

Souffrances précoces



Denis MELLIER Joëlle ROCHETTE J-Annick SIMON

Tribune à Roland Gori "Les troubles expertises de l'Inserm en santé mentale"

Infos Coriolan de William Shakespeare

Interview de Christiane JOUBERT à propos de "Cinq paradigmes cliniques du vieillissement"

3,30 €

Roland GORI Les troubles expertises de l'Inserm en santé mentale

Le collectif « pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans » a lancé une pétition qui a recueilli à ce jour près de 200 000 signatures. Nous avons depuis organisé des réunions scientifiques et des débats citoyens, nous avons publié un ouvrage¹, organisé un colloque², et rencontré le Ministre de la Santé, comme les parlementaires de tous bords politiques. Cette mobilisation sans précédent des professionnels de l'enfance et des parents s'est révélée comme une opposition civile aux dérives *scientistes* des « experts » et à l'instrumentation idéologique des résultats contestables de leurs études. Les promoteurs du chantier gouvernemental de la prévention de la délinquance ne s'y sont d'ailleurs pas trompés en se référant de manière incessante à ce rapport d'expertise pour défendre les dispositions *sécuritaires* de leur projet. Les « experts » ont eu beau protester quant au « détournement » idéologique de leurs « travaux », il convient de se demander si la manière dont ils ont traité la question ne contenait pas déjà en elle-même ce risque. En se basant sur une classification américaine utilisée à des fins épidémiologiques, les experts font de la mauvaise conduite et de la turbulence des très jeunes enfants un facteur prédictif de la criminalité et de la délinquance. Sans devoir entrer dans le détail de cette expertise, il nous faut néanmoins souligner qu'elle débouche sur des « recommandations » incitant à la surveillance des enfants, au dépistage très précoce de leurs écarts de conduite, à leur prise en charge médicale par des thérapies cognitivo-comportementales et par des psychotropes. Indirectement, l'étude participe à la *stigmatisation* de certains milieux sociaux défavorisés, et plus directement à la *normalisation* des recherches et des pratiques en santé mentale sur le modèle spécifiquement anglosaxon.

L'expertise de l'Inserm confond systématiquement la prévention médicopsychologique et la prédiction des déviations sociales. Elle surmédicalise la souffrance psychique et méconnaît les facteurs sociaux et environnementaux. Elle biologise l'humain et naturalise tout autant le psychisme que les inégalités sociales.

Il convient tout d'abord de remarquer que cette expertise de l'Inserm n'est pas isolée et contingente. Elle s'inscrit dans la politique de ces expertises collectives soucieuses d'annexer ces dernières années le champ de la santé mentale avec les moyens, les méthodes et les concepts des sciences biomédicales. En soi ce dispositif n'est déjà pas neutre, et on pourrait légitimement se demander s'il ne vient pas démontrer aujourd'hui les hypothèses avancées en son temps par Michel FOUCAULT sur le « biopouvoir », et leurs vocations politiques à participer à des formes de gouvernementalité des conduites sociales.

Nous sommes ici face à une *politique épistémologique et idéologique* de l'Inserm dont la cohérence et la consistance se déduisent des références nord-américaines soutenues dans les milieux universitaires en France par les partisans d'une psychologie cognitivo-instrumentale mais refusés par la grande majorité des praticiens de santé mentale.

La critique massive de cette dernière expertise par des scientifiques et des médecins renommés, notamment le Président du Comité Ethique de l'Inserm et le Président du CCNE³, a révélé au grand jour les défauts de ce rapport, et sa tendance à se transformer en rhétorique de propagande au profit des outils de diagnostics et des traitements nord-américains. Or comme la presse internationale l'a rappelé, aux Etats-Unis les laboratoires pharmaceutiques ont été les premiers bénéficiaires de ce type de dépistage, et les experts qui ont contribué à construire depuis 25 ans les

« nouveaux » outils de diagnostic (DSM III et DSM IV) avaient, pour une majorité, des liens étroits avec les industries de santé.

Cette dernière expertise (2005) s'inscrit donc dans une ambition de l'Inserm d'évaluer « scientifiquement » les recherches et les pratiques de santé mentale⁴, et de normaliser les « pys » qui les mettent en œuvre. La même logique prévaut dans toutes ces expertises : « surmédicaliser » les souffrances psychiques et sociales en les plaçant sous la tutelle théorique et méthodologique des modèles animaux et expérimentaux.

Avec la dernière expertise, les promoteurs de ce type de recherches et de pratiques psychiatriques sont allés trop loin. On connaît aujourd'hui les effets Pygmalion de ce type d'« annonce » et de dépistage psychiatrique, ainsi que les dangers encourus par les abus et les mésusages dans les traitements par antidépresseurs et par psychostimulants des « troubles » de l'enfant et de l'adolescent. L'expertise, comme le projet de prévention de la délinquance qui s'en inspire, méconnaissent systématiquement le travail de terrain et le *savoir clinique* précieux qui s'en déduit. Mieux, les experts prônent la normalisation de ces pratiques et de ces praticiens de terrain que manifestement ils ne connaissent pas, dont ils n'ont pas le métier. Là encore, le diagnostic se trouve dissocié de la prise en charge préventive et thérapeutique dans laquelle il s'inscrit.

Alors pourquoi de telles recherches sont-elles encouragées ? Pourquoi émergent-elles avec insistance de la « niche écologique » de notre culture ? Pourquoi la notion « molle » et « flexible » de « troubles du comportement » s'est-elle substituée en 1980 (DSM III) aux catégories psychopathologiques traditionnelles (névrose, psychose et perversion) ?

Plus que jamais la médecine, la psychiatrie et la psychologie se révèlent, *aussi*, comme des pratiques de contrôle social participant toujours davantage au gouvernement des conduites. Les souffrances psychiques et sociales se révèlent solubles dans l'expertise des comportements dont on doit toujours davantage vérifier férocement et précocement les écarts. En psychiatrie adulte, cela se nomme une « clinique des gens fragiles ». En pédopsychiatrie un tel dépistage précoce dissocie le diagnostic du soin, tend à participer à une vidéosurveillance des enfants et à une pharmacovigilance de leurs comportements. Le *sujet éthique* que construit cette éducation sanitaire des mœurs invite l'individu à s'autocontrôler, à s'autogouverner et, à défaut, à se trouver très tôt assisté par des experts chargés d'améliorer son taux de rentabilité comportementale. De telles procédures de normalisation sociale participent du *désaveu* complet de la part que l'environnement prend à produire de la déviance. Nul besoin de soigner quand la maintenance sociale suffit et que le médecin ou le psychologue deviennent des experts en conduites. C'est alors que la santé devient « totalitaire »⁵.

Roland GORI, Psychanalyste, Professeur de Psychopathologie clinique à l'Université d'Aix-Marseille I

¹ *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans !*, ouvrage collectif, Erès, Toulouse.

² Colloque organisé par le collectif de Pas de 0 de conduite, « Tout le monde aura été prévenu », Paris le 17 juin 2006.

³ « L'expertise médicale otage de l'obsession sécuritaire » Jean-Claude AMEISEN et Didier SICARD, *Le Monde* du 23 mars 2006.

⁴ 2002, « Troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent », 2004, « Psychothérapies, trois approches évaluées », 2006, « Autopsie psychologique », etc.

⁵ Roland GORI, Marie-José DEL VOLGO, 2005, *La Santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence*, Dénœl, Paris.

sommaire

Interview de Denis MELLIER
concernant son dernier ouvrage
Les bébés en détresse

Entre la naissance et le quarantième
jour, prévention et traitement des
souffrances dans le post-partum
immédiat
Joëlle ROCHETTE

Travail "Psy" dans un service
de néonatalogie
J-Annick SIMON

Infos
Coriolan de William Shakespeare
au TNP

Abonnements

Rubrique
Interview de Christiane JOUBERT
à propos de l'ouvrage
*Cinq paradigmes cliniques
du vieillissement*

édito

Nous consacrons ce dossier de rentrée aux cliniques des souffrances précoces, celles qui précèdent la capacité des sujets à formuler une demande d'aide et, en-deçà, à se représenter leur état de détresse psychique. Dans ces configurations spécifiques, l'émotion est au premier plan, en quête d'adresse. La place du psychologue dans ces services est dès lors à construire, à « trouver-crée », dans un contexte où elle n'a pas classiquement été sollicitée... On pressent donc combien la capacité de celui-ci à se trouver affecté et à y survivre va être mis à l'épreuve, longuement, avant qu'une délimitation psychique et une vectorisation des relations ne puisse commencer à s'esquisser.

Pour introduire le dossier vous trouverez une interview de Denis MELLIER qui nous parle de son dernier ouvrage paru aux PUF et intitulé *Les bébés en détresse*. Joëlle ROCHETTE traite ensuite du moment de crise plus ou moins aigu qui peut suivre la naissance d'un enfant au sein d'un couple, et présente un dispositif spécifique d'accompagnement psychique et social en PMI. Enfin J. Annick SIMON nous livre un témoignage de sa pratique en néonatalogie, lieu chargé en émotions, où vie et mort s'entremêlent intimement.

En rubrique, vous trouverez la seconde partie de l'interview concernant l'ouvrage *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement* dirigé par Jean-Marc TALPIN. Christiane JOUBERT pour ce numéro, a accepté de répondre à nos questions concernant le chapitre « Paradigme familial et du lien » qu'elle a co-écrit avec Pierre CHARAZAC.

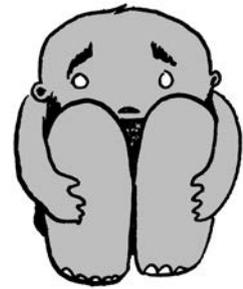
Bonne lecture à tous.

Anne-Claire FROGER



Souffrances précoces

Interview de Denis MELLIER concernant son dernier ouvrage *Les bébés en détresse*



Canal Psy : Tout d'abord je souhaitais vous remercier pour cet ouvrage qui se révèle être un outil fort appréciable pour les jeunes psychologues dont je fais partie, qui sont amenés à se trouver confrontés à ces situations où la demande est diffuse, le cadre peu défini, et la mise à l'épreuve du travail sur son contre-transfert non négligeable... La première vignette que vous exposez en introduction, et à partir de laquelle vous définissez la problématique qui est le fil conducteur de cet ouvrage, donne d'entrée de jeu le ton qui sera le vôtre au fil des pages. Elle nous permet de suivre le cheminement de votre réflexion, à partir de son ancrage dans les situations cliniques inconfortables que les cliniciens sont amenés à rencontrer et à vivre, souvent au moment même où ils sont le moins expérimentés et étayés. Qu'est-ce qui vous a amené à travailler sur ces cliniques où la souffrance entrave la possibilité d'adresser une demande à un tiers ?

Denis MELLIER : Je pense que ce sont mes premières expériences de psychologue. Je me suis trouvé en effet dans des situations où j'étais au carrefour de différentes demandes, peu claires voire contradictoires. J'ai commencé à travailler en crèche. Les bébés ne s'adressent pas directement à nous..., les personnes de l'équipe ou leur parents portent leur demandes. Mais il y avait aussi la demande d'une directrice pour son personnel, celle d'une puéricultrice pour une personne de l'équipe ou un parent, sans compter la propre perception que j'avais de bébés en souffrance ou de l'administration qui me demandait d'aller voir telle ou telle crèche etc. Parfois, il fallait voir les parents car « ils avaient des problèmes », parfois il ne fallait pas que je les approche, c'était « chasse gardée » ! A l'époque où j'ai débuté, ce n'était pas une pratique très courante, on n'en parlait pas tellement à l'université.

Ensuite, au fil du temps, il m'a semblé que cette situation pouvait être paradigmatique des différents lieux où comme en crèche la tâche primaire de l'institution n'est pas la psychothérapie. Comment aborde-t-on dès lors la demande dans les institutions édu-

catives, rééducatives, médicales, sanitaires, sociales ou judiciaires ? Comment également « faire de la prévention » alors que le clinicien ne peut travailler que sur une souffrance bien présente et non à venir, hypothéquée ? Les cliniciens sont pourtant de plus en plus présents dans ces lieux. Cette question de la demande méritait d'être travaillée de front pour penser la souffrance, les symptômes, la place et le positionnement du clinicien.

