

Journées WAIMH Colloque international

Le bébé et sa famille

Nouvelle solitude des parents.
Nouvelles perspectives dans le soin.

Résumés des communications



Jean Monet dans son berceau, Claude Monet (1867) Collection M. et Mme Paul Mellon (Courtesy National Gallery of Art, Washington)

20, 21 et 22 juin 2013 - Besançon

BAZIRE Anaelle,

Etudiante en Master,

PROIA-LELOUEY Nadine,

Professeur, Université de Caen Basse Normandie

La maternité chez la femme toxicomane : vécu de la grossesse, conséquences sur le devenir mère.

Peu d'études se sont intéressées à la question de la grossesse chez la femme toxicomane. La grossesse entraîne pourtant une réactualisation de la problématique toxicomane, notamment avec la reviviscence de conflits infantiles. Elle vient également interroger le conflit narcissico-objectal du fait de la présence d'un autre en soi. Il semble donc pertinent d'interroger le vécu de la grossesse chez la femme toxicomane et ses conséquences sur le devenir mère. Il semble que le bébé et la grossesse induisent un renflouage narcissique qui rend moins impérieux le désir de consommer. Cela représenterait un temps propice pour la femme pour s'investir dans le soin (Nezelof & Dodane, 2010 ; Simmat-Durand 2002). L'enfant jouerait le rôle de sauveur, de rédempteur et de « pare-drogue » (Franchitto & al., 2010). Cependant, l'enfant à venir peut aussi réactualiser les traumatismes antérieurs et des angoisses d'abandon (Franchitto & al., 2010 ; Lowenstein & Rouch, 2007). Reste que la toxicomanie demeure au centre des préoccupations en début de grossesse en lien avec la culpabilité associée aux risques pour l'enfant, au regard négatif des soignants, au désir de diminuer la consommation. La grossesse en elle-même est peu abordée. La question de la drogue vient faire barrage à une pensée sur l'enfant à venir (Lacrouts-Négrier & al., 2001). Il est toujours évoqué en relation directe avec les produits consommés puisqu'il est souvent investi comme une alternative à la drogue (Cohen-Salmon & al., 2011). Cet « ensommeillement » (Cohen-Salmon & al., 2011) de la grossesse, caractérisé par la confusion des sensations et le « blanc d'enfant » (Racamier, 1979 ; Soulé, 1982) auraient pour but, d'offrir un « fond psychique » favorisant l'accueil du nouveau-né. Cela en « protégeant » la femme enceinte toxicomane d'un sentiment de perte de continuité d'existence, de l'émergence d'excitation pulsionnelle et de représentations dus à l'apparition d'un investissement de « l'enfant du dedans » (Missonnier, 2004). La différenciation des sensations impliquerait une figuration de l'enfant qui se mettrait en place progressivement (Cohen-Salmon, 2011). Le temps de la grossesse permettrait de vérifier les limites et le positionnement de l'objet par rapport à soi. La plupart des auteurs concluent sur l'idée que la grossesse est susceptible de modifier la dépendance, de mobiliser l'investissement libidinal et objectal au détriment de la centration addictive. Elle représenterait une dynamique mutative.

Nous cherchons, dans le cadre d'une recherche académique basée sur des entretiens cliniques de recherche (IRMAG, Ammaniti et al., 1999), à approfondir cette question en nous centrant sur les représentations et la qualité du lien

maternel à sa propre mère. Celles-ci fournissent des indices précis sur la façon dont la femme élabore ses affects et conflits, sur la construction des images de l'enfant et de soi (ibid..).

BEAUQUIER-MACCOTTA Bérengère ;

Pédopsychiatre-MD-PhD

CANNEAUX, J-Ph WOLF, B. GOLSE

Service Pr. Golse - Hopital Necker Enfants Malades

Processus de Triadification dans les Aides médicales à la Procréation avec Don de d'ovocyte ou d'embryon

Le processus d'aide médicale à la Procréation avec Don de d'ovocyte ou d'embryon est un long parcours qui peut être éprouvant pour les couples. La grossesse est espérée comme réparatrice de l'infertilité. L'attente de l'enfant et son idéalisation modifie la dynamique psychique de la grossesse et met en tension les identifications des partenaires.

Les difficultés des couples à aborder la conflictualité générée par ces situations nous ont conduits à nous questionner sur la construction des interactions triadiques lorsque la grossesse survient. A travers des entretiens durant la grossesse et une séquence de jeu triadique de Lausanne lorsque l'enfant a trois mois, nous croiserons les représentations de l'espace triadique avec le niveau interactif. La place des donneurs dans la psyché parentale sera aussi explorée. Les 7 familles ayant acceptées le LTP nous montrent que la construction d'alliance coopérative reste un enjeu complexe. L'insécurité parentale, la rivalité, l'image envahissante des donneurs risque d'entraver cette construction.

BELOT Rose-Angélique (résumé à venir)

Psychologue, MCF UFC

VENNAT Delphine, Psychologue, Doctorante UFC

HERSE Vanessa, psychologue

MELLIER Denis, psychologue, Professeur universitaire UFC

L'impact des deux premiers mois au regard du « devenir parent » et du « devenir bébé »

BENABDESSELEM Naanaa

CHU de Besançon

Femmes seules, femmes en exil, approche culturelle de la maternité

La maternité est sans aucun doute l'expérience la plus transformante qu'il est donné à vivre à une femme. Malgré une prise en charge pluridisciplinaire, beaucoup de femmes se sentent démunies et très seules face à leurs angoisses et doutes quant à leur capacité à "mener à bien" leur grossesse et surtout à être "de bonnes mères". Dans certaines cultures, la maternité est entourée de nombreuses croyances amenant les femmes et leurs entourages à mettre en œuvre certains rituels. Qu'en est-il alors de la solitude des femmes qui accouchent en terre étrangère et ne peuvent parler de leurs craintes à leurs proches? Comment accompagner ces patientes de cultures différentes?

