

« Il suffit d'écouter les femmes. »
Simone Veil

Les grossesses non désirées ont de tout temps mis les femmes en difficulté, et l'avortement n'a pas attendu le XXIe siècle pour être un enjeu de pouvoir entre les sexes. Alors que des techniques abortives ont été développées depuis l'Antiquité, dans toutes les cultures, dans toutes les religions, la vie est sacrée et l'avortement source de tensions et d'opprobre. Dans nombre de pays, dans certains états aux États-Unis, des femmes sont emprisonnées pour avoir osé avorter et des médecins tués pour les avoir aidées.

Même Hippocrate, sur la tête duquel nous, médecins, prêtons serment, s'engage : « Je ne me remettrai à personne du poison si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. »

Et pourtant… Au temps d'Amenhotep Ier, c'est-à-dire au XVIe siècle avant notre ère, le *Papyrus Ebers* proposait une recette abortive à base de dattes, d'oignons et du fruit d'une acanthe écrasée avec du miel, à répandre sur un linge et à appliquer sur la vulve.

Cicéron, au Ier siècle avant notre ère, fustige une femme qui a avorté après le décès de son mari pour une histoire d'héritage et qui a été condamnée : « Rien n'est plus juste, puisqu'elle avait anéanti les espoirs d'un père, le souvenir d'un nom, le soutien d'une race, un citoyen destiné

à la République. » Le problème de Cicéron n'est pas l'homicide mais le préjudice subi par ce mari privé de descendance.

Platon, dans la *République*, n'a pas de mots assez durs pour les enfants nés de parents âgés (40 ans pour la femme, 45 pour l'homme !) chez lesquels il considère l'acte générateur comme impie : ces enfants sont déclarés bâtards. « Lors de telles grossesses, nous recommandons les plus grands soins pour qu'aucun fœtus n'arrive à la lumière, et que dans le cas d'accouchement cet enfant n'ait aucune existence. » L'infanticide est acté.

Enfin, Aristote prône aussi l'avortement si l'on soupçonne l'enfant à naître de quelque malformation. « Il doit y avoir sur le sort des nouveau-nés une loi qui décide ceux qu'on exposera et ceux qu'on élèvera ; qu'il ne soit jamais permis d'en élever aucun de ceux qui naissent mutilés, c'est-à-dire privés de quelques-uns de leurs membres ; qu'on détermine au moins jusqu'à quel chiffre on en aura et qu'on fasse avorter les mères avant que leurs fruits aient sentiment et vie… » Mais attention, pour être respectable et non abominable, l'acte doit être pratiqué avant que vie et sensibilité ne surviennent dans l'embryon c'est-à-dire avant le 3e mois.

Dans un courriel diffusé sur les réseaux sociaux à l'été 2019, un internaute américain faisait un parallèle audacieux entre le don d'organes et l'avortement : « Aux États-Unis, vous devez choisir d'être un donneur d'organes. Vous ne pouvez même pas utiliser un cadavre pour sauver la vie d'une personne sans son consentement explicite de son vivant. Vous ne pouvez pas non plus forcer une personne vivante à abandonner un organe pour sauver une vie, même si ce don ne met pas sa propre vie en danger. C'est le concept d'autonomie corporelle. Pourquoi une masse de cellules sans même un cerveau aurait-elle le droit d'exiger d'une femme vivante ce que nous ne pouvons même pas exiger d'un cadavre ? »

En France, depuis la loi Veil de 1975, l'avortement est parfaitement encadré, avec une prolongation du délai légal à 14 semaines d'aménorrhée votée en 2001 : 14 semaines, ce sont les fameux 3 mois d'Aristote, mais ce délai ne repose sur aucun argument médical.

La notion de « détresse » a été supprimée en 2014, et l'IVG est maintenant accessible à toute femme « qui ne veut pas poursuivre une grossesse ». La loi confirme donc qu'une femme doit pouvoir juger par elle-même de sa propre situation et prendre seule sa décision. La consultation psychosociale préalable à l'IVG n'est plus obligatoire pour les majeures, pour lesquelles elle n'est proposée qu'en cas de décision difficile, mais elle le reste pour les mineures et le délai minimal de réflexion d'une semaine a été supprimé.

Pour la majorité des citoyens, ces modifications permettent a priori la prise en charge de presque toutes les situations, et les femmes qui sont hors délais l'ont certainement fait exprès. Il y a, dans l'imaginaire collectif, l'idée qu'une femme serait suffisamment inconséquente pour préférer partir

en vacances ou attendre les soldes avant de se préoccuper d'une grossesse qu'elle ne désire pas. C'est méconnaître le fait que 95 % des avortements interviennent avant la 12e semaine d'aménorrhée.

Dans la triste réalité, ces retards sont principalement dus à des dénis de grossesse, des viols et des incestes, des violences conjugales, des départs de conjoints ou des mineures dans l'impossibilité de se confier à quiconque et qui espèrent que le problème se résoudra tout seul (cette résolution impliquant parfois une mise en danger d'elles-mêmes, voire un suicide).

« Aucune femme ne recourt de gaité de cœur à l'avortement, et si elle y a recours, c'est que, dans la situation dans laquelle elle se trouve, il s'agit d'une nécessité. Les risques que sont prêtes à prendre les femmes pour avorter en sont la preuve », affirmait Simone Veil dans son discours à l'Assemblée nationale du 26 novembre 1974.

Heureusement, la loi française autorise, dans des conditions très précises, l'accès à l'avortement hors délais : deux médecins, membres d'une équipe pluridisciplinaire, attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. L'équipe doit être composée de quatre personnes, dont un gynécologue-obstétricien membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), un médecin choisi par la femme, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte, et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue (article L. 2213-1 du Code de la santé publique).

La première difficulté consiste à définir la notion de péril grave, et l'interprétation de cette loi est éminemment variable en fonction des équipes et des convictions de chacun.

Si tout le monde s'accorde à éliminer sans discuter les fœtus atteints de trisomie 21, si les diagnostics de psychose, de risque suicidaire imminent ou de cancer nécessitant une prise en charge immédiate sont aisés et permettent à ces patientes d'accéder à une demande d'interruption tardive sans difficulté, sauf particularité locale, la demande en cas de minorité, de violences, de viols ou de détresse sociale majeure est un véritable parcours du combattant.

Ainsi, et malgré l'allongement du délai légal, nous, obstétriciens, sommes très régulièrement sollicités pour des demandes d'avortement tardif, alors que le fœtus n'est atteint d'aucune pathologie, par des patientes qui se sont vu refuser cette demande par diverses équipes.

Aucune équipe, cependant, ne trouve choquant d'envoyer ces femmes en Hollande ou en Angleterre où le délai pour toutes les femmes va jusqu'à 22 semaines d'aménorrhée, créant ainsi un « droit à l'avortement à deux

vitesses » pour celles qui peuvent financer le voyage et la prise en charge. Cette différence de délai choquante doit nous interpeller : pourquoi un tel décalage entre les différents pays européens ? Certes, les cultures et les coutumes y sont très différentes, mais il nous semble que les attentes des femmes le sont nettement moins.

À titre d'exemple, près de mille deux cents Françaises seraient allées avorter aux Pays-Bas en 2015, dont un quart de mineures. Ce chiffre n'est pas exhaustif et d'autres destinations sont fréquentes telles que le Royaume-Uni ou l'Espagne, sans oublier les conduites dangereuses ou les médicaments pris dans l'espoir d'avorter.

Même si le caractère volontairement imprécis de la loi laisse une place pour ces demandes qui restent, rappelons-le, des demandes d'interruption volontaire exprimées par les patientes et non des recommandations médicales, on observe que la responsabilité éthique en est entièrement assumée par l'équipe qui autorise ou interdit l'acte. Les psychiatres se retrouvent souvent en première ligne pour évaluer le risque de poursuite de la grossesse et l'état psychique de la patiente. Lorsque la patiente est mineure, cette responsabilité est portée par le pédopsychiatre, et cette situation entraîne des tensions entre les équipes, gynécologues d'un côté, attentifs au bien-être physique et psychique de leurs patientes, pédiatres et pédopsychiatres de l'autre, peu habitués à ces décisions et réticents à signer des « ordonnances de mort » pour le fœtus qu'ils estiment être leur patient.

Que se passe-t-il si l'équipe valide la demande de la patiente ?

– Si la grossesse ne dépasse pas 16 semaines d'aménorrhée, l'avortement a lieu au bloc opératoire sous anesthésie générale, et pour la patiente, il n'est guère différent d'un avortement réalisé avant 14 semaines. Il peut paraître plus violent pour le médecin qui le réalise, mais surtout pour l'équipe du bloc opératoire qui n'est pas forcément engagée dans cette prise en charge et qui se trouve très affectée par la visualisation de fragments de fœtus souvent très reconnaissables à ce terme.

Les choses se compliquent encore au-delà de 16 semaines.

– Entre 16 et 22 semaines, il s'agit de provoquer un accouchement dont le fœtus ne naîtra pas vivant du fait des contractions.

– Au-delà de 22 semaines, et afin de ne pas tomber dans le cadre d'un infanticide, les équipes ont pris l'habitude de réaliser un fœticide, à savoir une injection mortelle dans le cordon ombilical du fœtus afin qu'il soit mort-né. Cet acte, symboliquement puissant, est parfois délicat à expliquer aux patientes, notamment les plus jeunes, et peut être mal vécu par les soignants, tout comme l'accueil d'un fœtus sain décédé « à la demande de la mère ».

On peut comprendre et accepter qu'une clause de conscience soit évoquée par certains soignants pour ne pas intervenir dans les avortements tardifs. C'est l'argument invoqué par les médecins qui se positionnent contre

l'allongement du délai légal, arguant du fait qu'il est déjà difficile de trouver des équipes qui acceptent de réaliser les avortements « légaux » et qu'il sera impossible et contre-productif de les solliciter au-delà.

Mais on ne peut accepter qu'une femme, comme l'affirme Gisèle Halimi dans la plaidoirie du fameux procès de Bobigny, en 1972, soit contrainte « à donner la vie par échec, par erreur, par oubli ».

Que serait l'avenir de cette femme ? Et surtout, peut-on s'exonérer de penser à l'enfant ? Nous ne disposons malheureusement d'aucune donnée qui permettrait de faire le lien entre les infanticides et les grossesses non désirées. Mais nous savons désormais qu'un enfant meurt tous les cinq jours sous les coups de ses parents. Y aurait-il un lien à faire ?

Alors que les mineures représentent 4 % des demandes globales d'IVG, ce chiffre atteint plus du quart dans notre cohorte à la maison des femmes de l'hôpital de Saint-Denis. La totalité des jeunes femmes auxquelles nous avons proposé l'alternative de l'accouchement sous X l'ont refusée, expliquant qu'il leur serait impossible de mener leur grossesse à terme au sein de leur famille, qu'elles seraient obligées de quitter l'école, et enfin qu'elles craignaient de passer le reste de leur vie à se demander où était cet enfant, s'il pensait à elles et s'il était heureux.

Comment anticiper l'impact de l'avortement, de la poursuite de la grossesse ou de l'accouchement sous X ? Sur quels critères décider de la bonne ou de la mauvaise décision ?

Une revue de la littérature publiée par l'Inserm (Esterle, 2013) conclut à l'absence de preuves scientifiques concernant des séquelles sur le long terme. Bien sûr, et nos patientes ne font pas exception à la règle, il y a de la tristesse, de la culpabilité, et des regrets à très court terme. Mais après ?

Avec la juriste Lise Carayon, et en écho à notre internaute, nous considérons « que contraindre une personne à engager son corps pour sauvegarder la vie d'un tiers serait une situation inacceptable dans tout autre domaine du droit ». Alors pourquoi tant de certitudes lorsqu'il est question d'IVG ?

Quelles options avons-nous ? Rallonger les délais serait un progrès, même si tout délai conduit à exclure des femmes. Accepter toutes les demandes sans délai, comme le propose le planning familial de Paris ? La société française n'y est sans doute pas prête.

Mais quel que soit le délai imposé par la loi, il nous faut agir pour que l'avortement soit réalisé dans les meilleures conditions par un personnel empathique et bienveillant, quitte à ne labelliser que certains centres militants pour la prise en charge des IVG tardives.

En nous focalisant sur les mineures enceintes, nous souhaitons ouvrir le débat sur la réponse la plus adaptée à donner à ces enfants enceintes : quelle est la prise en charge la moins traumatique, avorter ou accoucher sous X ? Comment accompagner la jeune fille ? Comment accompagner les équipes,

dans un cadre éthique partagé ? Faut-il montrer le fœtus ? Déclarer la grossesse ? Conserver des photos, des empreintes ? Qui est habilité à décider ? Et après, quelle prise en charge proposer ?

Les difficultés sociales s'accentuent dans de nombreux territoires. Les mineurs isolés, les toutes jeunes migrantes violées dans leurs parcours d'exil, les familles dépassées par des adolescents sans repères, autant de situations que nous croisons quotidiennement et qui ne sont pas près de se résoudre.

Il nous semble urgent de réfléchir à des pratiques bienveillantes pour les adolescentes et rassurantes pour les soignants. Pédiatres, pédopsychiatres et psychologues, spécialistes de la naissance et du lien mère-enfant sont sans doute des interlocuteurs de choix pour nous accompagner dans cette réflexion.

Bibliographie

Bolstanski, L. 2004. *La condition fœtale*, Paris, Gallimard.

Biggs, U. ; McCulloch, F. 2017. « Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study », *JAMA Psychiatry*, n° 74, p. 169-178.

Ducret, D. 2014. *La chair interdite*, Paris, Albin Michel.

Esterle, L. 2013. « Le traumatisme post-IVG une réalité scientifique ? », *Revue de littérature. Cermes3*, Inserm U988, UMR 8211 CNRS, EHSS, université Paris-Descartes [en ligne].

INSEE. 2016. *Évolution du nombre des interruptions volontaires de grossesse par groupe d'âges de la femme*, Séries depuis 1990, Résultats 2016.

Leportois, D. 2019. *Le délai légal pour pratiquer une* IVG *est-il (vraiment) nécessaire ?* 13 juin 2019. Disponible sur : http://www.slate.fr/story/178209/allongement-delai-legal-avortement-ivg-suppression.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État aux droits des femmes, Service des droits des femmes et de l'égalité. 2001. *Les violences envers les femmes au quotidien : enquête nationale sur les violences envers les femmes en france (ENVEFF)*.

Moisy, M. 2011. « Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante », *Revue française des affaires sociales,* n° 1, p. 162-198.

Piel, D. ; Azria, E. ; Oury, J.-F. ; Carbillon, L. ; Mandelbrot, L. 2013. « Interruptions médicales de grossesse pour motifs maternels : étude rétrospective multicentrique des indications dans la période entre la loi sur l'interruption de grossesse de 2001 et la nouvelle loi de bioéthique », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, p. 342-350.

Sarafis, C. 2009. *L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères*

conjugales et familiales, diplôme universitaire de victimologie, université Paris Descartes.

Rapport d'information n° 2702 de Madame Danielle Bousquet au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi (n° 2605) relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, 15 novembre 2000. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i2702.asp.garanti-par-la-loi.html

PLANNING FAMILIAL. 2016. *Panorama sur l'avortement dans l'Union européenne,* Les dossiers, février, sur http://documentation.planning-familial.org/imag/vignettecentredoc/pdfdosdoc/2016_02_panorama_AVO_EU.pdf

Lucie Galdon
Dominique Pluche Galmiche
Céline Schnepf

Pas à pas, le théâtre des bébés : une expérience culturelle primaire

Un atelier théâtre à l'accueil de jour parents-bébé : décor d'un soin singulier

Lucie Goldon

« Que notre pratique théâtrale reste un espace de liberté,
de divertissement et de réflexion ! »
Patrick Schoenstein

« Et quand la scène est compliquée,
appuie-toi sur tes partenaires.
Ils te seront indispensables pour atteindre tes objectifs.
N'oublie jamais cet adjectif, le théâtre est un art collectif. »
Fabien Marsaud (dit Grand Corps Malade)

L'Accueil de jour parents-bébé (AJPB) du centre hospitalier spécialisé de Novillars a vu le jour en octobre 2013. Il s'agit d'un hôpital de jour à vocation périnatale, accueillant des familles de la naissance aux 3 ans de l'enfant. Il est ouvert cinq demi-journées par semaine. Cinq dyades sont accueillies lors de chaque temps d'accueil et chaque dyade vient à un rythme de deux fois par semaine en moyenne. Les soins sont déclinés autour des activités quotidiennes du bébé : alimentation, change/bain, sommeil, jeux… L'AJPB répond au besoin d'étayage important de certaines familles dans les cas de troubles de la relation mère-bébé, de souffrances psychiques installées chez la mère, ou encore de difficultés de développement chez le bébé.

Dès l'ouverture de l'accueil bébé, l'équipe a été approchée par Céline Schnepf, metteure en scène de la compagnie « Un château en Espagne ».

Cette compagnie a pour vocation de proposer des spectacles pour les tout-petits, afin de soutenir leur ouverture au monde et à la culture. Céline Schnepf venait alors proposer une collaboration dans le cadre plus large d'un travail qu'elle menait avec les structures petite enfance de la ville de Besançon.

D'emblée, nous avons été attentives, pour ne pas dire séduites, à sa façon de rendre « la Culture » accessible aux tout-petits. Nous avons tout de suite vu ce que cela pouvait apporter aux mères accueillies par l'AJPB, mères dont la capacité créative, imaginative, ludique, est bien souvent « en panne ». Nous nous sommes donc lancées avec enthousiasme dans cette aventure poétique. La première année de collaboration fut si riche qu'elle nous a poussées depuis à renouveler chaque année ce projet théâtral dans le cadre de l'appel à projet « Culture et santé » de la Direction régionale des affaires culturelles et de l'agence régionale de santé Bourgogne Franche-Comté.

D'une année sur l'autre, les projets varient, évoluent grâce à des temps de travail avec la compagnie « Un château en Espagne » mais ils sont toujours déclinés avec la même philosophie et selon le schéma suivant : des ateliers mère-bébé de pratique théâtrale menés au sein de la structure, animés par une comédienne, Gaëlle Mairet, ou par Céline Schnepf elle-même ; ponctués de « temps forts » à l'extérieur, c'est-à-dire des spectacles pour les petits donnés « au théâtre », environ deux à trois fois par an.

Les ateliers au sein de la structure ont lieu une fois par mois, pour deux groupes de dyades différents. Ils se déroulent systématiquement en trois temps :
– un premier temps de pratique « mère-bébé » d'environ trente minutes ;
– un temps réservé aux mères de quarante-cinq minutes à une heure (où les bébés sont confiés aux soignantes ne participant pas à l'atelier) ;
– un temps d'échanges d'environ dix minutes sur « le jeu » qui vient de se dérouler, avec une personne extérieure à l'atelier, psychologue ou pédopsychiatre.

La scène « improvisée » est l'espace de la salle de psychomotricité dépourvue de son matériel.

Depuis deux ans, Frédéric Aubry, musicien, unique figure masculine dans le décor, soutient l'animation des ateliers par le biais de sa musique.

Deux soignantes de l'équipe de l'AJPB, toujours les mêmes, participent à l'ensemble de l'atelier de façon systématique. Elles jouent « avec » les mères et les bébés, de façon différente de ce qui se passe au quotidien. Tout en jouant, elles soutiennent les mères, leur permettent d'entrevoir les réactions de leurs bébés et veillent, en fonction de la problématique de chaque dyade, à lever les freins ou les difficultés, permettant aux mères et aux bébés de s'engager dans cet espace de créativité. Le psychanalyste et pédiatre britannique, D.W. Winnicott, disait : « C'est en jouant, et seulement en jouant,

que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi » (Winnicott, 1971).

Le travail des ateliers est axé sur le corps, dans sa dimension de portage, de rencontre entre la mère et son bébé, et d'éveil au monde du bébé. Il reprend ainsi l'hypothèse fondatrice de notre travail : le *holding*. Au cours des ateliers, que ce soit le temps « mère-bébé » ou le temps « mère seule », sont proposés un certain nombre d'exercices mobilisant le corps, la parole, les émotions, les sensations, l'imagination… Ils permettent, par le biais du corps et du langage, de relancer une part de créativité faisant souvent défaut chez les mères accueillies, et d'éveiller l'imagination des tout-petits, à travers des jeux sensoriels, des histoires racontées, des mondes imaginés… Il s'agit d'« ouvrir un espace de créativité commun à l'enfant et à l'adulte » (Golse, 2006).

Lorsque l'on présente aux mères participantes cet atelier ainsi que les temps qui le composent, les réactions sont souvent une certaine appréhension pour elles et l'étonnement quant à la participation de leur bébé : si petit ? Qu'est-ce qu'il peut en comprendre ? Qu'est-ce qu'il va pouvoir faire ?

Puis vient le temps de la découverte et de « la surprise » : surprise de leur propre capacité à jouer et surprise du répondant des bébés, de leur attention particulière aux mots, aux éprouvés, aux sonorités…

Rappelons que les bébés et les mères sont accueillis dans une salle de psychomotricité réorganisée pour ce moment particulier. Certains enfants se montrent vraiment impressionnés par cette pièce qu'ils connaissent mais qui est différente, inhabituellement vide, par ces voix, ces visages étrangers qu'ils découvrent, par la musique qui résonne et la vibration du violoncelle… Malgré tout, grâce à la réassurance de leurs mères et des professionnels, ils se laissent facilement aller « au jeu », porter, bercer par l'entrain des accords majeurs ou par la mélancolie de la tonalité mineure. Aux dires des mères, et du point de vue des professionnels présents, la musique apporte beaucoup, soutient le mouvement, donne une dynamique, détermine l'ambiance…

Comme le dit Daniel Stern, chercheur et psychanalyste : « La musique, en tant que fait réel, a une dimension homogène au temps. Pourtant, elle fait naître un temps virtuel – c'est-à-dire un temps vécu ou ressenti, s'accélérant, trébuchant, s'étirant ou ponctuellement suspendu » (Stern, 2003). Ainsi, elle accompagne les bébés et leurs mères dans leur ressenti émotionnel, l'exacerbant même à certains moments, pouvant amener quelques larmes ou au contraire redonner le sourire.

Ce temps de « théâtre mère-bébé » est précieux et il est parfois l'occasion d'une « première fois » : premiers moments de réel plaisir avec son bébé, première fois où l'on se sent vraiment mère de cet enfant, premier moment où l'on s'aperçoit que notre bébé nous regarde et plus encore qu'il nous

voit… C'est le cas de M^me^ E. qui, lors d'un jeu de coucou-caché avec un foulard, a pris conscience que son bébé la regardait et cherchait son regard. Elle qui pensait jusqu'à présent qu'il ne regardait « que les autres ».

Dans ce temps conjoint, le sensoriel et l'imaginaire sont convoqués ; « faire semblant » de souffler sur une plume, d'attraper des papillons, de cueillir et de sentir des fleurs, de goûter des fruits, ressentir et mimer des gouttes de pluies qui tombent à différents rythmes… Mères et enfants sont invités à traverser plusieurs pays : le pays où il fait chaud et où l'on transpire et s'évente, celui où il fait froid et où l'on grelotte, le pays où l'on est fatigué et où l'on baille… Il s'agit alors par des gestes, des attitudes, des mimiques ou des sons, de créer ce monde imaginaire. Cela vient répondre au besoin de l'enfant décrit par le pédopsychiatre, Patrick Ben Soussan : « Mettre en scène des expériences multiples, à travers son corps et son psychisme. […] besoin de pouvoir faire, percevoir, ressentir, s'adonner à des découvertes multiples, variées, stimulantes ou inquiétantes » (Ben Soussan, 2007).

Les mères découvrent leurs bébés différemment. Ces ateliers peuvent venir bousculer les certitudes qu'elles avaient sur leur enfant : sa façon d'être, son savoir, ses compétences… Certaines sont agréablement surprises par les réactions et la participation de leur bébé. Par exemple, elles se rendent compte que leur enfant peut se poser en groupe alors qu'elles ne le voient pas faire en dehors de l'atelier. Progressivement, les mères passent ainsi de la projection à l'interprétation ; elles commencent à prêter une intention à leurs enfants en imaginant ce qu'ils peuvent ressentir. Pour d'autres, c'est l'occasion d'exprimer qu'elles n'arrivent pas à jouer avec leur enfant. Ces réactions nous permettent d'échanger plus facilement avec elles après l'atelier, et de les aider plus spécifiquement sur la question des jeux partagés.

Ce temps est très investi par les mères et nous observons que même celles qui ont du mal à participer aux temps « mères seules » font tous les exercices proposés durant le temps « mères-bébés ». Cette implication des mères contribue à ce que ce temps soit profitable aux enfants qui s'émerveillent, participent et se montrent bien présents. Ces moments où mère et bébé partagent un même état affectif, véritables moments « d'accordage affectif » (Stern, 2003), soutiennent intensément les liens mère-bébé.

Selon les années, le temps réservé aux mères est plus ou moins investi. Cela tient sans doute à la clinique des mères accueillies. Pour autant, c'est un temps rare pour certaines qui n'ont pas forcément de relais pour leur bébé à l'extérieur de la structure : il s'agit d'un temps « pour elles ». Beaucoup expriment de l'appréhension, voire de l'angoisse, face à ce qui leur est proposé, et ce malgré toute la bienveillance du groupe. Il faut parfois du temps avant que les mères puissent « lâcher prise ». Bien qu'anxiogènes au premier abord, ces moments sont vécus positivement par les mères, ce sont des moments de franche rigolade et de plaisir partagé.

Les jeux proposés sont variés et font appel aux émotions (par exemple dire une même phrase sur le ton de la colère, de la joie, de la tristesse…) et à l'imagination par le biais d'improvisations (la file d'attente d'un magasin, une manifestation…). Certains jeux sont réalisés « en miroir » en face-à-face, directement sous le regard de l'autre, il s'agit d'effectuer un geste, une mimique, ou de suivre le geste réalisé par la personne en face.

D'autres jeux demandent d'avoir les yeux fermés ; il s'agit alors de se laisser guider, ce qui nécessite d'accepter le toucher de l'autre et de faire confiance. C'est d'ailleurs suite à cet exercice que M^me^ B dira : « J'ai été fière, car moi qui ai du mal à faire confiance, j'ai réussi à fermer les yeux et à me laisser guider. J'ai eu confiance en la soignante. »

L'ensemble de ces exercices demande un grand investissement personnel de la part des mères : imaginer, faire semblant, faire attention à l'autre, regarder l'autre, laisser une place à l'imaginaire de l'autre… Il faut parfois les « porter » dans leur capacité à jouer, à imaginer, et les soignantes participantes se montrent alors plus qu'inventives, en prenant elles-mêmes part aux exercices, en se prêtant à ce jeu avec ce qu'elles sont, ce qu'elles ressentent, lâchant prise sur leurs propres représentations et sur l'image qu'elles vont renvoyer.

Ce qui se déroule lors de ces ateliers fait parfois écho à des questionnements que nous pouvons avoir dans les prises en charge globales de certaines mères. Lors d'une séance, par exemple, une soignante réalisait une improvisation avec deux patientes, elles se promenaient toutes les trois dans une forêt lorsque la soignante s'est retrouvée « collée à une maison en sucre ». Alors qu'elle demandait de l'aide pour se décoller, l'une des patientes a dit : « On peut la laisser, je n'ai plus besoin d'elle », tandis que l'autre a répondu : « Non, je ne peux pas la laisser, moi j'ai encore besoin d'elle. » Nous avions trouvé cette scène intéressante au regard de nos interrogations concernant la poursuite des soins d'une patiente.

Nous observons dans l'après-coup, le bénéfice et l'enrichissement que cela apporte aux mères. Au-delà des difficultés d'abord formulées, elles peuvent exprimer la satisfaction d'avoir surmonté l'appréhension, d'avoir « réussi », ainsi que le plaisir qu'elles ont ressenti. Certaines pouvaient dire : « Je ne pensais pas être capable de faire ça » (M^me^ M.), ou encore : « Je suis fière de moi » (M^me^ P.). Autant d'éléments valorisants et renarcissisants, qui contribuent à une meilleure image d'elle-même et, par conséquent, à une meilleure relation avec leur bébé. Sur la durée, nous voyons aussi comment cela peut modifier le positionnement de certaines : plus présentes dans le groupe, plus disponibles à leur enfant, plus créatives dans leurs jeux avec l'enfant, plus confiantes dans leur vie.

Une patiente m'avait confié que même quand elle n'avait pas envie d'y aller, elle ressortait toujours « redynamisée », pleine d'une énergie nouvelle,

qui lui redonnait le courage d'affronter la réalité extérieure. Stern pose la question : « Est-il possible que les profils d'activation (intensité en fonction du temps) perçus dans le comportement manifeste de l'autre deviennent un affect de vitalité virtuel quand le soi en fait l'expérience ? » (Stern, 2003). La réponse me semble positive.

L'ensemble de ce travail est ponctué de « temps forts », au cours desquels les familles sont invitées à une représentation de la compagnie à l'extérieur de la structure, dans de « petits théâtres » installés le plus souvent dans les médiathèques ou les crèches de la ville. Les pères sont conviés à partager le spectacle. Il s'agit de représentations ouvertes à un public plus large, permettant aux familles de l'hôpital de jour de se mêler aux autres familles de la ville qui ont leurs enfants en crèche, qui sont des habituées de la médiathèque ou qui fréquentent d'autres lieux de la petite enfance. Ainsi est créée une ouverture sur l'extérieur.

Pour certaines familles, c'est la première occasion de pousser la porte d'un théâtre et d'aller « au spectacle ». L'accompagnement physique des soignantes est alors parfois nécessaire à certaines mères qui éprouvent des difficultés à sortir de chez elles.

Nous observons que les parents prennent plaisir à voir leurs bébés, même les plus petits, dans ce lieu sombre, aux décors d'automne, de forêt, ou de Far West, rester attentifs aux mots, se laisser porter par la musique, se laisser surprendre par l'histoire. Ils se montrent disponibles pour accueillir les réactions, les émotions de leurs bébés, et ils les accompagnent dans cette découverte.

Au fil des années, « Les oiseaux », « Des petites pierres… », « À fleur de peau », sont les projets qui, semblables aux cailloux semés par le Petit Poucet pour retrouver son chemin, nous ont accompagnés dans la prise en charge des dyades accueillies.

Sans être pensés au départ comme de l'art-thérapie, ces moments artistiques ont eu et continuent d'avoir une réelle fonction thérapeutique par la mobilisation d'un élan vital et la reprise des capacités d'imagination. Ils permettent d'amener les questionnements, les étonnements et donc les échanges pour reprendre confiance en soi et mieux investir l'autre. « Là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à emmener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il capable de le faire » (Winnicott, 1971). Et c'est bien ce que nous recherchons dans cet atelier, avec l'aide des artistes : nous tentons de mobiliser les capacités de jeu des mères, leur permettant de vivre des moments uniques avec elles-mêmes, avec leurs bébés. Nous nous réjouissons d'avance de poursuivre l'aventure avec « Rêve ! » et remercions très chaleureusement l'ensemble de la compagnie « Un château en Espagne » pour son énergie créative mise au service du soin.

Poésie et lien

Céline Schnepf

> « Accompagner un enfant au théâtre, c'est se risquer à la rencontre de l'imprévisible, à ne pas savoir exactement ce qu'il faut faire, à être surpris devant l'attitude, les réactions, les émotions, les paroles de l'enfant. […] C'est accepter de ne pas le satisfaire complètement, qu'il n'ait pas les réactions que l'on attendait, qu'il se montre différent de ce que l'on croyait. C'est être un adulte qui n'a pas tout prévu, qui ne maîtrise pas tout, mais un adulte présent » (Ben Soussan et Mignon, 2006).

Depuis plusieurs années, la compagnie « Un château en Espagne » travaille de concert avec l'accueil de jour parents-bébé afin de proposer des projets artistiques à destination des mamans accueillies et de leurs tout-petits. En alliant théâtre, musique et corps, ces projets permettent le partage de sens et d'émotions fondatrices entre l'adulte et l'enfant.

Nous travaillons à ce que chacun trouve sa place, à son rythme, en proposant diverses entrées possibles : ateliers de pratiques artistiques mamans-bébé, ateliers pour les mamans, mais également sorties aux spectacles pour assister à des formes théâtrales courtes adaptées aux plus petits. C'est cet espace potentiel de rencontre et de renforcement de liens qui m'intéresse particulièrement : permettre aux enfants de s'ouvrir à l'art dès la toute petite enfance, d'élargir leur imaginaire, de grandir en se confrontant à des espaces poétiques, des questionnements, des émotions et des sensations… Mais permettre également à des adultes qui n'ont jamais eu accès à la culture, où qui s'en sont éloignés, de faire, ou de refaire un pas vers elle. À travers ces espaces, s'adresser autant à l'enfant qu'à l'adulte à ses côtés, et trouver l'endroit où la proposition peut prendre plusieurs routes en même temps, en s'adressant à l'un de manière organique, à l'autre de manière symbolique…

Le tout-petit perçoit encore de manière non verbale, organique, il est dans les sens. Il est donc de « tout corps » avec la représentation, ou la proposition artistique, et cela permet une liberté créative immense.

Chaque projet artistique avec les tout-petits, chaque création qui lui est destinée, est une aventure profondément humaine. En tant que créateur, spectateurs, participants (grands ou petits), acteurs, ou accompagnateurs, ces projets culturels et artistiques à destination des plus petits nous mettent encore plus que les autres en lien avec une part archaïque, on s'adresse à la fois à l'intime et à l'universel, aux émotions profondes…, et c'est cela qui les rend passionnants.

La rencontre avec l'équipe de l'accueil de jour parents-bébés et les mamans accueillies s'est faite lors d'un projet CUCS (contrat urbain de cohésion sociale) à destination des tout-petits, que la compagnie menait dans un quartier prioritaire de Besançon. Dans ce projet à destination des bébés, nous proposions des ateliers d'éveil théâtral adultes/enfants, des spectacles et des ouvertures de répétitions. À ce moment-là, nous ne proposions des ateliers parents enfants qu'à partir de 18 mois, la majorité des mamans accueillies à l'accueil de jour avaient des bébés trop petits pour ces ateliers. Avec l'équipe, nous avons donc fait le choix de proposer des ateliers également aux mamans.

La question des improvisations dans l'organisation des projets m'a toujours semblé être importante. Comment le projet peut bouger sans sortir de son cadre, comment il s'adapte à la réalité des partenariats, et comment, par la même occasion, cela permet d'ouvrir des portes vers des nouveaux possibles.

Ces ateliers « improvisés » ont modelé les projets qui ont été conçus par la suite avec l'équipe de l'accueil de jour. Ils ont été des moments forts, des temps de « présence à soi » pour les mamans, qu'il nous a paru important de renouveler lors de l'écriture des projets suivant. Et finalement, cela nous a permis d'ouvrir notre pratique d'atelier adultes-enfants également au moins de 18 mois…

Le théâtre est un lieu où l'on se met en jeu, ou l'on se met en « je » également. C'est un endroit où nos émotions sont présentes, convoquées, où l'on travaille à les maîtriser. Pour ces mamans, ce fut un espace où se découvrir, s'amuser, affronter, combattre parfois aussi dans la bienveillance des regards. Nous avons avancé dans la pratique théâtrale, et les mamans ont cheminé entre moments de rire et moments de panique, entre l'envie de faire et l'envie de fuir. Un temps pas toujours évident pour elles, mais un temps toujours chaleureux et bienveillant.

La présence de l'équipe soignante est aussi importante, que ce soit au moment des ateliers que lors des accompagnements aux spectacles. Les soignantes accompagnent les mamans et les bébés lors des ateliers de pratique où elles s'engagent pleinement puisqu'elles font les exercices au même titre que les mamans et les petits. C'est une aide précieuse pour nous qui savons que nous pouvons compter sur elles. C'est bien souvent le plein engagement de l'équipe qui permet aux mamans de passer par-delà leurs peurs, leurs difficultés. C'est personnellement la première fois que je vois et que je travaille avec une équipe où tout le monde est aussi investi : cela est très profitable au travail et aux différents projets.

Dans les ateliers avec les bébés, le rôle des adultes est évidemment important : ce sont eux qui montrent, qui décodent, qui accompagnent l'enfant dans l'imaginaire. Plus il est petit, plus il a besoin de s'appuyer sur l'adulte. Le meneur d'atelier est entièrement à la proposition. Le rôle de

l'équipe est très important dans la mesure où elle accompagne les enfants et les mamans dans le jeu.

L'amusement des grands aide les petits à « faire » et à « entrer dans l'imaginaire ». Nous décodons les émotions, les sensations : la peur, la colère, la joie, le froid, la faim, la gourmandise. Nous nous amusons avec des petits riens : une plume invisible, un papier qui s'ouvre et qui laisse apparaître ce que bon nous semble. Cela semble simple, mais pour les plus petits, mettre un nom sur une émotion tout en la jouant avec son corps, c'est lui donner la possibilité de l'identifier, de l'exprimer, de la reconnaître. Nous travaillons également sur le passage d'une émotion à l'autre. L'adulte est là pour l'accompagner, parfois pour retrouver le chemin vers ces émotions et ces sensations. L'équipe accompagne les mamans qui ont plus de difficultés, elle fait les exercices avec les enfants, joue avec les mamans.

Pour les petits, des rituels ont été mis en place pour entrer dans l'atelier. Se nommer en posant un caillou ou en chuchotant son prénom dans un foulard. La maman se nomme et nomme son enfant s'il ne sait pas encore le faire, c'est également le cas des soignantes, de la comédienne et du musicien. C'est si simple que des mamans ont parfois du mal avec ce type d'exercice qui leur semble réservé aux petits. Mais quand une petite fille, au bout de 8 mois d'atelier, dit son prénom pour la toute première fois en posant son caillou, ou quand un petit garçon qui marche seulement depuis quelques jours prend tout seul l'initiative de m'apporter le foulard en début de séance, c'est vraiment pour tous un instant d'une rare intensité.

Au cours des séances, lorsque l'enfant montre à l'adulte qu'il comprend et qu'il prend part à la proposition, l'adulte qui l'accompagne peut alors parfois s'approprier la proposition. Pour exemple, un jour lors d'une séance, un petit garçon de 6 mois environ éternue fort à propos lors d'un exercice où l'on jouait à avoir très froid. Jusque-là, la maman avait eu beaucoup de mal à entrer en jeu lors des ateliers maman-bébé, et encore plus lors des ateliers mamans. Nous nous sommes tous émerveillés de cet éternuement très bien placé ! Le bébé était très heureux de toute cette attention et la maman aussi. Elle a commencé à envisager que cet atelier était favorable pour son enfant. Quelques semaines plus tard, lors d'une sortie au spectacle, ce même petit garçon fait preuve d'une attention soutenue ; il est captivé et très réceptif au jeu de lumières, aux voix et à la musique. Il prendra le même plaisir à chaque représentation. Ces deux évènements ont complètement transformé le regard de la maman sur les ateliers. Elle a commencé à oser, à faire, à s'accorder de la liberté ; en quelques mois, celle qui ne supportait pas le regard des autres est devenue une meneuse.

Toutes les mamans ne font pas ce parcours. Mais toutes ont *un* parcours dans l'atelier. Pour certaines mamans, faire une séance entière sans se retirer est une belle victoire. Quand nous préparons les séances avec Gaëlle Mairet,

la comédienne qui intervient dans les ateliers, l'expérience de la séance précédente sert à chaque fois à la préparation de la séance à venir. Comment les exercices proposés ont-ils ou n'ont-ils pas fonctionné ? Comment les mamans, les enfants ont-ils réagi ? Il nous semble important d'amener de nouveaux exercices mais également de remettre en jeu régulièrement des exercices déjà faits. Aussi bien pour l'adulte que pour l'enfant, l'appropriation, la familiarisation, ou la mémorisation d'une proposition se fait par strate. Chaque fois qu'un exercice est proposé, quelle que soit sa réception, il fait partie d'une étape d'appropriation. Si un exercice a été perçu comme difficile, nous le modifions quelque peu, nous cherchons une entrée plus ludique, ou plus concrète.

Par exemple, l'exercice du miroir, qui avait été très difficile pour certaines mamans, n'a pas été reproposé tout de suite, mais deux séances après avec une légère modification de la consigne.

Plutôt que de ne faire que des mouvements en musique que la personne en face devait pouvoir refaire, nous avons proposé des thèmes : se préparer pour un dîner au restaurant, pour un entretien d'embauche ; puis nous leur avons demandé de reprendre avec les mêmes thèmes mais en variant avec des états : être en retard, avoir mal au ventre… Fou rire de toutes les mamans. L'exercice a été refait avec plaisir. Il pourra être repris dans sa forme initiale plus tard également.

Il arrive aussi que les mamans soient fatiguées, préoccupées, indisponibles. Les maux qui empêchent de faire. La présence du musicien est alors très importante et sa musique permet de suivre au plus près les besoins. Elle soutient celles et ceux qui sont en difficulté ; elle comble le vide. Elle amène également une grande sensorialité. Elle matérialise l'espace, donne une densité aux séances. Sa présence, très enveloppante, contient ou dynamise. Elle participe entièrement à la sensorialité des espaces proposés.

Cette question des espaces, qu'il s'agisse des espaces d'ateliers ou des espaces scéniques, est très importante pour moi : utiliser le texte, l'image, le son, la musique, comme des matières propices au jeu, à la création, permettant de modeler nos perceptions ; ne jamais simplifier notre propos, mais utiliser les outils nécessaires pour le rendre perceptible. Le tout-petit perçoit encore de manière non verbale, organique, il est dans les sens. Il est donc de « tout corps » avec la représentation, et c'est une ouverture, une liberté immense pour la création. Donner une place entière aux perceptions. Se permettre d'utiliser le texte comme vecteur de sens pour l'adulte et comme matériau sonore sensible pour le petit. Ou être dans l'image, le silence, le rythme du corps au gré des besoins…

Le projet que nous menons actuellement prend la forme d'un atelier maman-bébé mensuel, immédiatement suivi d'un atelier mamans seules. L'atelier est mené par une comédienne, Gaëlle Mairet, et un musicien,

Frédéric Aubry. Un photographe, Yves Petit, est également présent durant ces ateliers. J'essaie, pour ma part, d'être au maximum présente. Nous proposons, en outre, plusieurs fois par an des spectacles accessibles dès le plus jeune âge, aux mamans accueillies et à leurs bébés. Ces trois temps se complètent et se nourrissent.

Ce moment de l'accompagnement aux spectacles est donc important. Il est souvent accompagné de peur. Nombreuses sont les personnes, quels que soient les projets, qui pensent que le théâtre n'est pas pour elles, et qu'un bébé est trop petit pour assister à un spectacle. Le fait de voir leur enfant attentif, captivé parfois, leur permet de changer de regard, d'être rassurées, d'être fières aussi. C'est un moment où il faut accompagner son enfant pour lui permettre de vivre au mieux le temps de la représentation, la sensation du noir, l'émotion liée à la représentation, à la musique… L'équipe est là encore extrêmement présente. Elle accompagne, elle aide, elle relaie si besoin.

À la fin du spectacle, les enfants peuvent s'approprier l'espace scénique, y jouer en toute liberté. La « matière » et la scénographie y tiennent une grande place. Du papier, de la terre, du sable, des ventilateurs…, les enfants retrouvent des matériaux que nous utilisons également en ateliers. Le son, la musique, la voix, le texte, le jeu des comédiens viennent tisser une proposition « sensible » et organique tout au long de la représentation.

Il est nécessaire, me semble-t-il, que les enfants qui ont été dans une place de spectateur où il ne leur est pas possible d'accéder à la scène même s'ils en ont très envie, puissent ensuite s'approprier cet espace.

J'essaie de faire en sorte que les mamans retrouvent au moins une fois dans un spectacle la comédienne et le musicien qui interviennent en atelier. Qu'elles les retrouvent en situation de jeu, dans cette complexité. Connaître quelqu'un, reconnaître facilitent le lien. Pour moi, l'acte artistique trouve sa cohérence dans la rencontre avec l'Autre. Pour les artistes, naviguer des ateliers au plateau laisse de la place à « l'autre » que sont les mamans. On sort de l'entre-soi du théâtre.

Le tout-petit n'a pas connaissance des codes théâtraux, ni des codes sociaux attachés au théâtre ; il n'est jamais seul, il vient accompagné d'un grand. Cela permet donc de s'adresser autant à l'enfant qu'à l'adulte qui est à ses côtés, d'envisager un théâtre qui favorise le partage des sens et d'émotions fondatrices entre l'adulte et l'enfant, qui soit porteur de sensorialité. C'est passionnant !

Il est, à mon sens, utile d'emmener le tout-petit au spectacle et à la culture : c'est une aventure « humaine » partagée, c'est le considérer comme spectateur, et du coup, accepter, en tant qu'adulte, l'immense ouverture dont il fait preuve dans sa rencontre avec une proposition artistique. C'est faire un pas de côté, s'asseoir avec lui, accepter de ne pas être le « sachant », de ne pas être uniquement le « transmettant », d'être tout simplement un « humain »

assis près de lui. Partager, être spectateur autant que lui, accepter d'être ému à ses côtés, d'être sensible, fragile, touché… Ne pas se poser la question de ce qu'il comprend, mais être sensible à ce que « je » ressens, moi l'adulte, et le considérer comme capable de ressentir au même titre que nous les « grands ». Être égal face au spectacle. Prendre le temps de se construire un imaginaire commun, le temps d'une représentation…

Chaque spectacle, pour les tout-petits est une aventure artistique, étrange, intime et profondément humaine.

Une expérience culturelle primaire. Pas sans jouer

Dominique Pluche Galmiche

> « Dans toute forme de sublimation, le vide sera déterminatif […] Tout art se caractérise par un certain mode d'organisation autour de ce vide » (Lacan, 1960, p. 155).
>
> « À ce moment-là, il y aura une espèce de transmutation vraiment heureuse, jubilante : c'est ce que j'appelle l'objoie » (Ponge, 1970, p. 184).

Vous avez découvert avec l'enthousiasme de Céline Schnepf, metteure en scène, quel vent nous porte… Ce souffle, nous ne pouvons le garder jalousement, aussi tentons-nous d'en transmettre le don.

L'atelier théâtre est conçu comme un « terrain de jeu intermédiaire » (Winnicott, 1971, p. 67) qui fait appel à la créativité des mères en leur permettant de découvrir ou de retrouver l'intérêt de faire une hypothèse pour leur enfant (il peut s'intéresser, dès 2 mois, au visage et aux intonations de sa mère qui savoure un gâteau imaginaire, qui caresse un chat, ou regarder avec elle, émerveillé, la chute d'une plume que la main maternelle vient évoquer…). Mais ces mamans peuvent aussi se laisser surprendre par les capacités de jeu de leur bébé (qui tend son visage pour la caresse d'un foulard ou, plus grand, qui donne de lui-même ce foulard à un autre petit pour qu'il se joigne au jeu, ou qui éternue au pays où il fait froid). « Terrain de jeu » donc, permettant à l'enfant de lier sensations et représentations, corps et mots par un autre biais que le sein, le bain, la psychomotricité, les jeux et les médiations proposés à l'hôpital de jour.

Sans faire une chronologie du travail, il nous semble que suivant les années, suivant les difficultés des mères, le premier temps mère/bébé a été très diversement investi. Dans les débuts, elles peinaient à s'intéresser à ce qui pouvait se jouer là et n'en percevaient pas forcément le sens. Les soignantes ont alors dû beaucoup soutenir ce qui pouvait émerger de la part des enfants,

faire preuve d'ingéniosité pour le mettre en valeur auprès des mères, afin que cela ne soit pas mis sur le compte du hasard, ni même repéré comme adressé. Certaines, alors que l'expérience de l'atelier se prolongeait dans le temps, ont progressivement pu interagir avec leur enfant et jusqu'à soutenir auprès d'autres mères ce qui s'était passé avec le leur. Faire écho, chœur en quelque sorte, à ce processus naissant.

Parfois, nous avons besoin de tout le doigté de la comédienne afin de faire entendre aux mères que si elles n'investissent pas activement ces temps mère/bébé, ceux-ci resteront inconsistants et surtout ennuyeux, bien loin de l'effet escompté d'une trouvaille partagée.

D'autres fois, comme cette année, nous sommes prises au dépourvu malgré l'aide d'un musicien, en plus des deux soignantes et des comédiennes. Grâce à tout ce monde pour cinq mamans et leurs bébés, le temps avec les bébés, souvent compliqué jusqu'alors, a été plutôt aisé en dépit des différences d'âges parfois importantes entre eux. Les mères étaient présentes et impliquées ; mais au temps suivant, sans leur bébé, elles étaient totalement en retrait.

Dans ce premier temps, réservé donc aux mères et aux bébés, ce qui a parfois fonctionné, compté, ce sont les instants où les enfants ont « saisi » – ou ont été saisis par – « des perceptions sensitivo-sensorielles » (Golse, 2016, p. 125) et ludiques mises en parole par « l'environnement » maternel, ou professionnel. Mais aussi les moments où les enfants ont « répondu » à l'appel de l'Autre, à leur façon, comme ils pouvaient, c'est-à-dire avec inventivité. Cette apparition d'un espace potentiel entre la mère et le bébé, entre l'environnement et le bébé, est le lieu où s'origine la créativité (Winnicott, 1971, p. 91), le jeu et l'expérience culturelle (*ibid.*, p. 75).

Très investi les premières années comme un temps de jeu entre elles, le temps théâtre réservé aux mères est donc devenu plus anxiogène qu'auparavant. Winnicott, en son temps, remarquait que jouer comporte un aspect inquiétant. Il soulignait combien les *games* organisés sont là pour tenir à distance l'aspect effrayant des jeux *play* (*ibid.*, p. 71) au cours desquels le joueur se surprend lui-même (*ibid.*, p. 72), c'est-à-dire est inventif. Autrement dit jouer ainsi équivaut à quitter les énoncés déjà connus pour risquer une part d'énonciation imprévue. C'est sans doute ce qui a été mis en lumière, une partie de cette année, par la difficulté propre des femmes que nous accueillions, qui ne pouvaient vivre cette expérience que « préoccupées », soutenues par leur enfant, et non dans une sollicitude à son égard. Comme si la sollicitude s'était en quelque sorte inversée, ce qui les laissait désemparées une fois que leur bébé n'était plus là. Un réaménagement des temps d'exercice, donnant plus de place à l'improvisation, exercice difficile mais qui ouvre à la surprise d'une opération en acte, d'une parole à l'état naissant, et le déplacement de la relaxation en fin d'atelier, ont été propices à un meilleur travail individuel et collectif.

Ce travail – car c'est un travail que de jouer, c'est une mise au travail – est toujours précaire.

L'objet théâtral est de faire jouer autant que possible le déploiement de chaque objet proposé : que ce soit monter dans un train, aller à la bibliothèque, grandir jusqu'à toucher le ciel, enfiler une veste pour aller à un rendez-vous amoureux ou pour un entretien d'embauche, se rendre à un concert de rock, entrer dans un *saloon*…, déploiement non seulement par la diversité des personnes qui le jouent mais aussi par la reprise du même thème une autre fois, puis encore une autre fois, dans ce que les gens de théâtre appellent répétition.

« L'objeu » de l'atelier, pourrait-on dire, en reprenant le néologisme créatif de Francis Ponge, est ainsi un objet qui démultiplie les façons que « je » les vive[1] (Ponge, 1962, p. 135) dans ce qu'il appelle « la rigoureuse harmonie du monde[2] » (*ibid.*, p. 137) langagier. C'est donc une praxis qui redonne la capacité, « la possibilité de jouer (et rejouer) avec les évènements de la vie » (Gori, 2014, p. 38), car l'expérience de l'événement n'est jamais immédiate, il lui faut, nous dit Freud, plusieurs temps pour s'inscrire dans le psychisme (Freud, 1950, p. 153), plusieurs « retours de l'esprit aux choses », ajoute le poète (Ponge, 1942, p. 167). Car, enfin, « c'est la répétition qui soutient l'impulsion à jouer chez l'enfant », précise Freud (Freud, 1920, p. 63).

C'est surtout un jeu dont le but n'est pas d'utiliser la scène théâtrale comme une mise en représentation de la scène psychique, ni comme un commentaire ou une paraphrase de celle-ci, mais qui la considère littéralement comme son équivalent. Un jeu théâtral qui, pour rester dans l'univers pongien, entre en « réson » (Ponge, 1970, p. 44, 83, 152, 158), au sens de résonance plutôt que de raisonnement, parce qu'il est de la même « pâte », de la même matière, homologue au fait psychique. Cela sonne, résonne, se répercute…, et cela travaille autrement – avec un autre médium que l'écriture, la peinture ou même la cure de parole – le corps, les perceptions et les mots. L'atelier théâtral est en quelque sorte le médium et « l'enceinte[3] » qui porte à l'oreille de l'Autre – ce chœur des autres (mères, enfants, soignantes, comédiennes et musicien) – la place de Sujet que chacune est appelée à prendre tour à tour et ensemble.

Ce qui donne lieu, comme l'écrit Lucie Galdon, à des « premières fois », qui sont de véritables temps d'ouverture à l'Autre mais aussi à soi, au sens où le sujet n'est plus le même après cette « première fois[4] ».

---

1. « Nous (ce *nous,* l'a-t-on compris, prononcé sans emphase, figure simplement la collection des phases et positions successives du *je)* pouvons bien juger maintenant qu'il SUFFIT. »
2. « Le fonctionnement verbal sans aucun coefficient laudatif ni péjoratif : l'objeu. »
3. Métaphore de Sylvie Nezelof, professeur de pédopsychiatrie au CHU de Besançon.
4. Une « première fois », c'est ce moment où l'arrivée d'un événement se joint aux traces de perceptions, de sensations de plaisir et aux traces de toutes les autres sensations corporelles simultanées, pour

Cette mise au travail, envisagée comme un processus de transformation, de mutation, n'introduit pas de nouvel objet concret dans le monde mais vise un autre rapport au monde, un rapport où la créativité, la fantaisie trouvent leur place, une créativité entendue « comme la coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure » (Winnicott, 1971, p. 91) mais aussi intérieure, d'une ouverture à ce qui « vient » ou advient.