C. P. : Vous décrivez le travail du psychologue clinicien en institution comme un travail de symbolisation primaire, que souhaitez-vous souligner ici ?



D. M. : Les terrains institutionnels sont envahis par des souffrances qui ne sont pas forcément adressées à un autre. On retrouve alors dans la clinique des processus tels que les clivages, l'identification projective, le déni, le dépôt, la somatisation, pour ne citer que les plus courants et les plus massifs. Je pense qu'ils pointent l'existence d'un registre très archaïque où la psyché est peu différenciée de ses étayages tant somatiques que groupaux ou sociaux. C'est à ce niveau que René ROUSSILLON développe la question d'une symbolisation primaire. Dans ce contexte, il y a très spécifiquement un positionnement

clinique à travailler, on ne dispose pas d'un cadre qui contiendrait déjà l'ensemble des problématiques archaïques, au sens où l'évoque BLEGER. Ces éléments, qui sont en appel d'être déposés, transitent alors sur un sujet, sur un autre, sur un espace ou sur un autre, au sein de l'institution. Tant qu'il n'y a pas un cadre psychique en tant que tel de construit, on ne peut pas les travailler de face. Préalablement il faut œuvrer à la construction de liens au sein d'un appareillage psychique, groupal, d'équipe, qui pourra permettre dans un second temps d'aller plus loin, dans l'efficacité d'un dispositif.

L'institution recueille, qu'elle le veuille ou non, l'ensemble des problématiques des patients et des personnes qui la constituent. Je crois qu'on a beaucoup privilégié une certaine névrosation de la problématique institutionnelle au détriment de ses enjeux narcissiques. Le registre de l'archaïque infiltre tous les processus du langage.

C. P. : Vous soulignez que dans ce registre des souffrances primitives, le sujet ne se sent pas nécessairement souffrant, au contraire de son entourage. Comment le psychologue peut-il être amené à intervenir dans ce contexte d'absence de demande du sujet ?

D. M. : Le terme de « primitif » est directement en rapport avec les relations primitives et les « agonies primitives » que décrit WINNICOTT et qui caractérisent les relations unissant la mère et l'enfant avant que celui-ci n'ait conscience de la séparation. Le tout-petit ne différencie pas toujours ce qu'il peut ressentir de ce que sa mère elle-même peut ressentir. Une souffrance va alors d'autant plus abraser le peu de différenciation qui existe entre eux. Je ne crois pas que le bébé soit une masse indifférenciée, bien au contraire, tous les travaux nous montrent qu'il existe très tôt pour lui des processus de différenciation. Mais quand surgissent des événements trop douloureux, ces modalités d'être en lien avec l'extérieur peuvent disparaître, et du coup la conscience qu'il peut avoir de lui par rapport à l'autre fait défaut. Qui va alors être le

porte-parole de ces souffrances du bébé, mais également des adultes qui peuvent se trouver dans un état psychique similaire? Qui va pouvoir adresser une demande de soin sinon quelqu'un d'autre ? Il en va d'ail-

Dans ces voies pathologiques pourtant si différentes, il y a un même point commun, une détresse très profonde, l'atteinte du sujet dans la conscience de sa subjectivité, du sens de son existence

leurs ainsi avec la schizophrénie où le sujet généralement n'arrive pas à exprimer sa souffrance ni une demande de soin; mais que penser des troubles liés à la psychopathie, au somatique ou à la détresse sociale ? Dans ces voies pathologiques pourtant si différentes, il y a un même point commun, une détresse très profonde, l'atteinte du sujet dans la conscience de sa subjectivité, du sens de son existence.

Considérer dès le départ l'éprouvé comme étant une modalité de différenciation entre soi et l'autre, et même de soi par rapport à soi, en terme de réflexivité, permet d'envisager l'implication des autres, familles ou professionnels qui portent en quelque sorte l'ouverture vers un soin psychique.

Dans la clinique, on est amené à passer par d'autres professionnels pour approcher la souffrance d'un sujet. C'est le cas lors des entretiens avec des personnes hospitalisées où une personne du service peut être présente. On parle traditionnellement de « moi auxiliaire » parce que quelqu'un d'autre peut témoigner de la souffrance que le patient peut ressentir, tandis que lui-même n'arrive pas à la porter suffisamment pour la mettre au travail, cette expression n'est cependant pas complètement satisfaisante.

C. P. : Selon vous, l'émotion serait le produit d'un premier travail de symbolisation réalisé par le sujet ?

D. M. : Oui, pas toutes les émotions, certaines restent de façade, mais certaines traduisent pour moi un pro-

cessus vraiment central de subjectivation. Ce sont les travaux sur les bébés qui m'ont beaucoup appris là-dessus, et là aussi j'ai trouvé des correspondances dans différentes pathologies. Le tout-petit qui ne va pas bien peut pleurer ou se mettre en colère et exprimer ainsi un affect de déplaisir. Mais quand l'enfant est beaucoup plus petit, si le déplaisir dure, s'il est plus intense, d'autres types de processus apparaissent qui se traduisent par la disparition de toute manifestation d'affect. On a

alors des enfants qui se figent, qui ne bougent pas, voire qui développent des processus d'auto-sensualité tels qu'on peut les observer chez les enfants autistes. Ces modalités musculaires ou sensorielles, auxquelles s'accroche le bébé, lui évitent de passer dans le registre émotionnel qui risquerait de le déborder. La désorganisation psychosomatique trouve ici un point d'ancrage. Le bébé perd la possibilité d'éprouver et d'être en lien avec lui-même et avec l'autre. Il faut bien attendre six-sept mois, la régulation émotionnelle ou l'accordage affective (STERN), pour que les émotions puissent se mettre en place et devenir des vecteurs privilégiés de la communication. Le sens de ce mouvement émotionnel pourra ensuite se transférer à la gestualité puis aux mots. Nous sommes dans des registres où le travail psychique repose en partie sur une « parole » non-verbale.

C. P. : A propos du travail d'attention nécessaire au clinicien dans l'écoute du patient, vous rappelez les propos de W. R. BION qui préconisait d'être « sans mémoire, sans désir, ni compréhension ». Pouvez-vous nous expliquer la pertinence de cette attitude intérieure dans le lien au patient ?

D. M. : Ce précepte, bien connu, est souvent dénaturé. On a pu parler de mysticisme, alors qu'en fait il correspond tout simplement à un travail psychique qui est à réaliser du côté de l'écoute : BION parle d'une « discipline de l'attention ». Le malentendu provient

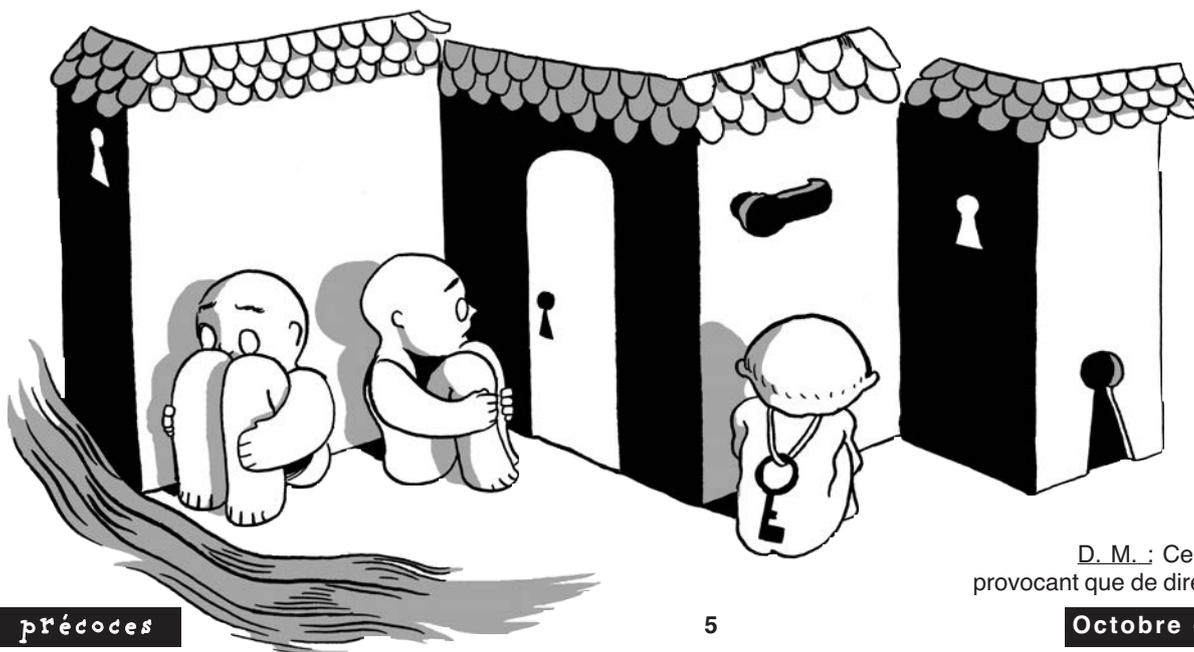
en France du sens du mot « désir ». Pour LACAN le Désir définit la place même du Sujet, alors que BION fait ici seulement référence à la satisfaction pulsionnelle. Pour travailler l'indifférenciation, il faut développer l'attention à l'autre dans ses modes de lien, ce qui suppose abstinence, neutralité et réceptivité. BION a été amené à développer cette notion après avoir écrit *Apprentissage à partir de l'expérience* (1962). Après avoir travaillé sur la fonction alpha avec des psychotiques, il s'est aperçu que l'expérience même de l'analyste pouvait lui être préjudiciable. Dans sa formule, « sans mémoire » ne veut donc pas dire sans processus de remémoration, bien au contraire, puisqu'ils sont un appui au travail psychique, BION l'a très clairement noté. Il faudrait recevoir chaque patient comme s'il s'agissait d'une première visite. Bien sûr ce n'est jamais vrai, mais cela montre à quel point les modalités de connaissance peuvent enfermer notre écoute de l'autre. LACAN disait la même chose à propos du « sujet supposé savoir », et de la problématique du moi qui était du côté de la méconnaissance. Il y a ici une très grande proximité entre eux. LACAN parle d'un grand « Autre », BION d'un

Travailler avec l'idée de l'attention, c'est alors inscrire l'ensemble de la sensorialité ou de l'émotionnalité comme pouvant être un espace, un lieu ou une modalité de lien avec l'autre

grand « O » qui représente pour lui l'origine, l'inconnu, l'inaccessibilité de toute écoute. Il s'agit ainsi d'un travail pour rester en lien ouvert avec l'autre, avec ce qui n'est pas encore suffisamment construit, élaboré comme expérience. Cela permet peut-être de montrer que l'on ne se situe pas uniquement au niveau des représentations de mots, contrairement à ce que le mot implicite « d'écoute » suggère, mais du côté de ce qui parle, de comment ça parle, etc. Travailler avec l'idée de l'attention, c'est alors inscrire l'ensemble de la sensorialité ou de l'émotionnalité comme pouvant être un espace, un lieu ou une modalité de lien avec l'autre.

C. P. : Vous relevez par ailleurs que le désir de séduction est toujours présent dans le lien soignant/soigné, ou superviseur/supervisé, et qu'il peut même constituer un moteur du travail de penser. N'est-ce pas paradoxal compte tenu de votre référence précédente à BION ?

D. M. : Cela peut paraître assez provocant que de dire qu'il faut de la séduc-



tion dans certaines situations. Mais ce n'est pas parce qu'il en faut qu'elle ne doit pas être mise au travail, comme on le fait dans l'analyse des pratiques ou en supervision. Lorsque domine la déliaison, comme dans les états de désaffectation chez le bébé ou d'autres sujets, on ne voit pas comment un soin pourrait se mettre en place. Pour cela, il faut du désir afin qu'il existe une circulation pulsionnelle intersubjective, entre les sujets. Cela peut paraître contradictoire avec la notion de BION d'être « sans mémoire, sans désir, sans compréhension », mais cette discipline suppose l'existence d'un tel cadre où le désir et la vie peuvent s'animer.