BENSOUSSAN Patrick (résumé à venir)

Psychiatre, Responsable du Département de Psychologie Clinique,

Chercheur associé à l'Equipe CanBioS (Cancer, Biomédecine et Société) - SE4S (Sciences Economiques & Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés - UMR912/INSERM/IRD/Université Aix-Marseille) et au Laboratoire de Psychopathologie Clinique de l'Université d'Aix-Marseille II, Institut Paoli-Calmettes, Centre Régional de Lutte contre le Cancer Provence-Alpes-Côte d'Azur

Il faut cultiver les bébés

BERGER Aurélie (résumé à venir)

Pédiatre

Service de Néonatalogie CHU Besançon

BOCK Nathaëlle

Pédopsychiatre

COLINART Sylvie, infirmière psychiatrique

Unité de pédopsychiatrie périnatale de Montreuil (EPS de Ville Evrard)

Vide symbolique autour du bébé - découverte du handicap dans un contexte de migration

Nous souhaiterions présenter à deux voix une situation clinique que nous avons rencontrée dans le cadre de notre activité au sein de l'Unité de pédopsychiatrie périnatale de Montreuil (93), et soumettre les réflexions qu'elle a suscitées chez nous.

Voici de façon très succincte un résumé de la situation. Nous avons été amenées à rencontrer Noé et sa mère au cours de notre travail de liaison, alors qu'ils étaient encore à la maternité, dans un contexte de suspicion de trisomie 21 non dépistée en anténatal. Le diagnostic a été confirmé et a plongé la mère dans une grande détresse. Cette annonce, faite à la mère seule en l'absence du père de l'enfant, l'a placée dans la solitude : solitude par rapport à son bébé qui acquérait d'un coup une charge d'étrangeté liée au handicap, et solitude vis à vis de son compagnon, qui n'acceptait pas ce diagnostic et la soupçonnait de lui avoir caché un diagnostic anténatal. Par ailleurs, les deux parents sont originaires de la République Démocratique du Congo et se retrouvent tous deux séparés de leur famille et de leur groupe social d'appartenance. Ils sont confrontés à une inadéquation entre le cadre culturel dans lequel ils baignent en France, notamment en côtoyant ces professionnels de la santé qu'ils rencontrent autour de Noé, et leur cadre culturel interne en ce qui touche au statut de l'enfant nouveau-né handicapé et à la dimension étiologique de ce handicap. Cette inadéquation les renvoie à une quête de sens autour de la maladie, quête infinie et source de tourment. La précarité sociale dans laquelle la famille se trouve vient renforcer leur isolement.

Nous avons alors initié un travail d'accompagnement pour cette famille, avec des entretiens réalisés au domicile de la famille. Notre suivi clinique se poursuit à l'heure actuelle et peut-être nous donnera-t-il par la suite matière à davantage de développement.

Notre positionnement clinique se situe dans l'accompagnement de la rencontre de ces deux parents avec leur bébé - qui passe par la prise en compte du diagnostic - et du tissage du lien entre Noé et ses parents.

Les réflexions que cette situation a d'ores et déjà suscité chez nous peuvent se regrouper en plusieurs thèmes. La question du handicap est bien sûr au centre de cette problématique, l'annonce de ce handicap est aussi importante et a probablement contribué en l'occurrence à accentuer la solitude de ces deux

parents. Ensuite, leur statut de migrant et la dimension transculturelle sont essentiels à prendre en compte pour appréhender la détresse de ce couple, qui se trouve dans une sorte de vide symbolique.

BOISSEL Anne

MCF Laboratoire PSY-NCA, Université de Rouen,

IATARD Anne, SCHNEIDER Benoît

Grands parents, bébé et handicap

Les grands-parents jouent un rôle primordial dans la constitution psychique de tout enfant. Ils sont les témoins de l'enfance des parents, témoins et acteurs d'un temps où les parents n'étaient pas tout puissants. Le terme même de grands-parents indique l'antériorité de la puissance de cette génération, la présence toujours actuelle d'une autorité supérieure à celle des parents et à laquelle ces derniers doivent allégeance, en même temps que la faiblesse physique relative des grands-parents est l'occasion pour l'enfant de se sentir proche de ces derniers, mais aussi d'avoir la preuve vivante que la puissance parentale ne durera pas toujours. Enfin, les grands-parents sont ceux qui vont transmettre les valeurs culturelles et l'histoire familiale et permettre à l'enfant de prendre sa place dans cette longue chaîne générationnelle.

Cependant, comme dans tous les liens de parentalité, le handicap va mettre en tension ces fonctions communes aux grands-parents : il vient rompre la transmission intergénérationnelle et apposer par cette rupture une blessure narcissique aux grands parents. Mais cette blessure s'efface devant l'urgence de soutenir leur propre enfant lorsque ce dernier voit son accession à la parentalité mise en cause. En effet, au moment de l'annonce du handicap de son propre enfant, le parent est soumis à la réactivation sans issue de ses anciens conflits œdipiens et ne peut régler sa dette de vie. Alors même que sa détresse le pousse à chercher aide et réconfort auprès de ses parents, le jeune parent verra cette demande d'aide infiltrée par les traces de conflits infantiles, rendant intenable cette fixation à ce statut de fils et fille dont il ne peut se déprendre. Le poids de la culpabilité inconsciente ainsi mobilisée peut faire que l'enfant va alors être confié, voire abandonné aux soins de ses grands-parents sous le couvert d'une aide que justifient l'état de santé physique de l'enfant handicapé et la souffrance psychique des parents.

Mais quelle que soit la part consciente (aide objective) ou inconsciente (issue actuelle de la régulation des conflits œdipiens réactivés par le handicap) qui soutient la participation des grands-parents aux soins et à la vie quotidienne de l'enfant, leur présence dans les lieux de soins est constante. Cependant, et sans

doute à cause de sa dimension inconsciente et parce qu'elle nous renvoie à nos propres conflits œdipiens, cette culpabilité est rarement travaillée et encore moins explorée. Et comme à chaque fois que nous cherchons à garder enfouies des représentations dérangeantes, le refoulé fait retour et entraîne des attitudes contre-transférentielles de la part des équipes. Alors que les frères et sœurs font fort justement l'objet d'études et de mise en place de soutiens spécifiques, les grands-parents sont négligés dans la littérature et les dispositifs de soins.