Or il nous importait que les mères aient accès à cette créativité, à cette « part d'œuvre[5] » en elles, pour qu'elles puissent ensuite, s'adaptant aux capacités de leur enfant, trouver un chemin qui favorise sa créativité infantile. À savoir qu'il vive cette expérience de plaisir au cours de laquelle il éprouve une jouissance du sentiment d'exister dans cet environnement culturel. Aussi ne sommes-nous pas prêtes d'oublier le baiser fougueux d'Olivier, 2 ans et demi, à Céline Schnepf, assorti d'un « merci ! », alors que nous étions tous encore dans l'immobilité qui succède aux applaudissements du dernier spectacle de l'année.

C'est cette vitalité, cette créativité, propre à l'expérience du bébé et du petit enfant, qui lorsqu'elle est conservée, donne le sentiment, dit Winnicott, « que la vie vaut d'être vécue » (Winnicott, 1970, p. 43) tout au long de l'existence et qui prédispose ou sensibilise au « caractère jubilatoire de l'existence en général » (Rossez, 1983, p. 7), à la continuelle nouveauté du monde (Winnicott, 1970, p. 45[6]), et aux « raisons d'être heureux », comme le dit encore Francis Ponge (1948, p. 162, 166).

Ainsi la relation, la préoccupation, ou la sollicitude maternelle primaire, s'inscrit dans une plus vaste configuration culturelle que le seul registre familial ; elle est d'emblée une expérience culturelle primaire. Ce qui nous a intéressée dans ce dispositif, ce sont les effets « facilitateurs » de moments d'une véritable « coproduction des processus de subjectivation » (Golse, 2016, p. 125) qu'il peut engendrer, et sa contribution possible au soutien du *holding*, c'est-à-dire à la relance du lien mère enfant comme expérience culturelle primaire.

Lien subtil qui fait son miel de ce qu'il trouve dans son environnement (Gori, 2014, p. 39[7]), environnement dont nous sommes, en tant que lieu de soins, partie prenante et responsable.

---

former un nouveau complexe associatif, un nouveau nouage – une expérience de satisfaction – que le sujet cherchera à retrouver…

5. Expression de Thierry Sauze, psychanalyste, membre d'Espace analytique.

6. « Par vie créatrice […] j'entends le fait de porter sur les choses un regard toujours neuf. »

7. « L'analyste n'est pas seulement le déchiffreur […] il est également l'environnement, pour reprendre le mot de Winnicott qui favorise ou inhibe les possibilités créatrices du sujet, c'est-à-dire qui participe à la fabrique de la subjectivité. »

Bibliographie

Ben Soussan, P. 2007. « 2007 et après… ce qui ne cessera de fonder un enfant », *Spirale*, n° 41, p. 165-174.

Ben Soussan, P. ; Mignon, P. 2006. *Les bébés vont au théâtre*, Toulouse, éres.

Freud, S. 1920. « Au-delà du principe de plaisir », dans *Essais de psychanalyse,* Paris, Payot, 1981, p 41-112.

Freud, S. 1950. « Lettre 52 à Fliess », dans *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1956.

Golse, B. 2006. *L'être bébé,* Paris, Puf.

Gori, R. 2014. « Les tendances antisociales de notre civilisation », dans P. Delion (sous la direction de) et l'ACSM d'Angers, *Créativité et inventivité en institution. Empêchements et possibles*, Toulouse, érès, p. 35-50.

Golse, B. 2016. « L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse », *Figures de la psychanalyse,* n° 31, p. 121-134.

Lacan, J. 1986. Le Séminaire, Livre VII (1959-1960), *L'éthique de la psychanalyse,* Paris, Le Seuil6.

Planson, C. 2008. *Accompagner l'enfant dans sa découverte du spectacle vivant. La scène,* Nantes, Millénaire Presse.

Ponge, F. 1942. « Raisons de vivre heureux », dans *Le parti pris des choses*, Paris, Gallimard, 2017.

Ponge, F. 1948. « Des raisons d'écrire », dans *Le parti pris des choses*, Paris, Gallimard, 2017.

Ponge, F. 1962. « Le nous quant au soleil. Initiation a l'objeu », dans *Pièces*, Paris, Gallimard 1988, p. 137-147.

Ponge, F. 1970. *Entretiens de Francis Ponge avec Philippe Sollers*, Paris, Gallimard/ Le Seuil.

Rossez, C. 1983. *La force majeure*, Paris, Les Éditions de Minuit, 2016.

Stern, D. 2003. *Le monde interpersonnel du nourrisson,* Paris, Puf.

Winnicott, D.W. 1970 « Vivre créativement », dans *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 1988, p. 43-60.

Winnicott, D.W. 1971« Jouer. Proposition théorique », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p. 55-74.

Winnicott, D.W. 1971 « Jouer, l'activité créative et la quête de soi », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p. 75-90.

Winnicott, D.W. 1971 « La créativité et ses origines », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p. 91-119.

Winnicott, D.W. 1971. *Jeu et réalité,* Paris, Gallimard, 1975.

Romuald Jean-Dit-Pannel

Virilité et tendresse du père. Exemple d'un groupe de pères en crèche

> « Ajoutons aussi, parce que cela est très souvent oublié, que l'environnement du nourrisson comporte, pour D.W. Winnicott, nécessairement le père » (Cupa, 2007, p. 100).

Le père : soins, corps et langage virils et tendres

Quelques observations de paires père-jeune enfant lors de séparations en crèche

Un lundi matin, dès 8 h, au plus fort des temps d'arrivée d'une crèche de soixante berceaux, je m'installe au sol dans l'unité des moyens, au sein de laquelle des enfants de 12 à 24 mois environ évoluent. J'observe ce temps d'accueil des enfants en tant que psychologue clinicien (Jean-Dit-Pannel et coll., 2015), dans un temps de regroupement de deux unités, les moyens et les grands.

Jean[1], 2 ans, arrive dans les bras de son papa derrière la porte vitrée de l'unité. Papa porte un tee-shirt avec le logo de Batman. Sur celui de son fils est inscrit en gros « I'm a super hero » (Je suis un super héros). Ils entrent, et pendant les échanges avec la professionnelle accueillante, ils se séparent au sol puis se disent au revoir au travers de la porte vitrée de l'unité, de façon chaleureuse et tendre. Le papa, accroupi à hauteur de son enfant, envoie plusieurs baisers avec sa main à son fils en le regardant tendrement, avant de partir définitivement.

1. Les prénoms ont été modifiés.

En les observant, je me remémore un rendez-vous proposé à ce papa et à sa femme à propos de leur enfant pour des difficultés d'endormissement. Maman avait confié qu'un diagnostic médical avait été posé avant l'arrivée de Jean : elle ne pourra jamais avoir d'enfant. Cela a peut-être fait de Jean un super héros… Et de papa un vengeur masqué qui a contribué à l'arrivée de leur enfant.

Une petite fille de 18 mois arrive, Nina, accompagnée de son père en costume de ville et cravate. Ils semblent tranquillement en lien : à chaque observation de ma part, je ressens que le père est fier de sa fille, heureux avec elle, comme comblé par cette petite fille. Il semble « plein » de sa fille et de sa seconde, Clara, qui n'a que quelques mois.

Je me souviens de ce père lors d'une réunion organisée à la crèche à destination des parents : un soir, il était assis au sol sur un tapis au sein de l'unité des bébés, toujours en costume de ville et cravate, prenant un grand plaisir à répéter quelques signes de communication gestuelle proposés par l'accueillante.

Enfin, entre autres enfants, Léo, 26 mois, et son papa arrivent. Après quelques transmissions entre le père et l'accueillante, ils se disent au revoir. Léo regarde son papa partir dans le couloir, il nous dit : « C'est mon papa ça ! », avec un grand sourire joyeux, en le montrant du doigt.

Ce papa travaille dans l'Armée de terre. Son travail l'a récemment empêché d'être présent auprès de sa femme et de son fils : il a été absent pendant plusieurs mois pour une mission à l'étranger. J'accueille d'autant plus le sourire de Léo que je me souviens de ses pleurs retenus lors d'une séparation avec maman alors que papa était en mission, pleurs qui avaient pu se lâcher lorsque j'avais verbalisé pour lui la difficulté de ses séparations.

Soins, corps et langage : le viril et le tendre

Ces quelques observations de pères à la fois *virils*, figurés par le super héros, le costume-cravate et le militaire, et *tendres* questionnent la place des soins, du corps et du langage au sein des paires père-enfant, fils ou fille.

Le père, dans la relation père-bébé/père-jeune enfant, est-il pensé comme un *caregiver* (donneur de soins) comme un autre à l'instar de la mère, par les professionnels de la périnatalité et de la première ou petite enfance ? Quelles seraient les spécificités d'un *holding*, d'un *handling* masculin et paternel ? Comment nommer le père : est-il père d'être géniteur, a-t-il été « gestateur », est-il papa d'être un *caregiver* ?

Ces différentes questions sont à travailler lorsque nous œuvrons dans le champ du soin, d'autant plus en périnatalité, première ou petite enfance. Une seule condition : élucider en chacun de nous *nos* représentations et *nos* affects, consciemment et inconsciemment (sur un divan ?), lorsque nous parlons d'un homme, d'un géniteur, d'un gestateur, d'un (devenant) père,

d'un papa, d'un papa poule (voire d'un papa gâteau), ou encore d'un père interdicteur.

Je propose d'interroger *la virilité et la tendresse du père*, dans un premier temps avec quelques propositions théoriques, puis avec l'exemple clinique d'un groupe de pères en crèche (pour une autre illustration clinique, voir Jean-Dit-Pannel, 2019).

Propositions théoriques. Virilité masculine et tendresse paternelle sont-elles (in)compatibles ?

L'image de l'acteur incarnant James Bond, Daniel Craig, portant son enfant dans un porte-bébé ventral, a été commentée par un journaliste et animateur américain, Piers Morgan, de la façon suivante (15 octobre 2018) : « Oh 007.. not you as well ? !!! #papoose #emasculatedBond » (« Oh 007.. pas toi aussi ?!!! #porte-bébé ventral #Bondémasculé »). Le terme émasculé, parce qu'il porte son bébé contre son ventre, va affoler les réseaux sociaux et de nombreux pères vont réagir en postant des photos sur lesquelles ils portent leur bébé de la même façon, pour rappeler qu'il n'y a là rien d'émasculant, bien au contraire.

Cette illustration permet d'interroger virilité masculine et tendresse paternelle : la virilité de l'homme serait-elle menacée, voire incompatible, par/avec la tendresse du père ? La virilité de l'homme et la tendresse du père peuvent-elles cohabiter intra et intersubjectivement ?

Grâce, entre autres, au professeur Christopher Kuzawa (Kuzawa et coll., 2009 ; Gettler et coll., 2011) et ses collègues de la Northwestern University (Illinois, Nord), nous savons que la testostérone baisse lorsqu'un homme devient père, et ce d'autant plus selon le temps qu'il passe avec son enfant. Cette baisse, que l'on retrouve dans plusieurs espèces animales, serait ainsi biologiquement programmée afin que les devenant pères prennent soin de leurs enfants. Quels risques défensifs ici que certains devenant pères se sentent émasculés par ce processus à la fois biologique et psychologique ?

Jacques Laporte (2010, p. 63) a proposé de penser le masculin *actuellement*, selon le modèle traditionnel et celui moderne. Fort et doux, insensible et sensible, peur du féminin et acceptation du féminin… : ces modèles s'opposent-ils ou sont-ils complémentaires ?

Modèle traditionnel	*Modèle moderne*
Le fort	Le doux
L'insensible	Le sensible
Le chef	L'animateur
Le dominant	Le dialoguant
Le protecteur	Le fragile
La peur du féminin	L'acceptation du féminin
La rétention émotionnelle	L'expressivité émotionnelle

Modèle traditionnel et modèle moderne du masculin (Laporte, 2010, p. 63)

Le père peau à peau, corps à corps

Joël Clerget (1999, p. 114), psychanalyste français, interrogeait « l'expression sensorielle de la tendresse, des gestes et des paroles chastes entre père et fils ». Les différentes représentations du soin porté à l'enfant par le père vont du papa poule (bienveillant, empathique : émasculé ?), au père interdicteur (castrateur : émasculant ?), jusqu'au pédophile (maltraitant, abuseur : émasculant-émasculé ?). Dans les représentations sociales les plus communes, le pédophile est un homme. Étymologiquement (cf. *Universalis*), la pédophilie est l'amour porté à l'enfant. Ce n'est pas la pédérastie, où il est question là d'un désir amoureux, d'un désir sexuel. La pédérastie s'est même, par la suite, historiquement confondue à l'homosexualité. En prenant l'exemple du hammam, où père et fils se retrouvent dans des corps à corps dénudés, Joël Clerget (2015, p. 214) rappelle « l'affection paternelle homosexuée » qui ne rend manifestement pas homosexuel un garçon mais est garante, selon lui, de la construction du lien social.

Grégoire Korganow, photographe, a proposé une exposition puis un livre sur le thème père-fils[2]. Ses clichés sont ceux de corps dénudés, torses nus, de pères et de fils. Selon l'artiste, ses photographies ont déclenché gêne, trouble et émotion[3].

Dans les soins père-bébé, père-jeune enfant, le plaisir pris dans ces corps à corps, par la tendresse, peut créer de la confusion, de la *gêne*, du *trouble* et de l'émotion. Le travail psychique de différenciation entre la tendresse dans le corps à corps sexuel des partenaires et la tendresse dans le corps à corps enfant-parent est tout à fait complexe. Dans le corps à corps père-enfant, il peut y avoir la *surprise* de l'érection pour l'homme, pour le devenant-père.

2. http ://www.korganow.net/fr/presentation-livres/view/3540/pere-et-fils/?of=1
3. https ://www.streetpress.com/sujet/431-gregoire-korganow-photographe-mon-expo-pere-et-fils-a-suscite-beaucoup-de-reactions-de-la-gene-du-trouble-et-de-lemotion

Peau et tendresse sont intimement liées : ce que l'on retrouve dans la pratique devenue commune du peau à peau entre parents et enfant, entre mère et bébé, entre père et bébé. « Papa pique », entendons-nous parfois, ce que nous retrouvons dans une chanson de Charles Trenet *(Papa pique et maman coud)*. Par sa barbe, sa moustache, par les poils de son corps, serait-ce là une façon de mettre en doute une barbe-douce, une barbe tendre ? Le risque du sexe en érection est en effet celui de *piquer* !

Attachement et tendresse

C'est lors d'un colloque avec René Zazzo, psychologue français, sur l'attachement que Didier Anzieu, psychanalyste français, va proposer, par la suite sous forme de chapitre d'ouvrage, « La peau : du plaisir à la pensée » (1974), prémisse au Moi-Peau. Pour lui, « les constatations du psychanalyste et de l'éthologue concordent absolument […] L'attachement apporte au tout-petit (à condition toutefois d'ajouter : s'il fait l'objet d'expériences agréables) le sentiment de protection, de sécurité dans son corps et dans la vie, base sur laquelle peut se manifester ce que le psychanalyste français Luquet a appelé l'élan intégratif du moi et se faire alors les acquisitions sensori-motrices, puis cognitives et sociales » (*ibid.*, p. 150).

Quid du père dans cet attachement, dans ce rapport à la peau, justement, du plaisir à la pensée chez le bébé, chez le père, chez la mère ? (Le Camus, 1992, 2000, 2007 ; Zaouche-Gaudron, 2001.) L'attachement au père peut favoriser, garantir un « détachement » sécurisé pour l'enfant, et un enfant insécurisé avec sa mère peut trouver une « compensation » auprès de son père (Le Camus, 1995).

L'attachement et la tendresse des parents dans la période périnatale sont fondamentalement liés à la complexité du travail psychique intrapsychique et intersubjectif pour chacun des protagonistes conjoints (re)devenant-parents, entre mère-tendre et amante-sexuelle, entre père-interdicteur, père-tendre et amant-sexuel.

Il me semble que la virilité excessive du père, celui qu'a eu l'homme ou la femme, donc le manque de tendresse paternelle, peut favoriser des clivages.

À propos des caresses, Didier Anzieu (1974, p. 149) décrivait « deux formes d'altération de la sexualité adulte […] la réduction des rapports sexuels à ces seules caresses généralisées et diffuses [et] la pratique masculine d'un coït brutal ou expéditif […] sans le contact érogène avec le corps global de la femme, qui éveille pour certains hommes le tabou de l'inceste avec la mère. » Le rapport peau à peau évoque ici un interdit, celui de l'inceste, qui pourrait se retrouver chez certains hommes devenant père dans leur rapport au corps avec leur enfant. Ce tabou d'un fantasme incestueux père-fille/

père-fils pourrait être au cœur du rejet de la tendresse père-enfant, tant pour le père, la mère, l'enfant, et plus généralement, le *socius*.

Étymologiquement et historiquement (CNRTL), la tendresse renvoie au jeune âge, à l'enfance (1319), à la faiblesse et la fragilité du jeune âge (1551), puis (1648) au « sentiment, attachement qui se manifeste par des paroles douces, des gestes affectueux… ». Avec Molière et le *Misanthrope*, la tendresse est « caresses, témoignages d'affection, d'amitié, d'amour » (I, 1). La tendresse est ainsi liée au jeune âge, à sa fragilité, à l'attachement, aux caresses et aux témoignages d'affection.

Dominique Cupa (2007, p. 99) rappelle l'étymologie de tendresse, *tenire*, qui évoque la maintenance et la contenance que l'on retrouve avec D.W. Winnicott *(holding/handling)*, W. Bion (contenant/contenu) et D. Anzieu (Moi-peau). Demandons-nous ce que le père porte, physiquement et psychiquement, maintient-contient de son bébé, son jeune enfant, *mais aussi de la mère de son enfant*, par sa tendresse. D. Cupa évoque la tendresse virile dans son ouvrage, *Tendresse et cruauté*. Les dernières lignes de celui-ci sont brièvement consacrés à cette question : « À la suite de mes patients, ma réflexion actuelle me conduit vers la tendresse masculine […] Comment comprendre la tendresse au masculin ? » (*ibid.*, p. 303).

Un peu plus tôt, Jean Le Camus (2002, p. 155) avait proposé : « Je me demande si on n'a pas eu tendance à surévaluer l'effet structurant de l'affrontement œdipien et à sous-évaluer l'effet tout aussi structurant de la tendresse préœdipienne du père. » Il a ainsi rappelé les fonctions précoces de protection et de consolation du père.

Tendresse inquiète, tendresse (r)assurée

Différentes voies et formes de tendresse masculine se déclinent : la tendresse virile (dominant), la tendresse paternelle (rapport tendre, exemple des caresses), la tendresse conjugale.

Pour Sylvain Missonnier[4], « la paternalité périnatale [est] mise à l'épreuve de l'identité de genre ». La « dépressivité normale du petit garçon », selon laquelle il n'a pas de poche à bébé, ne peut enfanter, ni allaiter, aurait deux issues « psychologique et sexuelle de cette étape princeps ». Si la « blessure [est] toujours douloureuse », l'homme serait plutôt *attracté* par le « machisme (phobie de la tendresse) », la « violence anti femme devenant mère », et le « choix d'objet conjugal défensif (vulnérable) ». Si la « blessure est cicatrisée et civilisée », l'homme serait alors plutôt *attracté* par la « tendresse », la « bisexualité empathique », la « conflictualité tempérée » et le « choix d'objet conjugal synergique ».

4. http ://www.rap5.org/Institut_de_psychologie/Master_2/98/diaporama_4.pdf

De la *tendresse inquiète* à la *tendresse (r)assurée*, dépend le tact de l'homme, le toucher qu'il propose, avec son corps entier, sa peau, ses mains et ses affects. Les ressentis iront du rugueux de la barbe, des poils, du pénis, qui piquent, pénètrent, au doux de la barbe, de la peau, du pénis, apaisants.

La tendresse envers le père

Un homme peut avoir été et être un fils – un embryon, un fœtus, un nouveau-né, un bébé, un jeune enfant, un adolescent, un adulescent… –, un homme, un conjoint, un mari, un père, un grand-père, un ami, un collègue…

Dans ces différents temps psychiques du devenir homme indissociables du (re)devenir père, interrogeons non seulement la tendresse que l'homme peut donner mais aussi celle qu'il a reçue, celle qu'il reçoit. Je propose à ce sujet différentes voies intersubjectives de tendresse envers le père, qui vont contribuer à étayer la tendresse du père (Houssier, 2012, p. 563), celles de :
– l'enfant, fils ou fille, *la tendresse filiale paternelle* ;
– la mère de l'enfant du père, *la tendresse maternelle paternelle* ;
– la conjointe du mari, père de son enfant, *la tendresse conjugale paternelle* ;
– du père du père, *la tendresse paternelle filiale* ;
– la mère du père, *la tendresse maternelle filiale*.

À propos de la tendresse de la mère de l'enfant du père et de celle de la conjointe du mari, le *fantasme des parents combinés (ou unifiés)* de Melanie Klein, la psychanalyste britannique, pourrait là trouver un autre sens, complémentaire. Lorsque les parents de l'enfant sont tendres l'un envers l'autre, sont-ils hostiles ou/et protecteur pour le bébé ? Est-ce que cela le détruit et est à évacuer ? Ou est-ce que cela le rassure et est à maintenir ?

Plus généralement, et c'est tout le propos de ce chapitre, interrogeons les mouvements de tendresse qu'éveillent en chacun de nous le père, les pères, ce que cela légitime, porte, chez les pères de leur propre tendresse.

Illustration clinique. Un groupe de pères en crèche

Constats. Place des pères à la crèche : lors de l'adaptation ?

La suggestion d'un groupe de pères m'est venue, après un temps de travail dans une crèche, à propos du temps d'accueil, d'adaptation ou de familiarisation – selon le jargon utilisé par les structures – du bébé et du jeune enfant à la crèche. Je faisais le constat que les pères n'étaient pas conviés à ces temps. Leur présence était insuffisamment pensée car, généralement, les professionnelles pensaient que ce temps engageait un travail de séparation entre la mère et son bébé.

Je reste à penser les enjeux de la triade. Le père aurait besoin *lui aussi* de vivre ces séparations dans et pour sa relation père-bébé, mais aussi pour renforcer la relation des conjoints devenant parents, par le (tendre ?) soutien qu'ils pourraient s'apporter entre eux dans ces temps délicats.

Cadre des groupes de pères

Les pères de plusieurs crèches, dans lesquelles je travaille hebdomadairement, sont désormais invités à échanger pour une durée d'une heure trente. Entre quatre et huit pères sont prévus par groupe, afin de laisser à chacun la possibilité de parler. Ce groupe peut être unique ou se répéter, selon les choix du groupe en fin de séance.

Différents temps structurent le groupe. Le premier temps est celui du rassemblement en « ronde » (« Je vous invite à vous asseoir de sorte que tout le monde puisse se voir, les uns des autres »). Après un temps de « bonsoir », pour ouvrir formellement le temps du groupe, je présente mes rôles et mes fonctions, l'intérêt d'un groupe comme celui-ci, et la fondamentale clause de confidentialité (« Ce qui se dira ce soir dans le groupe restera au sein du groupe et ne devra pas ressortir d'ici »). Dans un troisième temps, chaque père se présente, comme il le souhaite.

Vient alors le temps le plus long : chacun amène, sur le modèle de la libre association, ce qu'il souhaite, ce qu'il sent. Lors de ce temps, je propose quelques reprises, afin d'apporter un éclairage, de favoriser l'associativité.

J'essaye, dans un quatrième temps, de rassembler les différentes associations, puis je propose aux participants d'évoquer leurs ressentis, leurs vécus dans ce groupe, le désir éventuel de poursuivre ces échanges.

Enfin, un temps de fermeture du groupe se pose, lors duquel je rappelle que chacun peut prendre rendez-vous avec moi individuellement, ou avec leur compagne, et leurs enfants. Je remercie le groupe pour ces échanges et nous nous séparons.

Ces différents temps cadrent l'espace de parole et en sont donc les garants.

Un groupe de pères

Je propose ici un premier temps d'un groupe de cinq pères. Je l'expose sans interprétation, avec cependant des modifications afin de garantir la confidentialité. J'ai essayé de rendre compte de ce groupe le plus fidèlement possible.

Certaines mères, certaines professionnelles ont pu me dire qu'elles aimeraient être « une souris » pour aller entendre ce qui se dit dans ces groupes de pères. C'est ce que je propose ici. Ces femmes soutenaient, tendrement,

la parole donnée à des pères, quand d'autres, mères ou professionnelles, pouvaient, par exemple, ne pas comprendre, voire s'offusquer, qu'un tel groupe soit proposé.

Accueil du groupe

Un premier père arrive en avance d'un quart d'heure. Il me dit qu'il est venu parce que sa conjointe lui a fait comprendre qu'il fallait qu'il vienne. Il me parle de son travail « dans le milieu socio-éducatif », du lien aux « psys », « pas toujours efficaces ». Il pense qu'il n'aura « pas grand-chose à dire » étant donné qu'avec ses collègues, « des hommes et papas aux enfants qui ont peu d'écarts entre eux », « on se parle ». « On se parle Camilia, dents, couches et compagnie… Tellement que des fois je leur dis : "Hé les mecs, elles sont où nos couilles ?" J'y vais fort comme ça, pour qu'il n'y ait pas de tabous. Ça permet de dire les choses, d'aller mieux. On se parle sans filtre, alors c'est plus facile ! »

Début du groupe

Les quatre autres papas arrivent successivement, le dernier à peine en retard. Nous nous installons en ronde, puis je redéfinis le projet de ce groupe de pères, à la demande du premier père. Je leur demande ainsi de préciser leurs attentes.

Le tour de parole a commencé par le papa arrivé en premier : papa à deux reprises, avec deux conjointes différentes ; sa grande fille à 9 ans, son petit ici à la crèche, Hercule, a 2 ans.

Le second nous lâche : « Je suis le papa de Jean, 2 ans, et je ne suis pas contre toute proposition. » Le papa d'Hercule rétorque en plaisantant : « Hé on va se connaître un peu plus avant ! », puis il me demande : « Vous avez prévu une strip-teaseuse ? » L'assemblée rigole, ce qui permet de dédramatiser.

Le troisième est « le papa d'un petit Gabriel, il a 3 ans ». Un autre enfant est à venir : « Nous sommes au début d'une nouvelle grossesse. »

Le quatrième père a une petite Nina de 18 mois, ainsi qu'une autre petite fille de quelques mois, Clara.

Le dernier, militaire, a un petit Léo de 26 mois.

Pères anxieux versus *pères tranquilles*

Le papa de Jean nous parle des cours de préparation à l'accouchement : « J'étais le seul père ! » S'il a été accueilli, il ne s'y est pas forcément bien

senti. « C'était surtout pour les femmes, et on m'a demandé de répondre à des questions pour les pères absents. »

À la maternité, il s'est vu comme « le chauffeur », « celui qui doit amener la maman, celui qui fait les navettes entre l'hôpital et la maison ». Plutôt que « chauffeur », je propose le mot « auxiliaire », ce qui semble beaucoup plaire aux différents pères.

Le papa d'Hercule nous dit alors : « C'est vrai que pendant les grossesses, on demande pas au papa : "Et toi comment tu vas, tu tiens le coup ?" C'est la mère qui est au centre des attentions, elle demande tout et n'importe quoi… des fois c'est énervant… » Il nous parle de son anxiété. Il aura toujours un pied en mouvement pendant le groupe et prendra longuement la parole. Il a parfois dormi « au pied du lit » de sa fille, de son fils, avec une main sur son enfant afin de savoir « s'il respirait bien […] J'avais peur d'une mort subite du nourrisson ». Il parle de la séparation avec la maman de sa fille : « Ça l'a marquée et pourtant elle n'avait que 1 an. Un jour, ma fille avait 7 ans, on n'a pas fait attention, on s'est disputé avec la maman d'Hercule. Ma fille m'a demandé inquiète : "Vous allez vous séparer ?" »

Les désaccords dans le couple parental se disent « lorsque les enfants sont couchés, lorsqu'on fume dehors ». Il précise qu'avec la première maman, il reste en contact, et cherche à savoir si ce que dit sa fille à propos de ce qui s'est passé chez sa mère est vrai en contactant son ex-compagne directement.

Je lui fais remarquer, et reprécise pour les autres papas, que si le couple conjugal a cessé, le couple parental continue d'exister et apparaît ici entretenu. Il enchaîne en disant que sa fille a ses deux parents et ses deux beaux-parents présents à chaque anniversaire ou évènement à l'école.

Le papa de Léo prend la parole, notamment suite à la question des craintes d'une mort subite du nourrisson. Il a « vu tellement de choses en tant que militaire [que] les différences pro/perso ne se font plus vraiment ». Il se souvient avoir aidé « en Afrique lors d'un accouchement en pleine cambrousse […] le bébé est mort et la mère n'était pas loin ». Ainsi, par la suite et avec l'accord de la maman, il a participé à « accoucher sa femme ». « L'équipe médicale m'a aidé et j'ai pu sortir mon fils […] Quand je suis dans mon travail, j'agis en tant que professionnel, je ne suis plus anxieux. Mais quand je suis papa, c'est plus compliqué. »

Je demande aux autres pères s'ils se sont sentis anxieux dans cette relation père-enfant.

Le papa de Nina se dit « tranquille » à ce sujet, sa « femme veut tout faire », alors il « la laisse faire ».

Le papa d'Hercule nous dit qu'il laisse aussi sa compagne faire.

Après avoir entendu le papa d'Hercule et celui de Léo, le papa de Jean dira qu'il a l'impression de mettre son fils en situation de danger. Il est

très tranquille avec Jean, ne s'inquiète pas, et se préfère rassurant. Il nous demande : « Suis-je trop tranquille ?… »

Allaitement et accouchements par césarienne

Le père de Gabriel enchaîne à propos de l'allaitement de sa femme, comment il a pu lui donner un biberon sur trois repas, « deux tétées, un biberon », cela lui « donnait de la place ». Il parle brièvement de son retour au travail « après deux semaines ». J'entends à ce sujet une frustration, un manque, ce sur quoi il ne peut revenir.

Deux scènes de naissance par césarienne apparaissent successivement.

Suite à une césarienne, le papa d'Hercule passe deux heures avec son fils. « Je lui ai donné un biberon pendant ce temps […] Pendant ces deux heures, je pensais que ma femme était morte. J'ai imaginé tous les scénarios, jusqu'au cercueil. J'essayais même de me rappeler si elle voulait être enterrée ou que j'y mette le feu. À son retour, je lui ai collé Hercule dans les bras et je suis parti en claquant la porte, énervé, au bord de tuer quelqu'un. J'en ai beaucoup voulu à l'équipe médicale de m'avoir laissé sans savoir. Le retour de ma compagne n'a pas suffi à me calmer. Elle m'en a beaucoup voulu, d'autant plus qu'il s'agissait là de son premier à elle. Elle n'a pu me le dire que deux semaines après. »

Le papa de Gabriel a vécu des choses similaires. « J'ai dû sortir après les difficultés cardiaques de mon fils. Je me suis retrouvé seul à 5 h du mat', devant différentes portes où des femmes avaient accouché, accouchaient. D'un coup, plusieurs médecins et infirmières se dirigent vers la porte du bloc à ma femme. J'ai tout imaginé, le pire, et sans aucune info. »

Il prendra du temps avec son fils pendant que la maman est en salle de réveil. Il exigera de laisser Gabriel en pouponnière un quart d'heure pour aller voir sa femme en salle de réveil, malgré les résistances de l'équipe soignante. « Elles voulaient pas, mais moi j'en avais besoin. Je voulais me rassurer qu'elle était bien vivante, qu'elle allait bien. J'ai pu lui parler deux minutes en salle de réveil. » Il se dit qu'avec les deux heures et demi qu'il a pu passer « en premier » avec son fils après la césarienne, « c'était ça de pris […] même si j'ai rien demandé pour que ça se passe comme ça hein ! ». Il nous confie, un peu maladroitement : « Ça doit être merveilleux d'avoir un bébé dans son ventre. »

Les autres papas ne semblent pas unanimement de son avis et aucun ne dira ce qu'il en pense, malgré ma tentative de relance à ce sujet.

Les pleurs

Il est question des pleurs avec le papa de Gabriel. En ce moment, sa conjointe « est en difficulté avec les pleurs de Gabriel la nuit […] Elle ne souhaite pas le laisser pleurer. Elle pense que socialement on l'attend au tournant, notamment par nos choix éducatifs comme Montessori. Une des filles de la crèche [une accueillante] a été très à l'écoute de ma femme, et elle lui a dit qu'elle trouvait Gabriel tellement apaisé. Pourtant, elle ne se sent pas capable aujourd'hui avec Gabriel. Elle voulait une fille, lors de la première grossesse. On n'est que des frères dans ma fratrie, ça doit être génétique. »

À propos des pleurs, chacun a eu sa technique. Notamment, le papa de Léo a « acheté un casque de chantier et des boules Quies ». Ainsi, sa femme et lui ne l'entendent plus pleurer la nuit.

Il sera enfin brièvement question de l'importance d'avoir un fils, comme un besoin dans l'entourage social. Cela amène les papas à parler de leurs craintes quant à l'adolescence de leurs filles, et des garçons qu'elles pourraient rencontrer. Le papa d'Hercule va reprendre la parole : « Si je les imagine comme j'étais moi à l'adolescence, aussi bête ! Je vais leur dire : "Mon gars, fais bien attention !" »

Fin du groupe

En cette fin de groupe, le papa d'Hercule est quasiment allongé sur le tapis. Pour lui, avoir des enfants l'empêche de faire des choses. Il nous dit qu'avant il donnait tout à sa fille, il lui achetait tout ce qu'elle voulait, « pour être un bon père » ; il lui donnait tout son temps. « Mais maintenant ça c'est fini ! Si je veux regarder un match de rugby à 14 h et qu'elle m'a demandé de sortir en ville avant, je lui dis qu'on ira après le match. Elle peut bien s'occuper pendant deux heures. »

Je reprends ici avec le groupe sur les besoins de se restaurer narcissiquement et de restaurer le couple conjugal.

Le papa de Léo précise qu'il n'est pas d'accord avec le papa d'Hercule ; il trouve en effet que, depuis la naissance de son fils, il profite vraiment différemment de son temps, et que c'est plutôt une bonne chose.

Le papa d'Hercule lui rétorque que sa vision va changer.

Le papa de Léo reprend à propos de ses collègues qui, « à la caserne », se plaignaient toujours de leurs enfants ; tout en critiquant cela, il évoque leurs besoins de décharge dans ces moments-là. Il a hésité quelque temps avant d'avoir des enfants après ce qu'il a entendu de la part de ses collègues.

Je tente de refermer le groupe en proposant aux pères de raconter un temps où ils se sont sentis pères.

« Je me suis senti père quand mon fils est venu me serrer très fort dans ses bras, dit le père de Jean. C'était après une sortie tous les deux. Il semblait comme me "remercier". »

Le papa de Gabriel prend la parole. « Je me suis senti père il y a deux semaines. Gabriel s'était mis devant la télé, j'étais avec sa maman sur le canapé. Et je me suis dit… c'est vrai que j'intellectualise beaucoup hein… je me suis dit : "Il est dans ton champ de vision et ce sera comme ça toute ta vie, *ad vitam aeternam*"… »

Pour celui de Nina, qui a très peu pris la parole au cours de ce groupe : « C'est lorsque j'ai pris Nina dans mes bras. Ma femme était allongée sur le côté, et j'ai pris le sens de cette responsabilité à ce moment-là. Oui, c'est là que je me suis senti père. Ça n'a pas été le cas pendant le gros ventre de ma femme. »

Celui d'Hercule dit : « Je lui donnais son biberon à l'hôpital, devant une course de moto. » Je lui demande : « Vous vous êtes senti bien à ce moment tous les deux ? » Il me répond : « Oui, c'est ça, on s'est senti bien tous les deux, et il faisait des "gouzou gouzou" en montrant les motos à la télé. »

Celui de Léo reprend brièvement : « Comme je l'ai déjà dit, en accouchant ma femme. »

Je leur demande leur avis sur le groupe ; ils paraissent satisfaits de ces échanges. Ils ne savent pas encore s'ils souhaitent poursuivre lors d'un autre groupe. Ils ont besoin d'y réfléchir. Je les remercie, ils me remercient, puis nous nous quittons en nous serrant les mains, dans une ambiance que je qualifierais de fin de match de foot.

Discussion clinico-théorique. Les « papas poules » : versant tendre, versant anxieux

Dans le travail après coup de ce groupe, je me suis demandé comment lesdits « papas poules » pouvaient être pensés dans un versant tendre et dans un versant anxieux.

Les pères de Jean et de Gabriel paraissent incarner des papas poules dans leur versant tendre.

Le père de Jean, « pas contre toute proposition », a convoqué l'*homosexualité latente* du groupe, comme une tentative d'un tendre rapproché entre hommes. « Seul père » dans un cours de préparation à l'accouchement, il s'était rendu disponible, présent, peut-être pour lui-même, pour sa conjointe et/ou pour son bébé. Il ne s'attendait pas à devoir répondre « pour les pères absents », être un « chauffeur de taxi pour la maternité », ce qui était pour lui « réducteur » en cette période de *prénatalité psychique* (Missonnier, 2003, p. 68), ici *paternelle*.

Lorsqu'il s'est demandé avec nous : « Suis-je trop tranquille ? », à propos de son fils, suite aux propos anxieux d'autres pères, il nous indique sa *préoccupation paternelle*.

Le père de Gabriel incarne la *dépressivité du père* (Missonnier, 2012). « Nous sommes au début d'une nouvelle grossesse », « ça doit être merveilleux d'avoir un bébé dans son ventre » sont des propos qui nous permettent de repérer son *complexe de grossesse*, l'envie d'une poche à bébé.

Se retrouver « seul à 5 h du mat' », alors que l'accouchement de son premier fils ne se passait pas bien, convoque le *traumatique de la naissance du bébé pour le père*. Il a craint, *seul*, de « tout » perdre : bébé, conjointe, ne plus être père, ni conjoint.

Dans un élan de *sollicitude conjugale***,** et peut-être déjà *paternelle*, il a fait en sorte de revoir sa conjointe « deux minutes en salle de réveil » ; il avait besoin de la revoir vivante, de s'assurer qu'elle allait bien, contre l'avis des soignants. (Y a-t-il eu refus d'une tendresse masculine/paternelle conjugale ?).

Il a parlé de l'allaitement, de sa satisfaction à être le tout premier à donner un biberon à son fils à la maternité, puis en alternance aux tétées au sein. Il a fait figure de *père nourricier*, nourricier du lien père-bébé/fils, reconnu par sa femme qui lui donne « une place » dans la triade lors de l'allaitement et qui la nourrit en le laissant nourrir leur fils. Ainsi elle l'a *paternalisé*. Il soutenait le souhait de la maman de ne pas laisser pleurer son enfant et évoque « *nos* choix éducatifs comme Montessori ». Leurs réflexions individuelles et de couple étaient ainsi portées ensemble.

Il a laissé entendre, sans approfondir, sa difficulté à retourner au travail, « après deux semaines », à laisser femme et enfant à la maison. Il y a ici la banalisation sociale de cette *brutale sortie du jeu triadique régulier, quotidien*, comme si cela ne devait rien faire au père, à la mère et au bébé. La *paternité primaire*, *l'attachement du père au bébé*, *l'attachement au père par le bébé* sont ainsi fragilisés socialement par des congés paternels trop courts.

Le père d'Hercule et le père de Léo paraissent incarner des papas poules dans un sens protecteur-anxieux. Selon la psychanalyste Drina Candilis-Huisman (1993), soixante pour cent des pères seraient profondément affectés, en difficulté d'établir un contact protecteur et tendre. Les pères anxieux sont ainsi mal à l'aise dans leur fonction de pare-excitation (Hazotte, 2007).

Le père d'Hercule interrogeait directement la menace d'une *tendresse paternelle* quant à la *virilité masculine* lorsqu'il dit : « On se parle Camilia, dents, couches et compagnie… Tellement que des fois je leur dis : "Hé les mecs elles sont où nos couilles ?" » Il réfutait toute *homosexualité latente* dans un groupe d'hommes, et peut-être encore plus de devenant-pères, suite à la

proposition du père de Jean, en arguant : « Hé on va se connaître un peu plus avant ! » puis : « Vous avez prévu une strip-teaseuse ? »

Accueillir un nouvel enfant, qui plus est un premier fils, paraît avoir mis en difficulté son *affection paternelle homosexuée*. Sa virilité a été mise en avant dans les soins corps à corps. À la maternité, il a donné un biberon à son fils devant une course de moto ; sa plus grande fille passera après qu'il aura vu le match de rugby à la télévision : ce sont des exemples d'*écrans virils*. C'est bien là une façon de montrer sa virilité, ses « couilles », comme il l'avait lancé crûment en début de groupe.

Il a interrogé la *préoccupation paternelle primaire* dans sa version *anxieuse* lorsqu'il évoque sa « peur d'une mort subite du nourrisson ». Cela l'a conduit à dormir « au pied du lit » de son enfant afin de s'assurer qu'il respirait bien. L'inquiétude du souffle vital de leur relation, sorte de respiration entre vie et mort, entre père et enfant, père-fille, père-fils, était ici en question. Avoir une main sur son enfant, c'est une sorte de corps à corps, de *handling paternel tendre-anxieux*.

Pour ce papa, il y a aussi toute la question d'être le géniteur et le père de deux enfants de deux conjointes différentes. La première séparation a pu le rendre « anxieux » quant à l'arrivée de ce second enfant avec cette seconde conjointe et mère : quelle « anxiété » de répétitions ? Quelle(s) difficulté(s) pour lui de porter, de supporter que sa conjointe-femme, devienne une conjointe-mère ? Il ne va pas s'intéresser à l'état de sa compagne après une césarienne, alors que pour elle, il s'agissait de son premier enfant ; il est trop préoccupé, trop pris par lui-même. Il dit que, lors de la grossesse, on ne demande pas aux hommes comment ils vont, que les femmes demandent tout et n'importe quoi, que c'est énervant. Y avait-il pour lui un risque majeur, celui d'une contrainte à la répétition : devenir père et ne plus être un conjoint, l'homme de sa femme ?

Quand le père d'Hercule attendait des nouvelles de sa femme après la césarienne, il était dans un tel état qu'il aurait pu en découdre physiquement avec quelqu'un. Alors qu'il ne peut rien pour son bébé, pour le faire sortir, il ne peut rien non plus pour sa conjointe qui ne peut expulser ce bébé. Cet état d'impuissance paternelle semblait incompatible avec la figure d'un père viril, lequel ne peut contenir la situation que par de la tension et une « anxiété » « en érection ».

Le *traumatisme de la naissance du père* est ici en jeu, avec et par son lot de remodelages intersubjectifs. D'autant plus pour ce père qui risque de ne plus savoir où est sa place : comment peut-il supporter de nourrir le premier son fils dans cet état, plus (seulement) conjoint, pas (encore) père ?…

Le père de Léo, perdu, ne sachant plus distinguer entre le professionnel et le personnel, a tenté de se calmer, de se réapproprier un événement professionnel traumatique, la mort d'un bébé lors d'un accouchement. S'il

s'est dit moins anxieux professionnellement, il dit aussi : « Quand je suis papa, c'est plus compliqué. » Ce qui se supporte professionnellement ne se supporte pas de la même façon personnellement. Nous l'avons vu, les projections offertes par ses expériences professionnelles, par ses collègues quant à la parentalité, ont été autant de mirages inquiétants. Le *potentiel traumatique de la naissance du bébé pour le père*, de la naissance en tant que père, se retrouve ici.

Les tensions au sein du groupe avec le père d'Hercule sont intéressantes : quelle agressivité virile est à l'œuvre ? Ces tensions lui font dire qu'il profite désormais de son temps différemment depuis la naissance de son fils.

Le père de Nina ayant très peu pris la parole dans ce groupe, je n'ai pas pu définir dans quel registre il se situait, quel type de papa poule il pourrait incarner.

Avec Didier Anzieu (1985, p. 59), cette discussion clinico-théorique m'amène à interroger le Moi-peau. Les excès de virilité et l'anxiété constitueraient un Moi-peau carapace, un « Moi-crustacé rigide » chez l'homme (re)devenant père. Cela l'empêcherait d'être tendre, de se rendre disponible psychiquement et corporellement pour son enfant, pour sa conjointe (re)devant mère, trop empêtré dans sa virilité. Le père suffisamment tendre est parfois socialement pensé comme trop tendre, trop mou, trop calme – une mère-émasculé(e) ? –, tel un « Moi-poulpe mou et flasque », ce que le père excessivement tendre peut effectivement incarner.

Comment alors, pour être suffisamment bon, l'homme (re)devenant père peut-il être intrapsychiquement et intersubjectivement bien tempéré, suffisamment tendre et suffisamment viril ?

Ouverture. La tendresse : quels besoins impérieux de réciprocité ?

Le père tendre (n')est (pas qu')un père préœdipien, le père interdicteur (n')est (pas qu')un père postœdipien : ils sont compatibles, à équilibrer de façon suffisamment harmonieuse, en faveur de la triade. Cet équilibre dépend du père, de la mère, de son enfant, de l'entourage familial et amical, de la société, des professionnels de soins en périnatalité, et de leurs représentations et accueils de la tendresse du père.

Dans un chapitre intitulé « De la tendresse filiale, paternelle et conjugale », Germaine de Staël (1796) interrogeait le « besoin impérieux de la réciprocité » (p. 130), germe potentiellement destructeur (p. 134). Selon elle, « La tendresse des enfants pour leurs parents se compose, pour ainsi dire, de tous les événements de leur vie » (p. 133).

Quels besoins, quels désirs de tendresse en soi, passés, actuels, espérés ? Les enjeux sont, à mon sens, aux fondements de la triade – père-mère-bébé, mère-père-bébé, mère-bébé-père, père-bébé-mère – et donc à soutenir au(x) sein(s) de celle(s)-ci.

Bibliographie

Anzieu, D. 1974. « La peau : du plaisir à la pensée », dans R. Zazzo, *L'attachement*, Paris, Delachaux et niestlé, p. 140-154.

Anzieu, D. 1985. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

Candilis-Huisman, D. 1993. « Les gestes du père. Construction des liens entre le père et le jeune enfant », *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, n° 21, p. 89-100.

Clerget, J. 1999. « Comment un petit garçon devient-il un papa ? », dans M. Dugnat (sous la direction de), *Devenir père, devenir mère*, Toulouse, érès.

Clerget, J. 2015. « Comment naît-on père ? », *Spirale*, n° 1, p. 42-50.

Cupa, D. 2007. *Tendresse et cruauté,* Paris, Dunod.

Gettler, L.T. ; McDade, T.W. ; Feranil, A.B. ; Kuzawa, C.W. 2011. « Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 108, n° 39, p. 16 194-16 199.

Hazotte, E. 2007. *La transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence : approche clinique, projective et comparative,* thèse de psychologie, université Nancy 2 [disponible en ligne].

Houssier, F. 2012. « Vœux parricides et fantasmes de dévoration. De la désidéalisation du père à l'adolescence », *La psychiatrie de l'enfant,* vol. 55, n° 2, p. 557-573.

Jean-Dit-Pannel, R. 2019. « Quelle place pour les pères en périnatalité ? Des "groupes de papas" en crèche », dans D. Mellier, M. Dugnat (sous la direction de), *Quelle psychothérapie pour bébé ?,* Toulouse, érès, p. 173-190.

Jean-Dit-Pannel, R. ; Delfini, B. ; Sarrey, A. ; Nachin, A. ; Michel, C. 2015. « Le bébé à la crèche : solitude des parents, sollicitude du psychologue, quel espace psychique ? », dans D. Mellier, P. Delion, S. Missonnier, *Le bébé dans sa famille,* Toulouse, érès, p. 159-178.

Kuzawa, C.W. ; Gettler, L.T. ; Muller, M.N. ; McDade, T.W. ; Feranil, A.B. 2009. « Fatherhood, pairbonding and testosterone in the Philippines », *Hormones and Behavior*, vol. 56, n° 4, p. 429-435.

Laporte, J. 2010. *Contribution à la connaissance des auteurs de violences conjugales et de la prévention des actes de violences : les groupe d'auteurs de violences conjugales*, thèse, université de Lyon.

Le Camus, J. 1992. « Attachement et détachement. Examen critique de la théorie de Bowlby 1907-1990 », *Enfance*, n° 46, p. 201-212.

Le Camus, J. 1995. *Pères et bébés*, Paris, L'Harmattan.

LE CAMUS, J. 2000. « La place du père dans la théorie de l'attachement », dans D. Cupa, *L'attachement : perspectives actuelles*, Paris, EDK, p. 58-68.
LE CAMUS, J. 2002. « Le lien père-bébé », *Devenir*, vol. 14, n° 2, p. 145-167.
LE CAMUS, J. 2007. « Quelle place pour le père dans la théorie de l'attachement ? », dans B. Pierrehumbert (sous la direction de), *L'attachement de la théorie à la clinique*, Toulouse, érès, p. 117 à 122.
MISSONNIER, S. 2003. *La consultation thérapeutique prénatale,* Toulouse, érès.
MISSONNIER, S. 2012. « Psycho(patho)logie de la paternité », dans S. Missonnier, M. Blazy, N. Boige, N. Presme, O. Tagawa, *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité,* Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 229-237.
STAËL, G. DE. 1796. « De la tendresse filiale, paternelle et conjugale », dans *De l'influence des passions sur le bonheur des individus et des nations*, Bibliothèque numérique romande.
ZAOUCHE GAUDRON, C. (sous la direction de). 2001. *La problématique paternelle,* Toulouse, érès.

Margot Violon
Jaqueline Wendland

La pratique de la référence en crèche collective

Enjeux pour l'enfant, ses parents et les professionnels

La référence est une pratique bien connue des structures françaises d'accueil collectif du jeune enfant (pouponnières, crèches collectives, etc.). Elle y est généralement définie comme le fait de désigner un professionnel « responsable » de l'accueil d'un petit groupe d'enfants (Violon et Wendland, 2018). Dans la littérature, un ouvrage original précise cette notion de « responsabilité » à travers une description des fonctions habituellement attribuées au référent dans le domaine de l'éducation spécialisée (L'Actif, 2011). Tout d'abord, ce professionnel peut avoir la mission d'être un véritable « chef d'orchestre », qui va coordonner l'intervention des différents professionnels dans l'accueil de l'enfant afin de lui garantir une certaine continuité dans sa prise en charge. Cette fonction de coordination permet de garantir un accueil ajusté à l'enfant et à son développement, et l'aide à développer une continuité psychique ou un « sentiment continu d'exister », (Winnicott, 1989), malgré l'intervention de différents professionnels dans son quotidien. Par ailleurs, le référent est perçu comme « l'interlocuteur privilégié » pour les familles et l'institution qui souhaitent obtenir des informations au sujet de l'enfant. Enfin, le professionnel référent peut aussi être le « garant de l'histoire » d'accueil de l'enfant, ainsi que de leur histoire relationnelle commune.

D'un point de vue historique, la référence trouverait une origine dans l'expérience de l'Institut Pikler-Lóczy, cette pouponnière hongroise (1946-2011) connue pour son maternage qualifié « d'insolite » (David et Appell, 2008), insufflée en partie par sa première directrice, la pédiatre Emmi Pikler. La référence y était perçue comme une façon de fournir à l'enfant une

relation privilégiée avec un professionnel identifié, permanent et non interchangeable, base indispensable à son développement (Falk, 1980).

En parallèle, le développement des travaux sur la carence de soins (Spitz, Wolf, Pennsylvania State University, 1969) et la théorie de l'attachement (Bowlby, 1978*a* ; 1978*b* ; 1984), durant la seconde moitié du XX^e^ siècle, ont apporté des éléments théoriques permettant de soutenir les avantages perçus de la référence : identifier un professionnel permanent, se proposant comme figure d'attachement secondaire à l'enfant et lui permettant ainsi de créer une véritable relation d'attachement sécure en l'absence de ses parents, au quotidien. En réduisant le nombre d'enfants attribués à chaque référent, cette pratique permettrait d'augmenter la disponibilité du professionnel et sa connaissance de l'enfant, le rendant ainsi plus sensible à ses besoins et plus ajusté dans ses réponses.

En France, cette pratique s'est installée dans les structures d'accueil du jeune enfant vers la fin du XX^e^ siècle, période marquée par une importante réflexion autour de la qualité d'accueil dans les institutions. Le « printemps des crèches », mené par de nombreux chercheurs et cliniciens, tels Myriam David, Geneviève Appell, Danielle Rapoport, Odette Brunet et Irène Lézine, pour ne citer qu'elles, a été marqué par l'ambition d'améliorer « l'accueil » de l'enfant et de ses parents (Rapoport, 2011). Afin d'apporter à l'enfant davantage de sécurité, l'organisation des unités de vie se modifie à cette période : les groupes d'enfants et de professionnels se stabilisent davantage et tendent à rester fixes tout au long de la durée d'accueil à la crèche (Maguin et Davidson, 1998). De plus, le livre *Lóczy ou le maternage insolite*, de Myriam David et Geneviève Appell (2008), propose une première description détaillée d'un fonctionnement institutionnel offrant à l'enfant la présence d'une professionnelle référente stable, dès son arrivée et jusqu'à son départ.

À l'heure actuelle, nos expériences de psychologues cliniciennes nous ont permis de constater que, malgré une connaissance répandue de cette pratique sur le terrain, elle souffre, d'une part, d'une grande hétérogénéité dans sa mise en application, et engendre, d'autre part, de nombreuses réticences, incompréhensions et certains malentendus. À titre d'exemple, pour nombre de professionnels consultés lors de nos recherches, la référence désignerait une pratique qui isolerait l'enfant et son référent du reste du groupe, les enfermant alors dans un lien fusionnel néfaste au développement de l'enfant.