Mon hypothèse est que les dispositifs qui mettent au travail le registre le plus archaïque de la psyché doivent à minima être séducteurs, dans le sens où ils doivent accueillir des souffrances très primitives et être/rester vivants. Comment sinon réanimer la vie chez l'autre ? FREUD l'a très bien

Au-delà du contre-transfert individuel, il est essentiel que le groupe ou l'équipe arrive à se penser comme pouvant être le dépositaire ou l'objet de situations qui sont en lien avec la difficulté du sujet à penser sa propre souffrance

souligné : c'est bien parce que la mère est séductrice que le bébé, comme l'a ensuite mis en relief LAPLANCHE, va pouvoir se développer pulsionnellement et entrer dans une dialectique du désir et de la défense, une dialectique de subjectivation. Cette séduction, qui n'est bien sûr pas une séduction narcissique, dit à quel point nous sommes reliés à l'autre par Eros. Cela ne veut pas dire qu'il faut séduire l'autre, mais plutôt qu'il faut légitimer notre propre position de Désir par rapport à l'autre et à notre tâche.

Ce désir à respecter, il est nécessaire pour travailler quand nos repères identificatoires sont défaillants comme avec des personnes polyhandicapées, grabataires, en grande détresse sociale, les tout-petits, les prématurés ou les situations extrêmes de démence, de violence etc. C'est notre propre désir qui peut rendre possible une accroche et une survivance à la destructivité. Ensuite, dans l'écoute, ce désir ne doit pas trouver de satisfaction directe, sinon l'autre sera réduit à devenir objet et non plus sujet du lien. Il s'agit là de pulsions sexuelles inhibées quant au but, telles que les a décrites FREUD.

C'est un des paradoxes de la prévention. Les dispositifs d'accueil, d'accompagnement ou de permanence disent implicitement : «viens, je peux t'accueillir ». Ils sont profondément ancrés dans une dialectique d'accueil et de réceptivité. La séduction est donc là du côté d'une séduction primaire, animer chez l'autre la vie, et du côté d'une réceptivité, au sens d'une attention à l'inconnu, à la vie psychique de l'autre. C'est ici une autre façon d'appréhender des souffrances que le sujet ne porte pas lui-même, dont il n'a pas forcément

conscience et qui demandent pourtant à être hébergées.

C. P. : Vous proposez par ailleurs de penser la psychopathologie également en fonction de la façon dont l'environnement est affecté par le sujet. Voulez-vous nous en dire davantage sur ce point ?

D. M. : Au fond, j'essaie de développer un modèle radicalement intersubjectif pour envisager le processus de subjectivation de la souffrance quand elle n'est pas encore suffisamment élaborée pour permettre au sujet d'exprimer une demande. Je ne pars pas d'un modèle intrapsychique avec une problématique de souffrance interne avec laquelle il est difficile de négocier, mais plutôt d'une souffrance qui se manifeste dans les liens, et qui vient à s'exprimer au travers d'un autre.

Il n'est pas rare, dans un groupe, qu'une personne devienne le porte-parole de ce qui fait souffrance pour quelqu'un d'autre, avant que cela ne puisse être repris par celle-ci. En pensant ainsi dès le départ les effets intersubjectifs, on va majorer ce que soi-même en tant que psychologue clinicien on ressent, c'est-à-dire la problématique

contre-transférentielle. On imagine parfois que l'affect que nous éprouvons, le patient l'éprouve également, mais ce n'est pas toujours le cas, bien au contraire. Ainsi on peut ressentir massivement de la tristesse vis-à-vis d'un patient sans que celui-ci soit réellement triste en face de nous. Ces situations nécessitent donc un important travail contre-transférentiel.

Dans le cas d'institutions, la souffrance d'un sujet en détresse ne va pas nécessairement être perçue, reçue et contenue de la même manière par un soignant ou par un autre, elle peut être diffractée et diffusée sur une multitude de personnes. L'ensemble du travail d'équipe doit donc être pris en compte pour penser ce sujet en souffrance. Au-delà du contre-transfert individuel, il est essentiel que le groupe ou l'équipe arrive à se penser comme pouvant être le dépositaire ou l'objet de situations qui sont en lien avec la difficulté du sujet à penser sa propre souffrance. KAËS parle d'intertransfert pour le travail des psychanalystes entre eux dans les groupes, nous avons à réaliser un travail de ce type-là.

Cette option met donc l'accent sur le travail à plusieurs, avec des corps de spécialités différentes. Je pense par exemple aux CAMSP. On sait que ces équipes peuvent très vite éclater parce que la dimension psy et la dimension médicale - somatique - ne se marient pas toujours bien. Au sein même de l'équipe, des clivages entre ces différentes modalités d'approche du sujet peuvent amener à poser la question en terme de l'un ou de l'autre, alors qu'il s'agit, au contraire, de trouver comment les professionnels peuvent travailler ensemble pour recevoir ce qui est déposé sur eux. La continuité d'une expérience, au sens de

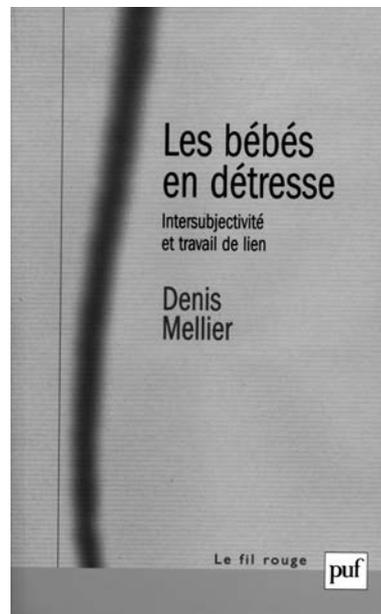
WINNICOTT, repose sur des liens et des associations entre différents aspects de la réalité, les douleurs sont en rapport avec par exemple les sensations corporelles, les affects, les représentations de mouvement et les idées. Certains sujets s'amputent d'un aspect à un moment donné, et celui-ci va probablement ressurgir, en négatif, dans leur propre entourage. D'où l'importance de penser une psychopathologie intersubjective en prenant en compte la question du groupe, de la famille et la problématique contre-transférentielle de l'équipe.

On se rend bien compte, par exemple, que travailler en pédopsychiatrie ce n'est pas la même chose qu'en CAMSP ou dans un Centre éducatif renforcé (CER) avec des adolescents. Il y a des différences significatives d'un lieu à un autre, la détresse des sujets accueillis se retrouve différemment en négatif chez les soignants. L'expérience des professionnels se trouve selon les cas plus fragilisée du côté de la confusion, de la distanciation psyché-soma ou de la prévalence de l'acte. Le traitement de l'affect n'est pas le même, pour le sujet et son entourage, dans l'autisme, la psychose, les atteintes du corps, l'addiction ou l'agir. Cette approche intersubjective de la psychopathologie nous interdit de la réduire au seul registre de l'individuel. Il y a d'ailleurs des phénomènes individuels tels que la toxicomanie ou l'adhésion sectaire qui sont typiquement des pathologies en rapport avec le social.

Cela nous oblige à articuler la psychopathologie individuelle au milieu dans lequel elle surgit et aux dispositifs les plus aptes à la contenir. C'est une voie de recherche fructueuse.

À mon tour de vous remercier pour la pertinence de vos questions.

Propos recueillis par A-C. FROGER



Entre la naissance et le quarantième jour, prévention et traitement des souffrances dans le post-partum immédiat



Joëlle ROCHETTE

Entre le temps de la naissance/accouchement et le temps ultérieur plus classiquement décrit des interactions mère-bébé ou parents-bébé, la période du post-partum immédiat est encore peu regardée alors qu'elle engage très intensément l'ensemble du groupe familial autour du nouveau-né. Nous défendons dans cet article l'importance, en prévention, d'un soutien émotionnel dans « l'ici et maintenant » du post-partum, sans attendre les signes pathologiques. Le post-partum immédiat et un moment particulier, comme en témoigne l'état normal de « folie maternelle » de la jeune accouchée. L'émotionnalité, la temporalité - témoin de l'expérience subjective du sujet par rapport à ce qu'il vit - sont déréglés. Lorsque le bébé paraît, chacun est tout retourné (AUBERT), indication d'une perte des repères habituels. Avant que n'ait lieu une réorganisation identitaire pour chacun des protagonistes et une redéfinition des liens et des appareillages dans le groupe familial, cette période est marquée par une grande porosité des frontières psychiques, porosité repérables au niveau intrapsychique avec l'affleurement (ou l'envahissement dans certaines pathologies puerpérales) de secteurs jusque là maintenus silencieux par le refoulement ou le clivage. La porosité des frontières - en double limites - concerne aussi les liens intersubjectifs, comme si ceux-ci se trouvaient desoudés par l'arrivée d'une pièce supplémentaire dans le puzzle familial alors qu'aucune autre ne manque (ATHANASSIOU). La question des places est aiguë, avec une relecture des investissements narcissiques

Moment d'intense remaniement psychique le post-partum immédiat contient à la fois un fort potentiel (ré)organisateur mais aussi des facteurs de risques pour le bébé, ses parents et le groupe familial

et objectaux à l'aune de l'arrivée du nouveau-né, support projectif et catalyseur de tous les aléas passés et présents de la constitution identitaire. Repères identificatoires brouillés, rencontre avec l'inconnu, la problématique du baby blues et de la dépression du post-partum - problématique centrée sur l'état thymique maternel - ne rendent, à notre sens, pas suffisamment compte de toute la complexité d'un travail psychique individuel et groupal rendu

nécessaire par l'événement naissance. Entendons bien que même si la venue d'un bébé n'entraîne pas systématiquement un « changement catastrophique », la rencontre avec l'archaïque, l'extrême dépendance et la fragilité du nouveau-né, met chacun face à des anxiétés très primitives diffuses et peu localisées chez un sujet ou dans une symptomatologie précise (MELLIER 2005). Moment d'intense remaniement psychique, le post-partum immédiat contient à la fois un fort potentiel (ré)organisateur mais aussi des facteurs de risques pour le bébé, ses parents et le groupe familial. L'hypothèse est que seule une conjonction temporelle suffisante, dans « l'ici et maintenant », ou chacun serait réglé sur la même horloge psychique peut favoriser la rencontre entre parents et bébé. Les cas de pathologie d'établissement des premiers liens sont marqués par une distemporalité du post-partum. Les dispositifs de soin en périnatalité pourraient viser à ce que cette conjonction temporelle, entravée par des souffrances primitives puissent s'amorcer ou se renforcer.

1) La trame du post-partum immédiat : le temps du bébé, de la mère et du socius.

Nous avons souligné, dans nos précédents travaux, trois types de temporalité psychique qui tissent la trame du post-partum immédiat juste après la sortie précoce de la maternité (ROCHETTE 2005). L'après naissance est un temps dévolu à la rencontre, et au complexe réglage du temps de la mère sur celui de son bébé. Ce moment composite conjugue plusieurs réalités : celle du bébé avec ses exigences vitales, celle de la mère - temps qui allie l'engagement hic et nunc dans le maternage et un intense travail psychique avec une déconstruction temporaire des repères habituels et un retour dans son passé -, et la réalité du socius et de l'organisation communautaire de l'acte de naissance et du devenir parent. Lorsque la conjugaison de ces trois temps s'avère délicat, le soin périnatal a la vocation de promouvoir un « temps au présent » (MELLIER 2005), à l'instar du « moment présent » développé par D. STERN comme levier thérapeutique propice à la mise en lien du sujet avec son corps et avec l'autre.