Aussi nous proposons sur la base de ces constats de situer les enjeux de la place des grands parents auprès de l'enfant handicapé à partir d'une revue de la littérature, de la présentation d'un cas clinique et d'un dispositif original d'écoute des grands parents.

BOISSEUIL Anne

CHU Valvert Marseille

enseignant-chercheur

Conjugalité, parentalité et fratrie : actualisation et remobilisation des liens primaires dans le processus thérapeutique ou Lison, tissage d'un contenant familial

Les configurations familiales nucléaires, où la génération des grands-parents est éloignée, interrogent la transmission psychique. Le paradoxe de leur présence-absence confère aux mouvements narcissiques rencontrés par les couples dans leur accession au statut de parent une potentialité projective accrue sur la génération des enfants. Que ce soit par des symptômes bruyants ou en creux, le processus de subjectivation de ces derniers, lorsqu'il est en difficulté, a conduit les thérapeutes à proposer des dispositifs d'écoute originaux.

En effet, la prise en compte des liens transgénérationnels se complexifie de ceux contemporains du couple ainsi que des enfants entre eux. La venue au monde d'un bébé ouvre à une situation de crise, de réorganisation psychique potentielle, ainsi que cela a été largement étudié. Si les mouvements primaires permettent une perméabilité plus grande, comment la cellule familiale recompose-t-elle des limites suffisamment contenant lorsque le bébé grandit et exige un renoncement progressif à l'illusion de la toute puissance narcissique ? Comment s'y intègrent les liens de conjugalité, de filiation et de fratrie dans leur actualisation transférentielle ? En quoi les choix du dispositif proposé sont-ils déjà un contenant interprétatif ?

C'est ce que nous proposons de questionner grâce au travail avec une famille venue en consultation pour la fille cadette, Lison, qui présentait des symptômes somatiques et des troubles hallucinatoires. Le processus thérapeutique se configura

pour des consultations familiales avec la fratrie, dont le nouveau-né. Nous verrons comment la présence du thérapeute y incarnera une troisième génération. Le couple sera amené à revisiter l'articulation de leurs liens de conjugalité et parentalité. Nous chercherons à entendre la remobilisation du processus de subjectivation chez chacun des enfants, plus particulièrement chez Lison.

Nous aimerions proposer cette réflexion en nous appuyant (entre autres) sur les travaux psychanalytiques sur la réflexivité (D. W. Winnicott, R. Roussillon, R. Bolognini), les liens transgénérationnels (A. Eiguer, R. Kaës, A. Konicheckis, A. Ciccone, A. Carel...) afin de discuter de la singularité de ce dispositif et des processus psychiques engagés.

BORSONI Brigitte

CMP Hôpitaux de Saint-Maurice

Quand ils parlent...

Lecture d'un ou deux récits cliniques, témoignages de parents reconstruits à partir d'entretiens psychologiques en maternité ou en pédiatrie, autour de la découverte d'une pathologie génétique chez leur nourrisson. Cette narration illustre, dans l'intimité de ces rencontres, les éprouvés des parents, leur solitude initiale, et leur cheminement dans l'accompagnement psychologique proposé en lien avec l'accompagnement médical à l'hôpital puis au CAMSP.

Extraits introductifs :

Etrange, de fille en mère-enfant

"Votre collègue pédiatre, c'est elle qui m'a persuadée de prendre rendez-vous. Elle m'avait donné votre carte, avec votre téléphone .../...

Quand vous vous êtes penchée vers notre bébé, que vous l'avez saluée de quelques mots simples, je guettais comment vous la regardiez, comment vous alliez vous adresser à elle, comme à un enfant normal ou pas, si vous alliez la trouver bizarre, comme moi...

Eh oui, moi aussi j'ai guetté votre regard. Les autres me trouvent souvent étrange, avec mon allure dégingandée, mon élocution ralentie, ma lenteur "maladive". Mon mari trouve que je me traîne, il dit souvent que je suis paresseuse, ça l'énerve.

Et la pédiatre a eu l'œil, franchement !

Oui, question de regard encore...

Elle m'a vraiment regardée en face : à ma poignée de main, avec quelques questions, elle a trouvé en quelques jours ce que personne n'avait vu en tant

d'années ! Ça a été rude, mais j'ai aimé comme elle m'a parlé, avec authenticité. Elle ne m'a pas prise pour une débile, comme d'autres.

Elle nous a annoncé que peut-être notre fille avait un syndrome génétique.

C'est encore à confirmer, mais y'a beaucoup d'indices. .../...

La suite de l'annonce, c'est qu'en fait, on va chercher pour moi aussi. Le même syndrome.

Dans le service, j'ai senti la compassion des infirmières... je crois qu'elles ont pensé que j'allais m'effondrer. .../... "

Un enfant pas pareil...

" C'est un beau bébé, tellement attendu ! On avait longtemps hésité, pas sûrs d'être prêts tous les deux. Mais l'amour a été plus fort.

Je n'arrivais pas à être enceinte, un médecin m'a même dit que j'ovulais comme une vieille dame... On a fait quelques déplacements dans des centres en Europe, on pensait à une FIV... Je suis tombée spontanément enceinte. C'était un miracle ! ... et le voilà !

Il est né hier, et c'est la catastrophe, le drame, un vrai tsunami. On n'a pas eu le temps de se réjouir, au malaise de la sage-femme, mon compagnon a compris qu'il y avait un problème. Aujourd'hui plane sur notre fils, comme une épée de Damoclès, une suspicion de trisomie 21. Comment c'est possible, j'avais très bien fait suivre ma grossesse ? .../...

Après tout ce que j'ai vécu, je ne crois pouvoir faire face cette fois, et mon copain, il craint de devenir fou ! Il veut vous rencontrer .../...