Dans la littérature francophone, d'autres auteurs ont aussi constaté cette absence de consensus autour de la référence parmi les professionnels de terrain, et avancent l'idée qu'elle serait en danger dans certaines structures, qui n'y voient plus d'intérêt pour l'enfant (Favel, 2008 ; Mauvais, 2009 ; Nègre et Javault, 2010). Cependant, à ce jour, peu d'études ont précisé les

enjeux de sa mise en application dans les lieux d'accueil collectifs français pour les jeunes enfants ; et ce constat est identique lorsque l'on étudie son ancrage dans la littérature scientifique francophone et internationale (Violon et Wendland, 2018). De plus, aucun écrit pédagogique n'encadre aujourd'hui sa mise en application en crèche.

Motivées par ces derniers constats, nous avons mené une recherche en deux parties : d'abord, un volet exploratoire proposant de décrire la pratique actuelle de la référence en France dans les crèches collectives (objectif n° 1), et de présenter les représentations des professionnels et des parents quant aux enjeux liés à sa pratique (objectif n° 2) ; ensuite, une étude de terrain visant à évaluer l'impact de la présence de référent sur la qualité des liens enfants-professionnels (objectif n° 3) et le développement de l'enfant (objectif n° 4). Nous présentons ici uniquement la méthodologie et les résultats issus des deux premiers objectifs.

Méthodologie

Pour mener à bien notre étude, un entretien directif avec l'équipe de direction a été réalisé, au sein de chacune des dix-sept crèches collectives participantes à la recherche et situées dans le département du Loiret (région Centre-Val de Loire), permettant de questionner les directions sur leur pratique de la référence (historique et raisons de sa mise en application, mode d'attribution des enfants par référente, missions et encadrement institutionnel, etc.) ou, à défaut, sur leurs attentes institutionnelles liées aux relations professionnels-enfants.

Puis, vingt entretiens semi-directifs ont été menés avec des parents dont les enfants étaient accueillis dans les structures participantes, et vingt avec des professionnelles de terrain (auxiliaires de puériculture et agents de crèche) de ces mêmes établissements. Les participants étaient issus de crèches pratiquant la référence, pour la moitié d'entre eux, et de crèches ne pratiquant pas la référence, pour le reste. Une grille d'entretien d'une vingtaine de questions permettait de connaître leurs représentations et leur vécu de la référence en crèche ou des autres organisations mises en place en l'absence de cette pratique. De plus, ces entretiens permettent de soulever des questions sur l'impact perçu de la référence sur les relations enfants-professionnelles, le bien-être et le développement de l'enfant[1].

1. Préalablement au recueil des données, le protocole de recherche a été approuvé par un comité d'éthique (CERES, en date du 5 novembre 2015, N° IRB : 20153200001072) et par le Comité consultatif de traitement de l'information dans le domaine de la recherche en Santé (CCTIRS), appartenant au ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (en date

Résultats et discussion

Nous présentons et discutons ci-dessous les résultats issus de ce volet exploratoire.

Objectif n° 1 – Description de la pratique de la référence

Les données recueillies ont permis de dégager deux résultats importants concernant la pratique actuelle de la référence dans les crèches de notre échantillon : une définition de la référence restreinte à des enjeux organisationnels et une importante hétérogénéité observée dans sa mise en application.

1. Tout d'abord, nous remarquons que les participants ont essentiellement défini la référence comme une pratique permettant d'organiser les « soins » (repas, changes, accompagnement à la sieste) selon une logique bien précise : une référente est désignée pour chaque enfant et assure la prise en charge de ses soins de façon privilégiée (25 % des participants).

> « On ne fonctionne en référence que pour les "moments stratégiques", comme on dit : le repas, le change, l'endormissement » (entretien professionnelle). « La référente, elle s'occupe plus particulièrement des enfants dont elle a la charge. Même si toutes les personnes sont amenées à s'occuper de tous les enfants, c'est plutôt celle qui va lui donner à manger, qui va la coucher » (entretien parent).

Cette définition sous-entend qu'en l'absence de référence, les soins des enfants sont pris en charge de façon indifférenciée et indéfinie entre les différents professionnels de l'unité de vie, en fonction de la disponibilité de chacun.

> « Vous vous mettiez où vous voulez, les enfants se mettaient où ils voulaient, on changeait n'importe quel enfant, voilà. Il n'y avait pas de suivi […]. Avant le repas, il peut être changé par une personne ; après la sieste, il peut être changé par une autre personne » (entretien professionnelle).

Dans une moindre mesure, deux autres fonctions sont apparues dans les entretiens : être l'interlocuteur privilégié de la famille et l'institution (25 % des parents, 5 % des professionnelles), et être le garant de l'observation régulière du développement de l'enfant (15 % des parents, 10 % des professionnelles).

---

du 23 mars 2016, n° 15.1032bis). Une déclaration a aussi été effectuée auprès de la Commission nationale des libertés informatiques (CNIL, en date du 23 mai 2016, n° 1954311v0).

> « S'il y a un souci […], on va en informer la collègue pour qu'elle en touche deux mots aux parents, par exemple. Bon, ça nous arrive de parler aux parents et de dire : "Tiens, on a remarqué ça…", mais, moi, personnellement, je laisse plus de place à la référente pour en toucher deux mots [aux parents] » (entretien professionnelle).
>
> « Quand on vient chercher notre enfant, si elle est là, c'est plutôt elle qui nous accueille en nous disant ce qui s'est passé » (entretien parent).
>
> « On a aussi des petites feuilles de suivi à remplir sur le développement de l'enfant, sur le lien, sur les relations avec les autres enfants, etc. » (entretien professionnelle).

Ainsi, de façon générale, nous remarquons que les participants ont essentiellement défini la référence par l'organisation qu'elle engendre et la répartition des « tâches » entre les différents professionnels : prise en charge des soins, réalisation de la transmission des informations aux parents, observations de l'enfant. Bien que décrites dans la littérature, les fonctions de coordination de l'accueil et de garant de l'histoire de l'enfant sont peu apparues. Ce dernier constat amène à se questionner : en crèche, la référence est-elle réellement réduite à une organisation de soins ? Auquel cas, cela est-il dû à un manque de formation ou à une perte de sens en crèches collectives de ces autres fonctions décrites dans la littérature ? Ou alors la référence s'inscrit-elle dans une réalité plus large sur le terrain que celle énoncée par les participants ? Étudier la capacité réflexive de ces participants, en comparant le discours avec des éléments d'observation, aurait pu être pertinent sur ce point.

2. Dans un second temps, nous avons constaté une importante hétérogénéité dans sa mise en application dans les crèches participantes. Entre une pratique de la référence durant tout le parcours d'accueil de l'enfant et, à l'inverse, un fonctionnement indifférencié et indéfini entre les professionnels, nous avons découvert un *continuum* composé de plusieurs niveaux intermédiaires, variant selon deux critères :

– la durée d'attribution du référent pouvant aller de quelques jours (uniquement pour la période dite « d'adaptation » ou plus récemment de « familiarisation ») à toute la période d'accueil de l'enfant ;

Durée d'attribution du référent	Nombre de crèches de notre échantillon
Période dite « d'adaptation » ou de « familiarisation » ou lors des premiers mois d'accueil	2
1 journée ou 1 semaine	3
1 année	4
2 années	4
3 années ou toute la durée d'accueil de l'enfant	4

Répartition des 17 crèches (N=17) de notre échantillon
en fonction de la durée d'attribution du référent à l'enfant.

– le nombre de professionnels intervenant concrètement dans l'accompagnement de l'enfant au quotidien et la réalisation des soins (changes, repas, accompagnement à la sieste). Au sein de certaines structures, seul le référent prend en charge les soins de l'enfant alors que pour d'autres crèches, il s'agit d'un binôme de professionnels ou même d'une mission attribuée à l'équipe dans son ensemble.

Nombre de professionnels intervenant (de façon privilégiée) dans les soins	Nombre de crèches de notre échantillon
1 professionnel *(« référent »)*	2
1 professionnel (« référent ») + 1 relais *(« référent relais »)*	8
2 professionnels *(« co-référents »)*	2
L'ensemble de l'équipe	5

Répartition des 17 crèches (N=17) de notre échantillon
en fonction du nombre de professionnels intervenant dans les soins de l'enfant.

Cette description des pratiques actuelles de la référence est la première existante dans la littérature francophone et internationale. Les quelques écrits trouvés sur le sujet décrivent seulement la référence comme l'attribution d'un professionnel à l'enfant durant tout son séjour à la crèche (Aguillard et coll., 2005 ; David et Appell, 2008 ; Rockel, 2005). Des études complémentaires seraient indispensables à une échelle plus large pour évaluer la représentativité de ces résultats.

Objectif n° 2 – Description des enjeux de la référence

La relation affective enfant-référent : entre avantage et inconvénient

Dans la deuxième partie de notre recherche, nous avons questionné les participants (parents et professionnelles) sur les avantages et les inconvénients de la référence pour l'enfant, ses parents et les professionnels.

Il paraît important de souligner ici que le premier avantage attribué à la référence par les participants est sa capacité à fournir de la sécurité affective (75 % des parents, 60 % des professionnelles). La présence d'un référent rassure en offrant un repère pour l'enfant et son parent, arrivant dans un espace inconnu, composé d'une pluralité d'autres adultes et d'enfants. Il permet ainsi de créer un lien particulier de confiance entre enfants, parents et professionnels.

> « Les enfants sont habitués à une personne, c'est leur pilier. […] Je pense que ça les sécurise vraiment, la référente, c'est vraiment un point de repère » (Entretien professionnelle).

> « Ça les sécurise d'avoir des repères et d'avoir toujours la même personne qui s'occupe de lui, de telle et telle façon » (entretien professionnelle).

> « C'est le fait qu'on ait une relation de confiance, qui permet des fois de dire les choses qu'on n'aurait peut-être pas dites à d'autres personnes qui ne sont pas référentes, du genre : "Oh, ben tiens, hier soir, elle a fait sa crise, est-ce que c'est normal ? Est-ce que c'est l'âge où elle doit le faire ou pas ?" » (entretien parent).

> « D'avoir une personne vers laquelle on va plus facilement se tourner quand il y a un petit chagrin ou quoi que ce soit. […] C'est un repère, parce qu'il y a quand même beaucoup d'enfants ; les adultes, il y en a aussi pas mal » (entretien parent).

L'inconvénient majeur mis en avant est la souffrance que crée l'indisponibilité ou l'absence de la référente chez l'enfant, voire chez ses parents, qui peut aller jusqu'à refuser tout contact avec les autres professionnels (80 % des professionnelles, 30 % des parents). Le lien privilégié avec la référente est alors accusé d'enfermer et de freiner le développement de la socialisation.

> « C'est compliqué parce que si la personne n'est pas là, l'enfant est complètement paumé » (entretien professionnelle).

> « Je trouve que l'enfant est malheureux, parce que à chaque fois cette personne-là s'en va, il pleure. Après, une fois qu'elle est partie, ça va. Bon, déjà c'est bien, mais alors tout le temps de la séparation, quand elle s'en va, c'est horrible » (entretien professionnelle).

> « Il s'est avéré que certains parents n'aient pas confiance en nous, parce que nous ne sommes pas la référente, et ne veulent pas nous laisser l'enfant, le matin » (entretien professionnelle).

> « Je trouve que trop de référence, ça peut aussi mettre l'enfant en difficulté. Si l'enfant s'attache trop, après, quand la personne part, il est perdu » (entretien parent).

La juste distance affective

À travers nos entretiens, il est fréquent de remarquer que la pratique de la référence est perçue, par les mêmes participants, à la fois comme fournissant une relation individualisée nécessaire au développement de l'enfant et source de sécurité affective, et comme engendrant de l'insécurité lorsque la référente est indisponible ou absente, comportant alors le risque de développer une relation d'exclusivité, source d'enfermement (pour 85 % des professionnelles, pour 45 % des parents). Pour les participants (parents et professionnels), la pratique de la référence, en augmentant la quantité de temps passée entre l'enfant et son référent, provoque des élans affectifs importants dans la relation et accentue, par conséquent, la difficulté à trouver une « juste distance » affective dans la relation à l'enfant.

> « On peut tomber dans le travers avec la référence aussi, il y a du pour, il y a du contre. […] Il y a des enfants qui sont un peu trop attachés à une personne, mais qui ont du mal, quand cette personne n'est pas là, à aller vers les autres. Et en fait, dans le travers de la référence, moi, c'est ça que je crains ; c'est que d'être référent d'un enfant, l'enfant, il s'attache plus ou moins » (entretien professionnelle).
>
> « Plus on passe de temps, et je pense que c'est le temps effectivement qu'on accorde à l'enfant qui fait que l'affection se dégage plus ou moins de façon importante » (entretien parent).

Deux autres points nous paraissent intéressants pour alimenter la réflexion autour de ce paradoxe.

Tout d'abord, il peut être pertinent de questionner les représentations des participants face aux réactions des enfants au départ et en l'absence de leur référent. La majorité des participants perçoivent une détresse importante de l'enfant lors du départ du référent, manifestée par des pleurs, des cris, des appels et un refus d'aller vers les autres professionnels et d'être pris en charge par eux. L'ensemble de ces éléments a été souvent interprété comme des signes de souffrance par les participants, alors qu'il pourrait être aussi pertinent de les envisager sous l'angle de la théorie de l'attachement. La protestation de l'enfant au départ de son référent ne serait-elle pas le témoin de la relation d'attachement à l'œuvre entre ces deux protagonistes, et ainsi plutôt le signe d'une sécurité relationnelle ?

Dans un second temps, il paraît important d'examiner l'idée selon laquelle la pratique actuelle de la référence peut engendrer un réel risque d'enfermement dans la relation. Bien que décrite dans la littérature issue de l'expérience de Lóczy (Zumstein, 2017), la référence a trop peu été pensée

par les participants comme un réel « système », fonctionnant uniquement grâce à l'intervention d'une pluralité d'intervenants et de supports faisant « tiers » dans la relation privilégiée enfant-référente. Ces tiers, agissant comme de véritables « garde-fous » pour le référent, l'aident à limiter l'engagement dans une relation privilégiée excessive avec l'enfant, en permettant la mise en place de processus de pensée et, par conséquent, d'une certaine « contenance » des éprouvés des professionnels.

En crèche, plusieurs outils ou personne peuvent revêtir cette fonction « tiers ». Tout d'abord, nous pouvons citer la relation enfants-parents-référent dans laquelle chacun des membres aide à réguler la relation entretenue entre les deux autres. Cette idée est à rapprocher de celle de Bowen (1972) sur la notion de « triangulation » : « L'inclusion d'une troisième personne dans une relation duelle [fait] baisser la tension ou l'anxiété dans cette relation » (Fivaz-Depeursinge et Favez, 2013). D'ailleurs, dans la littérature internationale, le professionnel référent est souvent perçu comme le « référent de la famille », et pas uniquement de l'enfant (Kibble et coll., 2014).

Ensuite, l'équipe de professionnels peut agir comme un véritable « tiers horizontal » : « La référence est une relation certes privilégiée, duale, mais bordurée par l'autre, par d'autres professionnelles » (L'Actif, 2011, p. 50). Dans la recherche internationale, la référence est insérée dans une approche mobilisant l'équipe tout entière sous la notion de *team approach* (Rockel, 2003 ; Kibble et coll., 2014 ; Ebbeck et coll., 2015). La présence des autres professionnelles aide à réguler la relation enfant-référente en intervenant lors des temps de jeu, en effectuant les relais dans la prise en charge des soins de l'enfant en l'absence de la référente et quelques fois en sa présence, en partageant ses observations et ses représentations lors des réunions d'équipe ou des séances d'analyse des pratiques. La verbalisation permise lors de ces temps d'échange en équipe se révèle être d'une importance cruciale, car « le transfert qui n'est pas travaillé dans la parole rejaillit dans le réel et souvent sous sa forme la plus brutale » (L'Actif, 2011, p. 94). Ainsi, le travail de réflexion amorcé durant ces groupes permet de « protéger les enfants des projections trop fortes ou trop personnelles » des professionnelles (Zumstein, 2017, p. 127).

La direction et plus largement l'institution constituent, quant à elles, des « tiers verticaux » (L'Actif, 2011). Le cadre institutionnel qu'elles proposent « tend à instituer un certain ordre, pas n'importe lequel ; c'est-à-dire un essai de repérage structurant de la place et de la fonction de chacun qui favorise l'instauration et le maintien d'une dynamique relationnelle » (Avet, 1990, p. 10). Il paraît indispensable de clarifier et de préciser les missions du référent, car, selon Bertrand Dubreuil, un lien direct existe entre l'amplification des relations affectives excessives par la référence et « l'imprécision du contenu de la fonction de référent » (L'Actif, 2011, p. 36). Des supports écrits, tels que les fiches de postes, les projets éducatifs et

pédagogiques, permettent de recueillir les fruits de cette réflexion institutionnelle. Du plus et de façon plus large que l'institution, de nombreux auteurs insistent sur la nécessité de fournir aux professionnels des bases pédagogiques (écrits pédagogiques, référentiels métiers, manuels de préparation au concours) permettant de dessiner les contours de la fonction de référent (Aguillard et coll., 2005 ; L'Actif, 2011).

Enfin, il est important de souligner que le référent peut se servir d'outils l'aidant à penser les affects issus de la relation à l'enfant : l'observation, l'écriture, l'analyse des pratiques. La régulation émotionnelle serait favorisée par le fait de porter son attention sur le développement de l'enfant, comme en témoignent des écrits de l'Institut Pikler-Lóczy : « L'ardeur des émotions peut être efficacement remplacée par l'intensité de l'intérêt porté à l'expression des besoins des enfants et à leur satisfaction » (Falk, citée par Vincze, 2002, p. 161-162). Pour terminer cette liste (non exhaustive), il convient d'ajouter les lectures et les formations permettant d'acquérir de véritables « savoir-tiers ».

Malgré l'avantage fourni par ces supports à la réflexion sur les relations enfants-professionnels, nous avons noté un manque important, sur le terrain, de temps d'observation et de rédaction de comptes rendus, d'espaces permettant les échanges entre professionnels (réunions d'équipe, groupes d'analyse des pratiques), d'appuis institutionnels (fiches de poste, projet pédagogique), pédagogiques (référentiels métier, manuels pédagogiques), théoriques (références théoriques), cadrant leurs fonctions et définissant clairement leurs missions, et de temps de formation avec des contenus ajustés à leur pratique.

Conclusion

Ce volet exploratoire de la recherche a pu montrer que des enjeux essentiellement affectifs sous-tendent la pratique de la référence en France. Les professionnels paraissent souvent aux prises avec des éprouvés et un engagement dans une relation affective avec l'enfant qu'ils peinent à contenir. C'est ainsi que, malgré des avantages certains perçus en termes de sécurité affective, les professionnels en viennent à raccourcir le temps d'attribution du référent à l'enfant et à instaurer une distance physique, en proposant l'intervention d'un coréférent, par exemple. Ces bricolages de terrain leur permettent alors de trouver une plus juste distance affective dans le lien à l'enfant. Or, selon nous, la référence amène à ce type de difficultés lorsqu'elle n'est pas pensée comme un « système » dans lequel plusieurs intervenants (parents, autres professionnels, direction) et supports (lectures de documents pédagogiques et cliniques, formations, observations, rédactions de

comptes rendus, réunions d'équipe et d'analyse des pratiques, projet pédagogique) permettent de réguler les élans affectifs générés par les relations enfants-professionnels.

Un important travail reste à poursuivre autour de la référence à différents niveaux et dans différents cadres. À l'échelle nationale, des recherches devraient se mettre en place autour de cette pratique afin de permettre de mieux cerner son impact sur le bien-être et le développement de l'enfant. De plus, la rédaction d'écrits pédagogiques s'avère indispensable pour guider les professionnels dans leur pratique. Au sein des structures d'accueil, les personnels dirigeants et encadrants ont un rôle-clé à jouer en garantissant, entre autres, les limites du cadre d'exercice des professionnels, le travail d'analyse des pratiques et la présence des parents, véritable tiers dans la relation enfant-référent. Enfin, il est essentiel que les professionnels eux-mêmes puissent avoir recours à des formations autour de cette pratique, et s'investir dans des temps d'échange et d'analyse de leur pratique individuelle et d'équipe.

La référence est « une fonction complexe bien plus qu'une simple prise en charge administrative, nécessitant un travail d'élaboration intense, un savoir-être et un savoir-faire qui ne s'improvisent pas » (L'Actif, 2011, p. 81). Il est possible que la pratique de la référence puisse majorer les effets du transfert entre enfants-parents et professionnels *(ibid.)*, mais un accompagnement ajusté du professionnel permet de fournir à l'enfant les relations individualisées dont il a besoin sans tomber dans l'exclusivité.

Les auteurs remercient la Fondation Mustela pour sa reconnaissance et son soutien financier durant la réalisation de cette recherche, ainsi que le comité scientifique de l'ARIP et les éditions érès qui nous permettent de faire connaître les résultats de cette étude.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt entourant cette recherche.

BIBLIOGRAPHIE

AGUILLARD, A.E. ; PIERCE, S.H. ; BENEDICT, J.H. ; BURTS, D.C. 2005. « Barriers to the implementation of continuity-of-care practices in child care centers », *Early Childhood Research Quarterly,* n° 20, p. 329-344.

AVET, R. 1990. « La notion de référent : quelle position éthique ? », *Lien social*, n° 77, p. 10-12.

BOWEN, M. 1972. « Towards the differentiation of a self in one's own family », dans J.L. Framo, *Family Interaction: A Dialogue Between Family Researchers And Family Therapists*, New York, Springer-Verlag, p. 11-173.

BOWLBY, J. 1978*a*. *Attachement et perte*. Volume 1 : *L'attachement*, Paris, Puf.

BOWLBY, J. 1978*b*. *Attachement et perte*. Volume 2 : *La séparation : angoisse et colère*, Paris, Puf.

BOWLBY, J. 1984. *Attachement et perte.* Volume 3 : *La perte : tristesse et dépression*, Paris, Puf.

DAVID, M. ; APPELL, G. 2008. *Lóczy ou le maternage insolite,* Toulouse, érès.

EBBECK, M. ; MEI YONG PHOON, D. ; CHAI KIM TAN-CHONG, E. ; AI BEE TAN, M. ; LIAN MUI GOH, M. 2015. « A research study on secure attachment using the primary caregiving approach », *Early Childhood Education Journal*, n° 43, p. 233-240.

FALK, J. 1980. « Répondre aux besoins primordiaux des tout-petits », *Enfance*, n° 4-5, p. 239-243.

FAVEL, F. 2008. « Lóczy, une référence actuelle », *EJE*, n° 14, p. 10-13.

FIVAZ-DEPEURSINGE, E. ; FAVEZ, N. 2013. « La capacité triangulaire du bébé. Une illustration à l'aide de deux cas contrastés », dans N. Favez, F. Frascarolo-Moutinot, H. Tissot, *Naître et grandir au sein de la triade : le développement de l'alliance familiale*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p. 99-120.

KIBBLE, N. ; CAIRNS-COWAN, N. ; MCBRIDE, B. ; CORRIGAN, J. ; DALLI, C. 2014. « Primary caregiving – what it means for you and your child », Repéré à http://babysteps.net.nz/research-articles/primary-caregiving-means-child/

L'ACTIF. 2011. « Le référent : un objet professionnel non identifié ? », *Les Cahiers de l'Actif,* n° 424-425, p. 5-213.

MAGUIN, P. ; DAVIDSON, F. 1998. *Les crèches. Réalisation, fonctionnement, vie et santé de l'enfant,* Paris, Éditions sociales françaises.

MAUVAIS, P. 2009. « Le collectif individualisé ou comment cultiver le bien-vivre ensemble », *Métiers de la petite enfance,* n° 154, p. 31-34.

NEGRE, O. ; JAVAULT, D. 2010. « Où est passée la référente de l'enfant ? », *Métiers de la petite enfance*, n° 158, p. 34-35.

RAPOPORT, D. 2011. « Du printemps des crèches à l'aube des sens », *Spirale*, n° 57, p. 45-52.

ROCKEL, J. 2003. « Someone is going to take the place of mum and dad and understand… Teachers' and parents' perceptions of primary care for infants in early childhood centres », *NZ Research in Early Childhood Education*, n° 6, p. 113-126.

ROCKEL, J. 2005. « Primary care in early childhood education. To be or not to be? », *ACEpapers*, n° 15, p. 73-87.

SPITZ, ; R. ; WOLF, K. ; PENNSYLVANIA STATE UNIVERSITY. 1969. « Psychoanalytic research project on problems of infancy », *Grief: A Peril in Infancy,* Pennsylvania State, University Media Sales.

VINCZE, M. 2002. « Relation maternelle-relation professionnelle », dans A. Szanto-Feder, *Lóczy, un nouveau paradigme ? L'institut Pikler dans un miroir à facettes multiples*, Paris, Puf, p. 183-200.

VIOLON, M. ; WENDLAND, J. 2018. « Être référent d'un jeune enfant en crèche collective : une pratique à (re)conceptualiser ? », *Devenir*, n° 4, p. 377-398.

WINNICOTT, D.W. 1989. *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Paris, Payot.

ZUMSTEIN, D. 2017. « "Référence n'est pas préférence !" La personne de référence, ses relais et le travail d'équipe », dans M. Rasse, J.-R. Appell (sous la direction de), *L'approche piklérienne en multi-accueil,* Toulouse, érès, p. 99-140.

Joëlle Rochette-Guglielmi
Anna Bourgeois-Richard

KiTAriane© : un dispositif de care *pour les douleurs du post-partum immédiat au temps d'une vulnérabilité redoublée par la période de confinement et de dispositifs dégradés*

Le KiTDépression/Retrait©[1] est un outil de détection et de soin des « douleurs de la dyade mère-bébé » dès le post-partum immédiat. Mis à disposition des praticiens de première ligne en charge des consultations de routine du nourrisson, il apporte un éclairage innovant sur la conjonction entre dépression-mère et retrait-bébé, et sur les risques d'un cycle à renforcement négatif.

Ce problème majeur de santé publique est à la croisée du fléau des troubles anxio-dépressifs maternels encore insuffisamment repérés (le drame du suicide étant en France la première cause des décès maternels dans la première année suivant la naissance !), et de l'impact tout aussi méconnu sur le cerveau et l'équilibre psychosomatique d'un bébé exposé sans recours à cette détresse.

Fortes des surprenantes découvertes sur l'identité des zones cérébrales concernées, et donc sur la similitude des risques apparentés entre douleur physique et douleur morale (cf. *supra*), nous soulignons l'importance d'une attention (à tous les âges de la vie et chez le nourrisson aussi !) aux douleurs

1. Nous remercions l'équipe du KiT, en particulier Michel Bouzon, médecin généraliste très impliqué dans la partie expérimentation probante, et Marie-Ève Richardier qui a beaucoup œuvré pour l'application KiTAriane.

sociales classiquement repérables (exclusion, rejet), et aux douleurs de l'ostracisme, c'est-à-dire la douleur d'une « non-réception par autrui » du besoin d'être « reflété » et compris. Or, dès 6 semaines, en situation de privation des retours reflétants et ajustés de son partenaire maternant, le bébé pâtit de « l'absence maternelle », de l'émoussement émotionnel, liés à ces dépressions post-partum. La manifestation de cette douleur morale chez le bébé prend la forme d'un trouble de son système attentionnel, d'un défaut de son mode de « présence » : retrait ou hypervigilance[2].

Ces signes bifocaux – rendus plus facilement « jaugeables » par l'assemblage des échelles validées du KiT – sont présents dès le premier trimestre ; ils sont malheureusement négligés par les praticiens, car très labiles, subcliniques et chrono-dépendants. Leur repérage, intégré à la pratique courante, pourrait pourtant éviter la chronicisation et les complications tant pour la mère que pour l'enfant, et favoriser, sans « surcoût », la santé mentale périnatale et les réseaux qui y contribuent dans cette période sensible, vulnérable, et déterminante.

La période de pandémie et d'urgence sanitaire nous a conduit à une adaptation des principes du KiTD/R sous forme d'une feuille de route, KiTAriane©. Cet outil de *care* – conçu pour les dyades mère-bébé en situation de vulnérabilité ou lorsque les dispositifs sont décousus et « dégradés » – met l'accent sur les enjeux et les risques en post-partum immédiat. Il a vocation à s'inclure dans les actions en faveur des populations vulnérables.

Rituels, chrono-dépendance et dispositifs de soins : quel alignement des planètes pour la prévention ?

Et si les formes actuelles de soin pouvaient se penser comme des dérivés, tantôt sophistiqués, tantôt triviaux, des productions issues des champs mythiques, rituels, artistiques ou poétiques ?

L'une de nous (Joëlle Rochette-Guglielmi) développe depuis de nombreuses années l'hypothèse selon laquelle les réseaux « modernes », en répondant aux besoins de contenance groupale de la naissance, sont des héritiers de formes anciennes et coutumières.

La saga de l'annonce de la grossesse, des relevailles, de la présentation du bébé, la codification des sorties en famille et des visites au nouveau-né, sont superbement illustrées dans l'iconographie de la Renaissance. Ces rituels périnataux coutumiers nous renseignent sur la teneur du travail psychique de l'enfantement. Les quarante premiers jours, par exemple, dans

2. Échelle ADBB (Guedeney et coll., 2013) Alarme détresse bébé, EPDS (Cox) pour Dépression et échelle visuelle analogue pour douleurs dyadiques.

leurs composantes fantasmatiques, physiologiques, culturelles et sociétales, marquent ce saut qualitatif de l'enfantement.

Intervenir au bon moment devient un enjeu fondamental de santé publique.

Nous pourrions examiner plusieurs dispositifs en montrant leur pertinence ou au contraire leur « contre-sens » au regard de la chrono-dépendance dans le procès complexe de la construction de l'espace dyadique primaire ; entretien prénatal précoce ; durée de l'hospitalisation en maternité ; durée des congés maternité ; groupes de présentation de bébés ; visites à domicile… pourraient-être revus dans une logique de cohérence de la chronologie du parcours. Nous nous en tiendrons ici à l'évocation d'un dispositif né en période de pandémie pour répondre à une « panne généralisée » dans l'habitus de prise en charge de l'accouchement et de l'accompagnement périnatal.

La connaissance du montage du *périnatum* et la signification des symptômes lorsque la dyade mère-bébé dysfonctionne ont été d'abord décrits empiriquement par les cliniciens. Ils sont, depuis, « scientifiquement » corroborés et documentés : côté bébé, par exemple, avec la micro-analyse et les progrès sur la cognition précoce ; côté mère avec les avancées sur les phénomènes neuroendocriniens et sur la neurophysiologie finement orchestrée du post-partum. L'épigénétique donne aussi des arguments forts sur la potentialité (et les risques) des fenêtres d'intervention précoce. C'est autour de cette conjonction entre mère, nouveau-né et socius, que nous menons actuellement une recherche translationnelle visant à fournir aux praticiens de première ligne un outil de détection des douleurs intersubjectives dans le post-partum immédiat (KiTDépression/Retrait avec le mécénat de APICIL Douleur).

Cette période d'état d'urgence sanitaire abrase les rituels coutumiers de mise au monde ; elle sidère l'organisation du socius par le télescopage avec l'autre borne de l'existence, la mort, remettant fortement en cause éthique et dynamique sociales.

L'INCLUSION SOCIALE DE LA DYADE MÈRE-BÉBÉ COMME PROTECTION CONTRE LE CHAOS

En situation ordinaire, il existe tout un travail de liaison dévolu au socius en période périnatale.

Suivant le psychanalyste René Kaës, « ce n'est jamais une femme seule qui accouche, c'est le groupe, la parentèle et le voisinage. C'est le groupe (la mère de la mère) qui contient, expulse, reçoit le nouveau-né qui vient "au monde", dès l'origine "dans-un-groupe" ». Il précise d'ailleurs, en insistant

sur l'aspect critique de l'événement naissance, que « toute crise implique non une logique de l'individu, mais une logique relationnelle : du couple et du groupe […] Ce passage est mobilisateur d'angoisses profondes que les rites ont pour fonction de réduire et d'ordonner vers l'appropriation de l'état adulte selon les normes sociales en vigueur, il implique le retour et le recours à l'ancien, le remaniement des identifications et des relations d'objet projetées comme l'à-venir du sujet. […] Une caractéristique de notre temps est que ces ruptures ne sont plus socialement réglées. » Ce point de vue redonne une place fondamentale au socius dans l'accompagnement et l'organisation de ce moment.

Pour Winnicott, la remise en selle, après un moment de crise, est assurée par l'héritage culturel. C'est la culture, avec les balises rituelles qu'elle comporte, qui articule l'individuel au général, l'individu au groupe. Dans le trousseau de naissance que reçoivent la mère et le couple, il y a la forme que la culture donne à cet événement mystérieux, magnifique et inquiétant, qui consiste à « donner la vie ».

« Où vont les mères et les nouveau-nés en situation de pandémie ?[3]», nous sommes-nous demandé.

Quand les mères sont déprimées ou anxieuses, quand l'environnement est perturbé en temps de catastrophe, qu'en perçoivent les bébés ? Comment se traduit ce malaise en « langage bébé » et dans le répertoire d'un nourrisson ? Comment soutenir l'attention à ces signaux ? Des spécialistes chercheurs et cliniciens ont élaboré un « fil d'Ariane » pour détecter ces douleurs interpersonnelles qui, reconnues, accompagnées, dé-stigmatisées ne sont pas une fatalité !

Accoucher sans le conjoint, sans les grands-parents, sans la parentèle et le voisinage – en carence de dispositifs (fonctionnant en mode « dégradé ») –, décontenance les sujets (littéralement les prive du groupe) et rend difficile le « tricotage » de la layette psychique indispensable à l'accueil d'un nouveau venu et pour se confectionner un rôle de parents. Dans l'urgence, nous avons proposé un outil rapide, facile d'usage et adossé aux données scientifiques, pour le (re)maillage de ce moment.

Le KiTAriane© est un outil de *care* pour les jeunes accouchées et leur bébé. Il donne trois axes – empruntés à l'anthropologie comparative (Philippe Descola) – au canevas requis pour les grandes étapes de transition mutative (dont le post-partum fait partie) : l'endo-portage (se sentir mère),

3. « Où vont les canards quand il fait trop froid ? » demande de façon lancinante et insécure le héros de *L'attrape-cœurs,* de Salinger. Ce passage du roman est pour nous la puissante évocation d'un sentiment d'inquiétante étrangeté face à un environnement dont nous ne maîtrisons plus l'évolution, et qui est le présage de catastrophes. Emballement du réchauffement climatique, destruction des écosystèmes, « collapsologie » et autres prédictions catastrophiques ont pris un relief « surréaliste » en ces temps de pandémie planétaire !

l'exo-évaluation (être vue comme mère) et l'appartenance groupale (adopter des schèmes du maternage)[4].

Le KiTAriane© sera un inducteur de la métabolisation des événements effractants et de leur appropriation subjective[5]. Nous montrons que cet « autoportage » dans le parcours décousu a une fonction préventive contre la désorganisation constatée en situation de catastrophe sanitaire et humanitaire, contre le délaissement des populations vulnérables « jeunes parents et leur bébé », et qu'il promeut une attention particulière, par les praticiens de première ligne, à la santé mentale périnatale.

La vie avec un nouveau-né n'est pas toujours rose[6] ! Ce trouble, ce vacillement est bien trop souvent tu, voire encore méconnu. Par manque d'information et de formation du corps médical, la France a pris du retard dans la détection et la prise en charge des aléas du post-partum immédiat.

Un mouvement d'alerte des usagères était émergeant sur les réseaux sociaux avant la crise sanitaire (voir @monpostpartum) laissant entrevoir l'insatisfaction des jeunes mères en termes de traitement sociétal, soulignant l'archaïsme des réponses collectives. Ces femmes revendiquent leur « droit » à l'information sur la concrétude crue des suites de couches, sur les douleurs « morales » et l'assuétude face au nouveau-né (domaines soit frappés de tabou, soit stigmatisés par une surmédicalisation de ce qui ne peut être souvent qu'une crise développementale du devenir parent). Autant d'expressions « du malaise dans la culture périnatale » que nous avons mis en exergue ! (Rochette, 2002).

Dans les faits, la prévention précoce en santé mentale périnatale demeure encore « le maillon faible » des réseaux de soin. Si 20 % des mères souffriront de dysthymies en post-partum, nous rappelons le fait alertant – qui souligne un grave hiatus dans la prise en charge et dans l'identification des prodromes – du suicide maternel comme la première cause de mortalité dans la première année suivant la naissance en France[7]. En cette période de

---

4. C. Lévi-Strauss (1949) : « Chaque enfant apporte en naissant, et sous forme de structures mentales ébauchées, l'intégralité des moyens dont l'humanité dispose pour définir le Monde et la notion d'Autrui. […] Chaque type d'organisation sociale représente donc un choix, que le groupe impose et perpétue. »

5. Voir les travaux de J. Rochette-Guglielmi (2002, 2012), sur les dispositifs périnataux comme analogon des formes coutumières de contenance groupale sur les rituels comme conteneur de la complexité des affects (y compris la haine) à l'égard du nouveau-né, du « malaise dans la culture périnatale ».

6. https ://www.meilleurdepart.org/resources/ppmd/pdf/ppmd_bro_french.pdf

7. Un décès maternel sur cinq serait secondaire au suicide dans l'année suivant une grossesse, un risque insuffisamment pris en compte. Le suicide après la grossesse était considéré comme exceptionnel. En réalité, les données de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), mise en place depuis 1996 en France, révèlent que cet événement n'est malheureusement pas si rare lorsqu'on prend en compte, comme le recommande depuis 2012 l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une période d'un an après l'accouchement, cf. les propos de Catherine Deneux-Thavaux (Paris),

pandémie, de confinement et de dispositifs de santé primaire « dégradés », fournir les outils, aux parents et aux bébés, pour prévenir les « douleurs morales dyadiques » a revêtu d'autant plus un caractère d'urgence.

Selon l'OMS, les premiers « mille jours » et les quarante jours du post-partum immédiat sont cruciaux. La notion de cicatrices épigénétiques montre comment la « destinée psychosomatique des bébés » sera obérée par le stress maternel et l'indisponibilité parentale démultipliés par des circonstances traumatiques.

Nous avions élaboré le KiT Dépression/Retrait afin d'outiller les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et la médecine de ville pour le diagnostic précoce. Issu de la recherche translationnelle entre psychiatrie périnatale et santé publique, ce kit est déjà en cours d'expérimentation probante par un pool de praticiens en santé primaire avec l'objectif de sa généralisation (étude 2020-2022 en cours). Composé d'un top test administré en post-partum immédiat (PPI) et validé comme prédicteur de troubles de l'interaction à un an, il permet la détermination d'un cluster clinique (ou à risque) dans les dyades « tout venant », puis une orientation vers des soins gradués, et contribue à désamorcer les complications ultérieures (trouble de la socialisation, TDHA, chronicisation de la pathologie maternelle).

Un outil de *care*

Le KiTAriane© reprend les essentiels sous forme simplifiée car à vocation de soin pour la dyade. Le soin repose sur la mise à disposition des dyades, dès la maternité ou lors de la première visite en postnatal, d'un kit composé d'une feuille de route à l'algorithme précis[8] : 0-10 jours /10-40 jours /40-90 jours puis 3 mois. Ce calendrier du post-partum invite à chaque étape, la jeune mère à s'interroger sur son humeur (EPDS – Edinburgh Postnatal

en charge de cette étude. Ainsi, 62 suicides ont été constatés pour la période 2007-2009, dont 7 % durant la grossesse, 7 % au cours des 42 jours du post-partum, et 86 % entre 42 et 365 jours (ce qui correspond pour l'OMS à la définition de mort maternelle tardive), en médiane à 179 jours. Les données relevées sur les périodes ultérieures vont dans le même sens. « Ces chiffres sur un an conduisent à estimer que le suicide représente 20 % de la mortalité maternelle ».

8. La connaissance du montage somato-psychique du périnatum et la signification des symptômes lorsque la dyade mère-bébé dysfonctionne ont d'abord été décrites empiriquement par les cliniciens. Elles sont depuis « scientifiquement » corroborées et documentées, côté bébé, par les apports de la micro-analyse et les progrès de la connaissance sur la cognition précoce, l'imagerie non invasive, côté mère avec les avancées sur les phénomènes neuroendocriniens et celles de la physiologie finement orchestrée du post-partum (Paluwski, 2019). Des études récentes, dont la méta-analyse de quelque 128 publications (Meaney, 2018), montrent l'importance de l'attention portée aux signes subcliniques tant du côté maternel que du côté du nouveau-né, car leurs manifestations sont ténues. Le KiT met en lumière ces moments d'amorçage, à valeur de *priming*, et le signal péjoratif de leur absence qui pourrait rester inaperçu.

Depression Scale), à solliciter auprès du praticien rencontré une évaluation de la perception « d'une douleur dyadique » éventuelle (EVA – échelle visuelle analogique) et à noter les progrès du nouveau-né.

Conçu pour pallier la discontinuité des soins sur la trajectoire des patientes à la sortie de la maternité, il offre un « fil d'Ariane » pour l'autoportage de la dyade. Il doit : favoriser l'autoévaluation par l'usagère (observation de ses propres signes de dépression, des progrès du bébé) ; favoriser un hétéro-portage (sollicitation par l'usagère d'un avis des praticiens rencontrés) ; rompre l'isolement et permettre l'accès à une proposition communautaire (recours à une plateforme dédiée, un blog, des consultations…).

Qu'est-ce ?

Cet outil d'observation et de soin du post-partum donné aux jeunes accouchées par un praticien concerné et attentif (obstétricien, sage-femme, pédiatre, médecin généraliste, PMI, associations) contient un assemblage de petits tests à faire soi-même concernant : son nouvel état d'âme (EPDS) ; l'état émotionnel de la dyade mère-bébé regardé par un témoin (EVA) ; l'évaluation à trois mois de la qualité de présence du bébé (ADBB – alarme détresse bébé). Il est proposé à des femmes qui accouchent en situation d'ambiance traumatique (Covid 19) dès l'accouchement et pendant le post-partum immédiat. Il a pour objectif de mieux lutter contre les difficultés en PPI dues aux suites d'un vécu traumatique lors de l'accouchement, à l'isolement lors du retour à domicile et au manque d'offre de soins psychiques intégrés au suivi systématique des nourrissons (groupes, lieux d'échanges, PMI, blog, consultations.)

Comment s'en sert-on ?

D'usage simple et « frugal », il est remis sous sa forme papier et donne à l'usagère un accès codé et confidentiel à la plateforme informatique dédiée. On y trouvera les informations sur les ressources du réseau, le blog réservé aux usagères, les questions/réponses, les demandes de consultations, ainsi qu'un espace pour le recueil des données.

Le KiTAriane© sera plus ou moins « dématérialisé » en fonction de l'accès des usagères à la plateforme *via* Internet. Les données quantitatives (questionnaires, grilles) seront compilées sur la plateforme ou par envoi scanné avec un smartphone. À défaut elles pourront même être déposées dans la boîte aux lettres du lieu de collecte (PMI, maternités).

À trois mois, une petite séquence filmée par les parents du bébé lors d'une consultation de routine sera postée sur la plateforme (permettant la cotation ADBB). Le point sera fait sur l'humeur maternelle, permettant un premier bilan, et une consultation en visio sera proposée si besoin.

Le bilan est réitéré à un an sur convocation de la dyade par l'investigateur (en visio-consultation) avec recueil qualitatif (satisfaction de l'usagère), questionnaire semi-ouvert à visée d'analyse de contenu et quantitatif.

Ce dispositif innovant sera mis immédiatement au service d'une population vulnérable comme soutien aux processus maturatifs du post-partum immédiat. Nous le voulons applicable à des situations de faibles revenus, dans les pays à faibles moyens structuraux, facilement reconductible, de maturité « technique » avancée, et avec un impact évaluable à court terme.

Il apportera, de surcroît, grâce à une évaluation quantitative armée (échelles, questionnaires, traitement statistique), des arguments de pertinence en faveur d'une attention accrue au premier trimestre de vie du bébé.

À l'heure où se clôt ce chapitre (30 juin 2020), nous sommes en bonne voie pour instruire une ou plusieurs enquêtes ancillaires à des démarches nombreuses de tentatives d'évaluation de l'impact de cette situation exceptionnelle sur les jeunes accouchées, démarches qui – fait de société ! – oublient systématiquement et la dimension des souffrances dyadiques et la « destinée » des bébés qui sont pourtant les adultes de demain[9].

Bibliographie

Cristofori, I. ; Moretti, L. ; Harquel, S. ; Posad, A. ; Deiana, G. ; Isnard, J. ; Mauguiere, F. ; Sirigu, A. 2013. « Theta signal as the neural signature of social exclusion », *Cerebral Cortex*, vol. 23, n° 10, p. 2 437-2 447.

Cursan, A. ; Pascual, A. ; Felonneau, M.L. 2017. « L'ostracisme. Avancées scientifiques sur la thématique d'une menace quotidienne », *Bulletin de psychologie*, vol. 551, n° 5, p. 383-397.

Dejours, C. 2001. *Le corps d'abord,* Paris, Payot.

Delourmel, C. 2014. « Affect et pulsions en médecine et en psychosomatique : questions cliniques, théoriques et épistémologiques », *Revue française de psychosomatique*, vol. 45, n° 1, p. 41-75.

Deneux-Thavaux, C. et coll. 2013. « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007-2009 », *Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 7, p. 613-627.

9. Tutoriel de « *care* pour les dyades en situation structurelle ou circonstancielle de vulnérabilité, il offre une feuille de route avec les étapes du premier trimestre, adosée à une plateforme ressource afin d'orienter mères et nourrissons vers un soin adapté. Le KiTAriane© a retenu l'attention du prix Galien 2020 pour l'accompagnement des patients.

DESCOLA, P. 2005. *Par-delà nature et culture*, Paris, Gallimard.

EISENBERGER, N.I. 2012. « The pain of social disconnection: Examining the shared neural underpinnings of physical and social pain », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 13, n° 6, p. 421-434.

GABORY, A. 2016. *Les enjeux et les perspectives de l'épigénétique dans le domaine de la santé*, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST), tome 2, p. 58-61.

GUÉDENEY, A. ; GUÉDENEY, N. ; RABOUAN, C. 2013. « Violences conjugales et attachement des jeunes enfants », *Perspectives psy*, vol. 52, n° 3, p. 222-230.

LAVELLI, M. ; FOGEL, A. 2005. « Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: The 2-month transition », *Developmental psychology*, vol. 41, n° 1, p. 265-280.

LAVELLI, M. ; FOGEL, A. 2013. « Différences dans la communication face à face précoce mère-nourrisson : dynamique en temps réel et voies de développement », *Psychologie du développement*, vol. 49, n° 12, p. 2 257-2 271.

LÉVI-STRAUSS, C. 1949. Les structures élémentaires de la pérenté, Paris, Éditions de l'EHESS, 2017.

MEANEY, M. J. 2018. « Perinatal maternal depressive symptoms as an issue for population health », *American Journal of Psychiatry*, vol. 175, n° 11, p. 1084-1093.

PAWLUSKI, J.L. 2019. « The neurobiology of maternal mental illness: Current understanding and future directions », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 22, n° 3, p. 407-408.

ROCHAT, P. 2006. *Le monde des bébés*, Paris, Odile Jacob.

ROCHETTE-GUGLIELMI, J. 2002. *Rituels et mise au monde psychique. Les nouvelles présentations au Temple,* Toulouse, érès.

ROCHETTE-GUGLIELMI, J. 2012. « De la ritualité périnatale aux réseaux : une struture en analogon », *Spirale*, n° 61, p. 23-35.

ROCHETTE-GUGLIELMI, J. 2014. « Le bébé du nouveau désordre épistémique : entre psychanalyse, développement et neurosciences », dans M. Boubli, L. Danon-Boileau (sous la direction de), *Le bébé en psychanalyse,* Paris, Puf.

ROUSSILLON, R. 2018. « Nouvelles perspectives en psychopathologie : la pulsion et le lien corps/psyché », dans F. Joly, M. Rodriguez (sous la direction de), *Corps et psychopathologie*, Paris, In Press p. 210-231.

Céline Bonnet
Marielle Buravand Jaën

La danse des corps

Une pédagogie de la perception au service de la relation

S'accorder pour mieux s'ajuster dans une réciprocité perceptive éveillée. Le bébé, comme l'a dit et montré notamment T. Berry Brazelton, le grand pédiatre nord-américain, est un participant actif à l'écoute permanente de tous les messages perceptifs. Adultes, nous nous sommes souvent éloignés de cette capacité d'écoute perceptive. C'est cette compétence sensorielle que nous nous proposons de réveiller. Comment prendre conscience de notre état intérieur, notre tonus, notre tonalité, notre texture, nos perceptions, pour faire de notre corps un allié et communiquer à partir de notre réalité corporelle ?

Comment prendre en compte le bébé dans tout son être à partir d'une écoute perceptive et nous adapter à son langage corporel dans une relation incarnée et sensible ? Comment explorer à travers l'introspection, le mouvement (gymnastique sensorielle) et le toucher de relation, un nouveau rapport à notre vécu corporel. Un vécu corporel riche de nuances nouvelles, la perception comme support de l'écoute et une attention éveillée replaçant notre corps au centre de la relation et à la source de notre activité cognitive.

La pédagogie perceptive® fait le projet d'habiter notre corps pour habiter l'instant présent. Et ainsi permettre de décrire les contenus du vécu émergeant de l'expérience corporelle sensible et en tirer du sens (lenteur, intériorité, mouvement sensoriel). L'attention est mobilisée et orientée vers les perceptions du corps : appui, posture, contact, chaleur, espace, relâchements, mouvement de la matière du corps… (mais aussi tensions, douleurs, inconforts…) ; le verbe précise le vécu. La pensée se met au service de la sensorialité et réciproquement.

L'application de cette pédagogie, subtile et rigoureuse, pendant la grossesse, la naissance et le post-partum participe au cheminement des parents, à l'engagement de leur présence de manière sensible et bienveillante, en apprenant de tout et en permanence. Nous avons choisi de laisser des parents en témoigner.

– *Témoignage d'Amélia 21 ans*, primigeste, gymnastique sensorielle effectuée en position assise sur chaise à 25 semaines d'aménorrhées.

> « Je me sens apaisée, dans mon corps, je le sens au niveau de ma respiration, de mes muscles, je me sens plus souple, plus apaisée. Là je ne perçois pas juste ses mouvements (parlant de son bébé fille), je perçois tout le ventre jusqu'au dos ; c'est quelque chose de global, alors qu'avant c'étaient juste des mouvements. Même si la relation commence à se faire, là je ne ressens pas juste elle, mais son environnement à elle, aussi. Je suis plus à l'écoute, plus attentionnée, pas juste au niveau de ses mouvements, mais de son univers à elle à l'intérieur, c'est vraiment plus qu'elle, on prend tout ce qu'il y a autour, tout son petit monde à elle… Ça change quelque chose dans son écoute à elle, la mienne, ça va m'aider à m'écouter plus moi et elle aussi, je pense, pour comprendre nos besoins à chacune. »

– *Mouvement libre au sol de Marie Anne*, troisième geste, au 7e mois de sa grossesse, associant silence, lenteur, attitude d'écoute et d'accueil de ce qui est, attention, toucher de relation avec son bébé.

– *Témoignage de Sylvain* en post immédiateté après une séance de préparation corporelle à la naissance intégrant les outils de la pédagogie perceptive®, spécificité gymnastique sensorielle périnatale®.

> « Je me sens prêt à accueillir ce bébé, je me sens plus serein, j'ai moins d'appréhension ; je pense que j'arrive à visualiser ce que va être l'accouchement, mais aussi à le ressentir au plus profond de façon un petit peu innée, intuitive. Je sentais de l'appréhension dans le sacrum, quelque chose de… oui le sacrum, les épaules aussi. C'est marrant comme s'il y avait un poids, mais là quelque chose se relâche. Je me dis qu'on ne peut pas tout contrôler, mais en même

temps on peut accueillir. On peut être à l'écoute, ça désacralise quelque chose, ça me met plus au contact. Et ça enlève une partie de stress aussi. Je sens moins de nervosité, plus de confiance en fait. Un état général qui est plus détendu, il n'y a pas d'appréhension, moins d'angoisse, il y a un peu moins de colère. Oui plus de confiance, prêt, je me sens prêt tout simplement. J'ai un rôle à jouer, alors que jusqu'à présent j'avais plus l'image du père qui était derrière, qui espérait que tout se passe bien, qui participait moins, alors que là je peux apporter ma pierre à l'édifice. »

– *Témoignage d'Anna et Sylvain,* 8e mois de grossesse, primigeste, suite à un travail gestuel à deux.

Anna : « Je pense qu'on peut être plus ensemble pendant l'accouchement ; comme Sylvain a dit, ce n'est pas le père qui attend à côté et la femme qui souffre, c'est le travail des deux en fait. On a fait ce bébé à deux et c'est bien de l'accueillir à deux aussi, ça aide effectivement, je pense que ça va m'aider beaucoup. Je n'imagine pas accoucher sans toi, que tu ailles quelque part, que tu ne m'aides pas, que tu ne participes pas même physiquement, même des petits gestes, tenir la main, appuyer effectivement, contrôler un peu mieux ma respiration si je n'arrive pas parce que la douleur est trop forte ; je pense que tu peux m'aider beaucoup pendant cet accouchement. »

Sylvain : « On est prêts je crois, on est prêts à accueillir ce bébé, on est prêts à l'accueillir dans de bonnes conditions, comme on l'espérait quelque part, à deux ; et vraiment c'est l'accueillir avec beaucoup moins d'appréhension, moins de peur, parce que c'est vrai qu'un accouchement on dit que c'est beau, mais du côté du père il y a beaucoup d'angoisse ; du coup ce travail me permet justement de voir effectivement les mouvements, comment ça se passe, comment tu ouvres pour lui permettre de venir au monde, comment moi je peux aider. C'est un travail à trois qu'on a effectué tout simplement. Et c'est un travail qui est important parce qu'on le néglige souvent, on se dit, bon ça va se passer. Le père souvent on dit tu es père à la naissance du petit ; là je suis déjà père, je suis acteur de ça. »

– *Témoignage en post immédiateté d'Emmanuelle,* deuxième geste, 33 semaines d'aménorrhées, suite à une séance d'éveil perceptif allongée.