2) Un cadre d'intervention dans le post-partum immédiat

Dans le cadre d'un Centre Thérapeutique

Parents-Bébé, nous avons créé un dispositif inter-institutionnel entre psychiatrie périnatale et Protection Maternelle et Infantile, dispositif dont l'originalité consiste à s'adresser aux dyades dès le retour de la maternité, offrant une prévention primaire dans le post-partum immédiat. Il s'agit d'une pratique en réseau mettant à contribution une collaboration directe du secteur « psy » engagé en périnatalité et des soignants de première ligne (puéricultrices, médecins de la protection maternelle et infantile). Pendant la permanence pour la pesée des bébés, la présence - « en poste avancé » - d'un soignant de pédopsychiatrie formé à l'observation selon la méthode d'Esther BICK, puis la reprise de ses observations, visent à soutenir la pratique d'accueil des parents et des bébés dans ce moment saturé de « tensions émotionnelles » (MELLIER 2002) de l'immédiat post-partum. La rencontre intersubjective de la pesée permet le dépôt d'éléments bruts, des « choses en soi » liées au débordement émotionnel de l'événement naissance et d'une temporalité dyadique quelque fois discordante. On connaît bien la difficulté, dans cette période de mutation du post-partum, à formuler une demande de soin psychique. Ce dispositif inter-institutionnel contribue aussi à travailler la question de l'orientation des dyades vers un soin, avec des propositions en prévention secondaire, comme la possibilité pour les dyades de fréquenter des groupes de présentation de bébé (ROCHETTE 2002). Ces petits groupes fermés se déroulent dans les deux premiers mois de vie du bébé, entre naissance et relevailles. Ils sont conduits par la psychologue de pédopsychiatrie et le médecin de PMI. Ils s'articulent avec les offres de soin plus classiques du Centre Thérapeutique Parents-Bébé (thérapie parents-bébé, soins à domicile, groupes à médiation ...).

3) Barbara et sa mère, échec de l'ajustement et intervention thérapeutique dans un dispositif en réseau

C'est au fil du dispositif inter-institutionnel que nous rencontrons cette dyade.

Le couple est arrivé il y a quelques mois dans la ville, pour des raisons professionnelles, et n'a pas de famille sur place, ce qui les met dans un grand isolement au moment de l'attente de leur bébé. Mme A a tissé, dès la grossesse de forts liens avec la PMI. Elle sera suivie par la sage-femme en prénatal dans le cadre d'une menace

d'accouchement prématuré et d'un diabète gestationnel assez sévère qui a fait peser une réelle menace sur le bon déroulement des événements. En fin de grossesse la puéricultrice prend le relais de la prise en charge et note lors des visites à domicile que Mme est en souci pour son mari et dans une anticipation anxieuse par rapport à l'arrivée prochaine du bébé. Le thème récurrent de l'aménagement d'une chambre pour le bébé, la plus éloignée de la porte d'entrée pour éviter la fumée de cigarette ou les germes qui pourraient venir du hall, laisse entrevoir à la puéricultrice des fantasmes de contamination et un extérieur perçu comme dangereux. La recherche du meilleur lieu pour le bébé montre bien le souci de lui faire de la place et d'aménager aussi métaphoriquement la topique interne pour lui fournir un espace à l'écart des contaminations somatiques (le diabète) et sans doute à l'écart aussi de transmissions transgénérationnelles qui vont s'avérer fort complexes. Après la naissance la puéricultrice fait une première visite à domicile ou elle constate que malgré la fatigue d'un accouchement difficile qui a nécessité forceps et épisiotomie, Mme dans une tonalité un peu hypomane - réaction bien compréhensible par rapport à l'issue positive d'un péril encouru pendant la grossesse - se débrouille bien pour l'allaitement et pour les soins.

Barbara est un beau bébé tonique, exempt apparemment de toute pathologie métabolique. Mme exprime sa crainte, démentie par les examens pratiqués à la maternité d'avoir transmis son diabète au bébé, ou de l'avoir « abîmé » in utero. L'observation de la première pesée du bébé à onze jours en PMI, où est présente la grand-mère maternelle de Barbara, laisse l'impression d'une relation assez harmonieuse qui s'installe entre la mère et le bébé avec toutefois une réaction contretransférentielle excessive de la puéricultrice face à la découverte lors du déshabillage du bébé d'un gros clip accroché au cordon ombilical, objet que les soignants de la maternité ont « oublié ». Ceci fait associer la soignante sur l'incompétence supposée de cette équipe débordée par le

nombre des accouchements, dans un mouvement projectif qui laisse à penser la PMI comme le bon objet maternant, alors que la maternité serait le mauvais. Nous comprendrons ces mouvements de clivage et de projection comme la mise en acte dans le lien soignants - soignés d'éléments appartenant à la dyade et à son environnement, mais ne pouvant à ce moment précis encore prendre une forme représentable pour Mme A. Lors de la deuxième pesée, alors que Barbara a un mois, rien ne va plus ! Madame est épuisée, elle souffre d'un début de lymphangite et d'un état fébrile qui rend l'allaitement très doulou-

reux. Le bébé pleure sans cesse. La rencontre va prendre une tonalité



alarmante qui ne va cesser de croître pour les soignants, alors que Mme A, elle, ne pourra pas se mobiliser autour de la perte de poids, de l'hypotonie de son bébé, et de ses manifestations patentes de faim. Malgré les conseils de compléter l'allaitement avec des biberons, Mme A va « s'acharner » à allaiter Barbara. Un troisième temps de rencontre, lors de la participation de Mme A et de Barbara à un groupe de présentation de bébés à la PMI, va faire émerger une conflictualité jusque là occultée, voire forclosée. Ce groupe met Mme A en présence d'une autre mère, dont l'expression de la détresse post-natale se fera sur un versant beaucoup plus hystérisé, et autour de reproches appuyés à l'égard du corps médical, de propos crus sur l'accouche-

ment, de plaintes sur les contraintes du maternage, et d'expression de sentiments hostiles à l'égard du bébé. Pour la première fois Mme A va pouvoir manifester des émotions en lien avec les difficultés de son parcours obstétrical, ouvrant ainsi la voie à l'émergence de la problématique inconsciente qui grève dans l'actuel son vécu post-natal. Elle parlera avec beaucoup d'émotions des restrictions alimentaires imposées par son diabète, du fait « qu'elle a crevé de faim pendant six mois » et du manque de communication dramatique entre l'obstétricien et le diabétologue qui l'a laissée dans un douloureux sentiment de solitude et de non-assistance. Ce temps thérapeutique groupal, articulé avec les autres niveaux, rend possible le déploiement de ce moment nodal pour la suite de la dynamique du lien mère-bébé. Le contact de l'autre mère, et les effets de diffraction du transfert sur les membres du groupe, vont rendre exprimable la conflictualité à l'égard

des personnages réels engagés dans l'aventure obstétricale de Mme A, mais surtout au sujet des images parentales intériorisées par Mme A et projetées sur les soignants. En effet, comme nous le comprendrons dans la suite de la thérapie, le couple diabétologue-obstétricien vient

condenser les caractéristiques d'un couple parental désuni, centré sur des positions narcissiques, incapables d'entendre sa réalité psychique, et réactiver une intense culpabilité primaire et des positions oedipiennes mal élaborées. L'arrivée du bébé revisite aussi le processus de deuil entravé lors du décès de son père, dix ans en arrière. Nous rechercherons les motifs inconscients de la propension d'une mère pourtant si attentionnée, à affamer son bébé, comme elle-même s'est trouvée affamée pendant sa grossesse... Au-delà d'un simple retournement passif/actif - en talion - sur le bébé de ce qu'elle a elle-même subi passivement, cet agir comportemental dans le maternage prendra une dimension polymorphe complexe à la lumière de l'histoire maternelle. Sans rendre compte de toute la richesse associative et du déroulement de la thérapie individuelle qui va suivre - à la faveur du lien transféro-contretransférentiel - nous pouvons donner quelques autres éléments anamnétiques. Nous apprendrons que la grand-mère de Barbara avait perdu un

bébé avant la naissance de Mme A et que ce drame caché n'a été révélé à Mme, par sa mère, qu'au début de sa grossesse. Dans sa position d'enfant de remplacement face à une mère endeuillée, le bébé qu'elle était alors « n'a pas pu être entendu ». Peut-elle maintenant faire mieux que sa mère et être présente à son bébé bien vivant ? De quelles pulsions meurtrières se protège-t-elle en s'interdisant un sentiment ambivalent à l'égard de cette grand-mère qui provoque, par la révélation du secret, un choc émotionnel imputable dans la décompensation somatique lors de la grossesse ?

Au fur et à mesure que la conflictualité va se mentaliser ouvrant une voie aux affects dépressifs, les fixations traumatiques et la répétition du traumatique « dans le lien de maternage » vont laisser place à une

Dans ce régime d'indifférenciation, l'état somato-psychique du bébé, alarmant pour les soignants ne pouvait pas faire signal d'alarme pour sa mère, elle-même coupée de ses propres éprouvés par un clivage du moi

possibilité de différenciation des temporalités et des espaces.

Deux aspects peuvent être soulignés :

1) Concernant la temporalité, Mme A n'est pas, au départ, dans le temps synchrone de son bébé mais reste prise dans une temporalité diachronique liée aux aléas de son histoire infantile, à l'inapproprié de ce qui n'a pas reçu de statut psychique satisfaisant en son temps. Depuis cette « zone traumatique primaire » théorisée par les travaux de R. ROUSSILLON (1999, 2002), les éléments agonistiques « qui n'ont pu être mis au passé », sous forme de souvenirs ou de refoulés, font effraction « au présent du Moi » dans l'actuel du lien au bébé. Ce qui ne peut pas se mentaliser/symboliser tente classiquement de faire retour sous forme de traces hallucinatoires ou de somatose. Ici, peut-on penser que l'expression d'une conflictualité destructrice n'a trouvé pour l'instant qu'une « solution somatique », comme avec le diabète et les problèmes à l'allaitement ? En plus de cette voie d'expression de la souffrance, « une solution par l'agir », qui a la particularité de se situer dans le lien, au sein de la relation dyadique et dans la concrétude du maternage, va aussi se déployer dans la restriction alimentaire imposée au bébé.

2) Concernant les espaces psychiques, le régime relationnel mère-bébé s'était instauré dans une indifférenciation symbiotique régie par la pulsion de mort et sous le primat d'un masochisme mortifère. Dans ce régime d'indifférenciation, l'état somato-psychique du bébé, alarmant pour les soignants, ne pouvait pas faire signal d'alarme pour sa mère, elle-même coupée de ses propres éprouvés par un clivage du moi. Les manifestations du bébé réel, comme celles du bébé dans la mère, étaient maintenues hors psyché.

En conclusion, dans ce dispositif proposé

dès la sortie de la maternité pour une prévention primaire des dysthymies maternelles, des souffrances précoces du bébé et des troubles de l'établissement des premiers liens, la qualité de l'attention des soignants, dédoublée et renforcée par tout un travail de reprise des observations, permet de « tenir » un cadre pérenne, favorisant pour les accueillis « un temps au présent », à l'instar du *kaïros* des grecs. Une meilleure connaissance de la temporalité spécifique du post-partum permet d'être attentif au processus « du naître humain et du devenir parent » (MISSONNIER). Après la période de marge qui suit l'accouchement et la naissance, moment de flottement identitaire trop souvent réduit dans sa description clinique aux seuls symptômes dysthymiques (comme pour le fameux « blues »), un point d'orgue du retour à un régime psychique élaboratif doit être repéré, accompagné lorsqu'il

peine à se mettre en route. Coutumièrement, relevailles et présentation du bébé étaient le marqueur collectif de cette reprise. Nos dispositifs de soins pourraient y trouver une inspiration féconde. « La symbolisation est nécessaire à tous les âges et tous les temps de la vie, elle est nécessaire au fonctionnement non-traumatique de la psyché » (ROUSSILLON), cependant ses enjeux sont d'autant plus capitaux qu'ils engagent un nouveau sujet, le bébé, sur les voies de la naissance psychique. Autant que le socius, et par la même occasion l'organisation de la psychiatrie préventive périnatale en prenne la part qui lui revient.