Comment on pourra le faire grandir, quand notre entourage, la société, semblent nous désigner comme des parents défaillants, parce que "ça se détecte bien, d'habitude" et que même "on peut bien interrompre une grossesse comme ça, non ?" .../... "

BOSSUROY Muriel

Post-doctorant

Hôpital Jean Verdier, Bondy

Solitude et maternité en contexte migratoire : intérêt d'une consultation transculturelle

La situation de migration est un facteur de vulnérabilité dans la période périnatale. Accueillir un bébé loin des seins et loin des codes familiaux confronte les parents à la solitude. Certains peuvent donc être en difficulté pour s'appuyer sur leurs représentations culturelles dans le portage du bébé. Dans ce contexte, les professionnels sont amenés à penser les modalités de soin pour retrouver les familles et les soutenir dans leur parentalité ;

Face à cette problématique régulièrement rencontrée à la maternité de l'hôpital Jean Verdier, à Bondy, dans une zone populaire à forte densité migrante, une consultation transculturelle a été mise en place il y a maintenant une quinzaine d'années, à l'initiative du Pr Marie Rose MORO et du Dr Dominique NEUMAN. Nous proposons ici de rappeler brièvement les principes et le dispositif de la consultation transculturelle tels qu'ils ont été développés, de souligner l'intérêt et la spécificité de ce travail en maternité. La diversité des représentations et leur partage au sein du groupe permettent d'envelopper la famille et de soutenir la rencontre avec le bébé. Nous l'illustrerons ensuite par deux vignettes cliniques.

Au cours de ces consultations de groupe, les éléments culturels se mêlent aux éléments individuels et familiaux. Même lorsqu'on croyait les avoir oubliées, la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques. Nous explorons les différentes façons de se protéger lorsqu'on est loin des siens et, par le langage, créons un lien entre ces différents niveaux culturels, et intrapsychique, individuel et collectif, afin de préserver le sentiment de continuité d'exister lors de l'attente, l'accueil ou la perte d'un enfant.

BROCHE Josiane

UFC

Post-doctorant

Psychologue Clinicienne

Complémentarité, soin traditionnel et soin classique auprès du bébé en Martinique

En Martinique le devenir mère, qui est généralement un processus complexe, convoque la grand-mère et l'arrière grand-mère à travers le Doktè fey guérisseur. Cette convocation parle des origines.

La jeune mère face à la souffrance de son bébé se trouve entre deux systèmes de soins, celui de la médecine classique et, celui de la médecine populaire. Deux visions du corps, de la psyché, de la maladie et du soin. Ici se pose la problématique de la transmission entre les générations mais également de la transmission transgénérationnelle.

Le Doktè fey représente une partie de la mère et la rend plus compétente, il lui permet de se réapproprier son enfant. Le Doktè fey refait le lien lorsque celui-ci n'existe plus ou est pathologique, le Doktè fey réaffirme l'unité mère-enfant en inscrivant cette dyade dans la transmission.

Nous, nous proposons de répondre à un certain nombre de questions lors de notre communication.

Comment répondre à la détresse des mères, face aux deux systèmes de soin qui sont vécues souvent comme opposé ?

Quelle prise en charge pendant le système génocidaire de l'esclavage ? Quelle transmission depuis, il y a-t-il continuité ou rupture ?

BYDLOWSKY Sarah,

Pédopsychiatre, Docteur en psychopathologie,

Fondation Vallée (Gentilly) et Inserm U669, Paris - Université Paris-Sud et Université Paris Descartes

Le blues postnatal : un marqueur du lien intersubjectif mère-bébé ?

Malgré l'intérêt suscité par le blues du post-partum dans la littérature scientifique, celui-ci reste un phénomène encore mal délimité sur le plan clinique et nosographique. Il est tantôt abusivement associé à la dépression post-natale,

tantôt attendu comme appartenant à la physiologie du post-partum immédiat, voire considéré comme nécessaire à la qualité du lien mère-bébé. Dans l'étude que nous nous proposons de présenter, notre objectif était de préciser les contours cliniques du blues du post-partum, en comparant des femmes présentant un blues avec des femmes sans blues, sujet largement ignoré dans les recherches, et de préciser les différences éventuelles de styles interactifs mère-bébé et leurs conséquences sur le développement premier de l'enfant

Le suivi longitudinal de la naissance aux deux mois de vie de l'enfant a concerné 22 dyades mères-bébés, avec une évaluation de l'humeur maternelle, des interactions mères-bébés et du développement de l'enfant, à l'aide d'observations et d'examen cliniques de la mère et du bébé et de questionnaires validés (EPDS, NBAS, Echelle des interactions Murray, etc.).

Nos résultats montrent qu'à côté des femmes sans blues, parmi les femmes présentant un blues du post-partum, il existe des mères avec un blues « ordinaire », fait d'émotions positives et négatives, correspondant aux descriptions habituelles, et des mères avec blues "triste", exclusivement constitué d'affects négatifs et sans alternance émotionnelle ressentie, mais non déprimées pour autant. Cette distinction entre ces deux niveaux de blues permet de sortir de la confusion habituellement établie avec la dépression dans les travaux de recherche. Le blues post-natal semble témoigner du travail psychique participant à l'élaboration intérieure de « l'événement naissance » ; son absence, de même que son caractère exclusivement triste, signe une fragilité du pare-excitation et des capacités de contenance maternelle.

Surtout, nos résultats montrent que certaines compétences précoces du nouveau-né, notamment l'organisation du réflexe main-bouche, à l'examen de Brazelton, sont le fait exclusif des bébés dont la mère présente un blues ordinaire. Cette acquisition d'une capacité d'auto-réconfort par le nouveau-né constitue une compétence particulière d'organisation et de coordination tant sur le plan psychomoteur que sur le plan tonico-postural. Son association aux qualités psychiques maternelles constitue un fait nouveau, aucun autre facteur explicatif n'expliquant cette corrélation. Le repérage de cette compétence permet donc de mettre en valeur la dimension précoce de l'échange émotionnel entre mère et enfant probablement présente dès la vie in utero.