« Je vais commencer par dire que je suis très émue de ce que je viens de ressentir parce que je ne l'avais pas encore ressenti jusqu'à présent. J'ai vraiment eu une sensation de symbiose et d'harmonie entre les mouvements du corps du bébé et les miens, une fluidité qui m'a paru évidente et qui m'a amené à comprendre qu'il n'y a pas de contrôle à avoir en fait, et que c'était plus à moi de suivre ce qui se passe, d'être vraiment juste dans ce ressenti qui m'a permis de me connecter d'une nouvelle façon à ce bébé qui est à l'intérieur de moi et qui bouge. C'est très intéressant comme approche, ça m'a fait voir les choses différemment, comment je vais pouvoir vivre cet accouchement, de me laisser tout simplement aller à suivre ce qui se passe à l'intérieur. »

– *Témoignage d'Emmanuelle* suite à un travail perceptif en mouvement (évolutivité pédagogique).

> « C'est fort encore comme ressenti, j'ai trouvé ça plus tonique pour moi en tout cas dans ce que j'avais à faire. C'était intéressant parce qu'il y avait une part active tout en étant toujours dans le suivi de ce qui se passe. Mais j'ai senti plus de tonicité sollicitée en tout cas au niveau du bassin, des hanches, et du coup des cuisses ; c'est le point d'appui principal avec les pieds. Ça m'a donné un ancrage, je me suis sentie ancrée dans la fluidité, dans le mouvement. Mais moi vraiment bien posée et prête à accompagner ces mouvements en étant vraiment présente à ce que je fais. Une conscience corporelle vraiment forte, d'accompagnement vers le haut et vers le bas. J'ai vraiment senti mon corps en action dans cet accompagnement en fait, quelque chose de plus épais, de plus posé, de plus là. Ça me donne confiance dans mon corps. C'est au niveau du ressenti, c'est vraiment au niveau sensoriel, j'ai l'impression d'avoir expérimenté sa présence d'une façon complètement nouvelle. Jusqu'à présent, ressentir ses mouvements c'est une chose, l'imaginer c'est encore autre chose ; j'ai l'impression qu'on a dansé ensemble. C'était comme si de l'intérieur je pouvais sentir son corps bouger avec le mien et le mien avec le sien. »

– *Témoignage d'Emmanuelle* en post-partum, au septième jour.

> « Ce qui me vient d'abord pour expliquer tout ça, c'est que j'avais l'impression, pendant la grossesse, d'ouvrir en moi un nouvel espace, une nouvelle capacité à ressentir les choses. Prendre le temps de vraiment me détendre, quand il n'y avait pas de contractions, et de pouvoir les accompagner correctement. Pour moi, ça a été vraiment la possibilité de retourner dans cet espace, dans cette sensorialité, dans cette connexion à l'intérieur de moi-même, avec mes tissus, avec tout ce ressenti physique. Ça m'a permis de continuer à être dans cette sorte de danse que j'avais ressentie quand on avait fait la préparation à l'accouchement… Vraiment d'avoir pu ressentir étape par étape, tout le passage du bébé et laisser le corps faire ce qu'il a à faire. C'était une subtile combinaison d'abandon et de présence, quelque chose de vraiment être là et en même temps quelque part on n'a rien à faire. Et c'est ce que j'ai trouvé génial, c'est d'expérimenter ça de cette manière-là, de continuer cette danse. Et aujourd'hui même d'ailleurs, j'ai eu vraiment une compréhension d'accompagnement, de continuer à accompagner le bébé dans une sorte de danse, parce que j'ai encore ce ressenti de danse, d'être dans une mouvance, dans quelque chose de liquide, d'être dans cette sensorialité pleinement. Et je suis contente de pouvoir la vivre depuis la grossesse, d'avoir pu la vivre pendant l'accouchement et d'être encore finalement dans cette sensorialité. J'ai l'impression que c'est une façon douce, avec le temps, en lenteur, de dire au revoir à cet état, mais d'en garder vraiment une sensation plus qu'une émotion, ça s'ajoute dans mon corps… Dans la sensorialité, c'est une continuité, l'aspect corps, l'aspect physique, je l'ai vécu pleinement et j'en suis fière. Je suis contente d'avoir pu expérimenter, d'avoir fait confiance à mon corps. Et c'était maintenant qu'il fallait y être, pas le lendemain ou cinq minutes avant ou cinq minutes après, c'était maintenant

qu'il fallait être là, présente à ce que mon corps était en train de me faire vivre, de le vivre pleinement et de ressentir le bébé sortir… Sa corporalité à lui me semble plus extérieure, on est vraiment deux individus séparés physiquement tout en ayant quelque chose je ne sais pas de quel ordre, juste l'émotion, c'est vraiment viscéral… Ce concept du continuum qui fait qu'on reste en peau à peau très souvent, très collés l'un à l'autre, il y a encore une sorte de symbiose, même dans la respiration, dans la présence de son corps ; et je sens maintenant son individualité à lui. Voilà la danse peut continuer ».

BIBLIOGRAPHIE

BERGER, E. 1998. *Le mouvement dans tous ses états*, Paris, Point d'appui.

BOIS, D. 2001. *Le sensible et le mouvement,* Paris, Point d'appui.

BONNET, C. 2009. *Du Bien Être au Bien Naître : en quoi et comment la gymnastique sensorielle périnatale est-elle une méthode de préparation à l'accouchement/ naissance favorisant l'eutocie*, mémoire DU Pédagogie perceptive® gymnastique sensorielle périnatale, université Fernando Pessoa.

BRÜCHER, N. ; BUSNEL, M.-C. 2014. *Nommer ce langage indicible. Quand le bébé parle depuis le ventre de sa mère,* Paris, HDiffusion.

BURAVAND JAËN, M. 2009. *L'apport de la gymnastique sensorielle périnatale dans la relation à soi, au bébé pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum,* mémoire DU Pédagogie perceptive® gymnastique sensorielle périnatale, université Fernando Pessoa.

BURAVAND JAËN, M. 2018 « De L'éveil des sens à la présence corporelle », *Science Psy*, avril.

NARDI, M. de. 2010. *La gymnastique sensorielle périnatale. Pour une relation sensible avec votre bébé dès la grossesse*, Gap, Le souffle d'or.

NOËL, A. 2000. *La gymnastique sensorielle. Un nouveau regard sur le mouvement,* Paris, Point d'appui.

En théorie(s)

Sylvain Missonnier

Le syndrome de la tour de Babel : fatalité ou opportunité ?[1]

À propos des rapports entre recherches et pratiques – et vice versa – en périnatalité, je souhaite me centrer sur le rôle joué dans cette interaction par la confrontation entre somaticiens et psychistes.

L'hypothèse que je soumettrai ici est la suivante : le devenir de cette rencontre en périnatalité a été, est, et sera décisif pour la qualité humaniste de la clinique quotidienne en périnatalité et pour l'issue heuristique des recherches entreprises.

De fait, cette interface entre somaticiens et psychistes est, à mon sens, une zone capitale, stratégique, qui détermine et déterminera les couleurs d'avenir en périnatalité.

Alors, sans langue de bois, quel est aujourd'hui l'état des lieux des relations entre les uns et les autres ?

La question est océanique et je vais me limiter à un témoignage autochtone enraciné dans trois champs d'expérience de clinique et de recherches cliniques dans lesquels j'ai été personnellement impliqué : la psychologie clinique en maternité, en pédiatrie et en centre d'action médico-sociale précoce.

Dans les années 1990, je me suis engagé dans ce triptyque institutionnel après quelques années dans un centre médico-psychopédagogique où nous étions peu ou prou entre psys. Bien sûr, il y avait là des orthophonistes, des psychomotriciens, des assistantes sociales et des secrétaires, mais toutes ces personnes se référaient a minima à la santé mentale et, pour une forte

1. Cette contribution prolonge un article de S. Missonnier, « L'agora de Babel. De la complémentarité des "somaticiens" et des "psychistes" », *Cliniques,* n° 3, 2012, p. 32-45.

majorité dominante, à la psychopathologie psychanalytique. Ce dénominateur est un précieux trésor mais il y a un *mais*…

À mesure de la multiplication de mes « expéditions » en terres étrangères (en particulier à la maternité et la pédiatrie voisines dans lesquelles j'effectuai ma thèse de doctorat), d'une part, je prenais goût aux vertiges et aux vertus de cet exotisme, et d'autre part, je mesurai de plus en plus que mon travail d'apprenti chercheur en périnatalité m'imposait un travail permanent de *traduction* entre les théories implicites et explicites, en obstétrique, en pédiatrie et en pédopsychiatrie.

J'évoque là, la confrontation des langues dont on peut caricaturer les principales oppositions ainsi pour amorcer la réflexion :

Langue médicale des « somaticiens »	Langue psycho(patho)logique des « psychistes »
Réalité expérimentale de la preuve scientifique gouvernée par la raison	Réalité psychique de la croyance gouvernée par le désir
Paradigme sémiologique et étiologique physico/mathématique de la généralisation statistique du diagnostic. (*Evidence based medecine*)	Paradigme sémiologique et étiologique de la psycho(patho)logie psychanalytique du sujet irréductible dans son unicité
Usage d'une sémiologie explicite (dysfonctionnelle, lésionnelle…) du soma d'autrui objectivé scientifiquement	Usage d'une sémiologie explicite (communication non verbale et verbale) et implicite (conflits préconscients et inconscients) de la rencontre ressentie
Distanciation à l'égard du vécu subjectif du soigné et aux enjeux intersubjectifs de la relation soignant/soigné.	Attention princeps à la dialectique transféro/contre-transférentielle de la relation soigné/soignant

Cette mise en tension frontale des deux langues peut évoquer le drame du chantier bloqué puis abandonné de la tour de Babel : Dieu, irrité par la volonté de toute-puissance des constructeurs ambitieux d'une tour voulant rejoindre les cieux, fait advenir différentes langues sur le chantier qui s'interrompt faute de coordination commune. C'est ce que je nomme ici le syndrome de la tour de Babel ! Il se caractérise, alternativement, soit par la violence dogmatique d'une langue unique toute-puissante maîtrisant une construction aliénante, soit par le drame de l'incommunicabilité sur un chantier impossible car on ne s'y comprend désespérément plus.

Mais au cœur des vertiges iatrogènes de ce syndrome, il y a aussi des constructions communes créatives qui donnent de l'espoir.

L'expérience montre en effet que la mobilisation commune des somaticiens et des psychistes peut aussi aboutir dans la (longue) durée à l'établissement d'une interface, fruit d'une *négociation* croissante pour envisager,

puis mettre en œuvre, une réponse thérapeutique coconstruite en direction d'un sujet reconnu dans sa totalité médico-psychosociale.

Quand elle a lieu, l'émergence progressive de cette centration commune met en exergue la complexité du travail de *traduction simultanée* entre somaticiens et psychistes visant initialement des objectifs différents avec des outils distincts. L'évitement de la babélisation est à ce prix.

Quand ça marche et que ça se pérennise, ce sont les fruits cliniques de ce travail de traduction *mutuelle à travers la clinique et la recherche clinique* qui donnent à cette liaison son double pouvoir de résistance. D'abord, d'anticlivages psyché/soma tels que l'histoire de la médecine moderne en général et des formations en particulier peut les véhiculer. D'antiscientisme réducteur ensuite que le « biopouvoir » (Foucault, 2004) et la fascination pour l'inanimé technologique favorisent en écartant subrepticement les soignants de l'approche holistique du serment d'Hippocrate.

Mais quelles sont les conditions d'obtention et de fidélisation de ces bénéfices de cette traduction simultanée ?

Double traduction et traduction du double

1. La *réciprocité* est sans doute la vertu cardinale. Quand le somaticien traduit au psychiste ou quand le psychiste traduit au somaticien, aucun des interlocuteurs ne s'ennuient dans l'entrecroisement cognitif et affectif du plaisir épistémophilique partagé.

2. *L'absence de hiérarchie* de valeurs entre les deux langues sera aussi une condition sine qua non de négociation. Les exemples sont nombreux de pourparlers entre somaticiens et psychistes qui ont échoué car ces derniers considéraient leurs discours comme a priori supérieur à celui de leurs collègues. La position phobique du corps de nombreux psychistes (psychanalystes en particuliers) a une lourde responsabilité dans la critique légitime de désincarnation intellectualiste formulée à leur égard. Elle n'a d'ailleurs rien à envier aux évitements de la réalité psychique de somaticiens scientistes.

3. *La rupture avec les monopoles* des spécialités s'impose comme une autre composante essentielle. Le corps n'appartient pas exclusivement aux somaticiens pas plus que la psyché aux psychistes.

D'ailleurs, une fois les langues déliées de leur orthodoxie surmoïque, les attractions s'expriment et montrent clairement a contrario la forte attractivité pour l'autre rive des habitants de part et d'autre du fleuve. Le constat de la blessure commune du deuil de la toute-puissance soignante et l'admiration authentique pour les subtilités des pratiques respectives de chacun, soutiennent le tissage, le métissage des curiosités mutuelles.

À mesure de l'interrelation entre les deux rivages, des ponts d'intersubjectivité humaine, professionnelle et épistémologique se construisent.

Finalement, c'est en termes d'*empathie professionnelle* que l'on évoquera à dessein cette dimension de l'attention à l'autre à la fois radicalement autre et pour autant radicalement analogue, car lui aussi animé hier et aujourd'hui d'une vocation soignante qui plonge profondément ses racines affectives et fantasmatiques dans la sexualité infantile.

Dans mon propre cheminement, l'élaboration *interdisciplinaire* des situations d'annonce du handicap et les recherches actions associées dans les centres de diagnostic prénatals, les services de maternité, néonatalogie et pédiatrie ont été en ce sens déterminantes.

De fait, elles ont permis aux différents acteurs professionnels du drame, qu'ils soient spécialistes du soma ou de l'esprit, de ressentir *corps et âme* l'unité de temps de lieu et d'action en présence. Et cette résonance tragique communautaire a donné une féconde opportunité de percevoir combien l'accordage était favorable aux familles et les dysharmonies délétères. Le partage entre divers spécialistes de la fonction paratonnerre face aux secousses sismiques du traumatisme familial se révèle être une expérience didactique particulièrement convaincante. Cette clinique de l'extrême amplifie la lisibilité des vertus de la synergie soignante et la destructivité de sa redoutable iatrogénie.

J'ai ici une pensée, à ce sujet, pour Michel Soulé (pédopsychiatre), Marie-José Soubieux (pédopsychiatre) et Luc Gourand (échographiste) avec qui j'ai partagé une longue recherche action sur l'échographie obstétricale (Soulé et coll., 2011).

Mais je voudrais dire aussi un mot de mes travaux de recherche avec Nathalie Boige (gastro-pédiatre) sur la clinique du reflux gastro-œsophagien (RGO).

Ce sujet a l'art d'exprimer chez les soignés et les soignants leur tentative opiniâtre d'emprise. Je lui dois de m'avoir permis de mieux comprendre ce qu'il en est de la différence profonde entre une *agressivité stérile* et une *conflictualité fructueuse* tant à l'intérieur des familles (je ne l'aborderai pas) que chez les soignants dont il sera seulement question.

En l'état, tout est en place pour que pédiatres et psys se tiennent agressivement à distance et favorisent une dichotomie du corps humain coupé, d'une part, de sa réflexivité subjective, et de l'autre, de sa composante charnelle.

Et, de fait, mes travaux de recherches cliniques avec cette gastro-pédiatre à ce sujet (Missonnier et Boige, 1998, 1999) m'ont permis de mesurer la profondeur du clivage entre ces différents spécialistes de l'enfance. L'approche psychosomatique en France, telle que Léon Kreisler (pédiatre) nous l'a enseignée, se fonde sur un dépassement collaboratif et civilisé de ces querelles spéculaires : le somaticien permet au psy de ne pas scotomiser le corps et le

psychiste permet au somaticien de pousser plus avant l'exploration intra et interpersonnelle du sujet. Cette homéostase peut amoindrir sensiblement les lignes de clivage induites par l'histoire des spécialités médicales.

Pour autant, l'obtention de cet équilibre ne sera authentifiée que par une conflictualité dont la continuité sera une des preuves les plus tangibles de sa constante mise en œuvre.

Il serait vain et naïf en effet d'imaginer l'émergence d'un *nirvana* aconflictuel entre spécialistes résolvant magiquement des siècles de bipartition âme/corps. D'ailleurs, la défense de cet objectif pourrait même paraître suspecte tant elle risque d'évoquer, au-delà de cette vitrine mirifique, une coupable, sinon honteuse, conflictualité.

Comme dans les couples, une conflictualité mesurée est la meilleure authentification d'une libido créative issu d'un rapport de pouvoir suffisamment équilibré pour écarter l'hypothèse d'une dialectique maître-esclave où la victime fonctionne en faux-self colonisé masochiste et le bourreau dans l'empiétement agressif sadique.

Ainsi, au fil du temps (et sans aucune garantie de progression civilisatrice linéaire), une conflictualité intersubjective mise en scène dans l'espace collaboratif peut ponctuellement se substituer à l'agressivité défensive de sujets payant le prix fort du clivage psyché/soma avec leur solitude de spécialiste isolé.

Observons à ce sujet que, souvent, *les meilleurs avocats de cette orientation fédérative entre somaticiens et psychistes sont les soignés qui témoignent aux soignants (très surpris au départ) de l'élargissement du spectre thérapeutique induit par cette stéréophonie professionnelle.*

Pourtant, ici, synergie ne signifie pas fusion. Il ne s'agit en aucun cas que le psychiste devienne pédiatre et le pédiatre psy. L'enjeu est la mise en convergence explicite et audible par l'enfant et sa famille d'une volonté des deux soignants distincts de bénéficier des apports du collègue et d'un temps d'échange avec lui.

D'ailleurs, il existe un argument de poids en faveur de cette bipolarité : l'enfant et les parents déposent des éléments différents dans les deux cadres, ce qui leur apporte une potentialité de jeu symbolique plus étendu tout en étant à l'abri de la conspiration du clivage si les soignants revendiquent explicitement leurs interactions.

Mon expérience dans un CAMSP m'a permis de penser et de ressentir l'âpreté et la richesse de cette conflictualité entre les langues des pédiatres, des rééducateurs, des enseignants (contrat d'intégration)… et des psys. Les réunions de synthèse montrent bien, en effet, combien l'enfant et les parents déposent des éléments distincts à chacun des interlocuteurs. La variété des cadres offre un polymorphisme des processus inhérents et, partant, des contenus. Et c'est au prix d'un double travail de soutien de cette diversité

des cadres et de mise en convergence des contenus recueillis que la fonction contenante de l'institution CAMSP offrira une enveloppe cohérente.

Ce labeur de *liaison* au CAMSP sera lui aussi validé par la suffisamment bonne conflictualité de sa mise en scène, électivement en réunion de synthèse : les différents cadres médicaux, psychothérapeutiques, pédagogiques, etc., sont spontanément comme des frères et sœurs rivaux pour obtenir l'exclusivité de l'amour des porteurs des imagos parentales ! C'est grâce à cette lutte fratricide des paradigmes que peut émerger, secondairement, la culpabilité civilisatrice synonyme de réparation.

L'Agora de Babel

In fine, à l'issue de cette esquisse de réflexion, la complémentarité entre somaticiens et psychistes, en particulier à travers une recherche clinique partagée, semble trouver aujourd'hui sur sa route trois principaux obstacles qui s'entremêlent à l'échelle individuelle[2] et groupale :
– l'inertie de l'histoire de la médecine occidentale avec essentiellement son clivage psyché/soma, sa menace de scientisme, source d'illusoire toute-puissance, d'emprise évaluative, et ses spécialisations qui divisent le sujet pour mieux régner sur lui ;
– les tentations monopolistiques et impérialistes du « tout psychique » et du « tout somatique ». En d'autres termes, les dangers du monothéisme et « l'éloge du polythéisme » (Bettini, 2018) ;
– le « narcissisme des petites différences » des somaticiens et des psychistes entre eux.

Dans ce contexte complexe, j'ai tenté de suggérer que la conflictualité des lignes de front en présence se situait, selon les déclinaisons locales, quelque part entre le pôle de la chronicité d'une rencontre soigné/soignant iatrogène et le pôle de la négociation pérenne d'une ambivalence créatrice.

Sur ce méridien, *toujours singulier selon les contextes locaux*, je défends l'hypothèse qu'une des variables influentes pour comprendre la latitude des issues locales, c'est la présence ou l'absence d'agoras soignantes (cf. l'oasis de décélération réflexive des colloques de l'ARIP) où « l'identité narrative[3] » individuelle et groupale, disciplinaire et interdisciplinaire, sera élaborée à travers un travail de traduction mutuelle.

---

2. L'exploration psychanalytique de la « vocation professionnelle » est la voie royale de la déclinaison individuelle.
3. Pour un développement clinique de cette notion de Paul Ricœur, se référer à Golse et Missonnier (2005).

Le labeur élaboratif de cette empathie intra et interprofessionnelle s'impose au fond comme la condition sine qua non *de l'empathie à l'égard du sujet soigné et de son entourage.*

En d'autres termes, face au puzzle infiniment complexe du sujet humain, somaticiens et psychistes détiennent chacun différentes pièces essentielles.

La proposition de Georges Devereux (physicien, anthropologue, helléniste, psychanalyste) d'un « complémentarisme » théorique est une métaphorisation pertinente : « Le complémentarisme n'est pas une "théorie", mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable – il les coordonne » (Devereux, 1985).

La définition de la psychosomatique par le pédiatre Léon Kreisler qui a travaillé une bonne partie de sa vie avec des psychanalystes en est une autre en terres infantiles : « Une conception doctrinale et pathogénique qui accepte et inclut les facteurs psychiques et conflictuels dans le déterminisme ou le développement des maladies physiques » (Kreisler, 1992). Mais cette définition ne prend tout son sens qu'accompagnée de cette autre citation du même auteur : « La psychosomatique de l'enfant, lieu de rencontre entre la pédiatrie et la psychanalyse, résulte d'un parcours qui n'est simple ni pour le pédiatre à la découverte du psychisme de l'enfant malade, ni pour le psychanalyste soumis à des révisions nécessaires s'il veut inclure les pathologies somatiques dans le champ de sa réflexion et de ses activités » (Kreisler, 1994).

Bref, pour favoriser les révisions réciproques, le complémentarisme entre somaticiens et psychistes en clinique et en recherche devra soutenir sur le terrain l'élaboration des tentations d'idéalisations fusionnantes et la désespérance inhérente aux répétitions du clivage.

En conclusion : en périnatalité, la construction interdisciplinaire d'un *soin* médico-psychosocial est un objectif clinique, institutionnel, éthique et politique fréquemment revendiqué. Mais de fait, au plus près du quotidien sur le terrain, la rencontre de la *langue* médicale des « somaticiens » et du *langage* psycho(patho)logique des « psychistes » illustre bien souvent différents degrés de gravité du syndrome de la tour de Babel.

Ce syndrome se caractérise, alternativement, soit par la violence dogmatique d'une langue unique toute-puissante maîtrisant une construction aliénante, soit par le drame de l'incommunicabilité sur un chantier se désertifiant car on ne s'y comprend désespérément plus.

Au cœur des vertiges et des vertus de ce syndrome, *la recherche clinique interdisciplinaire sera défendue comme un laboratoire privilégié de traduction mutuelle et d'ouverture bénéfique au dérangement de l'étranger.* Ambivalence des relations et conflictualité des débats entre spécialistes de langues différentes en garantissent la possible transitionnalité. À l'abri de toute idéalisation, des espaces *complémentaristes* (Missonnier, 2019) de créativité sont possibles dans l'agora de Babel !

Bibliographie

Bettini, M. 2018. *Éloge du polythéisme*, Paris, Les Belles lettres.

Devereux,G. 1985. *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.

Foucault, M. 2004. *Naissance de la biopolitique*, Cours au collège de France 1978-1979, Paris, Gallimard/Le Seuil.

Golse, B. ; Missonnieer, S. 2005. *Récit, attachement et psychanalyse. Pour une clinique de la narrativité*, Toulouse, érès.

Kreisler, L. 1992. *La psychosomatique de l'enfant*, Paris, Puf.

Kreisler, L. 1994. « L'enfant sur le chemin de la connaissance psychosomatique », *Revue française de psychosomatique*, n° 6, p. 120.

Missonnier, S. 2009. *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel,* Paris, Puf.

Missonnier, S. 2015. *Rencontre avec Michel Soulé. De la psychiatrie de l'enfant à la psychiatrie fœtale*, Toulouse, érès.

Missonnier, S. 2019. « L'apport de Georges Devereux : intégration *vs* complémentarité », dans M. Bydlowski (sous la direction de), *Recherches en psychopathologie de l'enfant*, Toulouse, érès, p. 153-161.

Missonnier, S. ; Blazy, M. ; Boige, N. ; Presme, N. ; Tagawa, O. 2012. *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Masson.

Missonnier, S. ; Boige, N. 1998. « L'encoprésie de l'enfant, une réévaluation du concept et du traitement », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 41, n° 1, p. 87-161.

Missonnier, S. ; Boige, N. 1999. « Je reflue donc je suis. Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-œsophagien du nourrisson », *Devenir*, vol. 11, n° 3, p. 51-84.

Soulé, M. ; Gourand, L. ; Missonnier, S. ; Soubieux, M.-J. 2011. *L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges,* Toulouse, érès.

Fabien Joly

Le corps en relation

Le bébé psychomoteur et les enjeux du « nouage psychomoteur » pour une psychopathologie développementale précoce

« L'étude de l'enfant permet de dépasser l'opposition entre les théories organicistes et psychogénétiques. Si l'on veut dépasser les contradictions entre ce qui est d'ordre biologique et ce qui relève du psychologique ou du sociologique : il faut étudier l'homme dès le commencement. »
« Le développement de l'enfant ne peut se faire que sur la base d'un certain nombre de structures anatomiques et d'organisations physiologiques qui lui sont données à la naissance, mais cette mécanique ne suffit pas pour faire du nouveau-né un homme, tout au plus pourrait-il vivre d'une vie végétative, équivalant à une mort dans le présent, car le véritable sens de la vie humaine est l'utilisation de ce présent se projetant vers l'avenir. Il se produit au cours de son développement de véritables transmutations durant lesquelles l'enfant pourra acquérir une appréhension du réel par une expérimentation permanente et créatrice. Nous pouvons donc dire que le développement de l'enfant n'est pas un monologue évolutif mais un dialogue entre une activité de croissance et un interlocuteur qui l'alimente. »
« Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre… L'activité humaine n'est pas seulement le circuit stimuli-réponses. Elle implique la réalisation du fonctionnement des structures dans ses relations avec l'objet : relations qui prennent forme dans le champ des expériences et qui contribuent à organiser les structures internes vers des réalisations futures. »

Julian de Ajuriaguerra

Ouverture

Donald W. Winnicott, le psychanalyste et pédiatre britannique, clamait à qui voulait l'entendre qu'*un bébé « tout seul » ça n'existait pas* ! André Green, le psychiatre et psychanalyste français, ajoutait souvent, quant à lui, en séminaire, et presque agacé de la passion généralisée pour le petit enfant au giron de sa mère : qu'*une relation mère-enfant « toute seule » ça n'existait pas plus* (ou que c'était alors à très haut risque psychique, si cette relation dyadique n'était pas tiercéïsée et ouverte sur « au moins un autre »… et tous les autres après).

Comment pouvons-nous considérer le bébé « en relation » ? Comment comprendre et élaborer l'intersubjectivité sur le plan de l'envol développemental formidable du « petit d'homme », et/ou dans les avatars les plus précoces et parfois les plus graves de la psychopathologie de ce développement quand les choses ne fonctionnent pas bien (au triple plan instrumental et psychomoteur, cognitif et social, psychique et affectif) ?

Ma contribution va se tendre du côté du « bébé psychomoteur » et de son « corps-en-relation », de quelques enjeux du corps du bébé à l'endroit de sa *psychomotricité ludique et en interaction…* (Joly, 2000), mais aussi et plus loin du paradigme que cet enjeu révèle, autour d'un objet qui devient selon moi essentiel en ce début de XXIe siècle : la perspective psychomotrice et le « nouage psychomoteur » (Joly, 2019, 2020) pour (et dans) une *psychopathologie développementale précoce et complexe.* Et je me proposerai donc d'explorer ici cette ligne interrogative – entre théorie et clinique, entre développement et psychopathologie, entre observation et thérapeutique –, à partir de l'enjeu du *bébé « psychomoteur »,* d'un bébé dans son corps, ses expériences et ses éprouvés, et bien sûr dans sa relation au monde, aux objets et aux autres, une relation toujours tiercéïsée et vectorisée par un autre psychique.

Le corps a certes déjà largement été évoqué dans son lien intrinsèque au Moi (cf. déjà chez Freud, dès 1920) et repris par nombre d'analystes d'enfants notamment comme un objet d'investigation d'importance. Mais de quel corps s'agissait-il ? Et dans quelle perspective ? Était-il question du corps « en relation », du corps expressif, du corps vécu, de l'éprouvé, de l'épaisseur de la chair, de la sensori-motricité, du tonus, des chatouilles et des jeux moteurs, du bébé que j'appellerai ici « psychomoteur » ? Plutôt des enveloppes, du Moi psychique ou des images (et autres représentations) du corps, voire des « mots » du corps, ou du corps comme surface d'inscription des traces du passé inconscient. Or, le bébé et la psychopathologie développementale précoce obligent à réintroduire de fait l'enjeu du corps vécu, du « psychomoteur » comme lieu même de la subjectivité première, comme espace intermédiaire entre corps et psyché.

Cette notion d'un *bébé psychomoteur* – et juste à côté d'elle celle d'un *corps-en-relation* héritée de Julian de Ajuriaguerra (Joly et Labes, 2008 ; Ajuriaguerra, 1970, 1988/1989) et de Wallon avant lui – ouvre, selon nous, à une possibilité unique de dépassement des clivages théoriques et des *querelles de chapelles* qui ne regardent plus le bébé, pour certains, qu'au seul endroit de son équipement et de ses compétences neurocognitives ou de ses comportements (alors filmés, comptés et mesurés) ; et parfois, pour d'autres, qu'au seul titre du désir, des interactions fantasmatiques et des logiques inconscientes qui le traversent… Mais tellement peu au lieu, carrefour même de son être psychomoteur, nouage vécu dans l'expérience corporelle et relationnelle du bébé, de ces différentes lignes de force qui le traversent et le constituent. Entre le *sujet de l'inconscient* et *l'homme neuronal, entre l'être et l'avoir, la fonction et le fonctionnement,* nous ferons place ci à un nécessaire troisième terme : « troisième corps » de l'éprouvé, de l'expérience de l'acte, du sensori-moteur, de la chair et de l'expérience : un corps en relation dont se sourcent tant le sujet psychique que le pôle cognitif et social du petit d'homme (Joly, 2019).

Cette perspective, ouverte sur l'être psychomoteur du bébé en relation, dégage, selon nous, une psychopathologie complexe et pluridimensionnelle pour le XXIe siècle. La clinique du précoce ou celle des avatars autistiques les plus singuliers nous serviront d'illustrations autant que de laboratoires singuliers de cette réélaboration du psychomoteur et du corps-en-relation dans ce texte.

Corps, motricité et narcissisme : illustration du nouage psychomoteur chez le jeune enfant

La scène se passe (il y a quelques années de cela) devant l'entrée d'une petite école maternelle de quartier ; j'y suis présent à midi dans l'attente de la sonnerie et de la sortie de mon petit dernier (moment assez jubilatoire et en vérité, et pour être honnête, assez exceptionnel pour un papa un brin débordé, d'un tel moment « volé » de déjeuner ensemble). Cette dimension de mon propre plaisir narcissique tendu dans le moment privilégié à venir avec mon petit *bout d'chou* ne me paraît pas négligeable dans mon regard aiguisé, amusé, et dans mon observation de la scène… Mieux, le papa plein de tendresse et d'attente que je suis, se trouve là avec une petite dizaine de femmes (nounous et mamans) qui me regardent elles aussi avec bienveillance et amusement : seul homme à partager des regards complices de cette

parentalité exhibée, dans ce moment méridien… Le narcissisme pour être saisi a peut-être besoin d'un cadre narcissisant[1] !

Dans ce court moment d'attente, un peu béate donc, je me trouve soudainement happé et assez captivé dans – et par – une observation (disons naturaliste) du plaisir narcissique moteur, puis secondairement notablement partagé et objectalisé, d'une petite fille d'approximativement 1 an qui est là comme moi devant la porte de l'école avec sa maman dans l'attente de « la grande sœur qui va bientôt sortir » (à ce que j'entends évoqué bruyamment par la mère à qui veut l'entendre). Les enjeux contextuels de place et d'attente comme de rivalité fraternelle ne me semblent pas non plus contingents de la petite scénette et du mouvement amplifié de la petite. On attend donc les enfants (pour elle la sœur vers qui toutes les pensées de maman sont manifestement tendues) pour ces brefs instants devant la porte de l'école. Quelques nounous échangent assez vivement sur les petits chéris qui vont arriver… Dans la poussette, la petite demoiselle s'occupe de son côté en gazouillant elle aussi bruyamment. Puis soudain, comme n'en pouvant plus, ou ne se satisfaisant plus de ses occupations personnelles et de cette distance relationnelle, la demoiselle se laisse glisser en dehors de ladite poussette comme glissant sur un toboggan en rigolant… Elle se redresse alors sur ses petites gambettes. Et se tenant pour moitié à la jupe de sa maman, pour moitié sur l'armature de sa poussette, la petite se dresse et s'érige avec une jubilation monumentale ! L'affaire est un peu longue et périlleuse (le redressement !) ; mais finalement dressée comme un « i » sur ses deux jambes, elle ne regarde encore personne et ne semble pas même (?) se savoir observée (je la regarde pourtant et pour ma part avec attention) : elle jubile littéralement, et s'affaire alors avec sa motricité, à jouer de cette véritable érection en riant de sa prouesse. Se rabaisser et se dresser encore et encore ! À chaque remontée, son petit corps balance, vacille, se redresse, se raidit… À chaque mouvement son rire explose… À nouveau érigée comme un piquet, elle redresse la tête en s'esclaffant de sa victoire absolue ! Elle tient debout, plus grande que jamais. Comme si elle atteignait le ciel, sa jubilation narcissique (prise ici en premier lieu sur le corps, le plaisir psychomoteur et la maîtrise des fonctions) envahit tout… Certes raide et encore très insécure, elle s'esclaffe néanmoins à gorge déployée de sa victoire flamboyante sur la pesanteur, de sa force et du plaisir de l'exercice de son corps, du plaisir pris par son corps sur son corps… Elle attire alors l'attention du petit groupe « des dames » dont sa mère (je ne la quitte pour ma part toujours pas des yeux). Son explosion de plaisir narcissique est, semble-t-il, vite rattrapée

1. On pourrait faire lien avec le fait que « l'introduction » du narcissisme chez Freud s'inscrit elle-même dans un nid narcissique suraiguisé : le conflit avec Jung et la force de conviction et de résistance de Freud pour asseoir sa métapsychologie personnelle, fût-ce « contre tous » !

par un deuxième plaisir interne, ou disons une deuxième épaisseur narcissique imaginaire et psychique à « se sentir si grande et si puissante » (peut-être « aussi grande que la sœur » qu'on est venu chercher et que maman attend, quant à elle, avec tant d'impatience et d'intérêt manifestes). La petite donzelle « en fait alors des tonnes » et commence à minauder et à se gargariser de sa prouesse, faisant au passage vaciller l'équilibre flamboyant mais précaire ! Mais elle tient bon… Et c'est alors que derrière ses cris et son visage rayonnant, elle semble voir (ou du moins voir de mieux en mieux) qu'on la regarde… Et son intérêt va alors être capté par l'attention amusée et encourageante des adultes. Toutes les personnes réunies devant la porte sourient en effet béatement en regardant la scène, en fixant toutes très émues la fillette. Le troisième étage du mille-feuille narcissique (peut-être même la crème !) peut alors se déployer sur les épaisseurs préalables du moteur et de la « grandeur » de soi…, et le jeu se complète, voire se transforme. L'élation et l'exaltation motrice viennent se nouer et se trouver même comme décuplées et cimentées dans le miroir de l'autre, dans l'intérêt et même, l'admiration qu'elle suscite…, et singulièrement ici dans le miroir de l'élation narcissique psychique de sa mère à la regarder. Prenant son courage à deux mains, et fortifiée de sa complétude narcissique motrice, de se sentir grande, admirée par tous, et admirable pour elle-même et singulièrement aux yeux de maman (miroir winnicottien qui se met à son tour à cesser ses bavardages incessants et bruyants, et à s'intéresser sacrément à sa petite et même à minauder à son tour d'une sorte de fierté incommensurable devant « l'exploit » de sa petite chérie), la demoiselle donc… surenchérit sur la dimension motrice et s'autorise à stabiliser sa posture et ses appuis, à regarder le monde immense ouvert devant elle et le portage narcissisant et encourageant de toutes ces paires d'yeux pétillants. Et elle s'aventure, dans cette folle excitation, à lâcher par intermittences l'appui sur la poussette, et à s'avancer d'un puis deux ou trois petits pas, et vite vite de revenir en hurlant de rire et de fierté narcissique ! Elle rejoue la scène et l'exploit à l'envi pour attirer les applaudissements et les rires de félicitations et d'amour de toute la petite bande : ça y est, elle est *la star (!)*, l'objet qui brille dans tous les yeux ! Elle est au nirvana… Ne semble plus même regarder ses pieds et son corps, s'échappant de la fonction, de la maîtrise et du plaisir moteur, elle n'est plus qu'à « boire » les regards narcissisant des adultes ! On oublie tous les « grands » de la maternelle, malgré la cloche qui sonne et les bruits de galopades qui se rapprochent. Elle garde la main encore quelques instants, et tourne sur elle-même ; exploit qu'elle n'avait jamais fait aux dires de sa maman qui est béate d'admiration et d'amour « narcissique » ; à cet endroit contagieux où on ne peut plus démêler le narcissisme maternel devant « sa majesté le bébé » et le narcissisme émergeant de l'enfant soutenu de cet investissement de l'autre. L'assise narcissique subjective de cette petite fille

et sa place (psychique) sont assurées (la grande sœur n'a qu'à bien se tenir !). Même si le dernier tourbillon a raison de son précaire équilibre et que la petite tombe, éreintée : elle s'en fiche, « même pas mal » ! Elle jubile et se gonfle d'un narcissisme pris sur le corps, sur le psychomoteur, sur l'exploit de la marche, dans cette danse de l'équilibre moteur, cette chorégraphie du plaisir du corps, de sa maîtrise et a fortiori du corps admiré par elle puis par les autres… Le nouage d'un premier étage très moteur, avec l'étage imaginaire interne, puis avec la potentialisation extraordinaire de l'objectalité et du miroir de l'autre, de tous les autres après, est à cet endroit très démonstratif !

Ce bref regard clinique sur une séquence toute banale de l'enfance en ce temps où le corps arrime principalement le rapport au monde, à soi-même et à l'autre, plus qu'il ne le fera sans doute jamais dans la suite du destin de cette petite fille, remet en exergue toutes les activités libidinales corporelles de l'enfance (mais sans doute aussi de l'adulte qu'il deviendra), et interroge ces passages, carrefours, nouages, entre corps et psyché, dans la dimension narcissisante ou dans ses avatars et autres fragilités, dans un travail de liaison et d'appropriation subjective permanent ; ou dans un raté et une dépendance narcissique conséquente au sensoriel et au corporel… Il faudrait en dire beaucoup plus. Mais à tout le moins, on devra constater qu'à part dans la clinique psychopathologique par quoi les faillites narcissiques reconvoquent ces enjeux corporels en permanence, dans la théorie du narcissisme a contrario le corps est finalement et assez extraordinairement (pour dire le fond de ma pensée) légèrement négligé, oublié, mésestimé, ou seulement mesuré à l'endroit de sa *Gestalt*, de son image, de sa fixation spéculaire et imaginaire dans une représentation. Ce qui à être très manifestement essentiel ne suffit pas et fait « très court » pour la juste mesure du lien *entre corps et narcissisme*, illustré plus haut par la vignette banale de la petite demoiselle devant l'école maternelle. Entre corporéité et subjectivité, le corps est corps éprouvé et expérimenté, corps agissant, corps exprimant, et corps « en relation ». *Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre* (Joly 2003 ; Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2008), rien sans le miroir de l'autre, rien sans le regard narcissisant sur nous. À ceci près que le regard de l'autre lui-même n'est rien, traverse et se perd dans le vide, voire pervertit et capture dans l'emprise le sujet, s'il ne se noue pas à des expériences corporelles, psychomotrices subjectives, s'il ne se crochète pas à une première assise qui est peut-être ce mythique narcissisme primaire, immédiatement objectalisé pour être psychisé et approprié, faute de devoir pour toujours répéter l'élation motrice comme seul maintien de la continuité d'existence.

À côté de la dialectique inhérente à la double polarité du mouvement narcissique tendue ici entre narcissisme *primaire et secondaire* (Freud), *centrifuge ou centripète* (Grünberger), ailleurs entre narcissisme « de vie » et « de mort » (Green), ou encore entre narcissisme « normal » et « pathologique »

(Kernberg), selon les nombreux auteurs et les nombreux vertex de la réflexion qui tous ne peuvent appréhender le narcissisme que dans l'inaccessible d'un mouvement dialectique permanent, nous ne pouvons que rajouter, quant à nous, un autre essentiel : à savoir que le mouvement narcissique suit des scansions ou des étapes progressives (ou pour ne pas trop figurer une vision par trop linéaire, voire développementale, disons qu'il convoque des niveaux, registres ou régimes différents et complémentaires à la fois). Dans cette petite illustration clinique, on voit successivement : 1. la « fête » du plaisir corporel et moteur, dans la maîtrise jubilatoire de la fonction et de l'élation du *plaisir à fonctionner*, dans l'exercice éprouvé du psychomoteur pour cette petite fille. Un plaisir narcissique « auto » déduit et pris sur sa propre motricité ; 2. le premier registre noué indéfectiblement et presque immédiatement avec un deuxième « étage » ou régime qui convoque le regard de l'autre comme témoin et comme nécessité structurante et d'appropriation, voire de validation du plaisir narcissique subjectif à attirer les regards et s'y trouver admirable ; lui-même vite débordé ou transcendé ; 3. une autre élation qui a à voir avec la prise dans le propre plaisir narcissique de l'autre (ici la mère), happé, traversé/traversant, et subvertissant radicalement cette économie narcissique en apparence tellement intrapsychique et subjective pour la situer d'emblée et fondamentalement comme intersubjective et relationnelle, et suivant les logiques du désir et de l'Inconscient.

Le bébé psychomoteur et le développement (ou l'épistémologie du carrefour psychomoteur)

Les étapes de l'évolution motrice et psychomotrice typique, ou disons banale, sont aujourd'hui assez bien connues par tous les spécialistes de la petite enfance, et de nombreux travaux l'explorent, la relatent et la décrivent dans toutes ses dimensions. La psychologie développementale à cet endroit décrit : *a)* un ensemble de tests, bilans et grilles d'observation pour mieux appréhender ce développement psychomoteur ; mais mieux encore *b)* elle désigne et démontre également un ensemble d'étapes et de stades, les grands moments du développement psychomoteur du petit d'homme ; puis *c)* elle définit des sortes de *lois de développement*, vecteurs princeps autour desquels le développement psychomoteur se déploie et se structure ; enfin *d)* elle cerne les « opérateurs » et les organisateurs favorisant ce développement. On retiendra rapidement ici de ce fond de connaissance deux lois qui fondent un ordre de succession assez immuable dans l'apparition de nouvelles fonctions motrices : la *loi du développement « céphalo-caudal »* et *la loi dite du développement « proximo-distal »,* qui démontrent pour l'une – loi descendante – que le développement moteur de l'enfant commence par le haut

du corps et gagne peu à peu les membres inférieurs, et pour l'autre que le développement et la maîtrise motrice s'étendent peu à peu en partant de l'axe du corps jusqu'à ses extrémités. Ajouter que la maturation nerveuse vient toujours trouver l'apprentissage et les diverses expériences de stimulations précoces pour organiser les diverses conduites et acquisitions motrices, et dans des boucles interactives permanentes favoriser ledit développement psychomoteur, sera évidemment défendu par tous ces auteurs. Et comme le concluait Guillarmé (1982), « au cours du développement conduisant l'enfant de la dépendance immature à l'autonomie, dans un mouvement constant d'enrichissement réciproque liant le biologique, le psychologique et l'expérience, on verra peu à peu, le comportement moteur du sujet prendre sens, devenir une conduite et s'inscrire dans un ensemble psychomoteur mobilisant la personnalité tout entière » ; ce que André Bullinger a développé et approfondi tout au long de son œuvre au titre du développement sensori-moteur (2004), du côté d'une « instrumentation » et d'une « habitation corporelle » qui fait d'un organisme le corps du sujet.

Mais décrire et compiler en cet endroit une perspective développementale ne suffit pas à appréhender la complexité de tout développement et la spécificité du *développement psychomoteur*. Car, comme le disait Marguerite Auzias (proche collaboratrice de Julian de Ajuriaguerra), « traiter du développement moteur du jeune enfant implique une triple démarche : considérer la base psychomotrice essentielle de l'être humain, étudier les formes primitives de celle-ci dès après la naissance, et être attentif à ses aspects évolutifs… guidés par deux préoccupations principales : la maturation et les phénomènes relationnels ». *La psychomotricité* – et se faisant le développement psychomoteur comme vecteur princeps de l'être psychomoteur que nous sommes – est la *première fonction de relation.* J. de Ajuriaguerra et donc Auzias après lui soulignent la position spécifique de la psychomotricité dans l'héritage de Wallon : alors que « la perspective neurologique stricte s'était cantonnée en raison de nécessités cliniques à l'homme moteur et avait considéré la motricité comme une simple fonction instrumentale, la dépersonnalisant complètement », l'importance de la perspective originale qui fut, dès ses premiers travaux, celle d'Henri Wallon et de l'école de psychomotricité après lui, c'est que « la fonction motrice retrouve son véritable sens humain et social que l'analyse neurologique lui avait fait perdre : être la première fonction de relation » (Joly et Labes, 2008).

Dans *Ontogenèse de la motricité* (1970, et reprise dans Joly et Labes, 2008), Julian de Ajuriaguerra précise que si le potentiel moteur n'est d'évidence pas égal pour tous, il s'agit bien de mesurer qu'« il y a deux déterminants du développement : "ce" potentiel inné complètement nécessaire, et un milieu stimulant complètement nécessaire ». De surcroît « il est évident, ajoute-t-il encore, que ce n'est pas le système anatomique qui est investi

mais les réalisations qui ont lieu à travers ce système […] l'organisation des systèmes fonctionnels ne pouvant se faire qu'à partir des investissements, c'est cet apport du milieu et l'organisation intrapsychique particulière à chaque enfant qui jouent ainsi un rôle direct dans le développement […] L'activité humaine n'est pas seulement le cercle stimuli-réponses, elle implique la réalisation du fonctionnement des structures dans une relation avec l'objet, relation qui prend une forme dans le champ de l'expérience et qui contribue à organiser les structures internes vers des réalisations futures. […] Le développement de l'enfant n'est pas un monologue évolutif mais un dialogue entre une activité de croissance et un interlocuteur qui l'alimente » *(ibid.)*. Nous avons, en cet endroit, obligation développementale de plaider pour un être psychomoteur tendu dans le se-faisant de son histoire, au lieu même de son habitation corporelle entre le neurone, la vie psychique et les expériences de vie.

Bernard Golse souligne de surcroît, dans ces enjeux développementaux (2010, 2015), la place centrale de ce qu'il appelle *le deuil développemental* ; à savoir que tout avancée, tout progrès et toute nouvelle acquisition doit s'intégrer à l'équilibre préalable du sujet ; et se faisant s'inscrit dans un moment critique de rupture de l'équilibre d'avant et de réajustement des investissements, ou de recherche d'un nouvel équilibre satisfaisant pour le sujet, en intégrant les nouvelles possibilités et leurs bénéfices. Il s'agit de mesurer là un vrai « travail » du développement (appelé par le développement préalable et nourrissant tout processus développemental ultérieur) ; alors que la vision cognitive du développement renvoie seulement à une perspective cumulative, soit à la simple accumulation de compétences s'additionnant de manière étagée et progressivement les uns aux autres.

À la différence de nombre de conceptions *soi-disant* « développementales » qui se suffisent de la description comportementale de l'empilement de savoirs, d'actions et de fonctions progressivement acquises par l'enfant au cours de sa croissance, l'intérêt d'une authentique conception développementale – ici illustrée prototypiquement par la perspective du développement psychomoteur –, c'est de penser : 1. que le développement n'est pas linéaire ; 2. que l'équipement ne suffit pas à expliquer le déploiement progressif et harmonieux des fonctions et encore moins leurs avatars éventuels et subjectifs ; 3. que chaque progrès développemental se joue sur fond d'une rupture d'équilibre et d'un réaménagement global ; 4. que se dégagent différemment pour chaque sujet des lignes de force complexes et trans-dimensionnelles en perpétuel travail la vie durant au regard des diverses expériences de vie.

Dans cette vision complexe, on doit aussi penser à tout moment de la vie que *l'autre* peut être un nouvel objet de développement, que le dispositif et l'expérience soignante sont aussi une relance du développement, et

non une orthopédagogie des aléas fixés du développement. Et dans cette perspective, pour penser un « bon » développement psychomoteur, il faut mesurer un processus complexe et articulé de niveaux et de registres distincts et maillés ensemble : un équipement intègre et se faisant un potentiel développemental le plus ouvert possible, un environnement et des expériences précoces satisfaisantes et stimulantes, enfin un investissement psychique permanent de ce corps dans une respiration subjective qui se nourrit de la relation à l'autre. *Via* la question du développement, la réflexion sur le déplient la *vie durant* (Nadel, 2009) de l'organisation psychomotrice d'un sujet donné, la conception implicite de l'humain, de sa souffrance et de ses aléas fonctionnels et instrumentaux, nous parvenons ici à dire que l'essentiel est peut-être dans la complexité épistémique du « carrefour psychomoteur » mis en évidence par Ajuriaguerra, imposant la nécessité absolue d'une vision pluridimensionnelle et intégrée à toute perspective psychopathologique.

Il n'y a pas de développement psychomoteur et – si l'on m'a bien compris – il n'y a pas de développement *tout court*, et encore moins de psychologie ou de psychologie développementale, si on n'intègre pas à la question vive du développement quelque dimension de crises, de remaniements et d'investissements, pas plus si l'on néglige les registres psychiques (intrapsychiques, intersubjectifs, pulsionnels affectifs et/ou historiques) ; pas de compréhension du développement si l'on n'ajoute pas, en les liant aux données d'équipements et aux potentiels de bases, des enjeux précoces de potentialisation de cet équipement dans les expériences et les interactions ou stimulations du premier âge qui accompagnent le déplient des premières fonctions dans le développement, si l'on n'y rajoute pas tout au long de l'histoire du sujet des enjeux d'expériences et d'environnements, des mouvements pulsionnels et hédoniques, et de véritables subversions inconscientes. Dit autrement – de manière plus synthétique et en un clin d'œil appuyé à notre thématique actuelle –, avec la force percutante de Julian de Ajuriaguerra : « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre » (Joly, 2003) !

Et pour faire lien avec la clinique et les enjeux psychopathologiques qui suivent (conséquence de cette pleine mesure du paradigme du *bébé psychomoteur* et de ses conséquences en psychopathologie du développement), une petite vignette pourrait en dire quelque chose.

Tom a 18 mois ; il est de ces bouts de chou dont le souvenir reste vivement imprimé en moi car il est le premier petit « patient » que j'ai reçu au centre ressources autismes (CRA) de ma région que j'ai créé et coordonné pendant dix ans… Le premier arrivé en urgence, alors même que le centre ouvrait et que j'étais encore seul, sans équipe et sans bureau ! J'étais hébergé par quelques collègues bienveillants ; j'avais reçu ce petit bonhomme avec ses parents, car après une arrivée au monde traumatique et à hauts risques

neurodéveloppementaux, et une première année de vie pour l'essentiel passée à l'hôpital (d'opérations en opérations, de séparations en séparations), ce petit garçon fut pris en charge par un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dijonnais dans un suivi à la fois de consultations pédiatriques familiales, d'un travail de groupe et de stimulations pour petits en souffrances développementales, et d'une double prise en charge individuelle en parallèle en kinésithérapie et en psychomotricité. Or, après six mois de travail intensif et la semaine précédant notre première rencontre au CRA, les parents ont rendez-vous avec les différents professionnels du CAMSP s'occupant de leur petit Tom, pour faire le point. Et ces parents me rapportent leur désarroi, et leur incompréhension, à entendre de la part du kinésithérapeute des nouvelles assez rassurantes à propos de leur enfant qui – indéniablement à un niveau fonctionnel et instrumental d'une grande importance – est beaucoup moins « flasque » et parvient désormais à recruter son tonus et tout son appareil sensori-moteur pour de bien meilleures tenues de postures et des déplacements nouveaux, voire quelques gestes d'exploration. Dans l'entretien qui a immédiatement suivi, dans le bureau voisin, ils entendent l'inquiétude de la psychomotricienne (pour les parents dans une proximité extrême d'intervention), assez soucieuse ; ce qu'ils perçoivent immédiatement avec beaucoup d'angoisse. Celle-ci, en effet, « attend » Tom, depuis cet indéniable évolution neuro-posturale et tonique, à des endroits interactifs et ludiques, d'un plaisir partagé à fonctionner, du corps dans sa potentialité intersubjective et ludique. La fonction et la réadaptation ne lui suffisant guère, elle observe l'investissement parallèle du corps « dans la relation » et le plaisir psychique en transcendance porté par ces nouvelles potentialités instrumentales… Et là, les enjeux autistiques d'une déviance développementale (tellement peu relationnelle ni subjective) la glacent, comme de « purs » comportements et performances opératoires, et l'inquiètent vivement sur le diagnostic qu'on subodore… Cette écoute psychomotrice aura « malheureusement » gain de cause : un diagnostic se dépliera ultérieurement au CRA pour confirmer quelques mois plus tard un autisme typique assez déficitaire. La lecture psychomotrice, au plus juste de ce nouage psychomoteur dans le développement, me semble ici d'une force assez unique dans le dépistage des signes précoces de l'autisme (Joly, 2003, 2009, 2016) ; et épistémologiquement parlant, comme une sorte de garde-fou aux réductionnismes partisans du tout cognitivo-comportemental au seulement intrapsychique, vers une psychopathologie hypercomplexe, seule voie de dégagement possible pour ces petits patients et pour la psychopathologie du XXI^{e} siècle.