Joëlle ROCHETTE
Psychologue clinicienne
Chargée de cours
à l'Université Lumière Lyon 2
Comité Scientifique de la Recherche
du Centre Hospitalier Le Vinatier
LYON-BRON
Centre Thérapeutique Parents-Bébé.
Secteur 69i01- Service du Dr P. COULET
17 rue Philippe de Lassalle 69004 LYON
joellerochette@aol.com

Références bibliographiques :

- ATHANASSIOU C. (1999) « La crise d'identité précoce », *Dialogue* 118, p. 14-26.
AUBERT-GODARD A. (1998) « Entre adulte et bébé, l'étrange désordre de la naissance », in MELLIER D., ROCHETTE J., (ss la dir), *Le bébé, l'intime et l'étrange*, Toulouse, Erès.
BICK E. (1963): «Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique», in LARMOR-PLAGE: *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Ed. du Hublot, 1998; p. 279-294.
CAREL A., 1989, "Transfert et périnatalité psychique. La fonction alpha à l'épreuve de la naissance", *Gruppo*; 4,49-67.
CAREL A. (1997) L'après-coup générationnel, in A. EIGUER et al., *Le générationnel*, Paris, Dunod, p. 69-106.
KAES R. *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris, P.U.F., 1999.
MELLIER D. (2002a), Médiation, temporalité et méthode d'observation du bébé en psychanalyse et en clinique, in B.CHOUVIER ed. *Processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 151-175.
MELLIER D. (2002b) Souffrance et émotion, un enjeu intersubjectif. In D. Mellier ed. *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Paris, Dunod,, p. 93-146.

- MELLIER D. (2002c) «Le travail intersubjectif de contenance des anxiétés primitives dans le soin», in MELLIER D. (éd): *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Dunod, Paris, p. 93-146.
MELLIER D. (2005) *Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail du lien*, Paris, Puf.
MISSONNIER S. (2003), *La consultation thérapeutique périnatale*, Toulouse, Éditions Érès
ROCHETTE J. (2002) *Rituels et mise au monde psychique, les nouvelles Présentations au Temple*, Toulouse, Erès.
ROCHETTE J. (2003) Le rituel, la mère et le bébé, un dispositif de soin en périnatalité : les groupes de présentation de bébés. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 40 ; 93-126.
ROCHETTE J. (2005), "Le temps du postpartum immédiat, une clinique du « qui vive » et de l'après coup". *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* ; 53,11-18.
ROCHETTE J., MELLIER D. (2004) "Prévention et soin dans le post-partum immédiat : un dispositif de collaboration inter-institutionnel entre psychiatrie périnatale et protection maternelle et infantile (PMI)". *L'Information Psychiatrique* ; 80,651-8.
ROCHETTE J., MELLIER D., GRISI S., MARANDET A. (2005), « Chasse aux papillons » dans le post-partum immédiat : l'observation selon Esther Bick comme armature d'un dispositif de soin inter-institutionnel". *Perspective Psychiatrique* (sous presse).
ROUSSILLON R. (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, P.U.F.
ROUSSILLON R. (2002), "L'homosexualité primaire et le partage de l'affect. Affect messager, affect partagé, affect composé et symbolisation primaire", in MELLIER D., *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Paris, Dunod,73-89.
ROUSSILLON R. (2002), *Le plaisir et la répétition, Théorie du processus psychique* Paris, Dunod.
VAN GENNEP A.(1981). *Les Rites de passages*. Paris. Picard(1909).

Travail « Psy » dans un service de Néonatalogie

J-Annick SIMON



Nous avons oublié, vous et moi... nous avons oublié... et c'est bien dommage...

Mais je voudrais que nous puissions retrouver « comment c'était »...

« Comment c'était » pour vous, pour moi, aux abords de notre 6^e mois de gestation...

Nous avions de la place, encore, pour bouger, mais déjà nous nous sentions fermement « tenus », « contenus » par le claustrum maternel...

Et c'était bon... bon... de nous déplacer encore un peu... bon... d'être porté par le mouvement que notre Maman – dans sa démarche, dans ses gestes - imprimait à notre nid... bon... le goût sucré du liquide amniotique que nous dégustions à petites gorgées en suçant notre pouce...

Nos yeux percevaient une lumière rose-orangée... Nos oreilles nous faisaient découvrir un univers de sons qui allaient devenir les repères de notre vie : la voix de Maman, celle de Papa... nos aînés et leurs cris, leurs rires, leurs pleurs ; la rue, la télé, les CD... et puis le sang de Maman en une course régulière... et tous ces gargouillis qui n'étaient pas étranges...

Il y avait les mains posées tout contre nous, « de l'autre côté »... qui étaient là pour nous donner envie de jouer à cache-cache... ou de nous froter - câlins - à cette présence...

Il y avait tous ces temps de sommeil qui commençaient à être habités par les rêves. Rêver de quoi... ? De tout cela, peut être... Et nous sommes nés...

Et tous nos sens étaient prêts à rencontrer la vie de « dehors »... Pourtant, ils ont été « saisis » lorsqu'un feu d'artifice composé de bruits, d'odeurs, de sensations, de mouvements nouveaux... lorsque ce feu d'artifice nous a accueillis « extra-utero »...

C'était « le moment »... et nous venions au monde au terme des 9 mois de notre gestation...

Ce temps-là, nous l'avons oublié, mais il a été.

Nous l'avons vécu, « nous ».

« Eux », ils en ont été privés...

Alors qu'ils n'en étaient pas là de leur histoire, il s'est passé quelque chose dans ce temps de l'intime, quelque chose entre leur corps en devenir et celui de leur Mère...

Donc, ils sont nés, privés de ce temps de leur vie anté-natale que nous venons d'évoquer...

Donc, ils sont nés, et cette naissance-là a privé leurs Mamans de ce temps à la fois long et tendre qu'est la fin de grossesse... Ils sont nés, alors que leur Papa étaient encore bien loin de se sentir Père...

Et, les voilà, visibles derrière la vitre indis-

crète de leur couveuse...

Ils pèsent le poids d'une boîte de sucre... plus quelques morceaux, alors qu'ils avaient été rêvés ronds, roses, affichant les 3kg ? environ que doit peser tout « honnête » bébé...

Ils ont perdu leur ventre-Maman pour se trouver dans un bocal-ventre où les mains des infirmières, où les mains des médecins... où des mains mille-pattes, toujours différentes, vont les toucher, les bousculer, percer leur peau, pénétrer en eux par diverses sondes, « voies d'abord »... bref par des tuyaux intrusifs...

Ils ne connaissaient pas les limites de leur peau, ils n'avaient pas encore la notion d'un « dedans » auquel s'opposerait un « dehors »... et les voilà « piqués » (comme disent les infirmières), « intubés », « aspirés », « sondés »...

Au milieu de ces gestes, dans l'urgence vitale de leur arrivée au monde, ils n'ont, bien souvent, comme accompagnement sonore, que le bruit des machines, celui des instruments, des bruits de pas aussi... des ordres brefs : « la sonde »... « ciseaux »...

Des bruits, des paroles au-dessus d'eux... Bien peu de mots qui leur soient adressés dans le temps de cette naissance-bousculade.

Et le personnel soignant... qui est, pour la très grande majorité, un personnel non seulement compétent, mais tendre et attentif... Et bien, il se centre autour de l'« agir » et du « faire »...

Il oublie que la musique de la voix, que les intentions de nos voix humaines ont le pouvoir de « tenir », de « porter » dans ce temps incompréhensible des soins physiques... soins donnés loin de la Mère qui seule alors aurait pu trouver les bons gestes, les justes mots...

Souvent, médecins et infirmières (infirmiers) oublient... ou plutôt n'osent pas, ou n'arrivent pas vraiment à croire à la force de leurs mots et de leur pensée... comme s'ils nous les réservaient à nous les « psy »...

Certains autres parlent, mais c'est parfois seulement un « bruitage » pour se donner du courage, mais leurs mots bien que prononcés vers le bébé ne lui sont pas adressés... (mais bon... c'est déjà ça... si ça peut aider...).

Ils « font », parce que c'est leur métier de sauver des vies avec ces gestes-là, gestes savants, justes, précis...

Mais, derrière les gestes, il y a la culpabilité du « faire mal », du « faire souffrir ». Je les entends bien les infirmières : « Attention ! Je vais te faire mal ! » ou : « Je suis méchante... je vais te piquer ! »...

Les gestes qu'elles (qu'ils) pratiquent sont toujours dérangeants, parfois douloureux... Ils « bourreaudent » comme on dit ici... Mais ce ne sont surtout pas des bourreaux ces soignants qui maintiennent ces bébés-là en vie...

Et eux, ces petits patients, ne sont pas des « martyrs », eux qui le plus souvent s'accrochent à cette vie pour laquelle médecins et infirmières se battent à leurs côtés...

Ces bébés-là sont quand même un peu étranges... Pour que nous puissions les soigner, aller vers eux, il faut que nous ayons gardé le regard assez vigilant, le cœur assez naïf, pour ne pas nous habituer à eux.

Dans les moments de fatigue, de découragement, où le service pourrait se masquer à nos regards en un service « ordinaire », avec des bébés ordinaires..., il m'arrive de faire appel à mes souvenirs et sensations de la première rencontre :

Tout à coup j'avais réalisé que je ne voyais que des fils et des tuyaux, que des boîtes de plexiglas dans lesquelles se trouvaient des papillons-bébés épinglés aux quatre coins de leurs matelas... Et mes oreilles étaient chaudes et bruyantes d'une rumeur cotonneuse... et mes jambes aussi devenaient de coton...

Un bébé rose et rond, auprès de sa Maman... ça ne fait pas cet effet là...

J'ai envie de vous raconter une saynète à laquelle j'ai assisté en Pédiatrie.

Dans le couloir, derrière la vitre qui les sépare de la salle des couveuses, un Papa montre le bébé nouveau-né à sa grande petite fille âgée de 4 ans environ...

« Tu vois ton petit frère, dit-il, comment le trouves-tu ? Il est beau n'est ce pas ?... »

Et la petite fille, balayant du regard les six couveuses habitées d'étranges bébés... la petite fille questionne à son tour :

« Dis Papa..., c'est là qu'on les met les bébés ratés ? »

« Pré-matures »...

Leurs corps n'étaient pas prêts à rencontrer la vie extra-utérine et le personnel de Néonatal., avec son savoir, avec sa compétence, avec son humanité (j'ai beaucoup de tendresse pour ce service là)... Ce personnel leur permet de s'adapter à notre monde exigeant : pour vivre, il faut respirer... alors que leurs poumons ne sont pas prêts ; il faut téter... et ils ne savent pas faire... ; il faut digérer... alors que leur estomac, leur intestin ne sont pas terminés...

Mais... et leur vie psychique ? Et leurs émotions... ?

Parfois, ce serait tellement plus simple d'oublier l'impalpable de la vie... Tellement plus simple d'ignorer ce que Claude BERNARD n'aurait pu trouver sous son scalpel...

Nous autres adultes, ça nous a arrangés jusque il y a quelques dizaines d'années de penser que les bébés ne sentaient pas la douleur physique.

... Et ça nous arrange encore bien souvent de penser que les bébés « ne se rendent pas compte », « ne comprennent pas »... et surtout qu'ils « ne se souviendront pas »... Or... ou plutôt « alors »... voilà peut être le sens de notre présence de « psy » au sein de la Néonate.

« Psy »... pas forcément « psychologues », pas forcément « psychiatres » non plus, mais « psy » du côté de la psychanalyse. Parce que, c'est en plongeant « à la source de l'expérience » que nous avons vécue dans nos psychanalyses personnelles que nous trouvons une respiration commune – d'inconscient à inconscient - avec les bébés du service... avec les bébés mais aussi avec les adultes.

Le « psy », c'est celui qui travaille avec la pensée.

Il n'a certes pas le monopole de la pensée, mais il est là pour travailler, tresser, réunir, démêler les pensées...

Il est là pour que soient reconnues les émotions...

Et les larmes versées par une Maman... comme les larmes qui montent aux yeux de l'Infirmière ou du médecin... c'est une avancée vers la vie...

Combattre la mort psychique... aller dénicher la vie psychique... c'est notre combat à « nous ».

Je dis « nous », parce que, si nous sommes deux « psy » à venir du Service de psychiatrie de l'enfant dans celui de Néonate, il y a auprès de nous, une équipe qui nous porte dans son attention et dans sa réflexion.