Enfin, dans notre population, la présence d'un blues ordinaire et d'un réflexe main-bouche dès la naissance garantit des interactions mères-bébés à 8 semaines ajustées et accordées. Inversement, les échanges mères-bébés à deux mois sont marqués par la dysharmonie en cas de blues triste et d'absence de compétence main-bouche au Brazelton. Le blues pourrait donc constituer un marqueur du lien intersubjectif mère-bébé et intervenir dans l'évolution neuropsychomotrice de l'enfant.

CAPGRAS BABERON Danielle, sage-femme formatrice/consultante

GASS Martine, sage-femme cadre CH de THANN (68)

LEFEVRE Aude, Psychologue clinicienne formatrice

KUBLER Marie-Jo, médecin généraliste coordonateur du réseau THUR DOLLER à THANN (68)

SIBRE Marie Odile, Diplômée en psychopathologie du bébé et du jeune enfant, Adjointe de direction pédagogique et clinique de l'Ermitage et chargée de formation

L'entretien post-natal : un outil éprouvé de soutien à la parentalité, une nouvelle perspective d'attention précoce

« Jamais une société humaine n'a laissé des jeunes mères aussi seules, sans aide pratique, ni soutien moral, ignorant tout de ce qu'est un vrai bébé » nous indique le Dr DELOUR (pédiatre de santé publique, 2006). Des constats des professionnels de terrain : « la jungle du suivi de la grossesse débouche, en post natal, sur un véritable désert » (M. GASS, Sage femme cadre, 2009). Aussi, les soignants en formation à l'Entretien Périnatal Précoce, évoquent la nécessité d'organiser lors de l'arrivée du bébé, un dispositif d'accompagnement ajusté aux nouveaux besoins, en miroir de l'EPP. Enfin, l'évaluation du plan Périnatalité (2010) souligne la pertinence de « renforcer l'accompagnement après la naissance avec la mise en place possible, d'un Entretien Post Natal ». Ainsi, dans le réseau de proximité en périnatalité de THANN (68) en Alsace cette proposition d'accompagnement à fait évidence, des formations et un soutien des professionnels le pratiquant existe depuis 3 ans et une évaluation en a été faite. En effet depuis juin 2010 l'entretien post natal précoce a été mis en place au sein du réseau, effectué par des médecins généralistes formés, des sages-femmes et des médecins de PMI, cet entretien est un espace de parole donné au couple avec leur enfant, de reprise du vécu de la grossesse et de l'accouchement. La grossesse, l'accouchement et la naissance d'un enfant sont probablement les moments de vie les plus marquants dans la vie d'une femme, à l'origine de nombreux bouleversements physiques et psychiques. Donner la parole, observer les premiers liens, encourager l'allaitement, rassurer les parents et renforcer leurs capacités, repérer les premiers signes ou les éléments favorisant de dépression du post-partum sont les objectifs de cet entretien. C'est aussi un des rares moments où une attention et la parole est donnée aux pères. Près de la moitié des femmes en bénéficient depuis. Il s'agit de prendre soin des parents à cette phase du post-partum, si importante et si délicate pour la parentalité et le petit humain en construction. La qualité d'un suivi et d'un accueil se mesure à sa globalité.

Cette intervention, comme l'Entretien Prénatal Précoce, offre de la continuité et de la cohérence, qualités au fondement même de la sécurité émotionnelle de la « parentalité naissante ».

CAPPONI Irène

MCF Faculté de psychologie Nantes

Le soutien social parental en période postnatale : expression et perception des besoins

Au cours des 3 mois suivant la naissance, nous avons observé sur un échantillon de 72 couples que les mères et les pères avaient un réseau de soutien similaires et relativement faible (Capponi, 2013). Afin de participer à la réflexion sur l'offre de soutien de la part des professionnels lors de la période postpartum, notre étude exploratoire a permis de recueillir aussi l'importance des besoins de soutien social exprimée par les parents. En outre, les résultats issus de programmes de soutien intégrant le conjoint homme et portant sur la communication dans le couple nous ont orientés vers un autre questionnement : quelle est la perception que chaque membre du couple a des besoins de soutien de son partenaire ? L'idée sous-jacente ici est de dégager éventuellement une nouvelle offre de soutien, à savoir étayer les couples dans leur compréhension des besoins spécifiques de soutien de leur partenaire afin d'actualiser leur potentiel de soutien mutuel.

Notre échantillon était composé de 72 couples, dont 39 primiparents et 33 multiparents. Les besoins de soutien (pratique, informatif, de compréhension, émotionnel, et d'estime de soi) ainsi que la perception mutuelle des besoins des partenaires ont été évalués par un questionnaire construit par nous-mêmes. Les questionnaires ont été soumis au cours du premier et du troisième mois postpartum, lors d'un entretien pour les femmes, par courrier pour leur conjoint.

Résultats provisoires :

1- Importance exprimée par les parents de leur besoin de soutien.

Les mères et les pères expriment en moyenne le même degré d'importance vis-à-vis de leurs propres besoins de soutien (sur une échelle en 6 points : moy de 3,3 ; soit besoin moyen) ; or à l'heure actuelle en France on ne prend pas en compte les besoins de soutien des pères. Une analyse par type de soutien (pratique, informatif, de compréhension, émotionnel et d'estime de soi) indique qu'en moyenne les mères expriment un plus grand besoin de soutien pratique et émotionnel que les pères.

2- Correspondance des besoins exprimés par l'un et perçus par l'autre membre du couple.

Tous types de soutiens confondus, une analyse corrélacionnelle indique qu'il n'y a pas de lien significatif entre l'importance des besoins exprimés par les mères et celle que leur partenaire perçoit chez leur conjointe. Une telle analyse par type de soutien rapporte des corrélations significatives pour les seuls soutiens de type informatif et émotionnel.