Le paradigme psychomoteur en psychopathologie développementale

L'œuvre de Julian de Ajuriaguerra et, derrière lui, tous les travaux de *l'école française de psychomotricité* qu'il a fondée et développée ont engagé une compréhension complexe, développementale, neuropsychologique et psychoaffective à la fois, des troubles fonctionnels de l'enfant et paradigmatiquement des *troubles psychomoteurs*. Une lecture psychopathologique spécifique et approfondie concernant toutes les aptitudes et les fonctions cognitives (dont le développement concourt à l'exercice du corps et à son action sur le monde) s'en déduit. Jean Bergès précisera, quant à lui (Bergès, 1985), que l'organisation et la structuration psychomotrices – sur fond de l'équipement neurobiologique de base (qui peut d'évidence être lui-même abîmé, défaillant, handicapé, entravé, dévié) – vont se comprendre comme la rencontre du potentiel de fond avec l'histoire et l'environnement, la *soumission,* dira même Jean Bergès, de ce potentiel à des logiques psychiques, relationnelles et événementielles d'investissement, d'expérience, et d'environnement relationnel. Au bout de quoi, la structuration psychomotrice sera inévitablement un « sang mêlé » plus ou moins harmonieux ou dysharmonique. Le fonctionnement de cette *organisation psychomotrice* au regard de la spécificité psychique et symbolique du sujet humain sera en dernière analyse toujours reprise dans une « inscription symbolique de la fonction ». Et à chaque étage de cette trajectoire se spécifiera, depuis le terreau neuromoteur, ce qu'est la caractéristique de l'organisation psychomotrice : l'être psychomoteur. Cette perspective, complexe et riche, oblige à différencier les troubles moteurs ou neuromoteurs et neurodéveloppementaux d'une part (et somme toute assez rares), de ce que d'autre part nous appelons spécifiquement les *troubles psychomoteurs* (prototype, selon nous, des troubles instrumentaux et fonctionnels chez l'enfant beaucoup plus fréquents). Rappelons rapidement quelques données concernant l'idée même de ces troubles.

La notion de « trouble psychomoteur » – c'est un premier point sur lequel nous aimerions insister –, est créée par Julian de Ajuriaguerra dans le même temps et le même mouvement (cela passe trop souvent inaperçu alors qu'elles sont consubstantielles) que celles d'« organisation psychomotrice » (1970). De cette notion de trouble psychomoteur, Ajuriaguerra re-dira toujours avec force et dans une définition pour le moins originale et paradoxale de ces troubles des fonctions que : « 1. les syndromes psychomoteurs ne répondent pas à une lésion en foyer donnant les syndromes neurologiques classiques ; 2. ils sont plus ou moins automatiques, plus ou moins motivés, plus ou moins subis plus ou moins voulus ; 3. liés aux affects mais attachés au soma par leur fluence à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cela uniquement des caractéristiques de dérèglement

d'un système défini ; 4. persistants ou labiles dans leur forme, mais variables dans leurs expressions ; ils restent chez un même individu intimement liés aux afférences et aux situations ; 5. ils ont souvent un caractère expressionnel caricatural, et gardent des caractères primitifs, quoique modifiés par l'évolution ultérieure, qui les rapprochent de phases primitives de contact ou de répulsion, de passivité ou d'agression. Parfois, ils n'ont même plus la forme du mouvement primaire mais seulement la valeur d'un symbole. Les troubles psychomoteurs dans leur ensemble oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente, et la vie plus ou moins jouée » (Ajuriaguerra, 1959, p. 433-434).

En cet endroit donc, et derrière l'appréhension de ces troubles, sont visées des difficultés certes de la sphère motrice et des fonctions, mais plus essentiellement, on l'aura compris, des troubles développementaux autant qu'interrelationnels du *fonctionnement des fonctions, de la motricité entendue « dans la relation à l'autre »* ; avec la juste mesure de toutes les incidences plus ou moins fixées et plus ou moins invalidantes de ces fonctionnements dans la sphère instrumentale et praxique, mais aussi dans l'économie narcissique-identitaire du sujet, et le plus souvent du côté d'une dysharmonie d'évolution. De ce point de vue encore, et si l'on est obligé de rappeler l'essentialité d'une sémiologie du corps et des différents secteurs de la psychomotricité en développement (avec bilans, tests et grilles d'observations affinées), il nous faut dire dans le même temps que dans ce registre des troubles psychomoteurs, la sémiologie ne suffit pas ! (Joly, 2007, 2009 ; Joly et Labes, 2009). Autrement dit, que le trouble psychomoteur dans sa définition même ne relève pas de la seule récolte de signes à redresser ou à rééduquer, mais renvoie plus justement à une interprétation de ces signes dans la relation à soi, à l'autre et au monde ; c'est-à-dire relève authentiquement d'une psychopathologie et d'une lecture impliquée du thérapeute. Elle se fait sous le regard impliqué de l'examinateur, et s'entend dans le discours encadrant le comportement, plus que dans la seule mesure brute de ce comportement manifeste. Un même trouble apparent (sur les plans descriptif et sémiologique) peut, de ce point de vue, être ou ne pas être un trouble psychomoteur. Il faut, pour le spécifier, une analyse psychopathologique différentielle, au regard des enjeux historiques, relationnels et psychoaffectifs qui s'y attachent. Bergès (1985) nous l'a longuement enseigné : « Le symptôme moteur ou fonctionnel est systématique, il est l'effet d'une perturbation de la structure du système nerveux central ou de la fonction […] Il se distribue sur les voies de l'anatomie, il a un aspect non seulement inattendu et scandaleux mais limité et organisé […] Le symptôme psychomoteur, lui, n'intéresse pas la fonction, il intéresse le fonctionnement […] Il s'agit dans une

perspective psychomotrice de resituer ces signes, d'interpréter le déficit […], d'éclairer le poids du trouble instrumental ou un retard d'une fonction, par la perspective plus générale de ce en quoi la relation de l'enfant au monde extérieur s'en trouve autrement établie ». Dès lors, les troubles psychomoteurs apparaissent à la fois opposés aux signes neurologiques (car ils ne sont pas systématisés, se manifestant de façon globale, intéressant plusieurs fonctions) et sans confusion possible avec un retard d'évolution globale. « Il s'agit plutôt d'une symptomatologie d'accompagnement, d'un style de fonctionnement, d'une phénoménologie particulière de la relation ; c'est dans l'établissement du lien qui nous unit à l'enfant, dans le type de rapport qui s'instaure dans le corps à corps avec lui que le trouble psychomoteur se manifeste » (Bergès, 1985).

Si donc on souhaite appréhender ce genre de troubles sur le seul plan descriptif, c'est à travers la conduite, le corps, l'activité, la gestualité, la posture de l'enfant que s'inscrit le conflit ; la posturo-motricité étant alors la seule voie ouverte chez l'enfant à son expression. « C'est en ce sens, nous dit Bergès, que les troubles psychomoteurs sont expressifs, sous des formes dont nous devons souligner la pauvreté relative. C'est peut-être là qu'ils jouxtent les maladies psychosomatiques. Si les troubles psychomoteurs peuvent être abordés par le biais descriptif et par celui de l'imaginaire, ils ne se précipitent, ne se présentifient, qu'à travers la réalisation gestuelle. L'opposition apparente entre l'équipement neurologique de la tonico-motricité et la fonction soulignée par le contraste entre fonctionnel et lésionnel est dépassée par le fonctionnement de la fonction qui suppose à la fois maturation et évolution ; la maturation des structures rend possible un certain niveau de fonctionnement ; celui-ci permet à son tour l'éclosion de préformes et de formes fonctionnelles déterminées souvent par des conditions génétiques. Mais ce jeu dialectique ne prend véritablement sens que dans la réalisation à proprement parler psychomotrice de l'agi » *(ibid.)*. La réalisation sous le regard d'autrui dans la dimension psychique est la condition même de ce fonctionnement de la fonction. « Le trouble psychomoteur est liée à la fois aux conditions praxiques de la gestualité engagée dans l'espace de l'action ; à la mélodie kinétique de son accomplissement praxique, et aussi aux aléas de l'imaginaire fondé par la place et le désir de l'autre » *(ibid.)*.

Les derniers travaux de Ajuriaguerra porteront préférentiellement sur l'évolution posturo-cinétique du nourrisson et sur l'intrication de cette évolution avec l'avènement progressif des modes précoces de communication. J'aimerais souligner modestement deux remarques quant à ces recherches ! À étudier de manière très fondamentaliste des comportements posturo-cinétiques et pré-locomoteurs (« le planeur ») ou des patterns d'attachement et de conduites de tendresse (« tendre les bras »), Ajuriaguerra n'oublie jamais la complexité de l'interaction, ni la qualité spécifiquement psychique des

investissements de fonctionnements des comportements étudiés, ce qui a été délaissé par la plupart des successeurs en neuropsychologie développementale. Et Ajuriaguerra de souligner – par exemple pour le comportement du planeur – qu'un tel pattern singulier, activité neuromotrice presque automatique et répétitive prise dans le développement posturo-cinétique de la première année (en appui sur l'évolution tonico-posturale et l'équilibration en décubitus) dans l'accès progressif à la motilité plus consciente et aux déplacements de l'*infans*, que ce comportement donc ne peut être appréhendé sans prendre en compte les manifestations émotionnelles qui lui sont liées, les caractéristiques individuelles complexes, les interactions avec le partenaire maternant, et surtout que la dynamique de son *fonctionnement* (et non pas d'une simple étape fonctionnelle neurologique) se situe « entre les pôles de la contrainte et du plaisir, du subi et de l'*intentionnel* », pour accéder à une radicale subversion du comportement neuromoteur qui est *le plaisir du fonctionnement psychomoteur* !

Ailleurs, du côté de l'étude du « pattern de tendre les bras », la recherche conduite par Ajuriaguerra ne se contente pas d'observer et de quantifier des items comportementaux, elle se propose à chaque moment d'insérer les comportements moteurs dans une réflexion étagée et pluridimensionnelle complexe entre les enjeux de la communication sociale, l'interaction avec les modalités d'approches du partenaire, avec son implication émotionnelle et ses mouvements inconscients ; et tous ces préludes à la problématique de l'attachement s'inscrivent dans le champ de la psychomotricité, au sens le plus noble et complexe du terme, au sein d'une communication affective. « Les phénomènes moteurs de doivent pas seulement être envisagées en tant que tels mais également en fonction des réactions émotionnelles qu'ils peuvent susciter chez le nourrisson […] le fonctionnement étant à la fois subi et créateur […] En ce sens les mouvements spontanés constituent déjà des activités expressionnelles qui induisent certaines attitudes de l'entourage. » On aimerait que certains développementalistes et neuroscientifiques actuels relisent cet appel à la complexité proposé par Julian de Ajuriaguerra !

Les troubles psychomoteurs sont ainsi abordés par Ajuriaguerra dans une perspective neuropsychologique mais « par le bout » du corps-en-relation et du fonctionnement de la fonction, du plaisir de l'investissement, du fonctionnement, et de l'appropriation d'une *motricité ludique en relation* (Joly, 2000). La notion de *plaisir de fonctionnement* est directement issue de l'expérience clinique, mais d'évidence aussi empruntée à l'œuvre théorique d'Evelyne et Jean Kestemberg (1965-1966) et d'une certaine perspective psychanalytique en psychopathologie développementale. Dans cette perspective, il s'agit de mesurer la valeur structurante, mais ailleurs *subvertissante* de l'agencement économique et pulsionnel comme des enjeux narcissiques et objectaux, dans la régulation et la dynamique instrumentale

et fonctionnelle, cognitive comme sensori-motrice. Ce *plaisir du fonctionnement* s'inscrit dans le développement ontogénétique et trouve ses précurseurs dans l'autoérotisme primaire. Les Kestemberg, par exemple, choisissaient de parler d'autoérotisme chez le tout-petit au moment où le fonctionnement physiologique de la succion devenait source de plaisir, c'est-à-dire dans la reprise (deuxième temps logique) de repassage sur les traces de la première expérience fonctionnelle de la tétée dans le registre du besoin, de la satisfaction et de l'autoconservation. Là où ce repassage fait advenir un premier plaisir psychique, l'activité de succion devenant pour elle-même source de plaisir, dégagée de l'ordre du besoin et d'une quelconque satisfaction dudit besoin. Ce deuxième étage proprement psychique d'investissement de la fonction est un modèle précieux pour notre sujet, en cela qu'il n'obère à aucun moment le registre du réel du corps et de la fonction, mais qu'il témoigne d'une seconde traversée subvertissant l'exercice fonctionnel par une autre logique, particulièrement importante car spécifique du petit d'homme et de sa qualité psychique, et singulièrement nourrie en cet endroit de la relation à l'autre. Ce « deuxième étage » et la possibilité d'investir autrement la fonction, plus loin la possibilité même d'halluciner le plaisir de la fonction pour elle-même, assurent la continuité subjective au travers des brisures du rythme satisfaction/ frustration apportées par l'objet et l'environnement. Et c'est depuis ce vecteur du plaisir de fonctionnement que le psychisme va alors tisser une assise narcissique et un tempo personnel permettant la sécurité de base et l'investissement de la gratuité du jeu comme du rêve ; loin par exemple des seules satisfactions autistiques courtes, tellement peu psychisées et tellement autocentrées en autosensualités, rituels comportementaux ou stéréotypies (Joly, 2003, 2016).

Pour les Kestemberg, la part de plaisir existant dans les activités sublimées ou dans le processus de sublimation lui-même, ne peut être réduite au simple fonctionnement libidinal des zones érogènes, mais relève bien d'un hédonisme spécifique : le *plaisir du fonctionnement* investi en tant que tel. Depuis le plaisir de fonctionnement moteur et praxique (plaisir d'action et de maîtrise sur le monde et ses objets), jusqu'au plaisir évident de l'exercice fonctionnel et sensori-moteur lui-même ; que l'on retrouve autant dans les fonctions supérieures et cognitives et leurs exercices investis de primes de plaisir, que dans le plaisir de la pensée et de la mise au travail de *l'appareil de l'âme*. Les auteurs ajoutent ainsi une hypothèse princeps : celle d'un « hédonisme inhérent à la fonction même dans un temps qui serait spécifique de l'utilisation de la fonction pour elle-même. Et cet enjeu princeps va infester les fonctions mentales supérieures autant que les fonctions motrices et sensorielles, et tous les enjeux comportementaux et d'apprentissages en même temps » (Kestemberg et Kestemberg, 1965-1966, p. 685). La jubilation du corps et de la maîtrise psychomotrice de la marche, du lancer, du construire,

en donnerait nombre de variations et d'illustrations. « Le fonctionnement du Moi tout entier peut aussi devenir objet d'investissement et support de satisfaction libidinale spécifique distincte de l'érotisation des défenses, dans la mesure où il ne s'agit pas d'un processus défensif mais d'un hédonisme inhérent à l'exercice de ces fonctions. Toute fonction pourrait devenir source de plaisir, et le destin de l'érotisme qui y est attaché viendrait s'inscrire dans les aléas des conflits qui l'ont précédé et vont le suivre » (Kestemberg et Kestemberg, 1965-1966).

Arrêtés en ce point, il faudra bien un jour prendre la juste mesure de la dimension pionnière et encore tellement actuelle de Ajuriaguerra en matière de psychiatrie et de psychologie développementale. Inventant la psychomotricité, Julian de Ajuriaguerra n'a pas qu'inventé une discipline et ouvert la voie à un ensemble de techniques réadaptatives ou thérapeutiques, et plus loin à un corps professionnel de praticiens. Il a, selon nous, proposé en cet endroit fécond quelque chose de plus : *un paradigme* et un *objet épistémique*. Le *carrefour psychomoteur* est étudié par Ajuriaguerra dans la triple dimension du développement du petit d'homme, de la psychopathologie instrumentale (des fonctions et des fonctionnements), comme des thérapeutiques et des rééducations. Ce carrefour psychomoteur, on l'a vu, désigne en vérité chez lui une épistémologie princeps pour la psychopathologie de l'enfant à la fois neurodéveloppementale et psychodynamique. Inventant la neuropsychologie développementale, il n'a pas été qu'un génial pionnier ou un précurseur précieux, inscrit dans le plus vif de son temps et annonçant les développements que l'on sait ; il a plus essentiellement montré et défendu tout au long de son parcours jusqu'à ses derniers prestigieux enseignements au Collège de France, les arcs-boutants de cette discipline développementale et neuropsychologique, à savoir étudier les fonctions et les fonctionnements instrumentaux, sensori-moteurs et neurocognitifs de l'homme à l'exact entrecroisement des potentialités bio-équipementales de chacun, des lignes de développement précoce de ces potentialités toujours diverses et singulières (au regard de l'environnement et des expériences), et enfin de leurs investissements psychiques historiques et relationnels à tous les moments de la vie. Ces trois lignes de déterminants de la neuropsychologie développementale et de la psychomotricité se croisant, se nourrissant, se potentialisant, se subvertissant ou s'invalidant parfois même, en permanence chez chaque sujet appréhendé. À perdre l'un ou l'autre de ces piliers (dans son éthique, sa pratique, voire son objet de recherche et sa méthodologie), on perd la neuropsychologie et la psychomotricité dans toutes leurs spécificités et toutes leurs potentialités. Beaucoup l'ont oublié aujourd'hui sous le très pâle modèle d'un homme seulement « neuronal », entièrement fabriqué

et déterminé par son équipement… Tous ceux-là feraient bien de relire Ajuriaguerra !

Déclinant et articulant la psychiatrie (la plus humaniste qui soit) à travers tous les âges de la vie du nourrisson jusqu'au vieillard dément, il n'a pas que fait preuve de son attachement à l'humain dans tous ces états, de l'extrême largeur de son champ d'étude et d'attentions cliniques, et de sa disponibilité à toutes les souffrances et à tous les sujets ; il a, comme peu d'autres, indiqué la nécessité : pour comprendre le développement, de le considérer la vie durant ; pour entendre *l'Homme,* de connaître *le bébé en lui* et les axes princeps de l'intersubjectivité précoce et du dialogue tonico-émotionnel ; mais tout autant, pour entendre ce nourrisson-là, de connaître les différentes facettes de l'homme – son interlocuteur permanent et son devenir-même ; et encore de connaître les processus d'involutions du vieillissement pour comprendre les processus évolutifs du développement.

Pour lui (et toute une part de l'école pédopsychiatrique francophone), l'abord tant théorique que clinique et thérapeutique de la question du normal et du pathologique chez l'enfant en développement nécessite d'utiliser une quadruple référence, un quadruple angle de vue :
– en premier lieu, une référence à l'axe symptomatique et des « conduites » ;
– en deuxième lieu, la référence à l'axe de la « structure mentale » et des enjeux de personnalité (l'organisation fantasmatique et les mécanismes d'adaptation et de défense qui s'y associent) ;
– en troisième lieu, la référence à l'axe diachronique et développemental tout à fait fondamental chez l'enfant, « être en constant changement » ;
– et quatrième lieu enfin, la référence à l'axe environnemental qui témoigne de l'évidente dépendance de l'enfant à l'égard de son environnement tant matériel que relationnel, et de liens d'attachement (Ajuriaguerra, 1970).

De ce rappel d'une pluridimensionnalité obligée de la réflexion et de la compréhension pédopsychiatrique dans sa double dimension de compréhension théorique et d'intervention thérapeutique, se dégage une certaine idée complexe et intégrative de la psychopathologie, et singulièrement de la psychopathologie développementale. À cet endroit du développement, phylogenèse et ontogenèse se croisent et se nourrissent l'une l'autre dans des spirales évolutives dites de l'épigenèse. La psychiatrie de l'enfant et le registre psychopathologique sous-jacent à ses savoirs (et à ses savoir-faire) restent fondamentalement clinique, empirique, complexe et modeste à la fois, pluridisciplinaire, voire transdisciplinaire, et toute réduction univoque et monolithique de nos savoirs dans une pensée unique ou un modèle univoque risque à chaque pas l'enfermement, le réductionnisme, la maltraitance même, de l'objet étudié et de la compréhension comme de l'accompagnement du jeune enfant en souffrance.

Je soutiendrai ici – du rappel préalable de la notion profonde de *trouble psychomoteur* – que la juste compréhension de cette symptomatologie proposée dans le paradigme de psychomotricité élaboré par Julian de Ajuriaguerra déborde de loin le seul listing des troubles singuliers de la corporéité. Se dégage, en vérité, d'abord un paradigme des troubles instrumentaux et cognitifs, dits plus largement fonctionnels, ensuite une lecture et une authentique vision psychomotrice des grandes entités morbides, et un élément d'une pathologie développementale complexe à revisiter d'urgence pour poser les bases d'une authentique psychopathologie clinique au XXIe siècle (Joly, 2019, 2020). La notion de *psychomotricité* et l'objet épistémique qui se révèle derrière un ensemble de pratiques et de savoir-faire du côté d'un « carrefour psychomoteur » ou d'un « nouage psychomoteur » se révèlent dépasser de loin le seul champ d'une corporation ou d'un ensemble de techniques et de thérapeutique psychomotrices. Il s'agit plus justement d'un point paradigmatique, une perspective complexe qui traverse tant la question du développement du petit d'homme que celle de la psychopathologie, et incidemment d'une compréhension pluridimensionnelle des interventions thérapeutiques et de leurs indications différentielles. Nous avons essayé modestement de rendre hommage à ce maître à penser en mettant en exergue cette notion forte de psychomotricité. Qu'on ne s'y trompe pourtant pas : ce qui passe encore en avant dans l'héritage immense laissé par Julian de Ajuriaguerra, *c'est l'exigence ultime d'une liberté absolue de pensée* qui ne cède en rien, jamais et en aucun endroit, sur tous les risques de contraintes et d'enfermements ou de compromissions, et qui assume un courage incarné de l'exercice de cette liberté de pensée face à *ce qu'il y a de spécifiquement humain dans l'homme et dans sa corporéité.*

Entre réadaptation et thérapie : la clinique psychomotrice (ou « notre corps n'est rien sans le corps de l'autre »)

L'enjeu de la psychomotricité – en tant que clinique – a été parfois clivé dans des batailles de sensibilités et d'orientations, voire de « chapelles » d'appartenance, grosso modo entre rééducations et thérapies, entre perspectives plus éducatives, technicistes même, réadaptatives et orthopédagogiques (soutenues par des méthodologies et des idéologiques plus neuropsychologiques et instrumentales), et pratiques plus « psychothérapiques » de médiations corporelles (soutenues alors plus par des théorisations psychanalytiques et psychopathologiques)…, ces deux pôles tendus et parfois très opposés dessinant en vérité le large empan des thérapeutiques psychomotrices.

Mais une discipline thérapeutique – disons une praxis (au sens de Bourdieu) soignante – ne se définit pas que sur le terrain « pratico-technique »,

concret et rassurant de l'expérience et du témoignage clinique ; elle ne se légitime pas « que » de son efficace et de sa démonstration thérapeutique (que tout le monde aujourd'hui voudrait tant contraindre, maîtriser et évaluer en la réduisant à des critères opératoires et vérifiables de réparation, de réadaptation, ou des gommages des comportements difficiles). Une praxis authentique – si elle fait paradigme et représente un véritable modèle thérapeutique – s'appuie aussi sur un savoir théorique et des options « méta » (de psychologie, de psychopathologie, de développement, de psychanalyse, de neurosciences, de médecine, etc.) qui travaillent fondamentalement l'opérateur technique de la pratique en question et œuvrent (parfois à bas bruit sans même être reconnus) dans le dispositif, l'accueil, le projet de soin, et les procédures du traitement et de son cheminement, dans les modalités de transformations/guérison/aménagements jusqu'à l'évaluation de son terme… Des modèles opérants implicites qui exigent, selon nous, d'être reconnus et élaborés : il n'existe aucune pratique surgie de rien et ne s'appuyant sur rien !

En préalable à toute réflexion sur les enjeux spécifiques du dispositif thérapeutique et symbolisant de la thérapeutique psychomotrice – la clinique psychomotrice au plus authentique –, il est donc incontournable de situer le cadre avant toute « prescription », l'inscription de l'option psychomotricité à côté d'autres options et d'indications différentielles, au cœur d'une réflexion encadrée par le médecin et le travail de la consultation sur les limites, voire les contre-indications, de la prise en charge « par le bout du corps et de l'expérience intersubjective psychomotrice », au sein d'une problématisation des choix thérapeutiques. Sans développer ici ce préalable et ce contenant nécessaires à la réflexion plus aiguisée sur le contenu et la spécificité de la thérapeutique psychomotrice, nous ne pouvons qu'alerter le lecteur sur cette nécessité première.

Pour revenir donc au dispositif clinique singulier de la psychomotricité et à ses ressorts spécifiques, et assez loin en vérité des anciens (ou plus récents) déchirements entre rééducation et thérapie, un temps emporté par la thérapie à médiation corporelle, aujourd'hui écrasée sous l'emprise des réadaptations et des entraînements orthopédagogiques et neuropsychologiques, le véritable enjeu global de la corporation de psychomotricité et du champ multidimensionnel des thérapeutiques psychomotrices dépassant, voire transcendant la dualité thérapie/rééducation, était déjà bien cerné par Ajuriaguerra dès la fin des années « 1950 ». Il se comprend en vérité dans toute l'étendue de son champ pluriel à partir du fondement préalable de l'objet psychomotricité de l'organisation psychomotrice, du développement psychomoteur et d'une certaine conception de la psychopathologie sur le modèle du trouble psychomoteur (cf. *supra*). Sur ce modèle, on voit bien se dessiner ou se creuser la mesure d'une subversion

nécessaire et incontournable, d'un enjeu d'investissement historique du psychomoteur, dans le relationnel chargé de forces psychiques ; d'une dérivation de la fonction et de l'organe *via* la dynamique des investissements pulsionnalisés (tensions, plaisirs, expressions et relations aux autres) ; et *via* une sorte de réappropriation psychique et subjective en « fonctionnement de la fonction » (Joly et Labes, 2010). De ce point de vue, le soma, l'organe, les données d'équipements, et la fonction existent d'évidence, et même sont potentiellement très différents pour chacun, mais ils n'apparaissent en vérité dans le développement harmonieux ou la pathologie, voire la thérapeutique, que dans un sang mêlé de réappropriation et d'investissements pulsionnels permanents : de subversion (inhibition, torsions, développements en hyper ou hypo-fonctionnements, etc.). Et cela ne vaut pas que dans le temps originaire du précoce, et pour les seules zones érogènes comme la bouche et les sphincters, mais pour tout organe et de toute fonction, depuis la source somatique fondamentale jusqu'à l'émergence d'un corps subjectif, à travers tous les âges de la vie, et tous les événements historiques et inter-relationnels qui la scandent.

À cet endroit, la seule lecture réadaptative et neurofonctionnelle des troubles instrumentaux qui fleurit depuis les neurosciences et les théories du comportement vers le champ de la psychomotricité, à s'habiller des oripeaux d'une sorte de scientisme fonctionnel, réduit la problématique de la globalité de l'être psychomoteur, écrase le développement (multidimensionnel) du petit d'homme dans une sorte d'étagement prédéterminé de simples logiciels bio-neuro-psychologiques, et nie au fond toute intériorité et toute subjectivité. Ou, pour le dire autrement, efface l'idée même de psychomotricité. Soyons clairs et si possible honnêtes : les perspectives orthopédagogiques et réadaptatives contemporaines autour des diverses instrumentations et des pathologies « dys » ne sont pas inintéressantes ni inutiles : elles relèvent simplement plus de l'ergothérapie que de la psychomotricité. Et s'il fallait s'en convaincre, partout dans le monde où ces perspectives dominent, la psychomotricité n'existe pas, qu'elle n'ait jamais pu émerger ou qu'elle ait été purement et simplement dissoute.

Le psychomotricien, quant à lui, ne travaille qu'avec le corps vécu et son fonctionnement, et pas directement sur le soma et les fonctions. Il ne peut faire l'économie de l'intériorité pas plus que de la globalité d'un être psychomoteur intermédiaire entre le sujet de l'inconscient et l'homme neuronal ; un être psychomoteur tendu entre intériorité et extériorité et traversé par le vecteur pulsionnel. C'est même dans les « trous », les ratés, les avatars ou les forces de ces investissements pulsionnels que peuvent seulement se lire une authentique psychopathologie, et in fine des indications thérapeutiques différentielles pour des prescriptions spécifiques vers un dispositif de prise en charge psychomotrice ou à médiation corporelle.

La clinique psychomotrice est un chapitre qu'on peut regarder dans deux directions complémentaires. Les enjeux corporels et psychomoteurs, les manifestations cliniques du corps-en-relation dans leur fonction psychique, vectorisant un mouvement vers la psyché (la fameuse exigence de travail imposée à la psyché de par son lien au corporel), fabriquant des représentations (représentations de choses corporelles, représentations de choses, représentant-affects, et représentants de mots) et des modalités de symbolisations et de liaisons du corps vers la psyché. La question clinique devenant : est-ce que des actes psychomoteurs fabriquent et soutiennent le plaisir de fonctionnement, fabriquent de la matière psychique (passage par l'acte et processus de symbolisations « plurielles ») ? Ou est-ce que ces actes moteurs (passages à l'acte ou motricité purement fonctionnelle) shuntent, entravent, empêchent le jeu psychique dans des voies courtes de décharge ou de simple gestion opératoire ? Dans une direction presque contraire, est-ce que les flux psychiques, pulsionnels et les investissements descendant vers le corps, entravent le développement et l'instrumentation harmonieuse ? Fixent-ils des symptômes ? Ou empêchent-ils certains développements et certaines réalisations fonctionnelles, et définissent-ils autant de points de souffrance ? Ou est-ce qu'a contrario la subversion libidinale est de manière progrédiente un investissement ou un réinvestissement de l'appareil psychomoteur qui permet une utilisation performante, souple, féconde et en plaisir, de la psychomotricité ? Ces questions vives définissent la globalité du champ clinique des processus engagés et observés dans les thérapeutiques psychomotrices.

Du côté de la technique et de ses spécificités, le psychomotricien (qu'il se revendique d'une obédience ou d'une autre – plus rééducative ou plus thérapique peu importe –, qu'il exerce dans une région psychopathologique ou dans une autre, et dans un dispositif technique et/ou à médiation ou dans un autre), qu'il vise un réentraînement ludique d'une fonction, un soutien au développement entravé, ou une transformation psychothérapeutique d'un point de souffrance, propose toujours, depuis ses propres investissements du corps-en-relation chez lui et chez l'autre, un type de rencontre soignante où le corps, l'expérience du corps, ses éprouvés, son expressivité, rencontrent un réinvestissement transformant, une re-pulsionnalisation et un accompagnement expérientiel dans le plaisir de fonctionner. Et à cet endroit, il soutient *toujours* l'investissement (ou le réinvestissement) du corps dans la relation, la psychisation, la pulsionnalisation de la psychomotricité du sujet ; laquelle entraînera « de surcroît » des éventuelles modifications instrumentales durables, y compris le remaniement parfois très concret d'une fonction (renvoyant inéluctablement à « plus » que son entraînement, mais aussi au jeu psychique des investissements et réinvestissements croisés).

À partir de cette compréhension de l'enjeu de la psychomotricité et des médiations corporelles thérapeutiques, il nous semble possible de revisiter et de mieux cerner les différents éléments du *dispositif thérapeutique* propre à ces *praxis psychomotrices*.

a) Le premier élément touche à ce qu'on appelle *le cadre* comme élément fondateur de toute pratique soignante, comme appui ou comme fond à la rencontre, à la relation et aux processus thérapeutiques qui vont s'y engager, s'y déplier, et se processualiser dans le meilleur des cas, jusqu'au terme abouti de la séparation et de la juste mesure d'un processus de changement satisfaisant. Ce cadre en psychomotricité renvoie comme ailleurs à quelques invariants : fonctions contenante, limitante, interdictrice et symboligène, mais aussi à quelques éléments « facilitateurs » (pare-excitant et pare-désinvestissement, par exemple) de transformations et d'appropriations subjectives. Ces éléments supposent, dans toute conceptualisation d'un dispositif de soin et d'un processus thérapeutique, une appropriation minimale (conventionnelle inaugurale puis processuelle tout au long du traitement) de ce cadre coconstruit entre le thérapeute et le patient dans une dyssimétrie évidente (l'un est garant de ce cadre) mais dans une position « méta » qui surplombe, sécurise et contraint les deux protagonistes. S'ajoutent ici à ces éléments génériques, quelques dimensions d'un dispositif assez singulier à la médiation corporelle engagée en psychomotricité. Dire cadre suppose à cet endroit – plutôt par exemple que l'interdit du toucher propre au dispositif analysant – un espace de rencontre proposant, voire garantissant, des expériences potentielles du corps et singulièrement du corps « en relation », des objets médiateurs et accompagnateurs de cette expérience corporelle, un véritable « terrain d'aventure » pour le jouer-avec et le faire-avec (Joly, 2000, 2005), pour l'affect partagé, l'éprouvé corporel et les exercices psychomoteurs.

b) Le deuxième élément renvoie, selon moi, à ce qu'on appelle *la position thérapeutique du psychomotricien* (ensemble spécifique de postures internes comme externes, de techniques et de savoir-faire, de modalités d'interventions, de positionnement et d'habitation corporelle et relationnelle). Le thérapeute en psychomotricité se révèle être, dans cet exercice de la rencontre thérapeutique, un véritable « interlocuteur transitionnel » (Joly, 2000, 2007) accompagnant et nourrissant « du dehors », par le prêt de sa fonction de copensées et de jouer-avec, *via* l'engagement de sa propre « motricité ludique en relation » (2000), les processus de jeux, d'appropriations psychomotrices et de symbolisations du patient. Sa posture (pas nécessairement suractive) renvoie ainsi au « jouer-avec » (Joly, 2003). Il s'agit d'une sorte d'implication bienveillante, dans le faire-avec et le jeu partagé, et la proposition d'expériences vécues et coconstruites. Cette présence médiatisée, travaillant

en permanence sur la distance à l'autre et à l'objet médiateur, et soutenue par le propre investissement subjectif du thérapeute vers ladite médiation ou l'expérience psychomotrice en elle-même, est au final le vecteur princeps des transformations spécifiques attendues de l'indication et de la prise en charge psychomotrice, cernant le champ de ses indications ou de ces contre-indications.

c) Le troisième élément de cette modélisation du dispositif thérapeutique psychomotricité renvoie à *l'expérience attendue* (et presque explicitement prescrite dans ce type de thérapie). Se dégage dans ce cadre et au regard de cette position, *un processus expérientiel* qui va accompagner le cheminement thérapeutique des transformations et des appropriations subjectives en déterminant une sorte de « thérapie de la présence », thérapie de l'action et de l'actuel (du corps agissant), de l'expérience éprouvée, des mécanismes identificatoires, et des réinvestissements du corps (Joly, 2019).

d) Au regard de ce type d'expériences et sur fond du cadre et de la position thérapeutique spécifique, les processus attendus méritent d'être spécifiés car ils dégageront peut-être des *indications thérapeutiques* « positives ». Il va s'agir :
– de relancer des processus développementaux plus ou moins entravés ; soutien au développement dans l'exercice, dans l'investissement et l'éprouvé du plaisir à fonctionner ;
– de permettre un réinvestissement, voire une remédiation, et un réentraînement ludique de certains désordres fonctionnels et/ou instrumentaux ;
– de soutenir un apaisement de la souffrance psychique subjective mais aussi des inhibitions ou des instabilités dans l'exercice de son propre corps en relation ;
– d'accompagner des transformations de la personnalité dans toute la ligne identitaire/narcissique (contenance, enveloppes et images de soi) et dans le champ de l'objectalisation (l'assise narcissique et subjective s'ancrant dans les relations corporelles précoces à l'autre).

Et si l'on zoome au plus près encore dans les expériences spécifiques de la rencontre psychomotrice et des enseignements de la clinique, il va s'agir, depuis ce jouer-avec et cette proposition d'expériences et de travail du médiatif dans l'expérience, voire l'exercice du psychomoteur et du corps en relation :
– de tisser – ou de retisser – des *représentations de choses corporelles* (schéma corporel, images du corps, assises narcissiques et travail sur les représentations de soi) ;
– de permettre une meilleure habitation corporelle et un authentique réinvestissement de son corps comme potentiel vecteur de rencontre (de l'autre et du monde) et de subjectivation ;

– de soutenir un travail permanent de liaisons et de symbolisations ;
– de garantir un soutien « impliqué » de cette appropriation subjective du patient ;
– d'accompagner les processus d'objectalisation et d'autoérotisme mental autant que d'*hédonisme psychomoteur*, et de plaisir à jouer, à rêver, à penser…

De tous ces éléments spécifiques aux dispositifs thérapeutiques de la pratique psychomotrice se déduit un champ d'indications thérapeutiques, sur lequel je ne vais pas m'étendre ici. Mais, in fine, on sent bien que la nécessité, dans des temps de crises (des modèles théoriques, des attentes des usagers autant que des cadres et des tutelles politico-économiques, des théories de la santé mentale), de revisiter les spécificités des thérapeutiques psychomotrices passe peut-être par la re-visitation des médiations corporelles et des procédures médiatrices, et par la définition identitaire de cette psychomotricité héritée de Ajuriaguerra. Et nous retiendrons ici et proposons incidemment aux collègues praticiens l'idée que *le travail du jouer-avec* et *l'expérience agie* propres à la position soignante du psychomotricien définissent et accompagnent un plein champ d'expériences vécues, avant de soutenir les processus de symbolisations : de la présence à la mise en absence, et des symbolisations primaires aux symbolisations secondaires. De manière complémentaire et différenciée avec d'autres approches thérapeutiques, ce type de perspectives soignantes y trouve son efficace et sa spécificité, mais aussi peut-être ses éventuelles limites, ou parfois ses difficultés cliniques et d'élaborations théoriques.

Pour ne pas conclure…
Les quatre « formants » de la psychomotricité

Les « formants » seraient ici à entendre au plus près de leur signifiance linguistique, presque comme des morphèmes, éléments minimaux premiers (comme les briques initiales) constituant (par-delà leurs potentiels destins et transformations et dans leurs différents agencements) la structure même de toutes les déclinaisons ultérieures des mots et des phrases…, mais aussi une sorte de force, de vecteur organisant littéralement donnant forme à l'objet en question. De ce point de vue, les quatre formants de la psychomotricité, de l'objet épistémique qu'est la notion de psychomotricité, se déplient depuis l'invention ajuriaguerrienne et les soubassements d'une véritable discipline au titre de :
– *l'organisation psychomotrice* en tant que lieu désigné du nouage entre le corps et la psyché, entre le moteur, le sensoriel, le praxique, l'instrumentation

et l'habitation corporelle par le sujet lui-même, et les logiques psychiques (historiques, pulsionnelles, intrapsychiques et intersubjectives) ;
– *le développement psychomoteur* en tant que développement global du petit d'homme en son corps et en sa psyché, depuis son équipement et ses potentialités (toujours singulières), ses expériences et ses investissements dans son environnement et son histoire intersubjective ;
– le paradigme des *troubles psychomoteurs* (et la psychopathologie plus élargie du corps et des souffrances corporelles fonctionnelles, développementales, représentationnelles, etc.) pas seulement intrapsychiques et symptomatiques au sens psychanalytique du terme, pas seulement neurodéveloppementaux, mais bien à l'exact entrecroisement des données intrapsychiques et neuropsychologiques ;
– les *thérapeutiques psychomotrices* enfin (qu'elles se déclinent, cf. *infra*, plus du côté éducatif, réadaptatif, rééducatif et techniciste, ou du côté psychothérapique de véritables médiations corporelles thérapeutiques…, depuis le soutien au développement jusqu'à des thérapies corporelles) en tant que médiations corporelles impliquées et « en relation », soutenant le plaisir à fonctionner avec l'autre à partir de sa motricité ludique en relation.

Depuis ces quatre formants, l'épistémologie de la psychomotricité peut se penser, s'élaborer, et soutenir tant l'exercice praxique de la corporation des psychomotricien(ne)s et un ensemble de techniques thérapeutiques et développementales, que la lecture psychomotrice complexe des différents troubles développementaux et des grandes entités psychopathologiques, et participer enfin d'une psychologie générale du *petit d'homme en développement*. L'objet épistémique du nouage psychomoteur et de cette réflexion sur le « bébé psychomoteur » a, de ce point de vue, des indications et des conséquences.

Le sens de l'idée de « bébé psychomoteur » (et plus loin de la perspective psychomotrice), c'est bien la croisée (le nouage ou le carrefour) agie et expérientielle de l'équipement et des potentialités instrumentales, et de leurs investissements dans la relation à soi, à l'autre et au monde, et dans ses développements historique et subjectif. Là où celui qu'on peut et doit appeler l'être psychomoteur témoigne du nouage essentiel investi et incarné des données psychologiques, cognitives et instrumentales et de leur investissement dans la rencontre de son histoire subjective et de ses spécificités psychiques et intersubjectives. Le sens de la psychomotricité, c'est l'expérience du corps en relation, dans le plaisir du « se faisant » expérientiel et développemental qui transcende, voire subvertit, chacune des fonctions dans leur exercice affecté et dans leur fonctionnement, le bon fonctionnement des fonctions dans leurs colorations affectives, historiques, relationnelles et pulsionnelles (ce qui laisse très loin derrière les oppositions caricaturales de chapelles qui sévissent actuellement du tout organogénétique au seulement

psychoaffectif, ou ailleurs du tout éducatif et comportemental au rien que psychothérapique). Plaidons pour la complexité de l'enjeu du corps dans le développement, et à chaque endroit entendons et faisons pleine place au « bébé psychomoteur » ! « Le corps "tout seul" se vivant lui-même est une entité abstraite. En fait notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence. C'est avec l'autre qu'il se voit et se construit dans l'activité des systèmes qui lui sont offerts par la nature, et par l'intimité de ce miroir reflétant qu'est l'autre. » Plaidons in fine pour le respect et le déploiement de cette ouverture humaniste complexe qu'est la psychomotricité, et pour ce garde-fou exemplaire de notre complexité et de notre spécificité à tous : le bébé psychomoteur !

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. de. 1970. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

Ajuriaguerra, J. de. 1988-1989. « Enseignement au Collège de France (leçon inaugurale, leçon terminale et résumés des cours) », *Bulletin de psychologie,* tome 42, numéro spécial 391.

Ajuriaguerra, J. de ; Soubiran, G. 1959. « Indications et techniques de rééducation psychomotrices en psychiatrie de l'enfant », *La psychiatrie de l'enfant,* vol. II-2, p. 423-494.

Bergès, J. 1985. « Les troubles psychomoteurs », dans S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé et coll., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,* Paris, Puf.

Boutinaud, J. ; Joly, F. ; Moyano, O. ; Rodriguez, M. 2014. *Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique,* Paris, In Press.

Bullinger, A. 2004. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars,* Toulouse, érès.

Golse, B. 2010. *Les destins du développement chez l'enfant*, Toulouse, érès.

Golse, B. 2015. *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*, Paris, Elsevier/Masson.

Guillarmé, J.-J. 1982. *Éducation et rééducation psychomotrices,* Paris, Sermap Hatier.

Joly, F. 2000. « Psychomotricité : une motricité ludique en relation », dans C. Potel (sous la direction de), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, In Press, 2008, p. 23-41.

Joly, F. 2000. « Le travail du *jouer* et ses déclinaisons (psychothérapies, psychodrame, psychomotricité) », *Thérapie psychomotrice et recherches,* n° 124, p. 4-41.

Joly, F. 2003. « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre », *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 134, p. 40-58.

Joly, F. (sous la direction de). 2005. *Jouer,* Paris, In Press, 2015.

JOLY, F. 2007. « Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (rapport introductif), vol. 55, n° 2, p. 73-86.
JOLY, F. (sous la direction de). 2007. *L'enfant hyperactif,* Paris, Éditions Papyrus.
JOLY, F. (sous la direction de). 2008. *Sa Majesté le bébé*, Toulouse, érès.
JOLY, F. 2009. « Des troubles psychomoteurs précoces dans l'autisme à une vision psychomotrice de l'autisme », *ANAE*, numéro spécial 104/105, p. 407-416.
JOLY, F. 2009. « Corps et psyché », dans F. Marty, *Les grandes problématiques de la psychologie clinique,* Paris, Dunod, p. 175-194.
JOLY, F. 2009. « De la faillite des liens au travail de re-liaison. Approche psychopathologique et thérapeutique du jeune enfant hyperactif », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,* n° 57/56, p. 468-481.
JOLY, F. 2009. « Le corps en question : psychopathologie des troubles instrumentaux », *Le Carnet PSY*, n° 138, p. 39-49.
JOLY, F. 2010. « TIC, TAC, TOC, TOP, TED ET THADA : la fonction et le fonctionnement », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,* n° 58, p. 379-390.
JOLY, F. 2011. « Le développement psychomoteur : un paradigme pour la psychopathologie du XXIe siècle », *Contrastes,* 34/35, numéro spécial « développement », p. 213-235.
JOLY, F. 2011. « The body of the autistic child: An integrated approach », dans Prof. I. Lorkovic I (sous la direction de), *AUTISM* , chap. 24, p. 437-450.
JOLY, F. 2013. « Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques : le médiatif et le travail du médium malléable », *Thérapie psychomotrice et recherches,* n° 173, p. 38-52.
JOLY, F. 2014. « Enjeux du corporel et du psychomoteur dans l'autisme (psychanalyse, neuroscience et psychopathologie développementale)», dans M.D. Amy (sous la direction de), *Autismes et psychanalyses*. *Évolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, érès, p. 93-140.
JOLY, F. (sous la direction de). 2016. *L'enfant autiste et son corps*, Paris, In Press.
JOLY, F. (sous la direction de). 2016. *Corps et narcissisme*, Paris, In Press.
JOLY, F. 2019. « Le 3e corps : enjeux du corps-en-relation et du lien corps/psyché. Pour une psychopathologie du XXIe siècle », *Le journal des psychologues*, n° 368, p. 19-26.
JOLY, F. (sous la direction de). 2020. *La psychopathologie aujourd'hui…*, Paris, In Press.
JOLY, F. ; BERTHOZ, A. 2012. *Développement corporel et relation avec autrui. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité,* tome 4, Paris, Éditions Papyrus.
JOLY, F. ; LABES, G. 2008. *Corps, tonus et psychomotricité. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité,* tome 1, Paris, Éditions Papyrus.
JOLY F. ; LABES, G. 2009. *Psychopathologie développementale et troubles psychomoteurs. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité,* tome 2, Paris, Éditions Papyrus.

JOLY F. ; LABES, G. 2010. *Entre inné et acquis : le bébé et le développement précoce. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité,* tome 3, Paris, Éditions Papyrus.

JOLY, F. ; RODRIGUEZ, M. (sous la direction de). 2018. *Corps et psychopathologie* Paris Éd. Press.

KESTEMBERG, É. ; KESTEMBERG, J. 1965-1966. « Contribution à la perspective génétique en psychanalyse », *Revue française de psychanalyse,* vol. 30, n° 5-6, p. 581-714.

NADEL, J. 2009. « Le développement psychologique "vie entière" », conférence aux journées nationales (ANCRA – Association nationale des centres ressources autisme) de l'autisme Montpellier (site internet CRA Languedoc Roussillon).

René Roussillon

De « l'objet décevant » à l'associativité corporelle

Langage sans sujet/langage du sujet

Ce texte présente quelques réflexions sur l'abord psychanalytique de ce vaste chantier que sont la question du langage et, plus particulièrement, les enjeux de la parole[1].

Par « chantiers », je fais référence à l'articulation proposée par le titre : *langage sans sujet/langage du sujet.* On apprend de la pratique psychanalytique qu'il ne suffit pas au sujet de parler pour qu'il s'exprime : il existe de multiples manières de parler de soi, qui ne cessent d'éviter une certaine forme de rencontre avec soi. Demeure la question de savoir si le langage est un langage du sujet ou s'il est « absent », d'une manière ou d'une autre, de sa propre parole.

Afin de rendre plus intelligible cette question extrêmement complexe du « sujet parlant » et de la « parole sans sujet », de cerner leurs origines et leur construction – une construction qui parfois échoue –, je vais y ajouter une série d'hypothèses et de modèles.

Je partirai d'une proposition fondamentale de Freud qui, dès 1921, avance que « la psychologie, en particulier la psychologie des profondeurs, est d'abord et avant tout, fondamentalement, une psychologie sociale ». Cela signifie qu'il n'est pas possible de penser le sujet humain indépendamment de sa relation avec autrui. Il en est de même du langage qui ne s'adresse ni à n'importe qui ni dans n'importe quel contexte puisqu'il s'adresse à un autre sujet ou à un objet qui n'est pas encore un autre sujet. De telles différences ne seront pas sans conséquences et marqueront l'appareil du langage.

---

1. Ce texte est la transcription d'une conférence parlée sans lecture d'un texte préalable ; la transcription a conservé la forme verbale utilisée lors de sa présentation.

Les travaux des neurosciences ainsi que toute une partie de la psychologie développementale confirment que la psychologie et la psyché humaines sont fondamentalement sociales. La psychanalyse aurait tort de se priver de tels alliés. Et je ne compte pas le faire.

Une telle affirmation paraît anodine, mais elle n'est pas sans conséquence. Dire que la psyché et l'expressivité humaines sont éminemment sociales, c'est aussi dire que tous nos échanges avec l'environnement sont des communications. Mais alors, « que cherche-t-on à communiquer ? ». Peut-être de simples informations. Mais alors sur quoi portent-elles ? Lesquelles parmi ces informations avons-nous absolument besoin de communiquer ? *Quid* du bébé ?

Trop souvent la langue et le langage sont assimilés au langage oral. À croire que seul le langage oral existe. Or, si on regarde du côté des primates, on trouve un langage non oral ; réduire la communication humaine et le langage humain à la seule communication orale, c'est l'amputer considérablement. « Si on me supprime les mains, je ne peux plus parler » ; il me semble que cette phrase signifie quelque chose…

Nous connaissons cette expérience tout à fait extraordinaire qui consiste, dans un échange avec un bébé, à supprimer toute expression mimo-gesto-posturale, à lui parler d'une voix monotone, à n'échanger qu'à travers la voix : il se désorganise.

Cela signifie que le langage, fût-il verbal, est accompagné d'un ensemble de manifestations corporelles sans lesquelles il demeure bien difficile de se comprendre ou de se faire comprendre. Le langage est toujours empreint d'ambiguïté. Nous y mettons des gestes, nous y ajoutons des mimiques et des postures afin de réduire une partie de ces ambiguïtés. Et parce que le langage du corps est aussi un langage très ambigu, il arrive parfois que nous introduisions ce faisant de nouvelles ambiguïtés, du côté de l'intention. Je me suis senti proche des primates, ce qui était une expérience nouvelle pour moi, car je suis plutôt un cérébral. J'ai eu l'impression de retrouver mes origines profondes.

Il est question ici de langage, donc, mais pas simplement de langage verbal. Les bébés sont immédiatement dans une expressivité qui a un sens pour l'autre. Ainsi, dès la naissance, ils entrent déjà dans des systèmes de communication avec leur environnement. Je me réfère à Jean Decety qui disait que « dès trois heures après la naissance, les bébés sont dans un système d'imitation ». En parlant avec des mots mais avec aussi avec mon corps, en parlant avec mon timbre de voix, en parlant avec toutes les possibilités d'expressivité qui sont les miennes, « je me cherche en parlant, je cherche à comprendre ce qui se passe en moi ». Et tel est l'enjeu de toute communication. Cette communication parfois assertive demeure la plupart du temps très interrogative : « Je parle pour savoir ce que je veux dire, pour essayer

de comprendre ce qui se passe en moi. Même si je l'exprime uniquement à partir d'un langage corporel. »

Concernant la périnatalité et les bébés, la communication doit être considérée comme un langage du corps mimo-gesto-postural, auquel il faudrait rajouter le rythme. Le bébé est confronté à des expériences inscrites en lui de manière extraordinairement complexe. Son expérience subjective est en partie énigmatique. Ce qui est vrai des bébés l'est des adultes : une expérience subjective pleine d'affects, tous différents. Les affects sont pluriels, de même que les mouvements pulsionnels : une quantité considérable d'éléments perceptifs et sensoriels se mêlent, interfèrent les uns avec les autres et forment un conglomérat d'une extraordinaire complexité. Ce qui est déjà extrêmement complexe pour nous, adultes, l'est encore plus pour les bébés. De cette complexité découle une énigme : ce qui vient de se passer et ce que je viens de vivre ne sont pas immédiatement saisissable. Bien sûr, avec des appareils psychiques sophistiqués d'adulte cette saisie est possible, mais elle est infiniment plus difficile pour les bébés.

Au sortir d'une journée de travail, si vous vous êtes engagé dans des relations humaines, vous ressentez le besoin de parler de ce que vous avez vécu avec tel ou tel patient. Or pourquoi auriez-vous besoin de parler de ce que vous avez vécu si c'était clair, limpide, d'emblée intelligible ? Ce besoin de raconter ce qui s'est passé avec tel ou tel patient, dans telle ou telle situation, tient précisément à ce point énigmatique qui nous travaille. Je crois que c'est vrai de tout langage et d'emblée : nous parlons pour tenter de réduire cette énigme.