Il s'agit de notre équipe de Pédopsychiatre. Sur laquelle nous pouvons compter afin que, à son tour, la Néonate puisse compter sur nous.

Soutenues, accompagnées par elle, nous venons en Néonate... pour ceux qui y sont, pour ce qui s'y vit... et, dans le but d'un « après » qui puisse se penser. Se souvenir de ce temps douloureux sans en être détruit ; le franchir, le « transformer » aurait dit BION, pour aller vers la vie. Faire que, à la sortie du Service, ces bébés-là aient, grâce à nous tous, selon le vœu de MONTAIGNE « un esprit sain dans un corps sain »...

1) Le travail auprès de l'équipe

Comment se préoccuper du bébé si l'on n'a pas le souci de l'équipe ?

Comment se soucier de l'équipe sans avoir le souci de chaque « un » en elle ?

Comment travailler avec les uns si l'on ignore les autres ? L'équipe, ce sont, à part égale, les médecins, les infirmières, les auxiliaires, le personnel de service... Pour nous, il n'y a pas de hiérarchie à observer ; nous venons d'ailleurs (où nous

sommes soumis à la hiérarchie, certes !) et c'est ce qui nous permet d'accorder une égale importance à chacun.

L'équipe de Néonate est une équipe qui se trouve comme à la pointe d'un promontoire, foudroyée par les événements et les émotions...

Trop de bébés hospitalisés... l'équipe est débordée...

Pas assez de bébés... elle est un ventre vide, une Mère esseulée... Elle déprime...

Le train-train, la routine... L'équipe s'ennuie ; elle se distrait en regardant certaines familles d'un œil sans indulgence... ou chacun se raconte... à moins que ce ne soit le bon moment pour retrouver et faire mousser de vieux conflits...

Trop ou pas assez de pression... L'équipe est une cocotte minute d'une extrême sensibilité !

Un mot, un geste maladroit... tout pourrait basculer en cet instant...

Mais que soit muté un bébé... que se produise un drame... et tout le monde se retrouve, et l'on travaille ensemble...

L'équipe est composée de cent Mamans-chatchats à l'humeur griffeuse : « Tu me laisses donner le biberon à « mon » fils ! »

« Qui a osé me prendre « ma » fille ? » On s'approprie facilement les bébés hospitalisés...

Dans ce milieu très féminin et qui travaille du côté du maternel (porter, nourrir, soigner...) on manque un peu de masculin.

Alors, tout naturellement, après les médecins, après le surveillant (jusque-là, une surveillante), qui ont une place du côté du paternel... c'est notre place à nous aussi, les « psy » que de nous situer du côté du masculin.

Ou plutôt, notre place est de n'en avoir aucune... et de résister à cela, et de ne pas en être détruits, et même si nous n'avons qu'une seule fonction ce serait de rester en vie, de continuer à animer ce qui pourrait tomber sous l'emprise du morbide.

De même que l'on devient Père non pas tant à donner des biberons ou à faire des changes qu'à soutenir la Mère dans sa fonction maternelle... de même le psy. dans le service doit travailler à porter le même intérêt à chacun et à aider chacun à occuper sa juste place.

...Et le psy doit s'effacer devant celui qui a un soin à donner...

Et le psy doit se taire lorsqu'il est questionné à propos d'un terme médical ou d'un soin...

Et le psy ne peut s'approprier un bébé du service... et il doit renoncer à nourrir, à câliner, porter ces bébés-là...

Parce que ce n'est pas sa place...

Parce que ce serait prendre celle de quelqu'un du service...

Et parce que ça n'apporterait rien au bébé...

Et, peut être, parce que lorsque le psy renonce à être la Maman, le Papa, le Médecin, la Puer ou l'Auxiliaire... peut être cela aidera-t-il, au fil du temps, chacun à occuper sa juste place...

Le psy. c'est celui qui doit « déranger ».

Déranger... ça ne veut pas dire « tempêter », juger, condamner... Non ! Il doit « déranger » plutôt dans ce lieu où l'on « marche », où l'on « va », où l'on « fait », où l'on « dit »... par son immobilité. Rester à la place qui lui est assignée. Autrement dit « maintenir le cadre ».

Si lui ne bouge pas, alors l'équipe peut se déplacer, peut faire, sans se perdre dans un activisme dangereux.

Il doit être là où les pensées s'embrouillent ; là où lui même ne s'attend pas à être... Il doit se retenir de « faire », et c'est ainsi qu'il pourra transformer des pensées appauvries en pensées fécondes.

En Néonate, comme dans les thérapies, le « psy » se doit de venir (BION nous l'a enseigné) :

- sans souvenir (mais non pas sans Mémoire),
- sans jugement (mais non pas sans « jugeotte »)
- sans désir (pour lui, pour autrui, non plus...)

Le travail avec l'équipe n'est pas facile parce que nous sommes tous là avec nos qualités et nos travers, avec nos affinités et nos aversions...

Mais le travail avec l'équipe devient passionnant lorsqu'il s'agit d'assurer une continuité dans la cohérence des soins et de l'attention portée à chacun (patient, famille ou collègue).

D'où l'importance de la régularité de notre présence dans le service. Et voilà pourquoi nous avons choisi de venir chaque jour pendant 2 heures en Néonate, en alternant nos jours de visites (certaines Mamans repèrent le temps qui passe à ces visites : « C'est le jour de la dame brune... », « C'était le jour de la dame blonde »...)

2) Le travail auprès des bébés.

Le bébé né à terme, mais hospitalisé en Néonate, se trouve lui aussi catapulté dans notre service.

Et, à l'inverse des autres bébés qui, au sortir du ventre de leur Mère, sont accueillis, contenus par ces bras maternels (des bras qui aident à se construire une « peau psychique »), les bébés de Néonate. sont contraints à faire seuls le chemin d'une « hyper-maturité psychique »...

Et, c'est comme cela... ou c'est basculer dans l'autisme.

Ils sont nés... déclarés à la Mairie, devenus citoyens comme vous et moi...

Ils devraient être dans les bras ou dans le ventre de leur Mère... et voilà qu'un nombre presque infini de personnes entre en contact, voire en relation, avec eux.

Donald MELTZER, psychanalyste de l'Ecole anglaise, parlait de l'autisme en terme de « démantèlement ».

Démanteler une citadelle, celle de nos pensées, de notre fonctionnement psychique... Avant d'être démantelé, le psychisme commence par se « manteler »... se couvrir d'un petit manteau, cette enveloppe faite des pensées et des attentions maternelles qui vont créer un espace pour la vie psychique de l'enfant nouveau-né.

Le bébé hospitalisé en Néonate n'a pas eu le temps ; n'a pas eu le choix.

Son petit manteau psychique, il se le tricote lui-même... et en si peu de temps...!

Du fond de sa couveuse, le bébé hospitalisé nous guette d'un œil vigilant... et fait semblant de dormir lorsque nous approchons de lui (c'est une « feinte » assez ordinaire pour se soustraire à nos soins et - ou - à nos attentions...) ou bien, il dort tout au long de la journée... ou bien il s'accroche à son corps tendu... ou aux tuyaux de l'isolette... ou bien c'est un bébé « facile » et qui tend à se laisser oublier : mais, gare au réveil ! Ce bébé-là pourrait bien devenir un enfant « hyper-actif ».

Alors... nous, les psy, nous allons lui offrir, à ce bébé-là, notre attention, rien que notre attention... Le regarder, lui parler... Penser à lui ; penser auprès de lui... Faire des liens de pensées...

Notre travail consiste à tisser cette première « brassière psychique », en attente de plus riches vêtements-pensées que seuls les Parents peuvent créer puis offrir. Notre outil de travail prend sa source à l'Observation du Nourrisson, méthode qui nous vient d'une psychanalyste également de l'Ecole anglaise, Esther BICK.

C'est autour de 1960 que cette psychanalyste viennoise, réfugiée en Angleterre et analysée par Mélanie KLEIN, a mis au point l'Observation du Nourrisson qui n'avait d'autre but que de former des futurs analystes à travailler auprès d'enfants.

La méthode reste l'outil de travail de bien des analystes aujourd'hui, mais, en plus, il s'est avéré que son utilisation pouvait aider des bébés à s'éveiller à la vie psychique.

Et donc... nous qui ne touchons pas les bébés... nous venons les envelopper de nos regards et de nos voix.

Nous qui ne nourrissons pas les bébés... nous leur donnons à boire nos pensées, nos rêveries...

Nous qui ne faisons pas de « changes », nous venons les « détoxifier » (selon l'expression de BION, encore) de leurs angoisses primitives...

Nos regards, nos mots, toute notre attention tendue vers eux, travaillent, dans une espèce de rêverie contenue, à donner du sens, une raison d'être « ici et maintenant », en attente de la visite des Parents ou en leur présence...

3') Le travail auprès des familles.

Nous parlons beaucoup de prématurité dans ce lieu de Néonate... mais, il est une prématurité que l'on pourrait oublier (à tort !) : c'est celle des Parents.

Là où ils en étaient de ce temps de grossesse, là où ils en étaient de leur rêverie, ils n'étaient pas prêts à être Parents... Et pas d'avantage à être Mère, ou Père... Etre Parent, ça vient un peu après... après que se soient tissés déjà des liens de personne à personne, et de place en place, avec cet étranger qu'est le bébé nouveau-né).

Avant que d'être Mère... ces jeunes femmes auront à rencontrer cet étrange bébé qui n'est pas celui qu'elles ont rêvé (ou peut être dans certains cauche-

mars...?), ni désiré.

Une « bonne défense » se met bien souvent en place ; elle consiste à être ému par tant de fragilité, de petitesse... A être rassuré de voir vivant celui qui aurait pu devenir une « fausse-couche tardive ».

Mais, au-delà de ces défenses ordinaires... la rencontre avec un bébé si petit, un bébé tout appareillé dans un bocal-ventre en plexiglas... ce n'est pas facile...!

Notre place de psy est alors une place grand-maternelle...

Vous voyez, nous sommes « comme » l'Époux pour le Service.

« Comme » un autre bébé auprès du bébé.

Et là, nous sommes « comme » la Mère de la Mère, ou « comme » la Mère du Père...

Un peu décalées, à l'arrière-plan (cf. la théorie de l'Objet d'Arrière-Plan de GROSTSTEIN telle que la reprend Geneviève HAAG avec la « Fonction Ste Anne »).

Nous ne sommes donc pas dans une place de rivales, de meilleures Mères...

Mais, nous sommes auprès de la Mère, derrière elle, pour l'aider à penser, à rêver son bébé...

Nous sommes là, seulement là... parce que c'est cette place que nous occupons alors qui va permettre aux Mamans de dérouler leurs pelotes de pensées et de tricoter doucement le mantelet psychique de leurs bébés...

Nous avons aussi d'autres places, importantes certes, mais bien moins : accompagner un aîné en salle des couveuses, aller dire quelques mots aux Grands-Parents qui sont condamnés à rester à l'extérieur... Ce travail là est parfois utilisé comme un « gadget » par l'équipe.

Il a de l'importance pourtant... mais au prix de ne pas empêcher le travail de la pensée auprès du bébé...

Peut-être que, au-delà de cette présentation un peu lointaine de notre travail, je pourrais vous raconter un moment que nous avons tous vécu ensemble.

Ce jour là... c'était un jour de visite de « la Dame Blonde » en Néonate.

L'Équipe m'avait demandé – à moi la Dame Brune – de participer à une réunion institutionnelle qui avait lieu dans le Service.

Je devais venir parler du travail que je fais avec ma collègue...

J'arrive donc – mon emploi du temps oblige – avec un temps de retard.

Il me faudra un moment pour comprendre ce qui se passe :

Les Mamans-Chat, les Papas-Chat, sous des minois de chats bien léchés, sont devenus des panthères, des tigres. Les babines retroussées en ce que j'avais pris pour des sourires, ils sont en train de déchiqueter une de leurs collègues... laquelle fait front courageusement, telle la Petite Chèvre de Monsieur SEGUIN face au Loup...