Une corrélation significative mais modeste est observée entre l'importance des besoins exprimés par les pères et celle que leur partenaire perçoit chez leur conjoint. Par type de soutien, les corrélations significatives concernent le soutien d'estime de soi et le soutien visant à une meilleure compréhension de ses propres émotions.

Les comparaisons de moyenne indiquent que les pères sur-estiment les besoins de leur partenaire (sauf pour le soutien informatif) ; aucune différence significative n'apparaît entre l'importance moyenne des besoins exprimés par les pères et celle relative à la perception que les mères ont des besoins des pères.

CARRASCO Mercedes (résumé à venir)

BUSC Formation

CHAILLOU Elisabeth

Psychiatre, Psychanalyste (SPP)

Institut Claparède à Neuilly et consultation pluridisciplinaire à l'hôpital Armand Trousseau à Paris.

Évitement relationnel chez un bébé de 4 mois : tentative d'approche psychanalytique.

Pascale est un bébé de 4 mois évitant le regard. Ses parents sont pris dans des effets traumatiques liés, pour partie, aux circonstances de la naissance de Pascale, enfant très grande prématurée. Néanmoins leur silence, quant à la symptomatologie de Pascale, pose de multiples questions : perçoivent-ils l'intensité de l'évitement relationnel de Pascale ? Attribuent-ils cette particularité à une séquelle cérébrale de la prématurité ? La clinicienne n'en saura rien, tellement ces choses là sont muettes chez les parents de Pascale.

Ce qui occupe le devant de la scène est dit par la mère de Pascale, lors de la première consultation, de façon hostile : « ce qui est arrivé, c'est exactement ce que nous ne voulions pas ».

Dans ce climat de sensibilité et de traumatisme, les besoins de Pascale semblent souvent être vécus comme une catastrophe par ses parents.

Les premières consultations furent submergées par les récits traumatiques des parents.

Lors d'une consultation à l'âge de 6 mois, Pascale est plus intensément évitante. Installée sur les genoux de sa mère, elle a un très long agrippement visuel à une surface brillante. Après un long moment d'extrême attention du regard portée vers Pascale, sa voix s'adressant à la mère et à la fille, la clinicienne sentira la main de Pascale se serrer sur un de ses doigts, puis lentement le regard viendra, furtif, puis de plus en plus précis et, pour la première fois, Pascale se mettra à babiller, avec des modulations variées, pendant la consultation. La mère et la clinicienne pourront entrer dans une narrativité à propos de ce qui venait d'arriver, hic et nunc, à chacune des trois de la consultation. Ce qui, dans un deuxième temps, permettra à la mère de dire son sentiment d'impuissance, de rage et enfin de détresse à l'égard de Pascale.

Avant ce moment clé du processus thérapeutique, les effets de transmission avaient déjà manifesté leur présence : la clinicienne se trouvait envahie, entre les consultations avec Pascale, de souvenirs d'un autre enfant. Autre enfant sujet, autrefois, d'un groupe de travail avec Myriam David. Souvenirs entremêlés de représentations d'un autre bébé, sujet d'un travail actuel d'observation Esther Bick.

Cependant, les effets traumatiques des risques de mort qu'avait traversé Pascale, mêlés aux vœux de mort préconscients de ses deux parents, avait donné aux premières consultations une tonalité d'effroi pour la clinicienne.

Pourtant, l'agitation anxieuse des deux parents semblait témoigner d'un autre registre que la psychanalyste prêtera, dans sa rêverie après-coup, à l'infantile de chacun des parents. Les liens transgénérationnels de chacun des 2 parents seront à peine esquissés, plus défensivement pour la mère de Pascale, tellement le risque d'empiètement se faisait entendre chez elle.

Ma présentation portera sur la mise en résonance à quatre voix, entre la clinique du bébé, les indices de l'intrapsychique de ses parents.

CLEMENT-ASTIER Sylvie

Psychomotricienne,

GACHET Pierre-Yves, Infirmier

Unité de soins pour les bébés, Service du Dr Cezanne-Bert, Pole de pédopsychiatrie du Dr Pourrat, CH le Vinatier (Bron)

Le temps d'accueil parents-bébés: un «espace-temps» d'expériences partagées ou comment porter ensemble une parole qui sépare et qui lie.

Nous aimerions témoigner d'une expérience clinique acquise dans le cadre d'un dispositif groupal de rencontre parents/bébé.

Ces temps hebdomadaires s'inscrivent au sein d'un panel de soins proposé par notre Unité de Soins aux Bébés (USB) qui dépend d'un service de pédopsychiatrie lyonnais.

Ce dispositif existe depuis maintenant 14 ans. Il se déroule sur un temps de 2 heures. Ce temps nous a semblé nécessaire pour que parents et bébés puissent se poser dans une certaine continuité et fiabilité de la rencontre.

Animé par le même binôme de soignants, une psychomotricienne et un infirmier de secteur psychiatrique, depuis trois ans, il peut recevoir jusqu'à cinq dyades ou triades. Le père, le troisième de la relation « L'autre sans sein » de Piera Aulagnier, est en effet largement invité à participer à ces temps dont il se saisit parfois. Qu'il soit présent ou non dans la vie de la dyade, une place réelle ou symbolique, est toujours accordée à ce troisième dans l'espace groupal.

Les bébés peuvent être accueillis de la naissance à 20 mois environ, l'accession à la marche et le besoin manifesté par l'enfant d'ouvrir son champ à un extérieur et à un espace plus adapté à son développement psychomoteur donne la limite de ce dispositif.

Nous nous réunissons toujours dans la même pièce où se trouvent des jeux adaptés aux jeunes enfants ainsi qu'un espace de change pour le bébé et une possibilité de collation pour les adultes.

Le dispositif est souple mais permanent dans la mesure du possible (peu d'interruption durant l'année). L'heure d'arrivée n'est pas stricte, les présences/absences sont l'objet d'une préoccupation de notre part, plus dans un registre maternant que dans un rappel du cadre. Nous utilisons pour médiation la parole, le jeu, et un mouvement de scansion durant la séance autour d'un temps de collation et d'une comptine, marquant la séparation.