Cette expérience subjective première, comme d'ailleurs toute expérience subjective, est tout le temps à la fois d'une extrême complexité et énigmatique. C'est ce que Freud appelle « la matière première psychique », puis, un peu plus tard, le « ça ». Ce n'est pas une formule intéressante le « ça » : cela veut dire que, pour lui, sous certains aspects, la première matière psychique, « ça », est sans sujet et sans objet. En effet, nos expériences subjectives premières se déroulent à l'interface de la rencontre entre nous et l'autre, elles mêlent du nous et de l'autre, de l'environnement, du contexte. Différencier ce qui vient de moi, ce qui vient de l'autre, ce qui vient du contexte, ce qui vient de se produire dans cette situation-là, c'est tout un travail. Cette différenciation n'est pas immédiatement donnée. Freud a une très belle formule, en 1923, au sujet du « ça » : il évoque « quelque chose qui est non susceptible de devenir conscient sous cette forme-là. » Cela signifie que la forme première des expériences subjectives des bébés comme des adultes doit être transformée pour être métabolisée, intégrée. C'est la deuxième brique du modèle.

Sur la fin de sa vie, Freud revient sur la question de « savoir pourquoi est-ce qu'on répète, et en particulier pourquoi on répète les expériences

plus précoces ». Les expériences vécues par le bébé l'accompagnent toute sa vie ; notre vie d'adulte en reste imprimée. Par exemple, est-il possible de penser la vie sexuelle d'un sujet adulte indépendamment de sa mémoire du corps à corps primitif avec son environnement premier ? Je l'ai constaté, quand il y a des difficultés du côté de la sexualité, pour les comprendre et éventuellement les dénouer, il faut aller chercher ce qui s'est passé – ou ce qui ne s'est pas passé – dans le corps à corps premier, ce qui s'est échangé – ou ce qui ne s'est pas échangé – à ce moment-là.

Freud se demande donc : « Pourquoi est-ce qu'on répète les expériences les plus précoces ? » et il répond que « c'est à cause de la faiblesse de la synthèse ». Cela signifie (c'est implicite chez Freud) que nous sommes condamnés à intégrer ce à quoi nous avons été confrontés. S'il s'agit d'une expérience traumatique, nous aimerions pouvoir l'oublier, ne plus y penser, faire comme si elle n'avait jamais existé. Cependant, inscrite en nous, elle cache un statut et cherche une place.

Toutes nos expériences, y compris les plus archaïques, sont ainsi faites qu'elles doivent être intégrées. Demeure la question de la manière dont elles sont intégrées, et si on suit Freud, il ne suffit pas qu'elles aient eu lieu, encore faut-il trouver des modalités de transformation pour pouvoir les intégrer. Or, nous ne pouvons intégrer que ce qui est devenu langage, pas simplement langage verbal bien sûr, mais tout ce qui est devenu langage au sens le plus général du terme. Le langage et ses formes commandent la question du sens et le sens commande l'intégration subjective.

L'importance de tous les langages non verbaux est particulièrement apparente chez les sourds et muets ; qui travaille avec eux est forcé de le constater. Dans les langages signés se retrouve la langue dans toutes ses dimensions : des lapsus, des jeux de mots (qui s'appellent des jeux de signes), des métaphores, de la poésie. Nos civilisations du langage oral ont mal traité ces langues des signes, et le droit de les utiliser relève d'une véritable conquête.

Revenons à la question que je posais plus haut : comment intégrera-t-on ces expériences précoces ? Comment un bébé intégrera-t-il les expériences subjectives qui sont les siennes ? Pour lui, les intégrer, c'est aussi se les approprier, leur donner un statut en soi et, progressivement, sentir que ce sont des expériences qui lui appartiennent, qu'il en est le sujet, le héros. Comment devenir le héros de nos propres expériences ? Comment devenir sujet ? Que nous faut-il pour devenir sujet de nos vies ? Comment être suffisamment sujet de ce à quoi nous sommes confrontés pour avoir une prise sur notre vie, sur le monde ? Cette question est essentielle pour les bébés. Ont-ils une prise sur leur vie et sur le monde, ou sont-ils purement dépendants de ce qui se passe dans leur environnement ? À quel moment deviennent-ils et se sentent-ils sujets de ce qui se passe en eux ?

Aux premiers temps du langage verbal, les enfants ne disent pas « je ». Ils se nomment comme ils sont nommés. Cela mériterait qu'on s'y arrête et que l'on réfléchisse sur l'émergence des sujets dans le langage verbal.

Un monsieur est venu me voir. Avec quarante ans de psychanalyse malheureuse derrière lui, il est arrivé en me disant : « Vous êtes ma dernière chance. » Il me parle, il me parle, et je ne comprends rien à ce qu'il me raconte. Au bout d'un moment, il s'arrête, me regarde et me dit : « Je suis hors sujet. » Il l'entend au sens propre du terme, j'y entends pour ma part, au sens propre, que le drame de cet homme de 74 ans, c'est d'avoir traversé sa vie sans en être le sujet. Par la suite, il me racontera essentiellement qu'il s'est toujours plié au désir des autres. Cette question d'être sujet de sa vie est tout à fait fondamentale.

Une des difficultés à laquelle nous sommes tous confrontés, c'est l'invisibilité de toute notre vie psychique. Les processus psychiques sont insaisissables. Comment puis-je les représenter ? Dans cette phrase très célèbre, Locke dit : « Rien n'est dans la pensée qui ne fut avant dans la perception. » Un siècle plus tard, Liebniz semble répondre : « Sauf la pensée elle-même. » Dans son livre *Totem et tabou,* dans le chapitre nommé « L'animisme », Freud propose une synthèse : « Peut-être bien que la pensée n'est pas dans la perception, mais si vous voulez vous saisir de vos processus de pensée, alors, vous allez devoir faire en sorte qu'ils passent dans la perception. » C'est d'ailleurs là toute la question et tout l'enjeu de l'animisme. C'est ce que font les bébés, c'est ce que font les enfants, c'est ce qu'on fait parfois. Le tonnerre gronde, cela nous donne une assez bonne représentation d'une colère paternelle, d'une colère divine, de quelque chose qui va nous tomber dessus du dehors. Autrement, comment saisir nos affects ? Comment saisir nos processus ? Comment saisir tout cela ? D'une certaine manière, nous ne pouvons pas les métaphoriser, nous ne pouvons pas les faire passer dans une forme matérielle concrète qui nous permette de les saisir, avant de pouvoir le transformer par un processus d'abstraction.

Ces expériences premières, ces expériences qui vont nous amener à la problématique du sujet, il faut d'abord que ce soient des expériences vécues. Cela pose la question de savoir ce que vit un bébé, ce qu'on lui offre à vivre, ce que nous lui permettons de vivre, tout ce qui va lui permettre de devenir un jour sujet. Or il existe des systèmes d'éducation, de relation première, dont nous savons qu'ils empêchent un sujet de devenir sujet.

Dans la revue *Devenir* est paru un très bel article, « Infante Haufman », qui montre des scènes terribles de mères bloquant la main du bébé pendant la tétée, l'empêchant complètement, ce faisant, d'avoir la moindre prise sur ce qui se passe. De telles expériences, on l'imagine assez, ne favoriseront pas le sentiment d'avoir une prise sur le monde et d'y être sujet.

Parmi ces expériences premières, il y a celle que Freud a appelé le « sentiment océanique », par quoi il désigne une sorte d'état d'être. Un pas de plus quand est franchi, dès lors qu'on tente de penser, de décomposer et d'analyser ce qui se passe dans une relation primitive d'un bébé au sein et qu'on s'aperçoit que cette expérience rassemble une satisfaction d'autoconservation. Le bébé avait faim, il tête, il n'a plus faim. Il tête avec sa bouche, qui est une zone érogène, c'est-à-dire que cela lui provoque du plaisir. À l'apaisement de la faim, vient donc se mêler un deuxième plaisir. Après la satisfaction de l'autoconservation, une satisfaction érotique, ou plutôt érogène : la manière dont on s'embrasse, de lèvres à lèvres, en montre le potentiel érotique.

Un bébé qui tète a très souvent le visage tourné vers sa mère ; il essaye de regarder ce qui se passe chez sa mère, il tente de ressentir ce que sa mère vit alors qu'elle le nourrit. Il ne reste pas vissé en continu au visage de sa mère mais, de temps en temps, il jette un petit coup d'œil pour vérifier… pour vérifier quoi au juste ? Que sa mère partage suffisamment le plaisir qu'il a lui-même, que c'est aussi un peu compliqué du point de vue des mères parce que leur sein est bien sûr nourricier, mais c'est aussi un organe sexuel. Des travaux ont montré que donner le sein provoque des effets sur les mères, et même s'ils sont plus ou moins refoulés et tempérés, ils réfèrent à leur sexualité de femmes. Les bébés perçoivent sur le visage de leur mère leur plaisir, ce sourire de la Joconde, qui renvoie à quelque chose d'énigmatique dont ils n'ont pas encore une expérience directe : les expériences sexuelles de la mère.

Dans cette expérience-là, on trouve donc l'autoconservation et l'autoérotisme, mais aussi, c'est tout à fait intéressant, la relation intersubjective dans laquelle persiste un point énigmatique, un point d'échappée, par ailleurs essentiel dans les relations humaines : ce quelque chose chez l'autre qui nous échappe.

Il faut mentionner une dernière expérience, tout à fait importante, peut-être lointaine et difficile à se représenter. Imaginez que vous buvez un verre d'eau fraîche : vous sentez le liquide descendre à l'intérieur de vous-même, ça vous donne du volume et vous intériorisez et explorez votre intérieur à partir de ce que vous sentez. Voilà une expérience d'être. Est-ce une expérience d'être sujet ? Toutes ces données sont réunies et synthétisées dans cette seule expérience. Une relation primitive au sein qui se passe bien, cela ne suffit pas, mais c'est fondamental et on sait très bien – en psychopathologie, c'est évident – que quand cela se passe mal, les conséquences seront multiples et dureront peut-être très longtemps.

André Bullinger a mis en évidence une autre expérience importante : celle du rassemblement. Vous savez peut-être que les bébés ont les muscles en hyperextension. On dit qu'ils sont en chandelier, or le problème des bébés

en chandelier, c'est que les yeux, la bouche et les mains ne sont pas dans le même champ. Si la mère offre un bon appui dos, elle libère les muscles hyperextenseurs et les bébés peuvent alors développer un appareil de prise sur le monde formé de l'œil, de la bouche et des mains. C'est tout à fait essentiel parce que le « devenir sujet » commence à s'éprouver dans cette possibilité de prise sur le monde, d'action sur le monde.

Soixante pour cent des interactions précoces sont des interactions d'ajustement. La bonne mère immédiatement parfaite et la mauvaise mère sont de mauvais modèles. L'important, c'est de se chercher dans la rencontre primitive, c'est cet ajustement l'un à l'autre. C'est un travail permanent.

Je ne crois pas du tout qu'il y existe des relations fusionnelles. Quand deux personnes se collent l'une à l'autre, c'est parce que la communication marche mal, parce que les autres systèmes de communication sont en panne, on se colle au corps de l'autre quand c'est tout ce qu'il nous reste.

Bullinger, dans des termes qui ne sont pas ceux que j'emploie ici, insiste sur l'importance fondamentale de l'échange de message dans la communication précoce. Je suis complètement d'accord avec lui sur le fait qu'une importance trop grande est accordée au rôle de l'environnement maternant ; il faut aussi que le bébé sente qu'il a une prise sur ce qui se passe. Pour nous, c'est extraordinairement important. Cela implique que nous avons le droit de nous tromper, qu'il est possible de nous mettre à l'écoute des informations que l'enfant nous donne pour nous guider. En effet, les enfants viennent nous chercher avec un langage mimo-gesto-postural pour nous expliquer un peu mieux ce qu'ils attendent de nous. Il est nécessaire d'interpréter ce langage, néanmoins il y a tout ce jeu-là, un jeu d'essais-erreurs tout à fait crucial parce qu'il a pour enjeu de transmettre à l'enfant l'impression qu'il a un pouvoir sur le monde, qu'il peut agir sur le monde. Or, on ne devient jamais sujet de sa vie si on n'a pas l'impression de pouvoir, au moins dans une certaine mesure, agir sur le monde.

Tout cela nécessite d'être vécu d'une manière ou d'une autre, on pourrait d'ailleurs multiplier les expériences importantes du point de vue de la préconstruction du futur sujet, ces expériences qu'il a besoin d'avoir engrangées pour pouvoir, un jour, se sentir sujet. Mais faire ces expériences ne suffit pas, il faut qu'elles puissent être appropriées car elles sont complexes, voire hypercomplexes et énigmatiques. Pour se les approprier, il faudra les médiatiser. Le médium est vivant : la médiatisation ne peut venir que de la rencontre, dans l'interaction et dans l'interrelation avec l'environnement maternant (par quoi je ne désigne pas seulement la mère).

Par exemple, le bébé vit un affect, une situation qui lui est complètement étrange, dont il ne sait pas ce qu'elle est. Si quelqu'un, dans l'environnement maternant, est capable d'identifier cet affect, de le partager, de le refléter sur son visage, l'appropriation devient possible. Pour qu'une mère mette cela

en scène, il faut qu'elle ne se sente ni trop coupable, ni trop responsable de ce qui se passe ; il faut qu'elle puisse être dans une position qui lui permet de tenter de donner à son bébé une représentation de ce qu'il vit. Tout cela a été décrit par Daniel Stern autour de la notion d'accordage affectif.

Cet accordage affectif est, la plupart du temps, transmodal : le bébé s'exprime dans une tonalité et l'écho de l'environnement s'effectue avec la même organisation mais dans une autre tonalité ou suivant un autre mode sensoriel. Ce qui est exprimé selon un mode sensoriel m'est reflété suivant un autre mode sensoriel. Ce reflet-là est intéressant, il communique deux choses au bébé : « Je suis capable de sentir ce que tu sens », et : « Tu n'es pas tout seul au monde, tu n'es pas tout seul avec ce que tu vis, tu n'es pas tout seul avec tes éprouvés, un autre humain peut les partager. » Lorsque vous travaillez avec des gens qui ont traversé des situations traumatiques multiples de la première enfance, un aspect fondamental du travail avec eux est de leur permettre d'éprouver que vous pouvez avoir une représentation et partager, d'une certaine manière, ce qu'ils ont vécu. En effet, le traumatisme est double : les faits font traumatisme et la solitude dans laquelle vous avez été mis fait aussi traumatisme, elle vous propulse en dehors de l'humanité. S'il existe au moins un humain qui peut effectivement éprouver quelque chose de similaire, alors vous allez pouvoir réintégrer l'humanité. Ce vécu ne peut être approprié hors humanité et hors langage (au sens plus large du terme).

Les expériences d'ajustement (également notées rapidement par Daniel Stern) sont aussi importantes du point de vue du « devenir sujet ». Par exemple, vous vous trouvez dans la cuisine, votre bébé a faim, il hurle ; c'est d'un bébé un peu plus grand qu'il s'agit là, un bébé qui bat des pieds et des mains pendant que vous préparez le biberon. Il sait bien que vous préparez le biberon, néanmoins il fait comme si vous n'aviez pas entendu sa demande. Interviennent alors toute une série de messages maternels qui vont communiquer à l'enfant quelque chose du type : « Écoute, ce n'est pas la peine de te mettre dans tous ces états, tu vois bien, le signal suffit et je l'ai entendu, ce n'est pas la peine de me faire un tsunami émotionnel. » À partir de là, il y a une transformation progressive, une symbolisation progressive des affects. Freud dit, dans une très belle formule : « C'est un ébranlement traumatique de tout l'être. » De cet ébranlement traumatique de tout l'être, on passe à un « simple signal ». Et cela signifie que vous avez dompté l'affect, et donc que vous pouvez agir sur ce qui se passe non seulement au dehors mais en dedans, à l'intérieur de vous-même.

Je ne m'attarde pas sur les jeux appropriatifs par lesquels les enfants expérimentent quelque chose.

Ce qu'apporte D.W. Winnicott au sujet de l'émergence du sujet est d'une valeur inestimable. Dans un premier temps, l'objet, l'autre, même

s'il reflète quelque chose, est un objet miroir, ce que Freud appelle « un objet narcissique ». Le bébé n'est pas très surpris que sa mère lui envoie un message sur ce qu'il est en train de vivre, parce que, d'une certaine manière, elle est un objet narcissique, un double narcissique, et non un autre sujet. Elle est un autre lui-même un peu plus élaboré, un peu plus sophistiqué. Le bébé peut intégrer ce qu'elle lui donne sur ce fond-là ; il s'agit tout d'abord d'une expérience du semblable. Comment va-t-il découvrir que l'autre n'est pas cet objet narcissique, mais qu'il a des désirs propres, des mouvements propres, qu'il est, finalement, en partie indépendant de son action ? Le bébé a éprouvé le sentiment qu'il pouvait agir sur l'objet, à savoir l'autre, maintenant il va devoir faire l'épreuve de la limite du pouvoir qu'il a sur l'autre. S'il fait cette épreuve par la frustration de ses besoins, de ses désirs (au début sans doute non différenciés), il n'est pas sûr, comme on l'a trop longtemps pensé, que cela produise véritablement de la prise de conscience. On disait : « Il faut frustrer les gens pour qu'ils découvrent la réalité, etc. » Je ne suis pas sûr que cela fonctionne comme ça. Cela produit, au moins dans un premier temps, quand les bébés sont petits, non pas une découverte de la réalité de l'existence des autres sujets mais une illusion négative, une illusion inversée.

Ce que propose D.W. Winnicott est de nature différente ; il dit : « C'est par rapport aux expériences de destructivité que l'expérience va être déterminante. » On n'est jamais complètement adapté au bébé. Par moments, le bébé entre dans un état interne de détresse, dans une impuissance tellement radicale qu'il ne peut plus agir sur le monde. Il a faim, il est mal, il exprime son mal-être mais avec le sentiment d'une impuissance radicale et donc avec une rage impuissante, ce qui n'est pas la même chose que la colère. En quelque sorte, dans cette rage impuissante, il détruit tout : il a l'impression d'avoir détruit sa capacité de satisfaction, d'avoir détruit sa possibilité d'agir sur le monde, d'avoir détruit l'autre qui a porté la satisfaction d'une manière ou d'une autre mais qui restait quand même un autre même. Il a un vécu de destruction très radical. C'est là une expérience tout à fait importante. Si vous empêchez systématiquement les bébés de pleurer et d'être en rage, vous les privez de quelque chose.

Dans son manuel de puériculture, il y a longtemps, Laurence Pernoud écrivait, par exemple, qu'« un bébé doit pleurer une heure par jour ». Ce qu'il faut en retenir, c'est qu'il y a des moments où les bébés sont en rage et qu'il est peut-être important qu'ils puissent vivre cette rage. Sans doute pas qu'ils la vivent toute une nuit, encore moins d'une manière infinie – il doit y avoir une limite. Mais éprouver cette rage est important.

Winnicott dit que la manière dont l'environnement maternant réagit à la rage du bébé est déterminante. Si cet environnement pense : « Ce gamin est un tyran, il n'y a pas moyen de dormir tranquille, etc. », naît une attitude

de rejet à son égard, voire des rétorsions du type : « Je te prends, je te mets au fond de la pièce, là-bas, comme ça je ne t'entendrai plus. » De tels processus de rétorsion viennent confirmer au bébé qu'il a tout détruit. Si la personne maternante se retire affectivement, avec un sentiment de culpabilité (« eh bien c'est ma croix, ce bébé tu n'avais qu'à pas le faire, maintenant il faut l'assumer et tu vas le vivre, etc. »), le bébé la retrouvera, mais pas comme il l'a quittée. Il la retrouvera avec son sentiment de culpabilité, et quand il y a culpabilité, alors le cœur n'y est plus. Le bébé est très sensible au fait que le cœur n'y est plus. C'est à cela qu'il réagit. Winnicott dit donc que nos réactions sont faites d'un peu de rétorsion, d'un peu de culpabilité, c'est humain ; si elles ne peuvent être évitées, l'important c'est de pouvoir renouer le contact. Un film montre T.B. Brazelton avec un bébé qui hurle sans pouvoir s'arrêter. Brazelton s'approche de lui et prononce son prénom plusieurs fois jusqu'à ce que le bébé revienne au contact. Revenir au contact de la bonne manière n'est pas si simple quand un bébé est en rage : si vous lui mettez un biberon dans la bouche, il ne se rend même pas compte que le biberon est là. Parce que la rage fait voler en éclats la sensorialité. Il faut donc arriver à trouver, et même à vrai dire à créer la réponse permettant de reprendre contact avec le bébé. De la sorte, le bébé vit l'expérience du fait que vous êtes vivant. Il croyait avoir tout détruit mais il découvre que quelque chose a survécu à la destruction. Pour qu'il fasse cette découverte, la réponse doit être vivante. Est vivante une réaction créative, qui invente quelque chose et permet cette reprise de contact.

Winnicott dit que « cette expérience-là, c'est la découverte que l'autre est un sujet, un sujet qui échappe à sa destructivité qui existe en dehors de lui ». Or, comme l'autre est toujours un miroir à cette période, s'il est sujet, cela signifie pour le bébé qu'il est sujet lui aussi. Il y a un effet réflectif : la survivance dans les expériences de destructivité permet de fonder l'existence d'un autre, un autre sujet, non pas dépendant complètement des mouvements propres du bébé, de ses projections, mais indépendamment de lui. S'il existe un autre indépendamment de lui, alors le bébé peut peut-être aussi exister indépendamment de cet autre, dont il découvre dans le même temps qu'il est dépendant…

Ces expériences-là, il faut qu'elles se répètent. Elles sont transversales mais leur effet est tout à fait fondamental. Puis vient le stade du miroir : comment peut-on se refléter dans un miroir et découvrir la fonction miroir à travers ce reflet ?

Le stade du miroir : on pense à Lacan, mais il est surtout utile de travailler à partir du grand spécialiste de cette question qu'est René Zazzo. Zazzo montre que le stade du miroir démarre vers le milieu de la deuxième année et qu'il continue jusqu'à 5-6 ans, sous des formes différentes. Que signifie se reconnaître dans le miroir ? C'est se reconnaître comme sujet, c'est

avoir une représentation de soi dans sa totalité. Avant, le bébé s'était senti être sujet, là il se voit comme sujet. Ce travail de réflexivité avec le miroir est associé à la découverte « qu'il y a eu une fonction miroir dans son histoire et que cette fonction miroir, il peut se l'approprier, il peut être lui-même son propre miroir ». Le jeu de l'enfant de Freud le met en évidence.

Bibliographie

Anzieu, D. 2007. *Psychanalyse des limites*, Paris, Dunod.

Brazelton, T.B. et coll. 1978. « Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère nourrisson », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 24, n° 2, p. 397-418.

Bullinger, A. 2004. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars,* Toulouse, érès.

David, M. 1997. « Activité spontanée et fonctionnement mental préverbal du nourrisson », dans T.B. Brazelton et coll., *Que sont les bébés devenus ?,* Toulouse, érès.

David, M. ; Appell, G. 1961. « Étude des facteurs de carence affective dans une pouponnière », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 4, n° 2, p. 407-442.

Decety, J. 2002. « Naturaliser l'empathie », *L'encéphale*, n° 28, p. 9-20.

Decety, J. 2004. « L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ? », dans A. Berthoz, G. Jorland (sous la direction de), *L'empathie*, Paris, Odile Jacob.

Decety, J. ; Nadel, F. (sous la direction de). 2002. *Imiter pour comprendre,* Paris, Puf.

Dornes, M. 2002. *Psychanalyse et psychologie du premier âge*, trad. fr. C. Vincent, Paris, Puf.

Dugnat, M. (sous la direction de). 2001. *Comment observer un bébé avec attention ?*, Toulouse, érès.

Emde, R. 1999. « Une progression : les influences intégratrices des processus affectifs sur le développement et en psychanalyse », *Revue française de psychanalyse*, vol. LXIII, n° 1, p. 199-216.

Freud, S. 1913. *Totem et tabou*, Paris, Gallimard, et dans *OC,* vol. 11, Paris, Puf (1921), p. 1 911-1 913.

Freud, S. 1938. « Psychologie des masses et analyse du moi », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

Freud, S. 1938. « Notes de l'exil », dans *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, Puf.

Gergely, G. 2003. « Naissance de la capacité de régulation des affects », dans G. Appel, A. Tardos (sous la direction de), *Prendre soin d'un jeune enfant,* Toulouse, érès.

Mellier, D. 2005. *Les bébés en détresse*, Paris, Puf.

Rochat, P. 2006. *Le monde des bébés*, Paris, Odile Jacob.

ROUSSILLON, R. 2003. « La séparation et la chorégraphie de la rencontre », dans A. Barbier, J.-M. Porte (sous la direction de), *La séparation,* Paris, In Press.
STERN, D.N. 1974. « Le but et la structure du jeu mère-nourrisson », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 26, n° 1, 1983, p. 193-216.
STERN, D.N. 1985. *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, Puf, 1989.
TREVARTHEN, C. ; AITKEN, A.J. 1996. « La fonction des émotions dans la compréhension des autres », *Cahiers du Cerfee*, n° 13, p. 9-56.
WINNICOTT, D.W. 1971. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

Lynne Murray

La psychologie des bébés

Des vidéos de bébés, ralenties et regardées image par image, ou encore des expériences minutieuses permettent de découvrir à quel point la vie psychologique des bébés est compliquée. Mieux la connaître, c'est aussi mieux mesurer la manière dont nos actes affectent leur expérience et leur développement, et donc avoir les moyens d'agir pour leur donner de meilleures chances.

Les bébés humains, contrairement à ceux d'autres espèces, sont entièrement dépendants de leurs *caregivers* pour les élever et assurer leur survie. En conséquence, il est crucial pour eux d'entrer en relation avec des personnes qui s'occuperont bien de lui. Notre biologie est organisée pour nous préparer à cette entrée en relation, des recherches expérimentales nous l'ont montré. Ainsi, les bébés présentent un certain nombre de caractéristiques faciales particulières : ils ont les yeux écarquillés, un front large avec les yeux placés au milieu du visage et des joues joufflues. Certains animaux présentent également ces caractéristiques qu'on qualifie de « mignonnes » et qui donnent envie d'entrer en relation. Des expériences ont montré que notre cerveau est conçu pour y répondre. Ce ne sont pas les mêmes zones du cerveau qui sont activées selon que nous regardons une image de bébé ou d'adulte ; en revanche, regarder un bébé ou un amoureux active les mêmes zones. Un bébé inspire des sentiments encore plus forts s'il est le nôtre. Nos hormones, en particulier l'ocytocine, sont également impliquées dans cette réponse du bébé, comme aux sentiments de confiance et d'empathie. La biologie des parents les prépare à entrer en relation avec leurs bébés. Des comportements adaptés sont aussi libérés presque automatiquement, c'est ce que nous appelons « l'éducation intuitive ». Ainsi, pour entrer en contact avec un bébé, un adulte clignera des cils et hochera la tête, sourira et, probablement, émettra des vocalises. L'arrivée d'un bébé modifie notre comportement, y compris la

qualité de notre voix : sa hauteur (plus haute), son intonation (plus mélodieuse) avec des énoncés plus courts et plus répétitifs. Sans le savoir, nous offrons aux bébés les stimuli qu'ils attendent et apprécient. C'est ce que nous a montré la recherche expérimentale. Par exemple, si l'on présente des stimuli très simples aux bébés – l'un assemblant des formes géométriques très simples évoquant un visage, l'autre utilisant les mêmes formes mais agencées différemment, et enfin une forme vierge – nous constatons qu'ils préfèrent regarder ou se tourner vers la forme ressemblant à un visage. Les bébés sont fabriqués par l'évolution pour être d'emblée attirés par les visages humains. De plus, ils préfèrent les visages mouvants, engagés dans des interactions. Ils ont donc une préférence pour les yeux ouverts plutôt que fermés et, distinction encore plus subtile, ils préfèrent regarder des visages dont les yeux ouverts regardent en face, semblent disponibles pour entrer en contact, plutôt que sur le côté. Non seulement les nouveau-nés préfèrent les stimuli humains en général, comme les visages, mais ils développent également rapidement une préférence pour les personnes qui s'occupent d'eux, de sorte qu'ils apprennent très vite à connaître le visage de leur mère, sa voix et même son odeur, et qu'ils envoient à cette personne des signaux indiquant qu'ils aiment être en contact avec elle. Cette réponse naturelle contribue à son tour à forger le sentiment d'être en relation.

L'un des résultats les plus remarquables des recherches sur les bébés est que même les nouveau-nés peuvent imiter une expression faciale d'un adulte si elle est simple, comme une ouverture de la bouche ou une protubérance de la langue. Cela peut sembler trivial, mais si l'on réfléchit un instant à ce que cela implique, cela témoigne d'une capacité impressionnante : un bébé qui ne s'est jamais vu dans un miroir et ne sait donc pas à quoi ressemble son propre visage, est pourtant capable de synchroniser l'image d'une bouche ouverte ou d'une langue tirée et sa perception de son propre mouvement de bouche. Cela indique que les bébés sont « programmés » pour s'identifier, en un certain sens, à la personne avec laquelle ils sont en relation. Cette compétence précoce est considérée comme en partie fondatrice de l'empathie et de la capacité à entrer en relation. La nature évolutionnaire de ces capacités est apparente dans les travaux novateurs de Pier Ferrari qui a montré des comportements similaires chez les nouveau-nés macaques rhésus.

Si nous sommes biologiquement préparés à entrer en relation, il est également vrai que les relations entre les bébés et leurs *caregivers* varient en fonction des environnements auxquels ils doivent s'adapter. C'est différent d'être élevé dans la toundra arctique, d'être materné par nos frères et sœurs dans le désert du Bangladesh ou par des pères très impliqués, de grandir dans le centre de Manhattan ou d'être membres de l'élite britannique. La biologie n'est pas tout, la culture joue aussi un rôle contraignant sur les manières d'être parents, cela implique une certaine flexibilité. Et

les variations internes aux sociétés, en termes d'éducation ou de niveau socio-économique, comme les variations interindividuelles, en termes de normes et de valeurs ou encore de santé mentale, influent sur la manière dont seront exercés les rôles parentaux.

Les recherches permettent de montrer comment le style de parentage affecte le développement des enfants. Sachant cela, il devient possible d'intervenir si cela s'avère nécessaire ou si nous voulons favoriser un autre avenir pour nos enfants. Nous avons mené des recherches sur les différences interculturelles et sur les effets de la dépression parentale sur l'éducation des enfants. Un résultat important de ces recherches est que les effets sont spécifiques : pratiques parentales et modèles de développement de l'enfant vont ensemble. Cela signifie que l'aisance ou au contraire la difficulté d'un parent dans un des domaines de son éducation n'implique ni facilité ni difficulté éducative en général.

En raison de cette spécificité des effets, le développement de l'enfant doit être examiné domaine par domaine. J'aborderai d'abord la question de la compréhension sociale ; puis celle de la régulation des émotions et de la maîtrise de soi ; celle de la sécurité de l'attachement ; et enfin la question du développement cognitif. Chacun de ces domaines étant distinct nécessite, pour que les enfants grandissent bien et s'épanouissent, des inputs différents.

Dans le premier domaine, la compréhension sociale, l'enfant fait d'énormes progrès au cours de ses deux premières années, depuis son attirance innée pour les stimuli humains jusqu'à sa maîtrise de la « théorie de l'esprit », cette capacité à attribuer à autrui des intentions propres. Cette compréhension sociale couvre des expériences aussi diverses que la conscience de soi, l'empathie ou la capacité à coopérer.

Les acquisitions d'un enfant en termes de compréhension sociale à 2 ans sont prédictives de la qualité de ses relations sociales ultérieures. Certaines pratiques parentales soutiennent très bien cette capacité. Au cours de leurs trois premiers mois environ, les nourrissons sont remarquablement sociables – ils ont un large éventail de gestes et d'expressions faciales, ils vocalisent, ils sourient, ils établissent un contact visuel ; et il est très courant que les parents qui interagissent avec leur bébé commentent automatiquement, et ce faisant donnent sens, sans même y penser, à ce que fait le bébé. Des recherches ont montré que ce type de réaction aide à jeter les bases de la compréhension des autres et de l'empathie ultérieure ; par exemple, les bébés dont les mères reflètent leurs expressions au cours des deux premiers mois ont des réponses neuronales en miroir plus fortes lorsqu'ils voient les expressions émotionnelles des autres plusieurs mois plus tard. Mais les bébés ne se contentent pas de s'engager dans un contact face à face, et à l'âge de 6 mois, ils ont soif de davantage de complexité dans la relation. Les parents s'adaptent intuitivement à ce changement dans leur façon de jouer avec le bébé ; en général,

les interactions deviennent triadiques, c'est-à-dire que le parent et le bébé s'intéressent ensemble à quelque chose d'autre. Elles peuvent impliquer les deux parents dont l'un fabrique une attente que l'autre comble. C'est ainsi que le bébé prend davantage conscience des interactions sociales.

Vers 9 mois, les bébés s'intéressent de plus en plus à la façon dont les autres personnes font l'expérience de leur monde. Sans même y penser, les parents, doués pour remarquer ce à quoi s'intéresse leur bébé, le lui signalent par l'expression de leur visage : une bouche entrouverte, un hochement de tête, un sourcil levé, une vocalisation. L'imagerie cérébrale montre que ce type de réponse parentale favorise une meilleure compréhension par l'enfant de son environnement. Des comportements parentaux très simples et automatiques accomplissent en réalité quelque chose de très complexe et utile.

Plus tard, le nature du soutien des parents à la compréhension sociale change à nouveau. Vers l'âge de 12 mois, ceux-ci jouent généralement avec leur bébé à des jeux qui consistent à faire semblant, comme dans : « Penses-tu que Teddy a soif ? Pensez-vous qu'il aimerait un verre ? » Ce type de jeu peut donner à l'enfant l'occasion de se projeter dans l'esprit d'un autre, celui du nounours Teddy, par exemple, c'est une sorte de « jeu d'expérimentation mentale ». Il en est de même des jeux de taquinerie : ils introduisent un faire semblant concernant tant les intentions que l'expérience des personnes en interaction. Personne n'est dupe et la répétition de ces feintes fait le jeu. Par exemple, un bébé d'environ 10 mois fait semblant de vouloir donner une petite tomate à son père qui se montre prêt à l'accepter, mais juste au moment où le père va prendre la tomate dans sa bouche, le bébé la lui enlève et la met dans sa propre bouche. Le père fait alors semblant d'être choqué, ce qui provoque les rires de son bébé. On peut dire que le bébé fait une « expérience mentale » : en connivence avec son père, il « manipule » ses états mentaux. C'est plus qu'un simple jeu car cela permet au bébé de s'entraîner à penser l'expérience d'autrui. À peu près au même âge, les bébés aiment beaucoup s'engager dans des projets communs, qui bien que très simples, comme cueillir des baies ensemble, par exemple, sont une occasion de réfléchir au point de vue de quelqu'un d'autre, à ce qu'il fait et veut réaliser. Même se chamailler est utile au développement des compétences en matière de théorie de l'esprit. Des études ont montré que les frères et sœurs qui se disputent beaucoup sont plus performants dans les tâches qui impliquent la théorie de l'esprit que des enfants uniques qui ont peut-être une vie familiale plus harmonieuse. Les recherches montrent aussi que parler des états mentaux aide les enfants à mieux comprendre les autres et leurs sentiments. Lire des livres d'images permet de le faire très efficacement.

Pour mesurer l'impact des différents types de parentage, il est utile de voir ce qui se passe dans des cultures dont le système de valeurs et les attentes concernant le développement social de leurs enfants diffèrent des

nôtres. D'un côté, on trouve des cultures « individualistes » comme dans les pays d'Amérique du Nord ou d'Europe, où les parents favorisent les expériences individuelles de l'enfant. Dans d'autres cultures, parfois qualifiées d'« affiliatives », ce sont le groupe et le partage qui sont valorisés. Des chercheurs, comme Heidi Keller, ont comparé la qualité des interactions précoces et examiné leur impact sur le développement social des enfants chez les Nso, une société rurale du Cameroun et chez des Allemands. Ils ont adopté une approche naturaliste et ont filmé les interactions sans intervenir. Leurs conclusions montrent que les parents dans les deux cultures sont très sensibles et attentifs à leurs bébés. Alors que dans les premiers temps, leurs comportements sont très semblables, ils divergent avec le temps. Les mères Nso mobilisent de plus en plus le toucher et le contact physique, elles portent souvent leurs bébés sur le dos et passent davantage de temps à les allaiter. Les mères allemandes, elles, privilégient le face-à-face dans la relation sociale. Quels impacts auront plus tard ces différents types de maternage sur la conscience sociale des enfants ? Une expérience portant sur la « conscience de soi » du nourrisson montre des différences entre les bébés des deux sociétés. L'hypothèse est que dans les sociétés plus individualistes, comme la nôtre, les bébés développeront plus précocement une conscience de soi. Pour le vérifier, on dessine, à l'insu du bébé, un point rouge sur le bout de son nez. Un peu plus tard, on lui montre son reflet dans un miroir. On constate alors que les bébés occidentaux touchent leur nez en voyant le point rouge : ils savent que l'image dans le miroir, c'est eux. Dans les sociétés plus communautaires, les bébés réagissent moins fréquemment en touchant leur nez. Cette différence s'explique par la fréquence des interactions en face-à-face dans les sociétés occidentales.

Le deuxième domaine que nous allons explorer est celui de la régulation des émotions, c'est-à-dire la manière dont les bébés apprennent à gérer des sentiments et des états difficiles pour eux. Prenons la gestion des pulsions agressives. L'agressivité est un comportement tout à fait ordinaire chez les enfants de 1 à 2 ans. Il s'agit même, en général, de la période la plus agressive de notre vie. La plupart des enfants cessent d'être agressifs à l'âge de 3 ans Cependant, une agressivité qui s'est installée dans un schéma omniprésent à l'âge de 3 ou 4 ans est un prédicteur particulièrement sensible d'une agressivité, voire d'une violence, ultérieure de l'adolescent ou de l'adulte. Il est donc important de savoir comment gérer l'agressivité de ses enfants et les apprendre à la gérer eux-mêmes. La régulation des émotions évolue au fil de la trajectoire développementale de l'enfant. Un nouveau-né, qui ne sait pas pourquoi il se sent désespéré, effrayé, ou pourquoi il a froid, perd facilement le contrôle de son état. Le prendre dans les bras et le câliner pour l'apaiser sont de bonnes manières pour l'aider à se réguler ses émotions. Vers 2 mois, les interactions des adultes avec les bébés sont de nature à

entraîner le bébé à gérer des émotions difficiles. Par exemple, des jeux style coucou-caché, dans lesquels l'adulte apparaît trop brutalement, provoquent un effet de surprise encore trop compliqué à gérer pour le bébé. Si l'adulte le remarque, il s'ajuste et répète son jeu en ralentissant son mouvement : le bébé fait alors une expérience similaire mais avec un degré d'intensité plus supportable, il est alors en capacité de supporter le défi que constitue le jeu.

Vers 4 mois, parents et bébés s'adonnent à des jeux corporels plus excitants, où les parents peuvent surgir et chatouiller le bébé, en faisant des bruits amusants : ils offrent de bonnes occasions de soutenir les capacités d'autorégulation du bébé : par exemple, en haut d'un toboggan, le bébé va détourner son regard. Cela peut sembler trivial et sans importance, mais en fait, réguler son expérience en changeant la direction du regard est l'une des capacités réellement efficaces du bébé pour contrôler son état, se calmer, ne pas passer hors de contrôle. Ainsi les jeux vont devenir progressivement plus complexes et plus bruyants au cours des deux années suivantes, y compris les jeux de combat et les jeux risqués dans lesquels on peut faire semblant d'être un monstre effrayant et ramper après le bébé, ou même « jouer à se battre ». Lorsque ces jeux se déroulent dans le cadre d'une relation affectueuse, où le parent surveille le niveau d'excitation du bébé et sa capacité à tolérer l'intensité du jeu, ils constituent un bon indicateur de la capacité de l'enfant à gérer ses émotions, en particulier celles qui sont difficiles.

Les routines quotidiennes à la maison sont d'autres stratégies utiles pour aider les bébés à réguler leurs émotions. Mettons-nous à leur place. Un bébé qui a vraiment faim, et dans la famille duquel il n'y a pas de routine, ne sait pas quand son repas va arriver : il lui sera difficile de contrôler cette faim et d'attendre d'être alimenté. S'il existe des routines que son parent a installées, s'il le met dans la chaise haute, passe le bavoir, remue la nourriture d'une certaine manière avant de la présenter puis de la donner, il sera capable, sachant que la nourriture va arriver, de contenir ce sentiment difficile. Les bébés qui font cette expérience de prévisibilité et de routine dans leur vie quotidienne sont susceptibles de construire une meilleure autorégulation, ce qui est particulièrement important pour le développement de l'agressivité. La manière dont les parents gèrent le comportement difficile ou oppositionnel de l'enfant est particulièrement critique : ici, le plus important est d'être non coercitif, c'est-à-dire de ne pas être dur ou punitif, mais plutôt de rester ferme et cohérent, tout en restant chaleureux. Supposons un bébé qui, en voyant la brosse à dents, décide qu'il ne veut absolument pas se laisser brosser les dents ce jour-là : que devrait faire la mère ? Si elle tient le bébé dans ses bras et le force à se laisser brosser les dents, cela risque d'aggraver son agressivité et ses difficultés ; si elle abandonne, et envoie donc le message que c'est autorisé de refuser, cela renforce le sentiment de l'enfant que tout ce qu'il a à faire pour se sortir d'une situation difficile est de se mettre en

colère, et que l'autre personne abandonnera. Au lieu de cela, la mère peut transformer en un jeu cette situation de conflit, et mimer le brossage de dents alors que le bébé est encore tout à fait fâché, mais qu'il est quand même prêt à la regarder. Ensuite, il devient très intéressant pour le bébé de voir ce que fait sa mère ; et en peu de temps, la mère est capable de faire ce qu'elle souhaite sans qu'il y ait de conflit intense.

Nous pouvons observer ce type de processus et l'impact du rôle parental en examinant des populations particulières, comme les parents qui souffrent de dépression postnatale. On sait que cette dépression est relativement courante, affectant environ 15 % des femmes et 8 % des hommes après la naissance d'un enfant, avec des taux plus élevés dans des conditions sociales de pauvreté. Or la dépression est un trouble incapacitant qui affecte les relations sociales. Nous devons être en mesure d'aider les parents déprimés, et il est donc important, pour ce faire, de comprendre ce qui se passe et quels sont les effets sur le développement de l'enfant. C'est ce que j'ai étudié dans une recherche approfondie d'un échantillon longitudinal de nourrissons que j'ai suivis de la naissance jusqu'à 22 ans. Lorsqu'une mère est déprimée, elle se sent souvent irritable et se met facilement en colère contre son bébé ; et nous pouvons le constater, même de manière subtile, lors des interactions en face-à-face, deux mois seulement après l'accouchement. À 5 ans, nous avons pu constater que ceux dont les mères étaient déprimées après la naissance étaient plus susceptibles d'être considérés par les enseignants, ainsi que par leurs mères, comme ayant des niveaux d'agressivité cliniquement problématiques. Mais le résultat important est que l'hostilité précoce de la mère envers le bébé prédit ce développement de l'agressivité de l'enfant : on peut donc voir se mettre en place des cycles vicieux dès les premiers mois, qui se perpétuent ensuite avec des problèmes importants dans la dernière enfance. En fait, l'un des principaux groupes de recherche sur la violence a montré que la petite proportion d'enfants qui à 3 ans sont constamment agressifs et ont des difficultés à réguler leurs émotions, soit environ 17 % de la population, représente plus de 80 % des actes violents commis à l'âge adulte.

J'en viens maintenant au troisième aspect du développement : la nature de l'attachement du bébé à ses parents. En tant que chercheurs, nous distinguons les attachements sécure et insécure. L'enfant sécure est conscient de sa dépendance à l'égard d'autres personnes, et il n'est pas anxieux de ses besoins ; il a confiance dans la disponibilité des soins et dans le fait que son parent sera à son écoute en cas de besoin. Ces enfants font preuve d'un équilibre entre le fait d'aller voir leur parent lorsqu'ils ont besoin d'aide, mais aussi celui d'être libres et confiants pour explorer l'environnement lorsque leurs besoins sont satisfaits. Cette qualité de l'attachement est importante parce qu'elle est l'un des plus grands prédicteurs tant de notre adaptation

générale et de la qualité de nos relations affectives que de la santé mentale à l'âge adulte. Les situations d'attachement sont différentes des interactions de jeu ordinaires où il n'y a pas d'émotions vulnérables en jeu ; au contraire, pour un attachement sécure, la réactivité du parent est nécessaire à un moment où le bébé est en détresse, comme cela peut se manifester lorsque le bébé est confronté à la séparation de son parent. Pensons à un bébé d'environ 7 mois, imaginons-le à la maison avec sa mère, à laquelle une amie vient rendre visite avec son propre bébé. Lorsque la mère quitte la pièce, le bébé, qui prend à ce moment conscience de sa dépendance vis-à vis de sa mère, commence à être inquiet L'amie s'approche du bébé, mais ne peut pas le calmer, et ce n'est que lorsque la mère elle-même revient et réconforte son bébé que celui-ci peut redevenir serein et s'intéresser à ce qui se passe autour de lui. Le fait que la mère ait répondu à la détresse de son bébé et l'ait apaisé est ce qui constitue la base d'un attachement sécure.

Avec un bébé d'environ 8 mois, constatons encore plus ces besoins d'attachement dans une situation où il est effrayé par un inconnu qu'il n'a jamais rencontré auparavant et qui vient à la maison. L'inconnu essaie de se lier d'amitié avec le bébé, mais il arrive à l'âge ou le bébé a atteint le stade de ce que nous appelons, avec René Spitz, la « peur de l'étranger » ; le bébé sait que ce n'est pas la personne qui s'occupe habituellement de lui, alors il se blottit, anxieux, contre sa mère pour se faire réconforter. Si un parent répond dans cette situation ordinaire en lui refusant son soutien et en rejetant l'expression, par son comportement, de ce besoin du bébé, l'enfant peut avoir plus de mal à s'attacher à la personne qui s'occupe de lui. Mais grâce à ces soins attentifs, le bébé se sentira en sécurité et développera un sentiment de confiance en soi.

La pertinence clinique de ces relations d'attachement peut être particulièrement évidente dans le contexte de la dépression parentale. Il peut être assez difficile, pour les mères souffrant de dépression, de soutenir en y répondant l'expression des besoins d'attachement de leur enfant, souvent parce que ces mères dépressives ont eu des difficultés d'attachement dans leur propre enfance et n'ont peut-être pas bénéficié d'un bon soutien et de bons soins de la part de leur propre mère. De nombreuses études ont montré que les enfants de mères souffrant de dépression postnatale sont plus susceptibles d'organiser un attachement insécurisant par rapport à leur mère que les enfants de mères en bonne santé. Il est bien sûr extrêmement important de noter que ce n'est pas là une conséquence inéluctable de la dépression maternelle – de nombreuses mères dépressives donnent de bons soins à leurs enfants –, et de préciser que la dépression augmente le risque que ces difficultés se développent. Dans notre étude longitudinale, nous avons pu observer le développement des enfants jusqu'à l'adolescence, âge où l'on commence à voir apparaître la dépression chez les enfants. Nous

avons constaté qu'à 16 ans, 40 % des enfants du groupe des mères ayant souffert de dépression postnatale de notre échantillon étaient devenus eux-mêmes dépressifs, alors que les enfants dont les mères n'avaient pas présenté de dépression postnatale couraient un risque beaucoup plus faible de devenir dépressifs. Il est important de noter que ce risque de dépression était en grande partie lié au fait que, dès le début de leur développement, les enfants des mères déprimées en postnatal avaient organisé un attachement insécure.

Le dernier domaine concerne le développement cognitif de l'enfant ; le terme « cognitif » fait référence à une série de processus mentaux, dont l'attention, l'apprentissage du langage et le raisonnement ; il est important de bien établir les bases à 2 ans, car la cognition est très stable dès la petite enfance – on peut mesurer le QI d'un nourrisson à 18 mois ou à 2 ans, et il sera très prédicteur quant au QI de l'adolescent qu'il deviendra et même quant aux résultats scolaires. Comme pour les autres domaines du développement de l'enfant, la cognition bénéficie de schémas de soutien spécifiques ; mais ce domaine est aussi celui où les bébés se développent particulièrement vite – en donnant simplement à un enfant l'occasion de jouer avec la nourriture par exemple, lorsqu'il peut s'entraîner à trouver l'angle dont il a besoin pour que sa cuillère porte la nourriture à sa bouche ; ou bien il jette sans cesse des objets de sa chaise haute, apprenant ainsi beaucoup de choses sur les objets physiques et la gravité ; ou bien il peut passer de grands moments à se demander comment les choses fonctionnent… Je pense à un petit bébé, que j'ai vu passer un grand moment à mettre de petits objets dans une boîte, à mettre le couvercle, à regarder la boîte fermée – et dont j'avais presque eu l'impression de le voir penser : « Cet objet qui a disparu est-il toujours là ? » Ce qui me ramenait à un aspect important du développement cognitif et au concept de « permanence de l'objet ».

Néanmoins, si les bébés font beaucoup pour et par eux-mêmes, l'éducation des enfants est également d'une importance capitale. Une chose que les parents doivent faire pour aider la cognition des bébés est d'être généralement *responsifs* : nous pouvons le voir dans les expériences où nous empêchons un parent de l'être. Dans « l'expérience du visage immobile », nous invitons une mère et son bébé à interagir l'un avec l'autre comme d'habitude, et le bébé est activement engagé dans l'interaction ; puis nous demandons à la mère de cesser de répondre et de rester immobile ; et nous voyons des changements rapides dans le comportement du bébé, même lorsqu'il n'a que quelques semaines : le bébé semble d'abord perplexe et surpris, et peut faire une tentative pour reprendre contact. Si la mère ne répond pas, au bout d'une minute environ, le bébé abandonne généralement et se retire de l'interaction. On peut alors imaginer qu'un enfant qui se trouve dans un environnement où les gens ne lui répondent pas pendant

de longues périodes, comme cela peut être le cas avec un parent déprimé, peut abandonner et se replier sur lui-même, et donc ne pas faire l'expérience de la richesse et de la stimulation de l'environnement.

D'autres expériences ont montré l'importance de ce que l'on appelle la réactivité « contingente », c'est-à-dire la réaction assez rapide des parents à ce que fait le nourrisson de manière appropriée. On peut tester cela en faisant communiquer une mère et un bébé par un système de télévision en circuit fermé, de sorte que chaque partenaire voit l'autre sur un écran devant lui ; et ils peuvent soit interagir l'un avec l'autre en temps réel, en direct, soit on peut relayer l'image d'un partenaire à l'autre par un temps différé. Dans ce cas, le comportement vu sera identique, mais sa relation dans le temps sera différente dans la condition de rediffusion – elle ne sera pas contingente. Nous pouvons voir ici comment les bébés réagissent à ces différentes conditions. Chez un bébé d'environ 8 semaines qui regarde sa mère devant lui à l'écran : lorsque la mère se comporte de manière contingente, le bébé reste engagé, intéressé et actif ; son humeur est positive, elle fait des offres sociales avec ses mouvements de bouche. Après une pause de quelques minutes, nous répétons exactement le même film de la mère, mais cette fois, la mère ne réagit pas à ce que le bébé fait à ce moment. Même un nourrisson de quelques semaines remarque l'absence de contingence, change rapidement de comportement et a l'air plutôt perplexe, grimaçant ; il se détourne du regard de sa mère, se retourne pour vérifier, puis abandonne. Dans l'état où le bébé ne sent pas ce lien entre son propre comportement et celui de sa mère, il se coupe de ce qui se passe, retire son regard et cesse de sourire, jusqu'à ce qu'une interaction en direct et donc contingente soit rétablie.

Les parents peuvent non seulement réagir de manière imprévue, mais aussi faire beaucoup pour aider leur bébé à maintenir son attention. Par exemple, ils peuvent lui montrer un jouet, puis, lorsque son attention commence à faiblir, faire quelque chose d'aussi simple que de le tourner, et ce léger changement permettra de maintenir l'intérêt et l'attention du bébé. Il est important de proposer des situations de ce type, car nous savons que la capacité des bébés à rester concentrés est un très bon indicateur de leur QI ultérieur. Ce que nous appelons l'étayage est également très utile. Ici, le parent aidera le bébé à réaliser quelque chose de nouveau par lui-même dans la manière dont il met en place la situation ; par exemple, la mère fait basculer la boîte pour qu'elle soit prête à recevoir le cube ; ou elle tient simplement le cube pour le bébé afin qu'il puisse l'introduire dans le bon trou.

Le dernier aspect concret du soutien parental au développement cognitif que je souhaite mentionner ici est le « partage d'attention autour d'un livres ». Cette activité est particulièrement efficace pour promouvoir le langage des bébés et soutenir leur attention, et a même été appelée « dispositif d'acquisition du langage », puisque 75 % des mots transmis par les

parents au bébé le sont dans ce cadre, et c'est un très bon indicateur de l'alphabétisation et du langage de l'enfant, même si l'on tient compte du contexte familial, comme la classe sociale ou l'éducation des parents. Il est important de noter que c'est non seulement la quantité de livres partagés qui compte, mais aussi leur qualité. Le plus crucial est que le processus soit ce qu'on appelle « dialogique », c'est-à-dire une interaction réciproque et à double sens entre le parent et l'enfant. Il s'agit de laisser le bébé explorer le livre à sa manière et de le soutenir dans son exploration s'il a besoin d'aide. Il s'agit aussi de faire des liens entre le contenu de la page et l'expérience du bébé : soit, par exemple, une mère qui brosse les cheveux du bébé, elle les mime pour lui, et il s'en empare, et qui mime en brossant ses propres cheveux, ce qui enrichit vraiment son expérience du livre et fait les liens avec son propre monde.