Mais... j'ai beau savoir que tout groupe est habité par des pulsions de mort, par des attaques « envieuses », je ne les attendais pas là ; pas à ce moment-là ; pas

comme ça...

Je reste un peu « sidérée », et même nos bons et justes médecins, tels le vieux Lion des Animaux malades de la Peste, nos bons Médecins ne savent que faire de cette bombe qui est en train de leur exploser dans les mains...

Je pense très vite et confusément que, oui, le Service est un Service malmené par les événements ; je repère certains « leaders », et puis ceux qui ont été manipulés et entraînés dans ce conflit...

J'ai la gorge un peu sèche... l'esprit un peu vide...

Je sens bien ce qui est à l'œuvre... mais je dois reconnaître que j'ai du mal à m'en débrouiller...

Et, dans cette « embrouille », justement, il faudra qu'une infirmière vienne me chercher pour que je réalise que d'autres ont été appelés avant moi...

« Monsieur V. voudrait que tu viennes... Il y a Josué qui va très mal... »

Monsieur V. est un Pédiatre... lui aussi a été appelé en cours de réunion...

Quant à Josué... c'est un bébé porteur d'une maladie grave. Nous savions tous que ses jours étaient comptés... mais hier encore il n'allait pas si mal que ça, j'étais restée auprès de son berceau – en salle des couveuses – et j'avais chanté pour lui une comptine... en italien (parce que c'est la seule que je connaisse, parce que les sonorités se rapprochent de celles de sa langue maternelle...).

En salle des couveuses, ils sont deux pédiatres. Il y a beaucoup plus d'infirmières qu'en temps ordinaire... Il y a aussi ma collègue, la Dame Blonde... Nous échangeons un regard...

Monsieur V., penché sur la couveuse ouverte sur laquelle a été installé Josué, un Josué que je ne vois d'abord pas, me demande, un peu sec : « Annick, que savent les Parents de Josué, de son état ? » La réponse vient avant que je ne l'aie pensée : « Ils savent que ses jours sont comptés... »

« Il a fait un malaise... Qu'est ce que je fais ?... »

Mon regard s'appuie sur celui de ma collègue :

« Faites ce qui est bien pour lui, Docteur... »
« On ranime ! On pensera après ! »
ponctue son collègue, le Docteur D.

Là encore, mon regard croise, s'appuie sur celui de la Dame Blonde, et je sais que nous sommes d'accord : « Vous avez raison, Docteur ! »

Alors, ils intubent Josué.

Des bruits, une violence, insoutenables...

Le corps de Josué qui se cambre dans des convulsions inouïes, des râles qui montent de sa gorge obstruée par la sonde...

Je crois que ma collègue et moi psalmodions doucement : « Josué... Josué... »

Et là, je repère une des infirmières les plus virulentes tout à l'heure... Avec la même fougue, elle est auprès des médecins et du bébé... Elle passe le matériel... Elle est efficace...

Une autre s'accroche à nos yeux et, à son

tour, prénomme tendrement le bébé...
Une troisième lui prend doucement la main.
Caresse douce, apaisante, discrète, pudique...

Je dis « Merci pour lui, Nadège... ».

Elle lève ses yeux embués... reprend la petite main, la caresse, tend une compresse au médecin...

Le Docteur V. se démène comme un diable...

Tout à coup, il tourne vers nous son visage mouillé de transpiration, labouré de rides que je ne lui connaissais pas :

« Il convulse... Il ne s'en sortira pas... Qu'est ce que je fais ? »

Je regarde ma collègue... Oui, nous sommes d'accord :

« Vous faites ce qui est bien pour lui, Docteur ! »

« Alors... j'arrête ! Venez !... »

Et, j'ai contourné la couveuse... les infirmières se sont effacées...

Le Docteur V. m'a regardée... Nous nous sommes ajustés... J'ai pris la main de Josué. J'ai dit : « Josué, tu n'es pas seul... nous sommes tous là, et ta Maman, ton Papa vont arriver... Ils sont en train de venir... »

« Attends-les, Josué ! » a insisté ma collègue...

« Fais comme tu veux, comme tu peux... »

Alors, Monsieur V. a doucement retiré la sonde... et, à mesure qu'elle s'élevait, le poing de Josué se refermait sur mon index...

Ma collègue était venue se placer à mes côtés... et j'ai chanté la comptine en Italien... et Josué a lâché doucement mon doigt...

Quand je me suis tue, ... la Dame Blonde a chanté une autre chanson...

Et les puéricultrices, autour de nous, commençaient à remettre de l'ordre dans la salle des couveuses : « Sa Maman va arriver ! » disait doucement la tigresse de tout à l'heure.

Elle est arrivée, la Maman voilée... Elle nous a regardés avant d'oser le regarder...

J'ai dit « Je crois qu'il vous a attendue... Josué, voici ta Maman; elle est là ! »

Elle s'est penchée... Elle a posé sa main sur le petit visage... Il a ouvert les yeux... l'a regardée, je crois...

J'ai entendu un soupir...

La Maman a caressé, fermé doucement les paupières de Josué...

J'ai dit : « Il vous a attendue »...

Les Infirmières ont entouré, avec une juste attention...

Les médecins ont dit les justes mots...

Le Surveillant a quitté la réunion pour nous rejoindre, pour être auprès des Parents...

Le ballet du Service a repris... juste, bien accordé...

Alors... toute cette énergie à « être ensemble » m'a parue plus précieuse que la scène précédente n'avait réussi à être destructrice...

La Dame Blonde, la Dame Brune sont allées dire aux autres bébés, un par un, qu'ils comptaient aussi... et que leur vie était précieuse pour tous, ici....

J-Annick SIMON

Psychologue

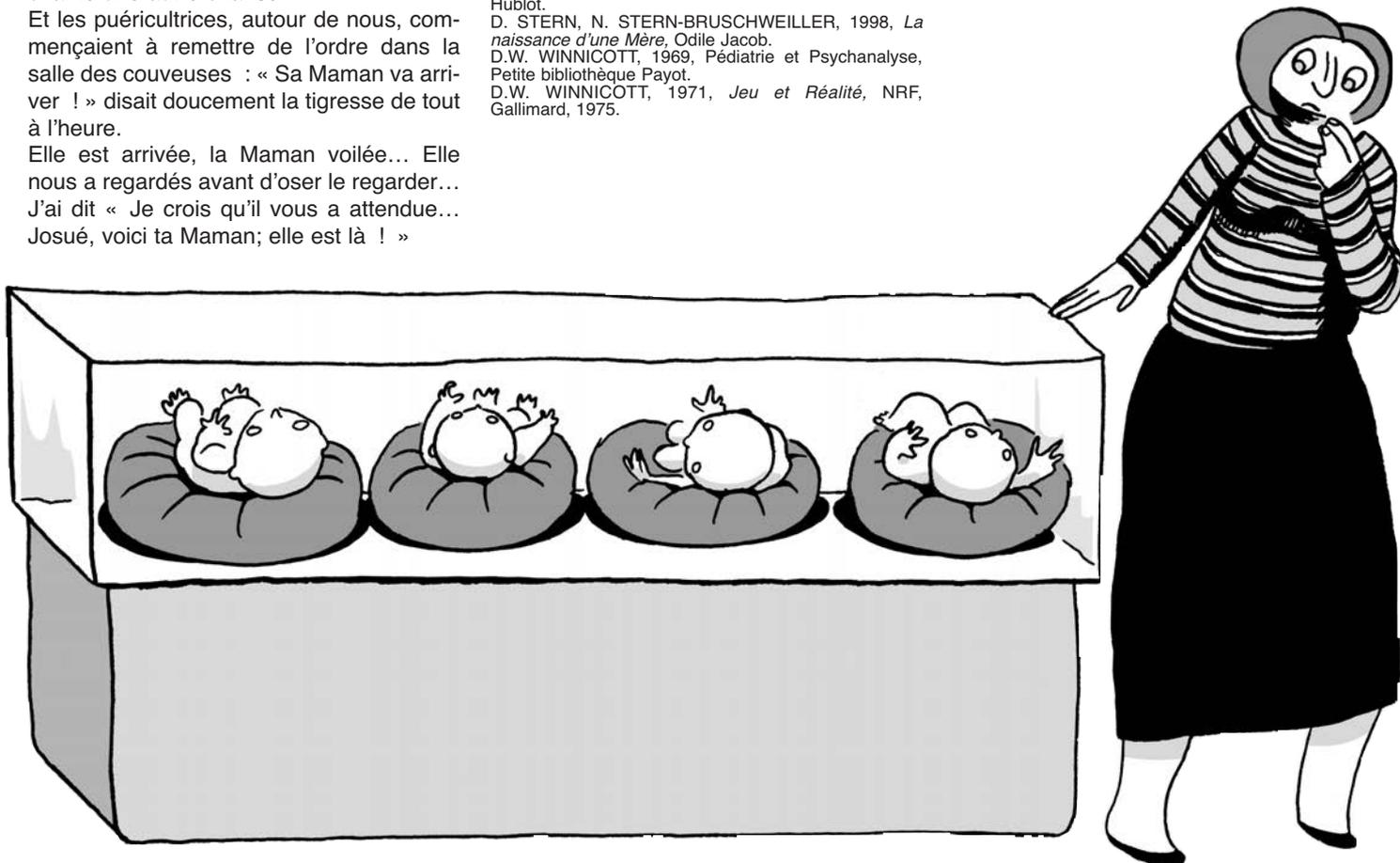
Service de Psychologie de l'enfant

« Les Iris »

Hôpital de Roanne

BIBLIOGRAPHIE

- Didier ANZIEU, 1985, *Le Moi-Peau*, Dunod, Paris.
Cléopâtre ATHANASSIOU, 1987, *L'Enfant et la Crèche*, Césura, Lyon.
Wilfred BION, *Aux sources de l'Expérience*, PUF, Paris.
Catherine DRUON, 1996, *A l'Ecoute du Bébé Prématuro*, Aubie.
Catherine DRUON, 1991, " Réseaux d'identifications dans une situation à haut risque", *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, : N°10, 1991.
Mélanie KLEIN, 1936, *L'Amour et la Haine*, Payot.
M-BI LACROIX, M. MONMAYRANT, 1995, *Les liens d'émerveillements*, Erès, Toulouse.
D.W. MELTZER, *L'appréhension de la Beauté*, Ed. Le Hublot.
D. STERN, N. STERN-BRUSCHWEILLER, 1998, *La naissance d'une Mère*, Odile Jacob.
D.W. WINNICOTT, 1969, *Pédiatrie et Psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot.
D.W. WINNICOTT, 1971, *Jeu et Réalité*, NRF, Gallimard, 1975.



Coriolan

de William SHAKESPEARE
 texte français Jean Michel DEPRATS
 Mise en scène Christian SCHIARETTI

Grand théâtre
 23, 24, 25, 28, 29, 30 novembre 2006
 1er, 2, 5, 6, 7, 8, 9,
 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20 décembre 2006 à 20 h 00
 3, 10 décembre 2006 à 16 h 00



Pour la création au TNP, Christian SCHIARETTI réunira un ensemble de vingt-cinq comédiens. Décor, costumes viseront à la simplicité expressive.

Plus qu'à un drame de l'orgueil à quoi la critique traditionnelle la limitait souvent, Coriolan est une tragédie historique qui insère l'orgueil dans une action dramatique très complexe.

En 1607-1608, William SHAKESPEARE vient de lire *La Vie des Hommes Illustres* de Plutarque. L'historien romain a écrit une vie de Coriolan. C'est de cette source que Shakespeare tire son *Coriolan*.

La pièce se joue sur le forum romain où se mesurent, en un singulier combat, les tribuns de la plèbe et les délégués patriciens. La situation économique est difficile. Les artisans, le peuple réclament du blé, une justice plus grande.

Rome est aussi en guerre contre l'envahisseur volsque. Caius Marcius, orgueilleux patricien et valeureux soldat, défait Tullus Aufidius, le chef des Volsques, en combat singulier, et prend le nom de Coriolan.