Les personnes accueillies viennent d'un secteur géographique réparti sur trois arrondissements de Lyon avec une grande mixité culturelle, sociale et économique.

L'origine des demandes est elle aussi multiple : PMI, praticiens privés, crèches, proposition interne à l'Unité. Les indications concernent les difficultés rencontrées dans la clinique périnatale : Isolement maternelle source d'inquiétudes diffuses, dépression du post-partum ou décompensation plus sévère, troubles divers du lien au bébé, retard psychomoteur et/ou psychoaffectif. Ainsi, la durée des prises en charge est très variable, de quelques séances à plus d'un an.

Cette enveloppe groupale « suffisamment bonne », animée par un couple de soignants de formation différente et d'un âge suffisant pour représenter une image grand-parentale, soutient une parentalité parfois souffrante et souvent démunie.

Un certain nombre de fonctions se mobilise: contenance de la violence des affects , expérimentation d' un espace secure de la position parentale, d'un espace d'identifications croisées autour de cette position et enfin, d'un espace commun pour nous pencher ensemble sur cet être qui vient de naître au monde et aspire à s'y inscrire, pour porter ensemble une parole qui sépare et qui lie, pour ne pas demeurer ce bébé, étrange et "inquiétant familial" pour la mère, écho d'un bébé interne, énigmatique et inconsolable.

Nous aimerions témoigner de cette expérience à travers un certain nombre de vignettes cliniques et des réflexions qu'elles nous ont occasionnées, et partager avec vous un travail d'élaboration sur la richesse des processus psychiques engendrés.

COURTOT-CONDAMINE Martine, psychologue

ROY Angélique, sage-femme, BRUN-BARASSI Laetitia, pédopsychiatre et CHEVAL Camille, interne en psychiatrie

Unité Père-Mère-Bébé de Besançon.

« Du corps à la parole... »

L'Unité Père-Mère-Bébé est un lieu d'Accueil centré sur le partage du quotidien avec le bébé (allaitement, change, pesée, jeux d'éveil...) et les échanges qui naissent à ces occasions. Cette offre d'accueil, sans rendez-vous, facilement accessible, permet d'écouter, de voir, et parfois d'entendre, les préoccupations du père et de la mère autour de la naissance de leur enfant. Ce lieu d'accueil, soucieux d'accompagner les premiers liens parents-enfant, atténue l'isolement et la solitude parfois éprouvés dans cette période sensible, grâce aux rencontres possibles avec d'autres parents qui ont des questionnements proches et avec une équipe pluridisciplinaire de périnatalité.

La prise de parole n'étant pas nécessairement première, notre équipe a souhaité d'emblée associer à la dimension psychique la présence d'une sage-femme. En

effet, « donner la parole au corps » est, dans un premier temps, fondamental et très rassurant pour nombre de mère d'autant que leur enfant est à un âge où les questions somatiques et psychiques sont encore intimement liées. Le rôle propre de la sage-femme est important mais sa place de « passeur » à d'autres intervenants de l'équipe est capitale.

En effet, la sage-femme est directement reliée à l'idée de l'accouchement, de la naissance, à ce moment singulier de la vie d'une femme où elle devient mère. Il s'agit donc, lorsque la situation le nécessite, de repérer le moment où une femme va pouvoir, en confiance, s'ouvrir à une personne de l'équipe plus à même de s'occuper de l'aspect psychique ou psychopathologique de ce qui est en souffrance entre la mère et son bébé.

CRAMOTTE Maxime (résumé à venir)

Psychologue, doctorant, Laboratoire de psychologie (Besançon)

CUYNET Patrice (résumé à venir)

Professeur universitaire UFC

DARCQ N

GUINARD Unité mère-bébé service de pédopsychiatrie CHU Besançon

E MARTIN, C AUBRY, L VULLIEZ, Unité pédopsychiatrie de liaison service de pédopsychiatrie CHU Besançon

A BASSEGIO, Service d'obstétrique CHU Besançon

V TROSSAT, service de psychiatrie d'adultes CHU Besançon

E BECKAMN, PMI Champagnole

S NEZELOF, Service de pédopsychiatrie CHU Besançon

Des trous familiaux aux enveloppes institutionnelles : articulation des dispositifs de soin autour d'une patiente souffrant de troubles dépressifs

La grossesse convoque de nombreux partenaires : parents, grands parents, conjoint, famille élargie... Le maillage est parfois incomplet, laissant béantes certaines failles dans lesquelles résonnent les vécus abandonniques, les désordres généalogiques, la précarité de l'organisation des couples ect...Il faut alors parfois être nombreux pour tenter de reprendre ces trous ou du moins tenter de constituer

une enveloppe « suffisamment bonne » pour permettre le déploiement du processus de parentalité et le tissage du lien mère-bébé.

Nous présenterons l'histoire d'une patiente, rencontrée à l'occasion d'un épisode dépressif tardif du post-partum suite à la naissance de son premier enfant, révélé par l'impossible séparation de la dyade mère-bébé au moment du sevrage de l'allaitement. Au gré des épisodes dépressifs associés à son histoire obstétricale, le récit clinique est ponctué par la réémergence des problématiques de vécu abandonnique, d'inceste et de confusion générationnelle. L'absence de place laissée au conjoint vient s'ajouter au vide ambiant. Dans ce contexte, la survenue non attendue d'une nouvelle grossesse réitère la mobilisation des différents professionnels et dispositifs de soin agissant comme soutien à l'élaboration du processus de parentalité et du lien mère-enfant.

Nous évoquerons la nécessité du travail multipartenarial des différentes équipes de soins (équipe de psychiatrie adulte, maternité, secteur médico-social, équipe de pédopsychiatrie de liaison, unité mère-bébé), et soulignerons combien ce tissage pluriprofessionnel peut servir d'étayage tant dans l'accompagnement de la régression inhérente à toute naissance, que dans la construction du lien mère-bébé.