Là encore, tous ces aspects du soutien cognitif peuvent être affectés par la dépression parentale et, pour des raisons complexes et passionnantes, cela semble être plus un problème lorsque le bébé est un garçon. J'ai prouvé que le niveau de réactivité dans les interactions à seulement 2 mois est plus faible pour les mères dépressives de garçons que pour les mères bien portantes avec leurs garçons, et les mères dépressives avec leurs filles. Lorsque nous examinons plus tard le développement des mêmes nourrissons, à 18 mois, nous constatons que les garçons de mères dépressives ont un score cognitif sensiblement plus faible que les garçons de mères qui ne sont pas dépressives. En fait, la réactivité contingente plus faible que nous avons observée dans l'interaction avec le bébé à 2 mois est ce qui explique le score cognitif de l'enfant à 18 mois – c'est la raison pour laquelle les garçons des mères dépressives obtiennent de si mauvais résultats. Et plus encore, nous le retrouvons de manière frappante à 16 ans, lorsque ces mêmes garçons dont les mères étaient déprimées en postnatal obtiennent maintenant des scores plus faibles à leurs examens de fin d'études par rapport aux garçons de mères qui n'étaient pas déprimées en postnatal, ces scores aux examens scolaires étant prédits par le QI de l'enfant en bas âge, qui est resté très stable à partir de ce moment. Ces résultats montrent des effets très importants, avec des implications considérables sur les trajectoires de vie des enfants. Cependant, il ne faut pas se le cacher : ce n'est pas seulement la dépression qui est préoccupante ; nous savons que la pauvreté a également un impact majeur sur la manière dont les parents interagissent avec leurs bébés, et que cela à son tour affecte le développement de leurs enfants. Ces données proviennent d'une étude de Hart et Risley, qui ont parlé de « la catastrophe précoce » et du « fossé de trente millions de mots » à l'âge de 3 ans. Il s'agit de la différence entre le nombre de mots qu'un enfant dont les parents sont bénéficiaires des aides sociales aura entendu dans son environnement immédiat et le nombre de mots entendus par les enfants des autres familles. Le « déficit de

trente millions de mots » prédit les différences entre les scores de ces enfants aux tests d'intelligence et de langage tout au long de leur développement et donc à l'âge adulte.

Sachant tout cela, une question se pose : pouvons-nous intervenir ? Nous avons abordé cette question en Afrique du Sud, dans un environnement très pauvre, où nous voulions agir pour améliorer la sécurité de l'attachement des enfants et leur développement cognitif. Dans cet environnement très défavorable, il n'est pas surprenant que les parents soient confrontés à un stress énorme, qu'il y ait des niveaux élevés de dépression périnatale, des taux impressionnants de difficultés d'interaction de la mère avec le nourrisson, et des niveaux élevés d'attachement insécurisants pour le tout petit enfant. Avec mes collègues, nous avons mené un essai contrôlé randomisé pour voir si nous pouvions faire quelque chose pour améliorer le sort de ces enfants. Les femmes enceintes de Khayelitsha, un township, ont été invitées à participer à l'étude, et elles ont été randomisées soit pour bénéficier de notre intervention, soit pour être dans un groupe contrôle sans ce traitement. Notre intervention comprenait des visites à domicile pendant la grossesse et les six premiers mois, au cours desquels les mères recevaient des conseils et de l'aide pour comprendre les signaux de leur bébé et, si besoin, mieux gérer leur détresse.

À Khayelitsha, il n'y a ni sages-femmes ni psychologues communautaires, et nous avons donc fait appel à des mères avec une forte personnalité, formées localement pour prodiguer les visites de l'intervention. Nous avons été heureux de constater qu'à la fin du traitement, lorsque les nourrissons avaient 6 mois et même lors de l'étape de suivi à 12 mois, les mères qui avaient bénéficié de visites à domicile étaient plus sensibles à leur bébé que celles qui n'en avaient pas bénéficié. Plus important encore, les nourrissons des mères qui avaient reçu le soutien étaient plus susceptibles d'être solidement attachés à leur mère que ceux qui n'avaient pas bénéficié de l'intervention. Bien que ces résultats soient positifs, nous avons été déçus de constater que nous n'avions pas réussi à améliorer le développement cognitif des enfants – lorsque nous avons fait passer le test de développement mental de Bayley, les scores du groupe bénéficiaire de l'intervention et du groupe témoin étaient assez faibles, avec un QI d'environ 85. Et il n'y avait aucune différence entre les scores au test de Bayley pour les enfants qui avaient été considérés comme sécures du point de vue de l'attachement et ceux qui étaient insécures. Avant ce constat poignant, nous n'étions pas tellement conscients de l'importance de la spécificité des effets de la parentalité, mais une fois que nous avons pris conscience de la situation, nous avons réalisé que l'intervention de la recherche s'était concentrée sur les questions d'attachement et que nous n'avions pas proposé de stimulation cognitive ni de soutien d'étayage pour aider les mères à promouvoir

le développement cognitif de leurs enfants. Une crise majeure a secoué l'Afrique du Sud quand une étude de la Boston School of Education de 2007, portant sur quarante pays, dont de nombreux pays à faible revenu, a montré que l'Afrique du Sud se trouvait en bas du tableau des performances scolaires des différents pays. Le ministère sud-africain de l'éducation de base a constaté que la plupart des enfants n'atteignaient pas le niveau de performance acceptable à l'âge de 9 ans, de sorte que la nécessité de mieux répondre aux besoins de développement cognitif des enfants a été largement reconnue en Afrique du Sud.

Sachant ce que nous avions déjà fait sur les avantages de notre « partage de livres », nous avons ensuite monté un autre essai contrôlé randomisé, cette fois-ci en offrant une aide au partage de livres aux parents ayant des enfants à l'âge où ils commencent à acquérir le langage. Les parents ont été affectés soit à un programme de huit semaines de partage de livres, soit à un groupe contrôle sans intervention qui a finalement bénéficié du programme à la fin de l'étude. La formation s'est faite en petits groupes, les femmes locales étant à nouveau nos formatrices. Les groupes se sont réunis une fois par semaine pendant huit semaines et ont reçu des présentations PowerPoint qui transmettaient des messages simples sur la façon d'apprécier le partage d'un livre avec le bébé et de soutenir son engagement actif dans le partage. En plus de la partie de la session de formation consacrée au groupe, chaque mère recevait un bref soutien individuel de la part de la formatrice, où elle regardait le livre avec son bébé et obtenait quelques conseils, peut-être sur la manière de le faire plus efficacement, puis elle emportait ce que nous appelions « le livre de la semaine » et était invitée à s'entraîner à partager un livre avec son bébé pendant à peu près dix minutes par jour au cours de la semaine suivante. Ce que nous avons constaté à la fin de ce programme de huit semaines, lorsque nous avons mesuré la capacité du bébé à maintenir son attention dans une tâche informatisée, a été un effet bénéfique important, avec un doublement de la durée d'attention dans le groupe d'intervention, et aucune amélioration dans les contrôles.

Or, comme je l'ai déjà mentionné, la capacité à maintenir l'attention est l'un des meilleurs prédicteurs du développement cognitif futur, c'était donc un résultat tout à fait réjouissant. Nous avons constaté ensuite quelque chose de très similaire en termes de développement du langage du bébé : le nombre de mots que le bébé pouvait dire dans le groupe de contrôle s'est un peu amélioré pendant les deux mois, ce qui était évidemment attendu, mais les enfants du groupe dont les mères ont bénéficié de l'aide au partage de livres ont montré une amélioration beaucoup plus importante. Ces résultats sont vraiment très encourageants. Ils confirment les propos du prix Nobel James Heckman : « L'équation de Heckman montre qu'il vaut vraiment la peine d'investir dans les premières années, en calculant que chaque dollar investi

dans cette période de développement de l'enfant rapportera beaucoup plus en termes de rendement du capital social et personnel que la même somme d'argent investie plus tard. C'est pourquoi les gouvernements doivent vraiment comprendre l'importance des interventions précoces. Ce que nous espérons avoir fait en particulier, c'est de montrer qu'en décortiquant les différentes pratiques parentales et en s'attaquant réellement à la raison pour laquelle ce que font les parents peut être utile à différents domaines du fonctionnement de l'enfant, nous pouvons contribuer à ces interventions précoces et faire vraiment une différence pour le développement à long terme des enfants… »

Véronique Rey
Sonia De Martino
Christina Romain

Oralité et langue maternelle : les enjeux d'une transmission

Caractéristiques et enjeux de l'oralité pour la transmission de la langue maternelle

L'approche anthropologique de l'oralité appréhende l'oralité comme une réalité cognitive qui dépasse la simple pratique de sociabilité dans un groupe donné (Jousse, 1969). Par-delà les études des ethnologues sur les cultures à traditions orales, l'étude de la pratique de la parole est aujourd'hui une question d'éducation, c'est-à-dire une question à propos de l'appropriation de la langue maternelle chez un nourrisson ou un enfant. La parole donne à voir la langue maternelle comme la coordination d'un ensemble de gestes vocaux au service de l'expression, de la traduction de la pensée. Cette parole est donc corporalisée, physiquement et cognitivement parlant, inscrite dans un contexte. Elle est traductrice d'émotions. La transmission de la langue maternelle s'ancre dans les enjeux de la parole. Cette dernière passe à la fois par la transmission de chants et de contes situés dans une culture donnée, à un temps donné, et par l'appropriation de gestes vocaux. Cette transmission, évoquée déjà par Houis (1971), est inscrite dans la dimension anthropologique de l'adulte (son corps, sa nécessité de transmettre et de communiquer). Cet adulte est au cœur de la pratique de la parole et participe ainsi à l'édification d'une culture de l'ouïe. Cette pratique de la parole traverse toutes les cultures et elle est en cela universelle. Les deux termes, langue et parole, illustrent bien le propos : chaque groupe culturel donné emploie une ou plusieurs langues, mais tous les humains parlent (ils ne « languent » pas).

Cette approche propose ainsi de ne plus dissocier le corporel de la cognition et situe la parole au cœur du dispositif de la transmission de la langue maternelle. Le lien entre oralité et mémoire est alors posé. Jousse (1969) a décrit ce lien étroit qui unit oralité et mémorisation. Sans doute notre culture de l'écrit fait-elle oublier cette nécessité vitale. Vitale car l'oralité s'inscrit dans un temps de communication partagée qui en fait sa richesse et sa fragilité. Or la mémoire, à la base des apprentissages et de la transmission, est pour une grande part une mémoire verbale orale.

La fonction patrimoniale du langage, une temporalité partagée

Les cultures à tradition orale ont développé une littérature orale que nous présentons sous le terme de « fonction patrimoniale du langage » (Rey et coll., 2013, 2017). Par-delà une littérature comparable à la littérature écrite, cette pratique de l'oralité développe une fonction du langage assurant une transmission de la langue maternelle. Le terme patrimonial caractérise une des fonctions du langage et non la langue proprement dite, ou dans notre propos, une littérature ciblée. Cette fonction est une formalisation de l'oralité, différente des échanges oraux quotidiens. Le texte oral répond à une organisation singulière. C'est le cas du chant, du conte, du poème, du proverbe. C'est par le recours à cette fonction du langage que cette littérature orale a perduré et s'est transmise de génération en génération. La fonction patrimoniale du langage se situe dans un contexte de coénonciations partagées, nécessairement inscrites dans un temps présent partagé. La répétition et la gestuelle vocale sont des éléments déterminants facilitant la mémorisation et l'élaboration de la signification.

Cette fonction patrimoniale du langage se réalise par une pratique ritualisée. Elle est donc située dans un contexte, cadre de la ritualisation (statut de l'orateur, statut de l'auditeur, contexte de l'énonciation). C'est dans ce sens-là que l'on peut dire que l'enfant-apprenant est « embarqué » dans le dispositif porté par des adultes, vieux en langue. Se pose alors la question de la compréhension. La pratique de la parole mise en premier plan donne à voir une disjonction entre une pratique ritualisée en langue par l'incorporation de la parole, et la compréhension du propos, délimitée dans un temps collectif et social. Juste un pas de côté pour éclairer notre propos : qu'importe de ne pas comprendre toutes les évocations des *Fables* de La Fontaine, l'enfant en devenant vieux en langue aura le temps d'en saisir progressivement toutes les nuances. Mais la mise en bouche et la mémorisation assureront l'incorporation de la parole. Cette mise en bouche est une garantie d'adaptation collective à la singularité de l'enfant en train de se construire en langue. Les ajustements de l'adulte, ses adaptations au public sont des garanties du tissage entre pratiques collectives et incorporation

singulière par chaque enfant. Et cette fonction patrimoniale du langage, par la répétition à l'identique du chant, du poème, du conte, du proverbe, assure une certaine « éternité » à une langue. Cette fonction est donc à la fois un procédé de construction d'un imaginaire partagé, inscrit dans la durée, et une certaine forme de stabilité de l'objet langue (car le contenu est pratiqué à l'identique).

La relation orale de coénonciation crée un lien entre les membres d'un groupe d'une part et d'autre part avec la langue. Grâce à ce lien, le temps de la relation orale est centré sur la coconstruction des participants et plus particulièrement des enfants qui sont en devenir d'enfants langagiers. En posant cette relation comme participant à l'apprentissage, la langue est posée comme un objet à s'approprier. Les enfants sauvages témoignent effectivement de cette incapacité à apprendre à parler hors contact interactionnel avec des humains (Malson, 1983). Hagège (1985) rappelle que la caractéristique de sujet parlant est un caractère définitoire de l'essence humaine. Chaque individu, en s'appropriant sa/ses langues maternelles, construit sa propre humanité, par maturation physique et cognitive progressive grâce aux adaptations de l'adulte, le vieux en langue. Il y a donc, par l'emploi de la fonction patrimoniale du langage, un enjeu de construction identitaire du sujet en lien avec sa socialisation dans un groupe donné.

La fonction patrimoniale du langage et le territoire sonore partagé

La fonction patrimoniale du langage se réalise dans des contextes ritualisés. Elle s'exerce nécessairement dans un espace partagé. L'espace peut être lui-même ritualisé ou pas (lieu spécifique où se pratique cette fonction patrimoniale), mais dans tous les cas, les règles du rituel sont connues à l'avance par les auditeurs et le locuteur. La pratique ritualisée des gestes vocaux (la parole) construit un espace sonore identifiable, délimité par le temps des coénonciations. C'est un lieu de paroles. C'est un espace vibrant (vibration des sons) transformant les participants en « per-sonnes », c'est-à-dire des individus traversés par le son. L'espace sonore partagé est une succession de séquences d'accordage, au fur et mesure des accords acoustiques partagés. Ce territoire sonore n'est jamais donné immédiatement (à la différence d'un territoire visuel) : c'est une partition qui se joue, inscrite dans une durée et créant un espace vivant. La temporalité de ce rituel langagier est donc indissociable de son territoire. Ce territoire n'est jamais complètement visible. De la fabrication des sons aux pratiques des contes et des chants, les gestes vocaux réalisés à l'aide du souffle, du son et de la prononciation dans la bouche ne se donnent que peu à voir. Cette particularité gestuelle est un obstacle à la transmission de la langue maternelle : comment imiter sans voir ? L'incorporation de la pratique langagière, au sens de Merleau-Ponty

(1945), est en fait une opportunité car elle nécessite un apprentissage global intégrant dans un même mouvement émotion, motivation, coordination. Cette parole, connue par avance car ritualisée, incorpore, incarne une signification en devenir, une construction sociale, située dans l'histoire d'un groupe. Elle place le souffle au cœur du dispositif : sans le souffle, il n'y a ni fabrication de sons, de mélodies, ni fabrication de sons vocaux. La parole implique cette énergie vitale. La fonction patrimoniale du langage n'est pas seulement au service de la transmission d'une mémoire langagière, une sorte d'archivage de documents oraux ; elle transmet une technique langagière par imitation des personnes et une technique d'adaptation à autrui par une coénonciation en temps réel (synchronie des activités).

Nous insistons sur la dimension de coénonciation synchronique. La transmission de cette parole ne s'effectue pas sur un mode magistral, réglé entre celui qui sait et celui qui apprend. C'est une assemblée intergénérationnelle, un lieu de vie où le locuteur-conteur s'adapte sans cesse à son public, et le public, à son tour, par sa coopération, soutient le locuteur-conteur. Le temps choisi pour la pratique de cette fonction patrimoniale du langage crée donc un espace symbolique de « sécurité langagière » : tous les participants connaissent le déroulement de la mise en scène.

La fonction patrimoniale du langage : de l'objet langue au sujet

La pratique de la parole ritualisée construit à la fois le groupe et le sujet dans sa singularité physique car la parole est un marqueur identitaire social et individuel. Pratiquer une langue orale, surtout la langue maternelle, première par essence, suppose une mise en bouche en tentant d'imiter un modèle vivant (celui du vieux en langue) mais elle fait émerger aussi les spécificités du sujet par son engagement dans l'interaction, tant corporel qu'intentionnel. Cette fonction patrimoniale du langage encourage l'apprenant à réaliser une telle prise de risque. Brüner (1987) dit ainsi que « c'est la nécessité d'utiliser la culture commune comme forme indispensable de survie *qui force*[1] l'homme à maîtriser le langage ».

La fonction patrimoniale du langage, en assurant la transmission des textes oraux, situe ces actes de langage dans un processus social et dans un processus individuel. Le sujet se trouve dans un entrelacs où singularité et collectif se conjuguent en même temps dans un contexte ritualisé. La parole socialisée est alors construction identitaire, socialisation, apprentissage et mise en place d'une confiance dans la propre parole du sujet. Par l'agir, les auditeurs, notamment les enfants, soutenus par le locuteur, entrent en

1. C'est nous qui soulignons.

interaction avec leur environnement dans un contexte sécurisé car les textes oraux sont connus à l'avance[2].

La fonction patrimoniale du langage donne donc à voir une dynamique du vivant dans la pratique de la parole ritualisée. Et cette dynamique du vivant langagier construit progressivement, par l'appropriation de la parole, la notion de sujet (Benveniste, 1966).

La fonction patrimoniale : la vitalité du « par cœur »

Les pratiques traditionnelles auprès des nourrissons et des enfants attestent de nombreux exemples de parents répétant et articulant sans relâche de façon à stimuler l'enfant qui ne parle pas encore. On peut dire que tout le corps du tout-petit est en attention acoustique car ses capacités auditives sont supérieures à ses capacités visuelles et nécessitent d'être actif.

Cette pratique est par essence en imitation réciproque : les interactions de mimiques (le rire ou le sourire du nourrisson), de babillages incitent les vieux en langue à s'appuyer sur les essais des « débutants » en langue, à reprendre, à montrer de nouveau. Les poésies, les chants, les comptines regorgent d'expressions orales redondantes, de mélodies répétitives. La parole des « vieux en langue » se fait plus lente, articulée de façon exagérée ; elle est particulièrement vivante car en coadaptation. Cette répétition à l'identique constitue le terreau de l'interprétation à venir, de l'intention à partager : nous avons tous fait l'expérience d'un texte oral ou écrit, appréhendé de nombreuses fois dont on découvre encore de nouvelles significations. Il en est de même chez les enfants grandissant en langue. À chaque écoute, un imaginaire se construit potentiellement.

L'enjeu de la fonction patrimoniale du langage est de ne pas penser le langage uniquement par le prisme de la maîtrise d'une langue. Cette fonction donne ainsi à voir une humanité en action et une capacité à mémoriser par son corps et par la coordination des gestes vocaux. Déjà repéré par Jousse (1969), ce lien entre la pratique langagière et la mémoire est au cœur de nos travaux concernant la fonction patrimoniale du langage.

Entraîner des enfants en langue orale à l'aide de la fonction patrimoniale du langage

L'approche anthropologique de l'oralité atteste que l'appropriation de la langue orale s'effectue en premier lieu au sein de la famille et d'un groupe

2. La pratique énonciative ordinaire est une prise de risque comme l'a démontré Goffman (1971, 1973).

social. Cette appropriation se réalise par imitation des autres, notamment des adultes. Rey et ses collaborateurs (2017) mentionnent cette capacité d'imitation comme la source de manipulations langagières au service des apprentissages. Cette transmission, réalisée à l'aide notamment de la fonction patrimoniale du langage, est ancrée dans une pratique socialisante large, non réduite à une seule visée (apprendre une langue). Les difficultés langagières repérées aujourd'hui en France auprès de jeunes enfants[3] invitent à revisiter les pratiques des cultures à traditions orales. Ces pratiques pointent, en effet, la nécessaire éducation en langue avant d'évoquer une rééducation clinique.

L'éducation en langue orale, éducation sociale et culturelle, concerne tous les adultes dans leur activité de transmission. Ces pratiques langagières implicites pourraient alors devenir explicites en gardant cette pratique ritualisée de la coénonciation. L'idée ici est de recourir à un savoir-faire anthropologique en l'adaptant à notre mode de vie. Depuis 2011, un protocole d'entraînement a été mis en place par COLOE[4] afin d'aider les adultes à utiliser la fonction patrimoniale en conscience auprès des enfants. Les réalisations de ce protocole dans différents lieux, institutionnels ou familiaux, témoignent de la faisabilité de la pratique d'un rituel langagier dans notre mode de vie contemporain (Rey et coll., 2017, 2018).

La nécessaire pratique gestuelle

Afin de formaliser cette pratique anthropologique de la fonction patrimoniale du langage, nous avons décrit trois modules langagiers : la mise en bouche, la mise en mots, et la mise en scène (Rey et coll., 2018). Ces modules sont en lien avec les trois unités d'une langue orale : les gestes vocaux, les mots et les phrases. La fonction patrimoniale du langage est employée pour transmettre des textes oraux (chants, comptines, contes, épopées, poésies) soit dans un cadre institutionnel comme l'école ou l'hôpital de jour, soit dans un cadre informel comme l'espace familial. L'objectif visé est de valoriser, par la pratique en conscience, cette oralité ritualisée.

La mise en bouche (réalisation des gestes vocaux) aide les nourrissons (par le babillage notamment) et les enfants à « attraper » les mots, à les mémoriser et progressivement à construire leur mémoire verbale auditive. Les chants, les comptines, les virelangues et les poésies sont les ingrédients de cette mise en bouche.

La mise en mots et la mise en scène sont également des pratiques qui reposent sur l'emploi de la fonction patrimoniale du langage. Porté par des

3. En 2000, Ringard, dans son rapport commandé par le gouvernement, faisait état, à l'école primaire, de 4 à 5 % d'enfants concernés par les troubles du langage.
4. Centre d'observation du langage oral et écrit (www.coloe.fr).

textes oraux appris par l'adulte, ce « patrimoine langagier » garantit une transmission, langagière et émotionnelle. L'adulte raconte ; il a en tête le canevas d'une histoire qui lui sert de fil conducteur et l'aide à maintenir son propos. Il ne récite cependant pas par cœur une histoire, il peut opérer des variations. Cette pratique langagière conduit à partager un moment au présent : tout comme au théâtre, les auditeurs et l'orateur ne sont plus dans « un hier », « un demain », « un plus tard ». Ils sont là, ici et maintenant, en pratiques langagières conscientes. Cet « arrêt du temps » réalisé grâce aux pratiques langagières ritualisées crée un moment de « sécurité linguistique » que l'on retrouve comme un rendez-vous. Pour autant, le jeu d'interprétation peut laisser place à des adaptations et autres accommodations permettant, au-delà d'une imitation, une authentique appropriation de langue en interaction.

Ainsi, la fonction patrimoniale du langage donne aux enfants l'opportunité de s'approprier les pratiques langagières en « mastiquant » les syllabes, et de découvrir la narration en écoutant et en voyant « leur » adulte pratiquer la langue orale dans sa dimension narrative. Le fait de ne pas lire une histoire mais de la raconter donne à penser à l'enfant qu'il peut raconter des histoires sans savoir lire.

Cette pratique implique une technicité manifestée par un corps en mouvement et en coordination. S'approprier sa langue maternelle nécessite l'acquisition de cette technique corporelle. Mauss (1950, p. 9) définit une technique comme « un acte traditionnel efficace. Il n'y a pas de technique et pas de transmission s'il n'y a pas de tradition. C'est en quoi l'homme se distingue avant tout des animaux : par la transmission de ses techniques et très probablement par leur transmission orale ». Les pratiques langagières sont des actes langagiers basés sur une technique vocale. L'appropriation de cette technique vocale est difficile car, d'une part, il n'y a pas d'organes prévus initialement pour parler à la différence de l'audition, et d'autre part, la coordination des muscles pour produire la parole et le chant est complexe[5].

Mauss indique que chaque technique a trois dimensions : sociale, psychologique et physique. Les techniques de la parole et du chant se déclinent donc en trois axes : social, physique et psychologique. Penser la langue orale comme relevant d'une technique langagière oblige alors à une focalisation sur la langue orale et à un abandon des habitudes de représentation contemporaine basée massivement sur une pratique de l'écrit (langue écrite et solfège correspondant respectivement à la parole et au chant).

La technique langagière de la parole et du chant nécessite du temps, du travail d'imitation et du travail de démonstration ; cette technique est

5. Il y aurait plus de cent muscles coordonnés pour réaliser la pratique de la parole et du chant (Kreiman et Sidtis, 2011).

réalisée par des activités de coparticipation. Le principe est d'apprendre progressivement à réaliser des gestes vocaux précis, adaptés aux situations de coénonciation. Au fur et à mesure de l'appropriation de cette technique, se construisent des relations sociales et culturelles.

Pour penser cette technique langagière, l'équipe COLOE a développé des exercices concernant la coordination de deux techniques gestuelles : le SSI, souffle, son, intonation, et le SSP, souffle, son, prononciation. Le souffle et le son sont communs au SSI et au SSP. Le souffle naît de la transformation d'une activité primaire réflexe, la respiration, en une activité volontaire explicite, dissociant l'inspiration de l'expiration. L'expiration devient le souffle. Ce souffle est à la source de la fabrication du son. Le son est réalisé dans le cou, au niveau du larynx, boîtier situé au-dessus de la trachée. Le haut du larynx est composé de plis vocaux[6] dont les mouvements, en obstruant la trachée, participent à l'orientation des aliments et des liquides vers l'œsophage. Ces plis vocaux peuvent entrer en vibrations au passage de l'air évacué des poumons. À ce niveau-là se réalise le son laryngé (car il est produit au niveau du larynx). Il n'y a pas de sons articulés à la sortie du larynx. C'est le son laryngé qui fabrique les mélodies et les intonations.

La mélodie et l'intonation (le I de SSI) nécessitent une éducation du larynx en réalisant des gestes sonores précis. Le chant est à la base de cette éducation, mais également la pratique de la poésie oralisée et des situations énonciatives réalisées dans les contes par exemple. Apprendre des poésies et des chants en coénonciation adulte/enfants est non seulement une activité de mémorisation et de mise en bouche mais aussi une activité de transmission des émotions. Il faut donc éduquer son larynx pour varier le ton. Périer (2017, p. 88) précise : « Lent, rapide, fort, doux, drôle, grave. On doit passer par tous les registres. On ne change jamais assez de ton. »

D'un point de vue pratique, les informations sonores sont portées par trois caractéristiques acoustiques : la durée (tenue des voyelles), l'intensité (son fort, son faible), et les fréquences (grave, médium, aigu). Les fréquences des sons successifs (le nombre d'oscillations par seconde des plis vocaux au passage de l'air) donnent à entendre des contours mélodiques. Soit cela relève d'une mélodie et les écarts de notes sont très précis (rapport mathématique), soit c'est un support pour exprimer une question, une affirmation, etc. Les enfants apprennent tout cela en imitant les adultes : l'enfant apprend progressivement à ne plus faire de grands mouvements (de grands écarts de notes, des cris, de grandes variations mélodiques) et à adapter son intonation à son propos, à son interlocuteur, dans un contexte spécifique. L'éducation

6. Les plis vocaux ont été nommés de façon romantique « cordes vocales » à la fin du XIX[e] siècle. Aujourd'hui, les scientifiques préfèrent parler de plis vocaux car on a affaire à des tissus mobiles superposés et non à des cordes (Kreiman et Sidtis, 2011).

des mouvements du larynx porte donc à la fois sur la précision des gestes laryngés et sur la capacité à entrer en vibration, base de l'expression de nos émotions.

Enfin, la prononciation des syllabes composées de consonnes et de voyelles (le P du SSP) est réalisée dans les quatre cavités situées au-dessus du larynx : la gorge (cavité pharyngale), la bouche (cavité buccale), le nez (cavité nasale) et les lèvres (cavité labiale). Les sons vocaliques (les voyelles) résultent de l'amplification du son laryngé dans les cavités de résonance ; les consonnes découlent du bruit d'ouverture et de fermeture à différents endroits de la bouche. Les essais-erreurs sont à la base de l'appropriation de cette technique, du babillage à la parole et au chant. En effet, les gestes ne peuvent pas être précis immédiatement : tout comme lors d'une activité sportive ou musicale, la réalisation de ces gestes requiert de nombreux essais, une véritable éducation du corps au service de l'appropriation de pratiques langagières partagées.

Les activités : ritualisation des activités langagières orales

Outils concrets pour « transmettre la langue orale », ces activités ne nécessitent « rien d'autre » que la mise en scène de l'adulte dans *sa* pratique langagière, *ses* capacités mnésiques et *ses* capacités articulatoires. Se penser comme un « modèle vivant langagier » afin de se donner à être imité sans recourir à des explications rationnelles et sans support matériel. Il s'agit de convoquer ensemble une même technique, au même moment, dans un même lieu pour construire et partager une compétence collective, l'appropriation de la parole et du chant. L'objectif est que tous les enfants développent des habiletés en langue orale, à la base de tous les autres apprentissages. Les activités s'adressent à tous les enfants (en crèche, maternelle ou école primaire) : le vocabulaire change selon les compétences langagières, mais la structure des exercices est la même. Le principe est de transmettre sans penser au devenir de cette transmission ; le principe est d'apprendre au présent. Ces pratiques, comme dans toutes les cultures du monde, construisent « une sécurité linguistique » car les enfants sont dans du « déjà-là ».

Le texte oral donne un feuilleté de significations : les enfants en ont des compréhensions hétérogènes et, loin d'être à regretter, cette diversité est une richesse. Que l'on pense aux différentes interprétations du *Petit Prince* de Saint-Exupéry, que l'on pense aux contes Peuls rapportés par Hamadou Ampaté Bâ, les histoires, dans le cadre de ces pratiques patrimoniales du langage, sont là pour entrer en écho avec des émotions, pour se parer de significations différentes en fonction de l'âge, de l'expérience, du moment, des interactions.

Voici comment nous structurons les activités d'une séquence en employant la fonction patrimoniale du langage. Les activités, présentées dans le tableau, forment une séquence qui comprend trois activités de cinq minutes chacune.

Activité 1 : Le SSI De la mélodie à l'expression des émotions (chants et poésies)	Activité 2 : Le SSP Du souffle aux sons prononcés (voyelles et « con-sonnes »)	Activité 3 : L'attention conjointe Écoute d'une histoire racontée (et non lue)
Exercice de souffle ; répétition de poésies, de chants ou de comptines. L'apprentissage de la poésie ou de la chanson entière peut prendre une ou deux semaines.	Exercice de souffle ; mastication et mise en bouche des gestes vocaux ; répétition de virelangues tels que « ton thé t'a-t-il ôté ta toux ? ».	La narration complète de l'histoire peut occuper une ou deux semaines.

Présentation des trois activités liées à la fonction patrimoniale du langage.

Une séquence dure quinze minutes et elle est pratiquée au moins trois fois par semaine, au même moment de la journée. Le choix de ce moment dépend exclusivement de l'adulte, mais une fois le choix fait, l'activité doit toujours être réalisée au même moment (début de matinée, début d'après-midi, début de soirée, etc.). Réaliser ces activités toujours au même moment permet de favoriser les enfants de ce temps « patrimonial » partagé.

Les entraînements reposant sur des pratiques gestuelles nécessitent une pratique régulière. En effet, les gestes techniques, ici les gestes vocaux, sont mémorisés si et seulement si ceux-ci sont répétés, répétés, répétés. L'efficacité de ces activités requiert une pratique inscrite dans la durée : elles ne peuvent pas être choisies de façon « perlée ». C'est un rituel familial et/ou institutionnel qui se met en place progressivement, et assure ainsi sa transmission et son efficacité. Ce dispositif vise une pratique collective : il n'y a donc aucune valorisation d'un enfant, aucune évaluation liée à ce travail.

L'enjeu de faire de l'oralité une valeur éducative est de « construire » un temps et un lieu de transmission « visible », et de préserver ce lien étroit entre humanité et parole vivante (Benveniste, 1966). Ces chemins de traverse constituent alors un des moyens pour développer la singularité du « petit d'homme » au sein d'un espace social partagé.

Les enfants TSA et la fonction patrimoniale du langage

L'enjeu de la transmission de la langue orale se pose aussi lorsque l'enfant présente une altération spécifique de la communication ou des troubles du langage. Cette difficulté de transmission est le constat fait notamment par des parents rencontrant de nombreux obstacles pour entrer en relation verbale avec leur enfant qui présente un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Les difficultés liées au trouble lui-même (DSM 5 : altération du regard, difficulté d'imitation, perception sensorielle exacerbée, déficit dans la capacité à se focaliser conjointement avec un interlocuteur sur un objet, difficulté à partager un intérêt social) empêchent l'enfant ou la personne TSA à accéder au monde social et aux pratiques langagières du groupe culturel auquel il appartient. Les profils langagiers de ces personnes sont hétérogènes, allant d'une absence totale de gestes vocaux (profils non verbaux) jusqu'à la présence d'un langage fonctionnel caractérisé par des troubles fins en pragmatique du langage. La prosodie[7] peut être également atypique. Or, comme le souligne Boysson-Bardies (1999), la prosodie constitue un élément fondamental de l'entrée en langue de l'enfant. Elle organise la temporalité, le rythme et la segmentation des unités linguistiques. Par ailleurs, les déficits en pragmatique du langage s'inscrivent notamment dans une difficulté à s'ajuster à l'autre lors d'échanges conversationnels, à décoder les intentions communicatives, les émotions ou encore l'implicite du discours.

Lorsque la personne TSA est en difficulté pour décoder ou véhiculer des intentions communicatives ou des émotions, lorsqu'elle réagit de manière inattendue et en inadéquation avec les attentes parentales ou celles des thérapeutes, c'est tout « l'accordage de l'interaction » qui en est déstabilisé. La question : « Comment transmettre notre langue orale à notre enfant TSA ou à une TSA ? » doit alors se poser. Mais peuvent-ils apprendre les caractéristiques du SSI et du SSP ?

Voix et troubles de la pragmatique

De nombreux auteurs ont essayé de rendre compte de spécificités prosodiques auprès de personnes TSA. Par exemple, une atypie de l'intonation (Martel, 2009) serait à la source de difficultés dans le domaine de la pragmatique du langage, c'est-à-dire dans la capacité à s'adapter à l'autre en fonction de l'information décodée (Depape et coll., 2012). D'autres études font état d'une grande variabilité de la fréquence fondamentale, du volume et du timbre de la voix des personnes TSA (Sheinkopf et coll., 2000 ;

7. La prosodie est composée de l'intonation et du rythme (Dell et coll., 1984).

Caelen-Haumont et Pollerman, 2008 ; Michael et coll., 2015 ; Fusarolli et Tylen, 2016 ; Hubbard et Trauner, 2007). Baltaxe et Simmons (1985) ont étudié l'étendue vocale[8] des personnes TSA et ont montré que ces personnes ne peuvent accorder leur voix à un contexte d'énonciation (par exemple donner un ordre, exprimer une pensée ironique, exprimer une émotion) entraînant une production verbale non porteuse d'intention communicative. Sheinkopf et ses collaborateurs (2000) expliquent aussi que la prosodie pourrait être altérée dès le babillage du jeune enfant TSA.

Or nous faisons l'hypothèse que ces marqueurs seraient une conséquence de la non-éducation des gestes vocaux. En effet, Kreiman et Sidtis, (2011) et Callan et ses collaborateurs (2006) rendent compte que certains enfants TSA non verbaux, en incapacité de parler, peuvent chanter des chansons familières. Fusaroli et ses collaborateurs (2017) ont réalisé une revue de la littérature qui donne à voir qu'aucun critère acoustique (fréquence fondamentale, volume, qualité de la voix, étendue vocale) ne semble être un marqueur d'autisme.

Malgré une grande hétérogénéité clinique repérée dans les productions vocales des personnes TSA, l'éducation de l'oralité par le biais de la fonction patrimoniale du langage serait donc potentiellement réalisable. Le constat de la littérature et le constat clinique sur les altérations des gestes vocaux (sous-jacents à l'intonation, à la prosodie, à la production de mots et de phrases) et sur les difficultés en pragmatique du langage ont conduit à un double questionnement au sein de notre équipe de recherche : « Comment transmettre notre langue orale à ces personnes TSA ? » et « Comment guider des parents dans cette transmission ? »

Étude de cas

Nous avons mis en place un rituel langagier de la fonction patrimoniale du langage axé sur les trois modules (mise en bouche, mise en mots, mise en scène) auprès d'enfants TSA (DeMartino et coll., 2018). Nous abordons ici l'une des études de cas menée au centre de ressource autisme régional auprès d'un garçon TSA de 8 ans qui présentait une altération de l'intonation, des difficultés dans la narration, des problèmes de gestion de souffle, une prosodie atypique entraînant des troubles pragmatiques (intonation en inadéquation avec le contenu sémantique, mauvais décodage de l'intentionnalité dans la voix d'autrui).

La mise en place de ce rituel langagier avait plusieurs objectifs :

8. L'étendue vocale est le nombre de notes différentes qu'une personne peut réaliser spontanément. La fréquence fondamentale est le marqueur acoustique des notes de musique (le La4 est à 440 Hz, 440 mouvements par seconde, par exemple).

– entraîner techniquement le SSI et le SSP dans l'objectif d'éduquer les gestes vocaux pour améliorer l'ajustement des paramètres acoustiques (tels que la durée des voyelles, l'augmentation des capacités de souffle, la hauteur de l'intonation, la gestion du souffle et de l'intonation au cours d'une narration) ;
– faire pratiquer à l'enfant TSA des gestes vocaux induisant un vécu corporel. Seule la technique gestuelle (technique à imiter) permettait à l'enfant TSA de s'approprier les gestes vocaux par une approche proprioceptive rendant la langue orale concrète ;
– mettre l'enfant TSA « en sécurité linguistique », grâce à un matériel connu et répété à l'identique (exercices de souffle, allitérations, histoires, poésie, chanson) ;
– renforcer les capacités d'imitation et d'attention conjointe par la création d'une interaction partagée, vécue ensemble (le protocole étant basé sur l'imitation par l'enfant de l'adulte en tant que modèle vivant).

L'entraînement reposait sur trois séances (une en milieu hospitalier et deux séances à la maison avec les parents) pendant deux mois. L'expérimentateur avait été entraîné lui-même aux exercices sur le SSI/SSP afin de rendre conscients les gestes transmis à l'enfant. L'enfant devait ainsi imiter l'expérimentateur (modèle vivant vocal).

Le protocole d'évaluation a permis de mesurer trois paramètres acoustiques. L'enfant a été évalué avant l'entraînement et après huit semaines d'entraînement sur les critères suivants :
– la production (durée) de cinq voyelle (/a/, /i/, /o/, /e/ et /u/), visant à évaluer l'augmentation des capacités de souffle ;
– l'imitation d'une production de cinq notes de musique, visant à évaluer le pattern intonatif et la capacité à imiter une intonation ;
– l'imitation d'une chanson, visant à évaluer la coordination du souffle, de la mélodie et des mots.

À l'issue de huit semaines d'entraînement, l'enfant a pu montrer une augmentation de son attention sur l'examinateur et une meilleure mobilisation de ses capacités imitatives. L'entraînement lui a permis d'augmenter ses capacités de souffle et d'augmenter alors la durée de production de ses voyelles (du simple au triple). Cet enfant a pu, après huit semaines d'entraînement, imiter un plus grand nombre de notes de musique (augmentation de l'étendue vocale). Enfin, le dernier résultat concerne l'imitation de la chanson. Avant l'entraînement, l'enfant ne pouvait pas produire en même temps les mots et la prosodie de la chanson. Après l'entraînement, il a pu reproduire la chanson avec une meilleure coordination entre les phrases et la prosodie. Ces résultats attestent que l'enfant pouvait apprendre à imiter un adulte pour ajuster les sons de la parole au pattern prosodique. Cette coordination, auprès de cet enfant, n'est donc pas spontanée et résulte d'une éducation.

Ces résultats préliminaires nous ont montré que la mise en place d'un rituel langagier constitue un contexte pertinent qui permet de concentrer l'attention conjointe et les compétences d'imitation de certains enfants TSA. Ils confirment qu'un enfant TSA peut focaliser l'attention conjointe sur des éléments prosodiques mais que cela nécessite un entraînement régulier et spécifique. Il semble qu'un enfant TSA ne puisse pas s'approprier ces éléments acoustiques dans des pratiques de langage ordinaires comme le feraient les jeunes enfants neurotypiques. C'est une des raisons qui nous amènent à penser qu'il faut sortir de nos pratiques ordinaires en langue (conversation, questionnement) et inventer un matériau où les personnes vont échanger des pratiques partagées ritualisées (chanter ensemble, raconter une histoire…). Par ailleurs, l'étendue vocale, qui est parfois réduite chez certains enfants ou adolescents TSA (Baltaxe et Simmons, 1985), pourrait être éduquée et confirmer que la fréquence fondamentale (F0) n'est pas un marqueur lié à l'autisme.

À l'issue de cette étude préliminaire, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les enfants TSA auraient des difficultés pour s'approprier des éléments prosodiques au cours de leur développement langagier en raison de déficits d'attention conjointe, de difficultés d'imitation ou encore de particularités sensorielles. Contrairement aux enfants neurotypiques (Boysson-Bardies, 1999, p. 41), les enfants TSA n'utiliseraient pas ou utiliseraient mal les éléments prosodiques de la parole naturelle pour « coconstruire » la temporalité, le rythme ou la segmentation de l'unité linguistique (notamment les syllabes). Cette hypothèse nous amène à considérer la nécessité d'un entraînement autour de la mise en place d'un rituel langagier axé sur l'éducation du SSI et du SSP, en ayant recours à la fonction patrimoniale du langage (production de chants et de textes oraux).

L'enjeu d'un entraînement précoce stimulant le SSI et le SSP est fondamental pour transmettre des schémas intonatifs coordonnés aux mots et aux phrases à des enfants qui ont des difficultés pour s'approprier la langue en contexte naturel. Transmettre une oralité dans le cadre d'un rituel langagier, nécessitant des répétitions et un contenu à l'identique, semble fondamental pour mettre un enfant TSA en sécurité linguistique.

Enfin, envisager la transmission de l'oralité à travers des pratiques partagées ritualisées donne à construire une relation avec l'enfant TSA ancrée dans un vécu physique partagé avec l'adulte à imiter. Cette étude nous a montré à la fois les difficultés de cet enfant à coordonner des sons de la parole et des sons de la mélodie au début de l'entraînement et sa capacité à s'approprier cette technique vocale dans un contexte ritualisé. Cela pourrait expliquer les mauvais ajustement intonation/phrases en parole spontanée. Cette coordination pourrait être une étape importante à entraîner pour renforcer le lien entre la production d'intentions communicatives, d'émotions, et le contexte.

Bibliographie

Baltaxe, C.A.M. ; Simmons J.Q. 1985. « Prosodic development in normal and autistic children », dans E. Schopler, G.B. Mesibov (sous la direction de), *Communication Problems In Autism,* Plenum Press, p. 95-125.

Benveniste, É. 1966. *Problèmes de linguistique générale*, tomes 1 et 2, Paris, Gallimard.

Boysson-Bardies, B. 1999. *Comment la parole vient aux enfants ?*, Paris, Odile Jacob.

Bruner, J. S.1987. *Comment les enfants apprennent à parler ?,* Paris, Retz.

Caelen-Haumont, G. ; Pollerman, B.Z. 2008. « Voice and affect in speech communication », dans K. Izdebski (sous la direction de), *Emotions in the Human Voice,* n° 1, Plural Publishing, p. 215-232.

Callan, D.E. ; Tsytsarev, V. ; Hanakawa, T. ; Callan, A. ; Katsuhara, M. ; Fukuyama, H. ; Turner, R. 2006. « Song and speech: Brain regions involved with perception and covert production », *NeuroImage,* n° 31, p. 1 327-1 342.

Dell, F. ; Hirst, D. ; Vergnaud, J.R. 1984. *Forme sonore du langage : structure des représentations en phonologie*, Paris, Hermann.

De Martino, S. ; Deveze, J.L. ; Chatel, C. ; Poinso, F. ; Rey, V. 2018. « Case report: Assessment of a vocal training experiment in ASD child », *JSM Communication Disorders,* vol. 2, n° 1.

Depape, A.M. ; Chen, A. ; Hall, G.B. ; Trainor, L.J. 2012. « Use of prosody and information structure in high functionning adults with autism in relation to language ability », *Frontiers in Psychology,* n° 3, p. 72.

Fusaroli, R. ; Lambrechts, A. ; Bang, D. ; Bowler, D.M. ; Gaigg, S.B. 2017. « Is voice a marker for Autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis », *Autism Research,* vol. 10, n° 3, p. 384-407.

Fusaroli, R. ; Tylen, K. 2016. « Investigating conversationnal dynamics: Interactive alignment, interpersonal synergy, and collective task performance », *Cognitive Science,* n° 40, p. 145-171.

Goffman, E. 1971. *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 1 : *La présentation de soi*, tome 2 : *Les relations en public*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1973.

Goffman, E. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. *Les relations en public.* Paris, Les Éditions de Minuit.

Hagège, C. 1985. *L'homme de paroles,* Paris, Fayard.

Houis, M. 1971. *Anthropologie linguistique de l'Afrique noire*, Paris, Puf.

Hubbard, K. ; Trauner, A.D. 2007. « Intonation and emotion in autistic spectrum disorders », *Journal Psycholinguist Research*, n° 36, p. 159-173.

Jousse, M. 1969. *Anthropologie du geste*, Paris, Les Éditions Resma.

Kreiman, J. ; Sidtis, D. 2011. *Fundations of Voice Studies*, Oxford, Wiley-Blackwell.

Malson, L. 1983. *Les enfants sauvages,* Paris, Éditions 10/18.

Martel, K. 2009. « L'étude de la prosodie en acquisition : un enjeu clinique », *Enfance,* n° 3 p. 259-272.

Mauss, M. 1950. *Anthropologie et sociologie,* Paris, Puf.

Merleau-Ponty, M. 1945. *Phénoménologie de la perception,* Paris, Gallimard.

MICHAEL, J. ; BOGART, K. ; TYLÉN, K. ; KRUEGER, J. ; BECH, M. ; ROSENDAHL OSTERGAARD, J. ; FUSAROLI, R. 2015. « Compensatory strategies enhance rapport in interactions involving people with Möbius syndrome », *Frontiers in Neurology*, n° 6, p. 213.

PÉRIER, B. 2017. *La parole est un sport de combat*, Paris, J.C. Lattès.

REY, V. ; DEVEZE, J.-L. ; PEREIRA, M.-E. ; RIERA, N. ; CHRISTINA, R. 2018. *Rituels en langue orale. Fonction patrimoniale du langage,* Paris, Retz.

REY, V. ; DEVEZE, J.-L. ; PEREIRA, M.-E. ; ROMAIN, C. 2017. *Voix et gestes professionnels. Fonction patrimoniale du langage,* Paris, Retz.

REY, V. ; ROMAIN, C. 2013. « La fonction patrimoniale en question : approche communicationnelle et langagière », présenté au deuxième colloque du réseau e-toile, Paris, https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01149182

SHEINKOPF, S.J. ; MUNDY, P. ; OLLER, D.K. ; STEFFENS, M. 2000. « Vocal atypicalities of preverbal autistic children », *Journal of Autism and Development Disorders*, n° 30, p. 345-354.

En décentré

Natacha Collomb

Fabrication par corps : les toilettes de la nouvelle accouchée, du nouveau-né et du bébé chez les T'ai Dam du nord Laos

Toilettes du mois de claustration : souillure et vitalité

Trois jours ont passé, elle ne dort plus au feu.
Six jours déjà, elle ne dort plus au feu.
De la main gauche, elle prend le tube de bambou à médecines,
De la main droite, elle prend une torche de vieux vêtements.
La mère de la nouvelle mère prend le tube de bambou d'eau du riz.
Elles partent côte à côte jusqu'à la rivière.
La jeune mère lève le visage, se retourne et va jusqu'à la rivière là où l'eau est profonde et très claire.
L'eau du riz est versée dans une coupe de cuivre,
Elle met la tête dans l'eau,
La malchance du pays du sud, du pays d'en bas ne doit pas lui être attachée,
La malchance du pays d'en bas ne doit pas l'entraver.
Il faut balayer (avec des feuilles) le mal pour que tout soit bien,
Il faut se peigner la tête pour se débarrasser des odeurs rances et écœurantes, des démangeaisons.
Puis elle pourra revenir à petits pas à la maison
Elle prendra le peigne en corne de zébu pour coiffer le faîte de sa chevelure,
Le peigne en corne de buffle pour coiffer le tronc de sa chevelure.

Cet extrait d'un texte rituel t'ai dam, qui dresse un récit du cycle de vie, décrit la première toilette de la nouvelle mère, six jours après qu'elle a

accouché. Il s'agit là de sa première sortie, brève, de ce que les T'ai Dam nomment « le mois des interdits » : une période durant laquelle la mère et le nourrisson, tous deux considérés comme vulnérables, ne quittent pas la maison. Avec cette première toilette, dont on lit à quel point elle est ritualisée et poétisée, la jeune mère franchit une première étape vers le rétablissement d'un type de corporéité « propre » conçue comme une composante de l'identité t'ai dam (Cf. Collomb, *infra*) et que l'accouchement a bouleversée.

Chez les T'ai Dam en effet, la « propreté » n'existe pas en tant que qualité en soi des choses et des êtres. Elle se rapproche plutôt d'un processus. Est propre ce qui est, ainsi que le veut l'expression consacrée, « pur comme un œuf, comme une bobine » (mais cela se dit surtout des jours et des choses), ce qui n'est pas entaché ou est débarrassé par le nettoyage des odeurs, des miasmes, des fluides, des mauvais esprits que transportent avec eux certains moments du cycle de vie. Les événements influent donc sur la propreté des choses et des personnes, mais l'âge et le genre sont aussi déterminants car, en tant que nourrisson et en tant que femme, on est, par contact pour le premier, par essence pour la seconde, porteur de souillure. Cependant, les corporéités du nourrisson et de la nouvelle accouchée se caractérisent non seulement par leur souillure, mais aussi par leur faiblesse. Un entretien avec un de mes interlocuteurs rend très bien compte de l'intrication de ces deux aspects : souillure et absence de vitalité. Avant de retranscrire cet entretien dans son intégralité, je veux attirer l'attention sur le point de vue dont il rend compte. Loun est un homme d'âge mûr, plusieurs fois grand-père. C'est aussi un notable et le fils d'un chamane extrêmement réputé et respecté dont il aurait dû reprendre l'héritage. Quel que soit le degré de représentativité et de généralité auquel il prétend quand il me parle des T'ai Dam (ce qu'il fait merveilleusement bien), ses propos restent fortement situés, liés à ce qu'il est lui-même et à l'idée qu'il veut transmettre de ses traditions. Le rapport des hommes à la souillure tel qu'il l'expose, notamment, est plus conforme à celui des spécialistes religieux qu'à celui des hommes ordinaires. Par ailleurs, Loun lui-même nuance la valeur absolue des normes qu'il expose. Il faut en tenir compte.

Extrait de carnet de notes (13 octobre 2001)

J'ai parlé hier avec Loun de la manière dont on fait les enfants. Je reviens sur ce qu'il a dit concernant la saleté des nouveau-nés. Oui, l'enfant, quand il sort du ventre de sa mère, est sale ('uai). *Il faut bien le laver avant qu'un homme puisse le prendre. Normalement, ce sont les femmes qui attrapent l'enfant à la naissance. Mais s'il n'y a pas de femme, cela peut être le père. Il y a de l'eau de vulve, de l'eau de pénis de l'urine, du sang, c'est sale. Mais s'il n'y a pas de femme pour s'occuper du bébé, pour laver la jupe tubulaire, et que l'homme n'est pas écœuré, il peut le faire. Pour couper le cordon, les femmes ont l'habitude. Elles ont les mains douces. Elles se transmettent le savoir les unes aux autres, les vieilles aux jeunes. Ce sont*

aussi les femmes qui nettoient le placenta, c'est trop sale. Sauf s'il n'y a personne pour le faire. Les femmes sont habituées, mais il arrive que certaines soient quand même écœurées. Même si elles ne veulent pas le faire, elles le doivent car c'est leur travail. Pour les hommes, le problème c'est le bon destin qui tombe. Le père n'aime pas tenir l'enfant avant sa sortie du mois de claustration. Il ne le fait que s'il n'y a personne dans la maison pour s'en occuper. Pour tous les hommes, c'est pareil. Tant que l'enfant n'a pas 1 mois, le père préfère ne le porter et ne le câliner qu'un petit peu, pas longtemps. Les hommes n'aiment pas attraper les enfants de moins de 1 mois car ils ont peur de les casser. Et ils sont encore un peu sales. Le bébé est lavé plusieurs fois par jour parce qu'il est sale, mais aussi, disent les Anciens, pour qu'il grandisse vite, qu'il sache marcher tôt, qu'il ait de la vitalité, de la vigueur. Aux femmes, on souhaite aussi de reprendre vite de la vitalité, car leur corps est encore tendre, sans vitalité, sans aucune fermeté. C'est une question que l'on pose aux femmes qui ont accouché quand on vient leur rendre visite : « As-tu retrouvé ta vitalité ? » On lave le bébé et la mère à l'eau chaude, mais pas trop chaude, ça ferait mal. Laver à l'eau froide, cela donnerait des maladies, de la fièvre, parce que la mère est encore tendre. Les enfants, c'est pareil. La chair de la femme est encore trop tendre. Les femmes sont enceintes pendant dix mois puis elles accouchent, l'enfant sort, elles perdent beaucoup de sang, de souffle, elles sont tendres. Parfois la peau des mains mue, « comme les serpents », les cheveux tombent, « comme les feuilles d'un arbre ». Dans l'eau du bain, on met des feuilles de [non identifiées] et des feuilles de [non identifiées] qui sentent bon et qui donnent de la vigueur.