Son triomphe militaire pousse sa caste à le proposer pour le Consulat. Sur le conseil de Volumnia, sa mère, Coriolan, en masquant son mépris, consent, selon l'usage, à aller demander les voix de la plèbe. Mais bientôt informés par ses deux tribuns du peuple du danger de dictature qu'entraîne la candidature de Coriolan, les plébéiens lui retirent leurs voix et exigent son bannissement. Excédé, Coriolan rejoint Aufidius, son ancien ennemi. Il s'allie à lui et porte les armes contre Rome, sa propre patrie.

Sa vengeance s'arrête aux portes du Capitole, grâce à l'emprise affective de sa mère Volumnia, dépêchée par la noblesse romaine apeurée. Une seconde trahison que Coriolan paiera au prix fort. Aufidius, son allié occasionnel, le fait trucider.

CANAL PSY

Institut de Psychologie
 Université Lumière Lyon II
 5, av. P. Mendès France
 69676 BRON Cedex

Je m'abonne à Canal Psy, pour un an (5 numéros) à partir du mois de

_____ 200__
 et retourne ce bulletin accompagné d'un chèque de :

- 16,50 € étudiants Lyon II
- 22,00 € professionnels
- Commande de Numéros

N° : (Coûts en dernière page)

libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon 2 .

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél : _____

e-mail : _____

Qualité (étudiant en ou profession) : _____

(merci de joindre le cas échéant une photocopie de la carte d'étudiant.)

Cinq paradigmes cliniques du vieillissement

Interview de Christiane JOUBERT



Canal Psy : Mme JOUBERT, avec P. CHARAZAC vous soulignez dans votre article la désorganisation des liens familiaux que produit l'entrée dans la démence d'un des membres de la famille. Qu'est-ce qui se trouve si fortement remis en question à l'occasion de la démence d'un parent ?

Christiane JOUBERT : Le socle familial est fait de liens narcissiques articulés de liens libidinaux, c'est-à-dire de suffisamment commun et de suffisamment différent. Mais ces liens familiaux sont en constante évolution : en effet on passe d'une position d'enfant à adolescent, puis à l'âge adulte, avec le lien d'alliance, parental à son tour, et enfin grand-parental. A tout moment dans la vie d'une famille les liens peuvent être fragilisés, et la maladie grave (somatique ou psychique) d'un membre de la famille affecte forcément tous les autres.

D'autre part passer de la position parentale à la position grand-parentale modifie le fonctionnement de la famille. La dépendance du sujet âgé à l'égard des siens affecte le fonctionnement familial : les rôles parfois s'inversent et les enfants se trouvent en position parentale par rapport à leurs parents (c'est ce que j'ai décrit aussi dans un numéro de *Dialogue*, récemment, sous le titre « du fantasme de parentalité inversée »). Enfin l'ancêtre dément devient le maillon défaillant, la mémoire manquante, ce qui empêche la constitution de l'enveloppe généalogique familiale.

C. P. : Vous posez par ailleurs l'hypothèse que les différents dénis du parent, qui se manifestent alors, peuvent amener les enfants à répondre par des passages à l'acte du côté de la transgression oedipienne. Quel peut être le fil directeur à suivre, selon vous, pour les institutions de soin qui peuvent se trouver convoquées sur la scène sociale ou médicale ?

C. J. : La transgression oedipienne est souvent à l'œuvre dans l'attaque du lien de couple des âgés : devenus dépendants, les enfants les séparent afin de s'occuper de chacun, ce qui est en effet moins lourd que de s'en occuper ensemble. Le fantasme de scène primitive est alors dénié, et les institutions fonctionnent souvent en miroir, en séparant les couples âgés, ou en plaçant l'un loin de l'autre, sans tenir compte de leur lien de couple et sans prendre en compte la souffrance occasionnée. Il est important du côté de l'institution de respecter le lien de couple

des âgés, et surtout de tenir compte de leur propre choix, (pouvoir par exemple partager une chambre commune, se voir sans restriction, selon leur désir), sans que les enfants aient à décider à leur place.

C. P. : Vous revenez également sur le dilemme qui se pose aux familles qui envisagent un placement en institution de leur parent malade, en soulignant la collusion traumatique qui peut se produire lorsque le parent vient à céder peu après. Quel type d'accompagnement pouvez-vous alors leur proposer ? Et dans quel cadre pouvez-vous être sollicitée pour ces situations ?

C. J. : Il est toujours souhaitable en effet que le placement d'une personne âgée en établissement soit préparé, car c'est un traumatisme pour elle de tout quitter pour aller en collectivité. Des entretiens familiaux peuvent être proposés avant le placement, et surtout au moment de l'entrée en établissement afin que se parle la douloureuse séparation pour le parent et la famille souvent très culpabilisée, en vue de permettre une adaptation possible. Le rôle du psychologue là est fondamental : il va au devant de cette souffrance afin d'en permettre l'élaboration : c'est ce que j'ai souvent décrit, (dans le *Divan Familial* par exemple), autour de la proposition de dispositifs de soins psychiques pour les patients et leur famille, au sein des institutions.

C. P. : Vous consacrez également toute une partie de l'article à une réflexion portant sur l'économie psychique de l'aidant familial, en faisant allusion, entre autres, aux programmes éducatifs qui, en réagissant aux plaintes des aidants sans prendre en compte la part inconsciente de leur investissement, peuvent bouleverser plus ou moins violemment l'équilibre qui s'est établi entre ceux-ci et le parent aidé. Ce pan que vous abordez intéresse probablement un grand nombre de praticiens, même éloignés de la gérontologie, qui peut rencontrer cette problématique du lien. Qu'est-ce qui vous a conduit à cette réflexion menée avec P. CHARAZAC ?

C. J. : C'est une question qui s'adresse plutôt à P. Charazac, mais je peux aussi vous en dire quelques mots. La souffrance familiale occasionnée par la dépendance du sujet âgé, (psychique et ou physique),

implique qu'on la prenne en compte sur le plan psychique et inconscient, et pas seulement sur un mode de réalité (avec certes des aides nécessaires dans le réel). L'accompagnement psychologique du patient et de sa famille, le respect du fonctionnement aussi bien familial qu'individuel, s'imposent. Des entretiens de soutien, dans le respect et la neutralité bienveillante, aident la famille et le patient à élaborer leur souffrance et à assouplir leurs liens. C'est un travail qui concerne l'institution dans son ensemble, avec si possible des espaces de supervision.

C. P. : De votre côté, quel message transmettriez-vous aux jeunes psychologues qui débutent dans ce champ de pratique ?

C. J. : En ce qui me concerne, je pense qu'il est fondamental actuellement que le jeune psychologue ait une formation clinique lui permettant d'appréhender aussi bien le fonctionnement individuel que le fonctionnement groupal et familial, afin qu'il puisse proposer des dispositifs adéquats, répondant aux problématiques qu'il rencontre sur le terrain. Car n'oublions pas que ce n'est pas le patient qui doit se plier au dispositif proposé, mais bien le dispositif qui doit être adapté aux besoins du patient : « un cadre à la mesure »... C'est ce que nous apprend la clinique gérontologique : aller vers l'autre en grande souffrance, au niveau individuel et de ses liens. Le respect du fonctionnement psychique de l'autre et des autres, corrélé avec la neutralité bienveillante et l'abstinence, constitue le cadre interne du psychologue clinicien.

Interview réalisée par A-C. FROGER

CANAL PSY

Les derniers numéros

N° 69 - Juin - Juillet 2005

Dossier : Violences au travail

La prolifération et l'explication des conduites violentes au travail. Texte collectif, COURCY F. et al.

Souffrance au travail : le risque organisationnel. Philippe DAVEZIES

Violences au travail, Eléments de compréhension sur la prise en compte de ces situations en France. Annie DEBARD

N° 70 - Octobre - Novembre 2005

Dossier : Enfances

Enfants de la guerre : la mémoire ou l'oubli. Lisbeth BROLLES

Entretien avec Maurice BERGER autour de son dernier ouvrage "L'échec de la protection de l'enfance" par Anne-Claire FROGER

Parent en sursis / Enfant en survie. Malory PERRICHON

Tribune libre à Bernard CHOUVIER

N° 71 - Décembre 2005 - Janvier 2006

Dossier : Dynamique formative

Faire de études de psycho, et après ? Jean-Marc TALPIN

Le groupe d'élaboration de la pratique dans le dispositif de formation des étudiants en psychologie de Master 2. Ghislaine BIODJEKIAN

La psyché comme objet dans la formation des psychologues : investissement narcissique et investissement objectal (extrait). René KAËS

Un Institut de Psychologie suffisamment bon ? D. AUPETIT - F. LEFEVERE

Tribune libre à Bernard DUEZ

N° 72 - Février - Mars 2006

Dossier : Psychiatrie, enjeux actuels

Psychiatrie et société, je t'aime moi non plus par Emmanuel DIGONNET

Images de la psychiatrie aujourd'hui. Psychanalyse et psychiatrie. Crise d'identités ? par Jean-Jacques RITZ

Erratum. Suite de l'article de Damien AUPETIT et Frédéric LEFEVERE

Le soin des troubles psychotiques en institution par Marcel SASSOLAS

ECHO. Mais que fait donc la psychiatrie ? L'acte et l'agir. Cinquième journée des psychologues du vinatier par Eliane MOULIN

N° 73 - Avril - Mai 2006

Dossier : Le G.E.R.A.

Présentation du G.E.R.A.

Enjeux éthiques et identitaires engagés dans l'acte de procréation par IAD par Nikos KALAMPALIKIS

La violence dans le football amateur par Philippe SARNIN

Précarité et santé : Points de vue et débat psychosocial par C. DURIF-BRUCKERT, N. FIEULAINE, R. MENDES-LEITE

Analyse d'oeuvre. Contes et Opéra : Le Château de Barbe Bleue de Béla BARTOK par Jean-Pierre VIDIT

N° 74 - Juin - Juillet 2006

Dossier : La parentalité à l'épreuve

Interview d'Isabelle MODOLO, psychologue dans un service de sidéologie

Le processus de parentalité dans un service de néonatalogie : quels enjeux ? par Géraldine MOULIN

La place des pères : tensions et ambivalences par Christine CASTELAIN-MEUNIER

Cinq paradigmes cliniques du vieillissement. Interview de Jean-Marc TALPIN

Tribune à Françoise AUBERTEL. Qu'est-ce que former des psychothérapeutes ?

Prix des numéros :

- du numéro 1 au numéro 19 : 1,52 €
- du numéro 20 au numéro 39 : 2,29 €
- du numéro 40 au numéro 65 : 3,05 €
- à partir du numéro 66 : 3,30 €

Frais de port :

- 1 numéro : 1,22 €
- 2 à 4 numéros : 1,98 €
- 5 à 8 numéros : 2,76 €
- plus de 8 numéros : 3,62 €

La liste exhaustive des numéros parus est disponible sur simple demande ou consultable sur le site Web de Canal Psy Bulletins de commande en pages intérieures

Canal Psy est en vente :

A Bron
à l'Institut de Psychologie
Canal Psy (salle K124bis)
secrétariat du 3^{ème} cycle (126 K)
à la Librair'U

En centre ville
F.P.P. (18 quai Claude Bernard
Lyon 7^{ème}, suivre les flèches)

Directeur de la publication : Claude JOURNES, Président de l'Université

Directeur délégué : Albert CICCONE

Rédaction : Anne-Claire FROGER

Conception et réalisation : Marc-Antoine BURIEZ

Couverture et illustrations : Jérôme DUPRE-LATOURE

Font partie du comité de lecture les enseignants élus au conseil du Département.

Journal édité par l'Institut de Psychologie – Département Formation en Situation Professionnelle

Imprimé par l'imprimerie Caussanel (Bron)

ISSN 1253-9392 – Commission paritaire n° 0911 B 07996



Institut de Psychologie
5, av. P. Mendès France

69676 BRON Cedex

Tél. 04.78.77.23.23

Poste 20.59

e-mail :

aclaire_froger@yahoo.fr

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Site WEB Canal Psy :

http://psycho.univ-lyon2.fr

puis «RECHERCHE» de Canalpsy