Il est intéressant de relever que la perte de substances internes tel le sang, ou produites par des organes internes (cœur et poumons) tel le souffle, qui ôtent vigueur et fermeté à la nouvelle accouchée, modifient également sa peau et ses cheveux. Ceux-ci en effet se caractérisent par leur situation à l'interface entre la personne et le monde socio-cosmique, non seulement parce qu'ils sont visibles, mais aussi et surtout parce qu'ils sont socialement investis. La reconstitution du corps de la jeune mère passe d'ailleurs à la fois par l'ingestion régulière, tout au long de la journée, d'eau bouillie avec des plantes, et par des toilettes de la surface du corps et des cheveux.

Les toilettes du mois de claustration de la mère et du nourrisson présentent un certain nombre de particularités communes dont certaines ont été évoquées par Loun. L'eau, qui doit être plutôt chaude mais pas brûlante, est composée d'un mélange d'eau dans laquelle ont bouilli des feuilles de plantes odoriférantes et raffermissantes, et d'eau froide non bouillie. Il ne s'agit pas de bains, mais plutôt d'aspersions. Celles-ci se font à l'intérieur de la maison, non loin du feu, et elles sont renouvelées au minimum trois à cinq fois par jour. Alors que la toilette du nourrisson sera mise en relation avec les autres toilettes d'enfants, je reviens ici en détail sur les caractéristiques particulières de celle de la jeune mère.

Les deux premiers jours, la femme qui vient d'accoucher se lave à l'intérieur de la cuisine, accroupie sur le sol du « coin où les femmes accouchent ».

(Les accouchements se déroulent à la maison, dans la cuisine, en public.) Elle se déshabille entièrement mais est cachée des regards par un paravent en bambou tressé par son époux au moment et à l'occasion de l'accouchement. La toilette consiste en une aspersion d'eau chaude infusée au moyen d'une louche. L'usage du savon, dont l'odeur est trop forte, est proscrit jusqu'à la fin du mois de claustration, car, disent les femmes, « il ferait tourner la tête ». Les gestes accomplis par la nouvelle mère pour cette toilette tranchent sur ceux des toilettes ordinaires : succincts et rapides, ils consistent à faire glisser l'eau sur tout le corps en un seul passage des mains qui ne s'attardent sur aucune de ses parties. Techniquement parlant, il s'agit plus d'une « douche » ou d'un « rinçage » que d'une véritable toilette. Cependant, le vocabulaire t'ai dam ne distingue pas entre les diverses gestuelles et formes de toilettes. Toutes sont *ap nam* (*litt.* se baigner [dans l'] eau) au même titre, et la fonction décontaminante de la toilette de claustration est pleinement revendiquée par les villageois, hommes et femmes. Une fois lavée, la femme se rhabille sans s'être essuyée et se rassoit rapidement près du feu, sur un tabouret sous lequel de la cendre chaude a été déposée.

Quand deux nuits se sont écoulées, la femme quitte pour la première fois la maison afin d'aller faire une toilette à la rivière. C'est cette première sortie qui est décrite dans l'extrait des « Dits de l'entremetteur », cité en exergue de cette partie. Ce moment correspond également à celui où l'époux, qui a dû respecter un interdit de travailler et de sortir du village, peut à nouveau se déplacer un peu plus loin que la rivière où il puise l'eau des bains de son épouse et de son nouveau-né.

Je n'ai jamais été témoin de ce premier bain de la jeune mère à la rivière qui apparaît, dans les « Dits de l'entremetteur », fortement ritualisé : une femme plus âgée, en principe sa mère, accompagne la nouvelle accouchée à la rivière pour une toilette qui semble se dérouler à la nuit tombée puisqu'une torche est nécessaire. L'attitude de la jeune femme, ses gestes, son choix du lieu de la baignade, mais aussi les instruments de la toilette sont décrits avec précision comme si tout cela répondait à un script préétabli. La finalité de ce premier bain est limpide, avec une abondance de référents aux notions et aux manifestations d'impureté dégagées plus haut. Une insistance particulière est portée à la toilette de la tête et de la chevelure, et c'est également l'importance de celle-ci qui est relevée dans les récits des femmes que j'ai questionnées à ce sujet. C'est en effet la première fois depuis l'accouchement que la femme non seulement peut, mais *doit*, se laver la tête. Plusieurs interprétations, non exclusives, sont données par mes interlocutrices. La nécessité de se laver la tête est liée à la souillure de l'accouchement, avec des références plus précisément au sang. L'usage de l'eau de trempage du riz est expliqué par ses vertus purifiantes. Aucun mot vernaculaire, mais un ensemble d'usages, justifie l'emploi de cette notion : on utilise l'eau de

trempage du riz non seulement pour la toilette de la nouvelle accouchée, mais aussi pour se laver la tête après des funérailles, et encore pour assainir le dessous de la terrasse côté public, par le sol de laquelle s'écoulent déchets alimentaires et corporels, quand on le rafraîchit et le remblaie.

Il est interdit de se laver la tête immédiatement après l'accouchement ; puis l'obligation de procéder à cette toilette rituelle se renouvelle à deux reprises, au dixième et au vingtième jour, avant la sortie du mois de claustration. Cette séquence temporelle fait écho à celle suivie pour la diversification de l'alimentation de la nouvelle accouchée, ainsi qu'à l'assouplissement des prescriptions concernant le séjour au feu.

Cette toilette de la tête est liée à l'odeur nauséabonde dégagée par la femme, mais aussi au fait que, si elle se départait de cette odeur, son époux éprouverait le désir d'avoir des relations sexuelles avec elle, ce qui est interdit durant le mois de claustration. Enfin, la toilette obligatoire de la tête marque la fin de la période d'impureté, c'est un message corporel adressé aux principes vitaux, aux ancêtres et aux esprits du foyer, et sans lequel on ne peut « quitter le feu » sous peine de voir le « bon destin tomber ». Il faut ajouter que le nouveau père est lui aussi interdit de toilettes à la rivière pendant deux jours. Il peut ensuite reprendre celles-ci, et ce sans ritualisation. En revanche, contrairement à son épouse, il n'est toujours pas, à ce moment-là, autorisé à se laver la tête. Il semble y avoir négociation d'un équilibre entre nécessité d'une purification progressive et maintien volontaire dans l'état de souillure qui est et doit être inhérent à la corporéité transitoire du mois suivant l'accouchement. Tout se passe comme s'il fallait agir sans rien précipiter, comme si les actes par lesquels on assainissait et renforçait le corps de la jeune mère devaient s'inscrire sans la bousculer dans une temporalité préétablie. D'où cet apparent paradoxe entre un lavage des cheveux obligatoire, mais contrôlé dans sa fréquence et dans son temps, pour que la femme se défasse de la souillure sans pour autant rallumer avant l'heure le désir de son époux. La recherche d'un équilibre entre le respect du rythme propre à chaque chose et la nécessité d'y mettre bon ordre caractérise aussi bien les transformations liées au cycle de vie que les apprentissages de savoirs (sociaux et techniques), sans doute parce que les deux sont semblablement conçus comme des processus de maturation des personnes.

Toilettes de nourrisson et de jeunes enfants : analyses par l'image

La toilette fait partie de ces pratiques dont l'enregistrement vidéo permet d'enrichir et d'affiner sensiblement la description et l'analyse. La répétition du visionnage, le déroulement de la séquence image par image, les

allers-retours entre plusieurs scènes d'une même séquence ou des moments semblables de deux séquences différentes constituent des outils techniques et méthodologiques inestimables pour saisir la subtilité de la gestuelle et des interactions tissées dans cette pratique de soin.

Pour diverses raisons, l'extrême richesse que permet l'enregistrement vidéo ne sera pas ici pleinement exploitée. J'ai axé mon travail de décryptage sur des variations et des constantes, liées à des facteurs récurrents ayant tous à voir avec la vulnérabilité des petits, dans le déroulement des toilettes de la petite enfance. Le premier de ces facteurs tient à l'âge et à ce qu'il implique concernant la tonicité et la motricité du jeune enfant ; le deuxième à la santé de ce dernier ; le troisième aux conditions climatiques. Les variations de la toilette des enfants jouent sur quatre registres : la qualité de l'eau (chaude, froide, crue, bouillie, chauffée au soleil, nature, infusée), le lieu (cuisine, terrasse publique, rivière), la gestuelle (bain, douche, avec ou sans savon) et enfin la nature et la facture des interactions.

Une première série d'images [planche 1], extraites d'une vidéo prise en février 2000, présente la toilette d'un nourrisson de 3 semaines, Sian, troisième enfant de Fui et de Oun. La scène se déroule à l'intérieur de la maison, près du feu de claustration. La chronologie de la toilette est respectée – comme dans les autres séries –, mais seules quelques-unes de ses étapes, dont l'importance est discutée dans le cours du texte, sont reproduites.

Pour la deuxième toilette [planche 2], celle d'une petite fille de 1 mois première née d'un jeune couple, j'ai extrait un nombre plus important d'images fixes, enregistrées en janvier 2000 à l'extérieur, sur la terrasse publique de la maison de Hyia, grand-mère maternelle de l'enfant. La comparaison de ces deux toilettes de nourrisson au visionnage, puis à travers l'écriture, permet de montrer de quelle manière s'articulent constantes et différences, gestualité coutumière et idiosyncrasique.

La troisième série [planche 3], extraite d'une vidéo prise en décembre 1999, montre le déroulement de la toilette de Nang Noy, qui a alors 8 mois. Elle se déroule sur la terrasse publique de la maison de Loun et est menée par la mère de l'enfant.

La quatrième série [planche 4] est extraite du même film que la troisième et se déroule à sa suite. Elle montre la toilette de la sœur aîné de Nang Noy, Nyae, âgée de 2 ans et demi.

Des espaces de la toilette

Durant le premier mois, les toilettes du nouveau-né se déroulent dans la cuisine où est installé le feu du mois de claustration. Sur la planche 1, on entrevoit derrière Fui le feu allumé où bout l'eau des toilettes. Le linge du

coucher et les langes du nourrisson, lavés, sont étendus dans l'espace nommé « coin où les femmes accouchent ». Juste au-dessous, on aperçoit le panier lâchement tressé qui sert à ranger les langes des nourrissons et le linge des enfants. Pour le nouveau-né, comme pour sa mère, l'exposition, continue les premiers jours, régulière ensuite, à la chaleur du foyer vise à raffermir un corps mou et tendre. Sorti du premier mois, l'enfant pourra être baigné sur la terrasse publique qui reste un lieu privilégié, quoique de manière de plus en plus ponctuelle, de la toilette des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans à peu près. Contrairement à la rivière, on peut y contrôler la chaleur et la nature de l'eau dont on se sert pour la toilette. Par ailleurs, les enfants sont ainsi maintenus dans l'espace domestique, sous la protection des ancêtres. Pour les plus jeunes d'entre eux, le choix d'une toilette à la maison répond à une exigence de protection des multiples principes vitaux qui animent des parties du corps ou des qualités ; ces principes vitaux sont particulièrement mal accrochés à leur petit « propriétaire » et risquent à chaque sortie de s'égarer. « Les anciens, me raconte ainsi Pan, une femme plusieurs fois grand-mère, disent que l'enfant qui ne sait pas marcher à quatre pattes, on ne le baigne pas à la rivière ; quand il sait, c'est possible, si ses principes vitaux tombent à l'eau, ils savent revenir sur la rive en se déplaçant sur les fesses. »

La toilette de la fillette de 1 mois [planche 2], qui n'a pas encore reçu de nom personnel, se déroule non loin de la porte d'entrée de la maison et devant l'échelle. Ce lieu n'est pas particulièrement marqué. On peut voir que, là encore, le panier à langes a été placé, ici par le père, à disposition de la personne réalisant la toilette.

Les troisième et quatrième toilettes [planches 3 et 4], celles de Nang Noy et de sa sœur Nyae, se déroulent sur la terrasse publique.

Quand elles ne se déroulent pas à l'intérieur de la maison ou sur la terrasse publique, les toilettes d'enfants se font à la baignade, située à une cinquantaine de mètres en aval de la clôture marquant la limite du village.

Préparation de l'eau du bain : de l'eau bouillie et infusée à l'eau froide et crue

Pour les toilettes de nourrissons, on utilise nécessairement de l'eau chaude dans laquelle ont bouilli des feuilles de l'arbre *toum chun* (non identifié) dont les villageois disent que l'acidité a pour vertu de raffermir leur chair trop tendre et trop molle. Les feuilles *toum chun*, ajoutent-ils, « colorent l'eau, la rendent jolie et la parfument » [2B, par exemple]. Ce parfum atténue l'odeur du nouveau-né qui lui vient des fluides de l'accouchement et du lait de sa mère. Deux objectifs sont donc simultanément visés, la purification du corps souillé du nourrisson et son raffermissement.

À la différence de ce qui se passe pour la nouvelle accouchée, il n'y a pas de traitement interne du nourrisson ni par l'ingestion d'eau chaude médicinale, ni *via* une autre technique.

Pour être efficaces, les toilettes de nourrisson doivent être répétées trois à quatre fois par jour pendant les tout premiers jours, un peu moins souvent ensuite, quand la chair de l'enfant commence à mûrir, à devenir mature. Cette maturation de la chair est un processus progressif qui ne s'achève pas à un moment précis, mais croît avec l'âge. À la puberté, cependant, semble correspondre un premier stade dans son accomplissement puisqu'à cet âge, selon les termes de Loun, « si la jeune personne était un oiseau, elle saurait déjà voler ».

Quand la température extérieure est trop basse, le nourrisson est lavé moins fréquemment car, dit-on, « on a pitié de lui, il a froid ». Cependant, comme me l'a fait remarquer un vieil homme au sujet de son petit-fils nouveau-né, des toilettes plus rares peuvent être à l'origine de l'ouverture de crevasses suintantes au niveau de l'aine et des aisselles, c'est-à-dire d'un excès d'humidité et d'un défaut de fermeté de l'enveloppe corporelle. On peut alors avoir recours à des cataplasmes de feuilles de goyavier mâchées. La qualité de l'enveloppe corporelle, qui constitue aussi un signe visible de l'état interne du nourrisson, est l'objet d'une veille attentive de la part des personnes maternantes. La mère en particulier, qui allaite l'enfant, doit s'abstenir de certains types de viande, comme le poulet à peau blanche, réputé pour favoriser l'excès d'humidité qu'on observe parfois au niveau des plis du corps du nourrisson.

Même après la sortie du mois de claustration, le nourrisson continue à être lavé avec de l'eau chaude médicinale, comme c'est le cas pour la fille de Yon [planche 2]. Si la purification du nourrisson est maintenant moins en cause, on continue cependant à se soucier de son raffermissement. Par ailleurs, je rappelle que les nourrissons sont très sensibles aux différences thermiques :

> « Comme l'enfant de Loun [âgé de 4 mois], on ne lave pas avec de l'eau vraiment froide. On peut utiliser de l'eau de rivière chauffée au soleil ou bouillie. Trop froide, l'enfant pleure, il n'est pas encore habitué, "il est cœur-tombe". Si on met de l'eau froide, l'enfant pleure, si on le baigne à l'eau tiède, il ne se rend compte de rien » (Pan, 13 avril 2001).

Pour les toilettes des planches 1 et 2, la température de l'eau bouillie [1B ; 2A] est tempérée par l'ajout d'eau fraîche stockée dans des récipients sur la terrasse publique [3B]. L'eau est sondée avec la main pour s'assurer qu'elle n'est ni trop chaude, ni trop froide [2C], et ce à plusieurs reprises [2G].

Les toilettes de Nang Noy et de Nyae [3 et 4] sont elles aussi faites à l'eau chaude. C'est la fraîcheur de la température extérieure qui a déterminé ce choix. L'eau a été préparée à partir d'un mélange d'eau bouillie nature et d'eau fraîche, sans aucun ajout de plantes. Si les enfants avaient été mal portants, leur mère, Ouan, aurait pu faire bouillir des feuilles de *toum chun* ou de tamarinier qui partagent les mêmes vertus revigorantes. En dépit des attentions de leur mère, les deux fillettes ont froid et pleurent durant l'intégralité de leur toilette.

Variations et constantes de la gestuelle

Positions

La toilette, durant les trois à quatre mois qui séparent la naissance de l'acquisition de la station assise [planches 1 & 2], se fait en appui sur les jambes étendues de la personne maternante qui se tient elle-même assise sur un tabouret bas. Dans une première phase, le nourrisson est allongé sur le dos dans la concavité formée par les crêtes tibiales de la personne maternante. Sa tête repose juste en dessous des genoux, et ses fesses sont calées au niveau des chevilles [1C à E ; 2K à P]. Le nourrisson est ensuite basculé en position latérale et maintenu soit assis dans le creux des chevilles [1F], soit debout entre les deux jambes, en appui contre un des mollets [2Q]. On peut constater dans ces deux positions la grande tonicité des nourrissons. Avant d'être essuyé, le bébé est tenu en l'air l'avant-bras posé sur sa poitrine et une main passée sous son aisselle, alors que l'autre soutient son fessier ; il est secoué quelques secondes [1G ; 2S]. Il est essuyé et rhabillé sur les genoux [1H ; 2T à W].

Quand l'enfant est en âge de se tenir assis, il est lavé dans une bassine [planche 3]. Dans une première phase, il se tient assis et face à son parent [3A à P] qui, dans un deuxième temps, le relève et le fait basculer de manière à lui tourner le dos [3R], puis le tourne à nouveau pour lui faire face [3S]. L'essuyage et le rhabillage peuvent se dérouler sur les genoux ou à côté du parent.

Les enfants plus grands, comme Nyae [planche 4], font plus rarement leur toilette dans une bassine et sont la plupart du temps lavés debout. Comme pour la toilette à la bassine, le parent est mobile (il se lève et s'assoit), mais ne tourne pas autour de l'enfant qui parfois est retourné (ici la toilette commence de dos et se termine de face) ou reste dans une même position durant l'intégralité de la toilette, les mains de la personne qui lave tournant autour du corps pour en faire la toilette. L'essuyage, qui n'est plus systématique et est moins consciencieux, puis le rhabillage, se font debout.

Les positions caractérisant les toilettes à la rivière sont diverses. Elles seront traitées plus loin, mais notons dès maintenant qu'elles varient en fonction de l'âge, du sexe, du degré d'autonomie de l'enfant et du caractère plus ou moins ludique de la baignade.

Usages de l'eau, usages du savon et d'autres adjuvants

Concernant les toilettes à la maison, l'aspersion est le modèle dominant pour les plus petits comme pour les plus grands des enfants. Les nourrissons [planches 1 et 2] ne sont pas immergés dans la cuvette d'eau chaude, pourtant parfois assez grande pour les contenir ; ils sont aspergés de façon répétitive avec la main [1C ; 2O]. Le parent humidifie parfois simplement sa main pour le nettoyage de parties du corps spécifiques comme le crâne et le visage, en particulier les yeux, les narines et les oreilles [1A ; 2H et I]. Pour les toilettes de nourrissons (comme pour celles de leurs mères, nouvelles accouchées), les plantes bouillies dans l'eau sont utilisées pour leurs vertus assainissantes. On n'utilise jamais de savon.

Les toilettes dans des bassines pour les enfants qui se tiennent assis mais ne marchent pas encore présentent la particularité, dans le contexte t'ai dam, d'impliquer un trempage de l'enfant dans l'eau de la toilette. Pour la toilette de Nang Noy, sa mère utilise l'eau préalablement versée dans la bassine, d'abord pour mouiller (aspersion avec la main : 3E, H), puis pour laver (passages plus ou moins appuyés de la main sur le corps de l'enfant : par exemple, 3G), et enfin pour rincer (nouvelle aspersion) chaque partie du corps de l'enfant. On retrouve ces trois phases bien découpées de la toilette à la rivière où, dans certains cas, les enfants comme les adultes s'immergent ou s'aspergent d'abord dans l'eau (qui en saison sèche n'arrive qu'aux chevilles), puis en ressortent pour se laver, et y rentrent à nouveau pour se rincer. Dans le cas de Nang Noy, la toilette s'est faite sans savon, l'eau de la bassine reste donc claire. Par ailleurs, pour les derniers gestes de la toilette, la mère maintient l'enfant debout par un bras [3R et S], celui-ci ne trempe donc plus dans l'eau.

Pour la toilette de Nyae, l'eau est d'abord versée à l'aide d'un récipient qui produit un jet plus important et plus vigoureux [4A] que la main, utilisée par la suite. Comme pour Nang Noy, Ouan a préparé de l'eau tiède mais, cette fois, elle savonne sa fille [4B]. Le savon et la lessive font partie des produits achetés par les villageois, et si le premier est réservé à la toilette, il est courant de voir utiliser le second, plus économique, non seulement pour le linge, mais aussi pour le corps. Comme je l'ai déjà signalé, le produit nettoyant par excellence reste cependant l'eau de trempage du riz, qui, pour avoir longtemps macéré dans les récipients tubulaires (en bambou ou en

plastique) dans lesquels elle est stockée, dégage pourtant une odeur dont les villageois eux-mêmes reconnaissent qu'elle n'est pas des plus agréables.

Variété des usages de la main en relation avec les parties du corps à nettoyer

Les mains nues constituent l'instrument privilégié de la toilette : elles servent à maintenir ou à modifier la position de l'enfant, à verser l'eau, à la passer sur le corps, et, avec ou sans savon, à nettoyer. La mobilité de la main et des doigts permet d'en réguler finement les usages en fonction du type de mouvement que l'on veut imprimer : frottement, grattement, caresse, massage ou simple maintien. Toutes les zones du corps ne font pas l'objet d'un même type de lavage porté par une gestualité similaire. Les toilettes de la tête, du visage et des extrémités (mains et pieds) sont les plus insistantes à tous les âges, alors que les plis retiennent l'attention surtout pendant les premiers mois. On peut observer une grande régularité dans les positions et les mouvements imprimés aux mains en fonction des parties du corps à nettoyer. L'intensité du mouvement, plus léger ou plus appuyé, varie quant à lui avec l'âge : plus doux pour les nourrissons, il se fait plus vigoureux à mesure que l'enfant grandit.

Pour les deux nourrissons, le visage et le crâne sont traités une première fois, avant le reste du corps et avant que l'enfant n'ait été déshabillé [1A et B ; 2H et I]. Les orifices des oreilles et des narines, mais aussi les yeux et notamment leurs coins sont nettoyés alternativement par des mouvements du bout des doigts et des parties charnues du pouce et de l'index. Le nettoyage est minutieux, mais les gestes sont délicats, en relation avec la fragilité perçue du corps du nourrisson. Le crâne, de même que le visage quand il est traité dans son ensemble, sont lavés alternativement avec la face interne de la main ouverte et avec le dos de la main par petites caresses peu appuyées. Le crâne et le visage seront relavés vers la fin de la toilette [1F ; 2Q] quand l'enfant sera maintenu en position assise [1] ou debout [2].

Pour la toilette de Nang Noy, cette distinction de la tête comme partie du corps à traiter à part n'est pas mise en évidence par une priorité chronologique : le crâne n'est aspergé qu'après le reste du corps [3D], et la toilette du visage [3NàO] intervient une première fois vers le milieu de la toilette, puis à la fin, juste avant la sortie de la bassine. En revanche, plus de quarante-cinq secondes, c'est-à-dire un tiers de la toilette, sont consacrées au visage. Les gestes sont appuyés : nettoyage des oreilles avec le pouce pour le pavillon et l'index et le majeur pour l'attache des oreilles [3L] ; pression de la main ouverte du front à la bouche [3M] ; passage symétrique de haut en bas des deux pouces sur le coin des yeux [3N] ; nettoyage des narines avec le pouce et l'index [3O] ; passage latéral de la tranche de la main sur le pli du cou [3P].

En ce qui concerne Nyae, le crâne est ce qui est lavé en premier, ; il est d'abord soigneusement savonné [4D], puis frotté et rincé à deux autres reprises au cours de la toilette. La gestuelle de la toilette du visage [4H/I/N/P] est similaire à celle observée pour Nang Noy, à l'exception du nettoyage des yeux, inexistant. Par ailleurs, les différentes parties du visage de Nyae ne sont pas traitées en une même séquence, comme pour sa cadette, mais à plusieurs moments de la toilette.

Pour les plus petits des enfants [planches 1 à 3], les plis des aisselles [1D ; 2M] et de l'aine [2L] font l'objet d'une attention particulière. Elles sont vigoureusement frottées avec la tranche de l'index ou les trois doigts centraux. C'est avec la partie charnue des trois doigts centraux [1E] et/ou la tranche externe de la main [2P] que les plis du cou, sur lesquels on s'arrête aussi longuement, sont lavés. Chez les plus grands, seul le pli du cou continue à faire l'objet d'une toilette distincte [3P ; 4H].

La toilette des organes génitaux est attentive pour Sian (mais la prise de vue ne permet pas de le voir précisément), alors qu'elle est très rapide pour la petite fille de 1 mois, la mère se contentant d'un passage rapide du bout des doigts. La toilette de l'anus est elle aussi succincte, se réduisant à un passage de la tranche des doigts [2R] ou de la main. Chez les deux plus grandes [3R ; 4J], la gestuelle et la durée d'attention aux parties génitales et anales sont assez similaires.

La toilette des autres parties du corps du nourrisson (ventre, dos, fessier) repose sur la répétition et la succession d'aspersions et de passages légers des faces interne et plus rarement externe de la main. Les mains et les pieds font l'objet d'un massage rapide. La situation change pour Nang Noy et sa sœur Nyae. Chez les deux fillettes, les bras et les jambes ne sont plus seulement aspergés et légèrement caressés, ils sont aussi massés soit par des passages appuyés, soit par un mouvement de haut en bas, la main épousant les formes du corps de l'enfant, intense et répétitif [3I, J et S ; 4E et F]. Cependant, ce qui présente le plus de différence reste l'attention portée aux pieds de la plus grande des fillettes [4K et L], la seule qui marche. Pour nettoyer les pieds de Nyae, Ouan utilise non plus du savon mais du son de riz puisé dans la petite bassine en fer-blanc située sur le sol à la droite de l'enfant afin d'adoucir la peau que le froid fait se craqueler.

Acteurs et interactions

Pour les quatre exemples dont j'ai restitué le déroulement, le parent qui dispense la toilette est la mère de l'enfant. C'est là un fait à la fois contingent et révélateur. Les toilettes des très jeunes enfants sont en effet le plus souvent, mais pas systématiquement, faites par des femmes qui dans beaucoup de

cas sont leurs mères. Cependant, la toute première toilette du nouveau-né est réalisée par une grand-mère de l'enfant. Les femmes plus âgées (là aussi souvent des grands-mères), pour des questions de disponibilité, restent des acteurs privilégiés de la toilette des jeunes enfants. Une tante de l'enfant vivant dans la même maisonnée, mariée ou non, mère ou pas, s'occupe assez fréquemment de la toilette de ses neveux et nièces. De petites jeunes filles sont aussi vues se charger de laver un cadet (frère ou sœur réels ou classificatoires, petit neveu ou petite nièce), mais je l'ai surtout observé dans le contexte des baignades à la rivière. Quant aux hommes, ils répugnent fortement à manipuler les nourrissons qui sont source de souillure. Je n'ai été témoin d'aucune toilette de nourrisson réalisée par un homme, cependant plusieurs pères m'ont dit avoir remplacé leur épouse quand, par exemple, celle-ci était malade. Par ailleurs, les pères [2A et B] et même de jeunes garçons, au même titre que des petites jeunes filles, participent aux préparatifs de la toilette. Les pères vont chercher l'eau à la rivière, la mettent éventuellement à bouillir, l'apportent, ainsi que le panier de langes, à la jeune mère. Pour la toilette de la fille de Yon, le petit garçon qu'on voit en 2G, un jeune cousin de passage, est sollicité à deux reprises : pour apporter de l'eau froide, puis pour étendre les langes de l'enfant. De manière générale, la mère faisant la toilette de son nourrisson se concentre exclusivement sur les gestes de soin, toutes les activités connexes étant prises en charge par des tiers. C'est ainsi sa mère, Pan [1B], qui prépare pour Fui l'eau de la toilette.

Le temps consacré à cette toilette du nourrisson est très court, même si on fait débuter le décompte au moment où la mère prend l'enfant et si on l'arrête après l'habillage : on arrive alors à environ quatre minutes pour la toilette du fils de Fui et sept pour celle de la fille de Yon. Le contact avec la mèret, pendant la durée de la toilette à strictement parler, est essentiellement kinesthésique (sensation et perception du mouvement) et haptique (sensation et perception du toucher). Il y a d'abord le contact peau à peau procuré par la position de l'enfant sur les jambes dénudées [2K] de sa mère et par la gestuelle de la toilette. Participent au même titre à ces contacts, tous ces gestes de réajustement ou de raffermissement de l'équilibre de l'enfant, tels qu'on peut les observer en 2L alors que le nourrisson bascule sur le côté, en 2N quand ses deux pieds sont maintenus dans une main pour le recaler entre les chevilles, en 2O, avec une main placée sur le ventre pour assurer son maintien tandis que l'autre se livre à la toilette, ou en 2Q pour faire pencher et maintenir la tête en avant afin d'éviter qu'elle ne bascule vers l'arrière. Bien que je ne l'aie pas illustrée, on retrouve une gestuelle semblable dans la toilette de Sian, avec toutefois une assurance plus grande dans les mouvements de la mère dont c'est le troisième enfant.

Si l'attention kinesthésique mais aussi visuelle de la mère à son nourrisson est soutenue, les interactions mère/enfant sont peu intenses. Sian qui

semble endormi au début de sa toilette reste serein durant son intégralité. Il ne pleure pas et peu de mouvements laissent transparaître un inconfort à l'aspersion ou au contact : on ne le voit presque pas tressaillir et son corps ne présente pas de résistance aux manipulations de sa mère. La fille de Yon, au contraire, commence à pleurer dès la première aspersion d'eau et ne s'arrête véritablement qu'une fois emmaillotée, quelque quatre minutes plus tard. Ses mouvements, vifs et saccadés, manifestent une certaine détresse et des tentatives d'évitement de l'inconfort au contact de l'eau. Sian participe à l'interaction par plusieurs tentatives d'agrippement au bras de sa mère. Le regard de Fui sur la main de son petit garçon montre qu'elle les remarque. Quelques secondes plus tard, pour libérer ses propres mouvements, Fui maintiendra le bras de l'enfant écarté le temps de la toilette de l'aisselle [1D] avant de le rabattre sur sa poitrine dans une posture d'autoréconfort qu'il ne garde pas. On constate des mouvements similaires et une gestuelle semblable pour la toilette de la fille de Yon, les tentatives d'agrippement de l'enfant restant cependant, dans ce cas, moins nombreuses. Les pieds de Sian sont mobiles tout le temps qu'il est en position allongée, avec là aussi quelques tentatives de prise d'appui sur les pieds en flexion de sa mère, moins nombreuses chez la fillette dont les membres ont plus tendance à se raidir. Le geste de Fui visant à saisir les deux pieds de son fils dans une seule main pour les réunir rappelle celui précédemment évoqué du bras vers la poitrine, on l'observe aussi chez Yon [2N]. Fui ne parle pas du tout à son fils, ses seules paroles, rares, sont adressées à des tiers et consistent en des instructions pour obtenir de l'aide. Bien que Sian se montre très tranquille, d'ailleurs il se rendort presque immédiatement après sa toilette, l'objectif recherché n'est ni l'interaction, ni le plaisir. Cependant, le temps qui sépare le déshabillage de la première aspersion, quand l'enfant repose encore sur les cuisses de sa mère et face à elle, donne lieu à quelques caresses de Fui qui relèvent nettement du câlinage. Pareillement, une fois la toilette terminée et l'enfant emmailloté, sa mère le regarde attentivement et lui caresse la tempe.

Le regard de Yon est plus dispersé que celui de Fui. La jeune femme est distraite par l'arrivée de plusieurs personnes, dont quelques enfants et une amie de même âge qui l'assistent pendant la toilette et avec lesquels elle a plusieurs échanges verbaux. Cependant, elle est aussi plus tendue vers l'enfant qu'elle fixe intensément, sans pourtant jamais croiser son regard, perdu dans le vide. Ses gestes de tendresse sont aussi plus nombreux que ceux de Fui, ils se portent sur le visage en début de toilette (2H et I, comme dans la toilette de Sian), et sur les pieds, dont la forme est commentée avec l'autre jeune femme, après le rhabillage [2X]. Cette dernière participe d'ailleurs à ces contacts tactiles avec le nourrisson, grattant une oreille, ajustant un vêtement, jouant avec ses orteils. Il faut également noter que Yon est plus gênée que Fui par l'enregistrement vidéographique ainsi que le montrent

des rires d'embarras, des demandes n'ayant pas de rapport avec l'action en cours (comme le souhait qu'on m'apporte un tabouret) ou les regards insistants avec lesquels elle me fixe à la fin de la toilette avant de me signifier verbalement que c'est fini et que cela suffit. D'autre part, la fillette est son premier enfant et ses gestes sont plus hésitants que ceux de Fui. Enfin, le nourrisson, quoique légèrement plus âgé que Sian, est plus chétif et la toilette se déroule dehors où l'air est plus frais qu'à l'intérieur, ce qui contribue à expliquer son inconfort.

Le froid est aussi ce qui explique les pleurs de Nang Noy et de Nyae dans les toilettes suivantes. L'interaction des fillettes avec leur mère ne repose plus autant sur le contact physique, Ouan ne servant plus de support à leur corps. Elle n'est pas non plus principalement visuelle : les regards de Ouan et de ses filles ne se croisent pas et ne sont qu'occasionnellement tendus dans la même direction [3K ; 4K et L]. La parole, en revanche, prend plus de place. Dans les deux toilettes, Ouan s'adresse à ses filles pour les inciter à s'arrêter de pleurer. Avec Nang Noy, la parole accompagne une action, répétée à deux reprises au cours de la toilette, et visant à capter l'attention de l'enfant pour la distraire [3C] : Ouan utilise, la première fois, un récipient de plastique avec lequel elle puise de l'eau puis la reverse dans la bassine. La deuxième fois, elle tapote la surface de l'eau du plat de la main. Ouan accompagne ses gestes d'un encouragement verbal : « Fais le ! Fais le ! ». L'enfant n'interrompt ses pleurs que très brièvement. Dans cette séquence, c'est en fait l'arrière-grand-père paternel de l'enfant (hors champ dans les images fixes), Eng, qui réussit le mieux à capter l'attention de Nang Noy. On la voit d'ailleurs regarder dans sa direction [3F et L]. Eng ne prononce pas de paroles, mais se livre à des vocalises apaisantes. Nang Noy n'établit quant à elle quasiment pas le contact avec sa mère. La résistance que la fillette offre à la toilette reste essentiellement vocale : elle ne cherche ni à sortir de la bassine, ni à s'agripper à sa mère, et se montre, à une exception près, au moment où Ouan la relève [3Q], plutôt docile ainsi qu'on peut l'observer sur la plupart des images où seul son visage est mobile, sa posture variant à peine. Nang Noy ne cherche activement le réconfort que quand sa mère la prend dans ses bras à la fin de la toilette [3U], et ne le trouve complètement qu'à travers l'allaitement [3V].

En ce qui concerne Nyae, le contact visuel entre la mère et l'enfant est tout aussi réduit, mais les paroles de Ouan sont plus élaborées. Celle-ci s'adresse à plusieurs reprises à sa fille pour lui signaler qu'elle est filmée et l'encourager à cesser de pleurer. Elle ne rencontre cependant aucun succès. Le stratagème de distraction utilisé avec Nang Noy est reconduit selon d'autres modalités : Ouan a enlevé une poussière des cheveux de sa fille et la lui montre, commentant ses gestes. Nyae entre dans le jeu pour quelques brèves secondes. Les moments d'attention conjointe sont cependant plus

nombreux que pour la toilette de Nang Noy, par exemple lorsque Nyae observe attentivement les gestes de sa mère lui nettoyant les pieds [4K et L] ; comme sa sœur cadette, elle participe très peu à sa toilette, hormis pour courber la tête sous le jet d'eau de rinçage [4M].

L'attitude des fillettes ne perturbe pas leur mère qui ne précipite pas ses mouvements et n'abrège pas la toilette. Ouan veille cependant, plus que les mères des nourrissons ne le font, à ouvrir des plages de plaisir et de jeu à ses filles. La faible participation des fillettes n'est pas représentative des situations de toilette des enfants de cet âge en général, elle témoigne principalement d'un inconfort circonstancié lié au froid.

L'analyse de ces toilettes de jeunes enfants dans l'environnement domestique contribue à montrer les différentes articulations possibles entre des objectifs visant à la purification et/ou au nettoyage, à la promotion de la vitalité et/ou à la préservation de la santé. Nous avons pu voir que les personnes maternantes jouent sur une gamme étendue de possibles alliant diversement des ingrédients tenant à l'environnement (intérieur, extérieur, maison, rivière…), à la présence ou non d'artefacts (bassine, verseur, savon), et surtout aux différents usages de leur corps dans ses positions, ses gestes, sa vocalité, ses regards. L'assemblage de ces ingrédients de la toilette est à la fois coutumier, transmis et soumis au contexte : à l'âge, au rang de naissance, à la santé et à l'humeur de l'enfant, ou encore à la température extérieure. Dans les quatre toilettes décrites, l'attention du parent se focalise sur les bons gestes à accomplir pour raffermir, purifier, soutenir et simplement laver l'enfant, plus que sur la qualité affective ou ludique de l'interaction. Cependant, à d'autres moments, en d'autres circonstances et en général pour des enfants autour de l'âge de Nyae, le jeu et le plaisir sont des composantes de la toilette.

Par ailleurs, alors que ces toilettes restent peu spectaculaires si on les compare aux toilettes indiennes ou africaines, leur enregistrement vidéographique a permis de repérer le développement de séquences gestuelles typiques, en particulier sur le visage, les plis et les orifices, et, pour les plus grands, les pieds. On notera ainsi la vigueur particulière prêtée au nettoyage du visage avec une spécialisation des positions et des mouvements des mains pour les toilettes des yeux, des oreilles, des narines et de la face dans son ensemble. Ces gestes tracent les contours de zones qui continueront à faire l'objet des soins les plus attentifs à l'âge adulte.

En comparaison, la toilette des parties génitales, sur la saleté desquelles le discours est pourtant insistant, est et restera succincte, discrète. Les extrémités, crâne et pieds, sont également distinguées par un traitement « à part ». Chez les nourrissons, elles reçoivent une attention particulière en début de toilette pour le crâne et en fin de toilette pour les pieds. Lavés mais sans

insistance, ceux-ci sont plutôt investis affectivement, espaces corporels où se concentrent les marques de tendresse. Chez les enfants en âge de marcher, comme pour Nyae, le crâne est lavé en premier et les pieds sont consciencieusement et longuement frottés vers la fin de la toilette.

L'ensemble des contacts, des manipulations, des interactions générés au cours des toilettes participent sans doute à la formation de cette certitude que nous avons d'« habiter notre corps », pour reprendre une formulation utilisée aussi bien par le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott (1999 [1948]) que par Petit et Berthoz (2006) dans le contexte d'une exploration des liens entre phénoménologie et physiologie de l'action. Cette expression, dont l'origine se situe dans la pensée occidentale en dehors de toute référence à des contextes autres, résonne cependant assez bien avec les conceptions t'ai dam de personnes dont les composantes vitales, principes vitaux et enveloppes, sont dédoublés et multisitués.

Ainsi, par la multiplicité des sollicitations qu'elle engendre : olfactives, visuelles, auditives, mais aussi et surtout tactiles, vestibulaires et proprioceptives, la toilette contribue largement à délimiter dans le vécu de l'enfant des espaces corporels distincts, diversement investis dans les rapports à son corps propre, à autrui et à l'environnement, engagés aussi bien dans les postures que dans le mouvement. Or, nous l'avons vu, les modalités de la toilette sont éminemment variables et variées, liées au contexte ; il y a donc de fortes chances pour qu'elles participent de la modularité des « images du corps » et des « schémas corporels[1] » convoqués dans l'action. Les expériences de toilette à la rivière, qui concernent les enfants en âge de marcher,

1. Neurologues et psychologues se sont penchés, depuis le début du XX^e^ siècle (voir notamment Head et Holmes, 1911 ; Schilder, 1999), sur les notions d'« image du corps » et de « schéma corporel » . Bien que les deux expressions aient depuis fait l'objet d'un usage aussi bien inflationniste que flou (voir par exemple ce qu'en dit Parlebas, 1999, p. 318), leurs significations respectives, que tendent à valider les travaux récents en neurologie (voir Paillard, 1999), avaient été fixées dès l'article séminal de Head et Holmes. Selon ces auteurs, l'« image du corps *(body image)* […] qu'elle soit visuelle, tactile ou motrice [reflète] le contenu de ces informations relatives au corps dans l'expérience » (traduction de Paillard, 1973, p. 245), alors que le « schéma corporel » est un « standard auquel sont rapportés les changements de posture, avant qu'ils n'entrent dans le champ de la conscience » (traduction de Honoré et coll., 2001). Le premier concept renvoie donc, pour reprendre la formulation de Schilder (1999, p. 11), à l'« image de notre corps que nous formons dans notre esprit, c'est-à-dire la manière dont notre corps nous apparaît à nous même » (ma traduction). Cette image du corps est dotée, selon ce même auteur, d'un contenu à la fois physiologique, libidinal et social. Le schéma corporel, en revanche, renvoie à un contenu plus exclusivement neurologique et physiologique et est surtout utile pour penser les ressorts inconscients du mouvement et de l'action ; c'est cette acception qui a récemment fait l'objet d'une reformulation par certains chercheurs dans les termes de « modèle interne » (voir Petit, 2003 ; et Berthoz et Petit, 2006, pour une critique de ce concept). Image du corps *et* schéma corporel (ou modèle interne) semblent partager une dimension apprise, qui est celle qui nous intéresse ici : « Ils peuvent aussi être constitués par l'activité, le jeu, l'expérience, l'apprentissage pendant l'ontogenèse ou même, plus tard, l'apprentissage d'un métier » (Berthoz et Petit, 2006, p. 186). Tous deux servent par ailleurs aux personnes à agir en relation aux autres, aux objets et à l'espace.

visent moins que ces dernières à produire des corps fermes, vigoureux et sains, et ont plus à voir avec l'inscription corporelle de la sexuation et d'une sociabilité largement fondée sur les rapports de genre.

Sans entrer dans le détail de ses toilettes ultérieures, de ce qu'elles fondent et selon quelles modalités, je souhaiterais conclure cet article en revenant sur une dimension essentielle de la corporéité t'ai dam (largement partagée par les populations du groupe tai-kadai) telle qu'elle est symbolisée et vécue. Ce qui organise, en effet, un rapport au corps propre, au corps d'autrui et plus largement à l'espace, est la hiérarchie entre la tête et les pieds, l'amont et l'aval. Tête et amont se situant au plus haut et étant les plus valorisés dans cette hiérarchie, les pieds et l'aval, à l'inverse, au plus bas et les moins valorisés. Les toilettes des tout-petits décrites ci-dessus inscrivent déjà, dans un traitement différencié, cette distinction de la tête et des pieds, mais on la voit socialisée et symbolisée chez des enfants encore très jeunes, dans des toilettes jouées et dans des jeux.

Bibliographie

Berthoz, A. ; Petit, J.-L. 2006. *Phénoménologie et physiologie de l'action*, Paris, Odile Jacob.

Head, H. ; Holmes, G.M. 1911. « Sensory disturbance from cerebral lesions », *Brain*, n° 34, p. 103-254.

Paillard, J. 1999. « Body schema and body image. A double dissociation in deafferented patient », dans G.N. Gantchev, S. Mori, J. Massion, *Motor Control. Today and Tomorrow*, Academic Publishing House, p. 197-214.

Parlebas, P. 1999. *Jeux, sports et sociétés. Lexique de praxéologie motrice*, Paris, INSEP Publications.

Petit, J.-L. 2003. « Repenser le corps, l'action et la cognition avec les neurosciences », *Intellectica*, n° 36-37, p. 17-45 [en ligne].

Schilder, P. 1999. *The Image and Appearance of the Human Body. Studies in the Constructive Energies of the Psyche*, Londres (UK), Routledge.

Winnicott, D.W. 1999. *L'enfant, la psyché et le corps*. Paris, Payot.

Annexes

Planche 1

Planche 2*a*

Planche 2*b*

Planche 2*c*

Planche 3*a*

Planche 3*b*

Planche 3*c*

Planche 4*a*

Planche 4*b*

Présentation des auteurs

Rose-Angélique Belot est maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, université Bourgogne-Franche-Comté, laboratoire de psychologie EA3188.

Anne Boisseuil est psychanalyste, psychologue clinicienne. Elle enseigne à l'université Nice-Sophia Antipolis. Elle a coécrit, avec Rosine Debray, *La psychosomatique du bébé*, Paris, Puf, 2008.

Céline Bonnet, sage-femme, est formatrice pour adultes ; outre une activité libérale, elle enseigne à l'école de sages-femmes de Besançon. Elle est titulaire des DU Pédagogie perceptive spécificité, Gymnastique sensorielle périnatale, et Statique pelvienne et urodynamique.

Magalie Bonnet est maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, université Bourgogne-Franche-Comté, laboratoire de psychologie EA3188.

Anna Bourgeois-Richard, pédopsychiatre, chef de service au centre hospitalier Le Vinatier (Lyon), est également professeure associée à l'Université de Sherbrooke, Québec, au Canada où elle a exercé. Elle participe activement aux projets de recherche de l'ONG Soutien pour l'enfance en souffrance (SPES) Haiti (Sherbrooke), où elle a dirigé une recherche humanitaire sur le dépistage du stress post-traumatique chez les enfants, à Léoghane, après le séisme de 2010 (projet de feu le docteur Yves-Marie Mérat).

Marielle Buravand Jaën, sage-femme, est formatrice pour adultes. Outre une activité libérale en cabinet, et plateau technique de la maternité du centre hospitalier de Brignoles (83), elle est titulaire des DU Pédagogie perceptive spécificité, Gymnastique sensorielle périnatale, et Éthologie clinique de l'attachement et des systèmes framiliaux, université de Toulon.

Muriel Chauvet est psychomotricienne en périnatalité (consultation du centre Alfred Binet, association de la santé mentale 13, Paris) et en cabinet libéral (Paris 12). Elle pratique le bilan sensori-moteur et l'approche sensori-motrice

André Bullinger. Elle est membre et formatrice de l'association des praticiens du bilan sensori-moteur André Bullinger et de l'Institut de formation André Bullinger.

Natacha Collomb est anthropologue, chercheuse au CNRS (Centre Norbert Élias, UMR 8562). Après avoir longtemps travaillé sur la toute petite enfance au Laos, elle explore le terrain de la psypérinatalité en France. Elle a récemment rendu accessible, en le traduisant, un classique de l'anthropologie de la parenté, *A Critique of the Study of Kinship,* de David M. Schneider.

Marie Couvert est psychanalyste, psychologue clinicienne. Elle exerce à l'unité parents-bébé du centre médical pédiatrique Clairs-Vallons (Ottignies, Belgique), au centre médical E. Cavell à Bruxelles, et en cabinet libéral. Elle enseigne à l'Institut supérieur de formation sociale et de communication de Bruxelles.

Sonia De Martino est ingénieur de recherche linguiste au centre ressources autisme (CRA) de la région PACA. Elle a mis en place au sein du CRA, en partenariat avec le Centre d'observation du langage oral et écrit (COLOE), des ateliers visant la remédiation des troubles en pragmatique du langage chez des enfants et les adolescents avec trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Équipe soignante de l'UPB d'Avignon-Montfavet : Aude Lefèvre est psychologue clinicienne à l'unité parents-bébé (docteur Catherine Saugues) du pôle de pédopsychiatrie (docteur Christine Bonnauron) au centre hospitalier de Montfavet-Avignon (Vaucluse) ; elle est formatrice pour l'ARIP ; Caroline Monin : psychologue clinicienne, psychanalyste ; Florence Mairey : puéricultrice ; Jessica Ramos : infirmière ; Jeanne-Élisabeth Prévot : psychomotricienne ; Trine Saupic : infirmière ; Audrey Peyric : infirmière ; Nathalie Aroca : puéricultrice ; Lucie Charial : psychologue clinicienne, psychanalyste ; Nada Benjaber : éducatrice spécialisée.

Lucie Galdon est pédopsychiatre, praticien hospitalier dans le service de pédopsychiatrie du professeur Sylvie Nezelof, centre hospitalier régional universitaire de Besançon.

Ghada Hatem-Gantzer est obstétricienne à la maternité de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis dans le département de Seine-Saint-Denis.

Romuald Jean-Dit-Pannel est psychologue clinicien-psychothérapeute, docteur en psychopathologie psychanalytique de l'université Paris-Ouest, maître de conférences à l'université de Bourgogne-Franche-Comté, laboratoire de psychologie (EA 3188), Besançon.

Fabien Joly est psychomotricien, psychologue clinicien, psychanalyste, directeur de collection aux éditions In Press et président de l'association « Corps et psyché ».

Marie-Christine Laznik est psychanalyste d'adultes et des bébés (détection de risque d'autisme chez des bébés à 4 mois) et auteur des signes de la grille dite PREAUT (Plos One). De par son investissement dans les prises en charge transdisciplinaires, elle est auteure du livre *Un psychanalyste avec des parents et trois enfants autistes se mettent à parler* (érès, 2014).

Denis Mellier est professeur de psychologie clinique et psychopathologie, directeur du laboratoire de psychologie EA 3188, université de Bourgogne-Franche-Comté, coprésident de la WAIMH-France. Ses travaux portent en particulier sur l'enfant en crèche et sur la grand-parentalité. Il est notamment l'auteur de *L'inconscient à la crèche* (érès, 2004, constamment réédité).

Sylvain Missonnier est professeur de psychopathologie clinique de la périnatalité et de la première enfance à l'Institut de psychologie de l'université René-Descartes, laboratoire de psychologie clinique et de psychapathologie (EA 4056). Psychanalyste SPP, il est l'auteur de nombreux articles et ouvrages dont *Clinique des métamorphoses* (érès, 2020) www.rap5.org

Lynne Murray est professeure de psychologie, université de Reading (Grande-Bretagne).

Caroline Pelabon est psychanalyste, membre d'Espace analytique. Analyste d'adultes et d'enfants déjà expérimentée, elle décide de se spécialiser dans la prise en charge psychanalytique des bébés à risque d'autisme. Elle filmera tout ce traitement et c'est elle qui écrit la majeure partie du travail effectué par Marie-Christine Laznik, qui l'a relu et corrigé. Ce cas lui a servi pour son master recherche à Paris.

Dominique Pluche Galmiche est psychologue clinicienne dans le service de pédo-psychiatrie du centre hospitalier de Novillars, dans le Doubs.

Véronique Rey est professeur des universités, linguiste à Aix-Marseille Université. Ses recherches portent sur les pratiques langagières et leurs transmissions en milieu scolaire et en milieu hospitalier. Elle coordonne le groupe de recherche Voix, au sein du Centre d'observation du langage oral et écrit (www.cole.fr). Elle a coécrit des ouvrages concernant la transmission du langage en milieu scolaire : *Voix et gestes professionnels. La fonction patrimoniale du langage* (Retz, 2017) et *La détresse langagière* (Presses universitaires de Provence, 2013).

Joëlle Rochette-Guglielmi est docteur en psychologie et psychopathologie clinique, enseignant chercheur associée au Centre de recherche en psychologie et psychopathologie clinique, EA 653, université Lumière Lyon 2, ex-maître de conférences associée, psychanalyste (SPP). Elle est engagée depuis plus de trente ans dans la clinique en institution auprès des parents et des bébés. Elle revendique d'être passée par les pouponnières, les centres maternels, les crèches, la prise en charge ambulatoire parents-bébé, l'exercice des thérapies de la dyade, la psychiatrie de l'adulte.

Christina Romain est maître de conférences habilitée à diriger des recherches à Aix-Marseille université (AMU) en sciences du langage et appartient au laboratoire Parole et langage (unité mixte de recherche 7309 CNRS). Elle participe au questionnement des enjeux de la fonction patrimoniale du langage et de ses liens avec le développement du langage oral, mais aussi avec le climat de classe et plus spécifiquement la montée en tension verbale en classe (V. Rey). Coauteure d'ouvrages concernant la transmission du langage en milieu scolaire : *Voix et gestes professionnels. La fonction patrimoniale du langage* (sous la direction

de Véronique Rey, Retz, 2017) et *La détresse langagière* (avec Véronique Rey et Corinne Gomila, PUP, 2013).

René Roussillon est un psychanalyste, psychologue et professeur émérite de psychologie à l'université Lumière Lyon 2, membre de la Société psychanalytique de Paris.

Céline Schnepf est metteure en scène de compagnie « Un château en Espagne » www.unchateauenespagne.com

Agnès Segura est psychologue clinicienne-psychothérapeute en centre médico-psycho-pédagogique et en exercice libéral, docteure en psychologie clinique, laboratoire de psychologie EA3188, université de Besançon.

Delphine Vennat est docteure en psychologie clinique, laboratoire de psychologie EA3188.

Margot Violon est psychologue clinicienne, docteure en psychologie (laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS, EA 4057), université de Paris. Elle a une activité clinique et de recherche centrée sur la petite enfance et la périnatalité, et s'intéresse plus particulièrement à la professionnalisation des soins apportés aux jeunes enfants accueillis en structure d'accueil, ou au domicile des assistantes maternelles en journée ; elle a mené des études sur la mise en pratique de la référence en crèche et en pouponnière et a participé à la validation francophone de plusieurs outils issus de la théorie de l'attachement.

Jaqueline Wendland est professeure des universités (université de Paris) et psychologue clinicienne à l'unité petite enfance et parentalité Vivaldi, pôle du professeur David Cohen, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris. Elle dirige le DU Psychologie et psychopathologie de la parentalité. Elle exerce comme psychologue clinicienne depuis plus de vingt à l'unité « Vivaldi ». Elle est consultante dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant auprès de l'OMS et de l'UNICEF. Elle est membre de la Commission de valorisation de la première enfance et culture de la paix du Sénat fédéral brésilien.