DARCHIS Elisabeth

Psychologue clinicienne, Psychanalyste

Thérapeute de couple et familiale psychanalytique

Membre STFPIF (Ex Présidente), SFTFP, AIPCF, Abraham et Torok,

SFPPG, WAIHM, MARCE, AFCCC, AFED, APCE...

Enseignante Paris VII, Paris X

Parentalité confuse et thérapie familiale psychanalytique périnatale

Le temps périnatal est un moment fort de transmission, mais les confusions générationnelles empêchent parfois la reprise et la réorganisation nécessaire de l'héritage psychique. La parentalité confuse ne peut construire alors les places de chacun dans la différence des générations, et les organisations défensives, comme le déni ou les fonctionnements pervers se mobilisent dans la rencontre indifférenciée parent bébé. La thérapie familiale psychanalytique périnatale est une prévention de la parentalité confuse. Elle accompagne dès la gestation, le travail psychique familial nécessaire à la construction du nouveau maillon générationnel. Dans cette prise en charge spécifique, les images inquiétantes et les secrets familiaux, les effets fantômes, les effrois ou les traumatismes anciens sont

traités au cours du «voyage psychique de la grossesse » dans la mise en sens du matériel familial non élaboré. De même, ce travail sera aussi une prévention des maltraitances et des décompensations parentales. Et le nouveau groupe familial, différencié générationnellement, favorisera l'accueil du bébé reconnu dans sa réalité.

DEZEQUE Jean-Marc, Directeur

Docteur Catherine ELSASS, Médecin chef

Marie FRIEH, Psychologue clinicienne

Agnés HILLMEYER, Puéricultrice

SIBRE Marie-Odile, Directrice adjointe

Centre maternelle l'Ermitage Mulhouse

Les consultations conjointes en Centre Maternel : Une attention partagée autour du bébé

Les jeunes femmes qui demandent à être accueillies avec leur enfant au centre maternel de l'Ermitage sont pour la plupart dans un isolement social et une grande solitude. Le chaos, le conflit ou l'absence qualifient les liens tissés avec leur entourage. Le centre maternel offre un espace de répit, de soutien et de soin pour elles et leurs bébés. Dans ce lieu contenant, elles sont accompagnées au quotidien tant sur le chemin de leur maternalité nouvelle que dans le soutien à leur propre réalisation personnelle. L'accompagnement individualisé leur permet d'expérimenter dans le réel, un autre type de lien à l'autre, à travers le regard bienveillant et le soutien continu de l'équipe pluridisciplinaire. Pour ces jeunes mères, le lien qui s'établit avec leur enfant se trouve marqué par le sceau de leur propre narrativité : leurs projections, leurs désirs conscients et inconscients, leurs besoins de réparation du bébé et de l'enfant qu'elles ont été, forment comme une crypte risquant d'entraver la rencontre avec l'enfant réel. Les consultations-conjointes (médecin-psychologue ou et médecin-puéricultrice), véritables outils de prévention, ont été pensées comme une nouvelle forme de soin. Ils sont une première étape dans la prise de conscience des difficultés de la mère et, ou du bébé. Ainsi lorsque l'équipe repère des difficultés d'établissement des premiers liens (souffrance chez le bébé, désinvestissement maternel, dépression ou angoisse maternelle...), ce dispositif peut leur être proposé, s'inscrivant dans ce tissage enveloppant offert par ailleurs. Il est nommé aux femmes comme un espace de rencontre autour de leur bébé et proposé comme un temps d'échange et d'observations croisées entre parents et professionnels, et est investi par les mères qui acceptent de se poser avec leur enfant et de mettre des mots sur leur vécu. Ces temps de consultations conjointes assurent la contenance du bébé et de

sa mère, ils permettent l'expression des difficultés parentales tout en soutenant le bébé et favorisent la mise en sens des projections maternelles et parentales, dégageant ainsi le bébé de ces projections. Ce cadre particulier permet également d'être un tremplin vers un lieu extérieur si cela s'avère nécessaire. En effet les relais proposés vers des structures de soins sont souvent refusés dans un premier temps. L'expérience vécue au sein de ces consultations peut permettre alors de risquer à nouveau d'aller au dehors. Il s'agit enfin d'un outil très fin d'observation en Centre Maternel des interactions mère bébé et du lien, outil thérapeutique en lui-même par l'attention conjointe qui y est proposée et qui permet d'ouvrir la constellation familiale vers de nouvelles alliances.

DOZIO Elisabetta

Doctorant

FELDMAN Marion, EL HUSSEINI Mayssa', MORO Marie Rose

Université Paris 13

Transmission du trauma mère-bébé : à propos d'une mère originaire du Congo et de son bébé

L'objectif de cette recherche est de contribuer à dégager les aspects spécifiques de la prise en charge des patients traumatisés et par là, d'améliorer la prise en charge des dyades mères-bébés qui ont vécu des traumatismes, mais également les soignants les prenant en charge. La recherche actuelle consiste en l'observation des mécanismes de transmission du trauma entre la mère et son bébé à travers l'observation de leurs interactions. Il s'agit de traiter la question d'un traumatisme psychique de la mère survenu avant la naissance du bébé, de sa transmission au bébé et des conséquences que cela pourrait porter dans la relation mère-enfant et donc sur le développement de l'enfant.

Il y a une évidence clinique de l'existence de la transmission du trauma au bébé, mais il faut mieux préciser ce qui est effectivement transmis au bébé et comment. L'intérêt est de pouvoir comprendre comment la transmission d'un événement ou d'une situation traumatique vécue par la mère peut se transmettre dans la dyade mère enfant et, au-delà du simple contenu de la transmission, connaître ce que cela fait à l'enfant. Cette compréhension est d'autant plus importante avec les nourrissons que dans l'"Infans".

Une proposition pour accéder à leur vécu et comprendre le contenu et le processus de la transmission du trauma au bébé, se base sur les modalités contre-transférentielles entre le clinicien et la mère et sur la dynamique triadique : mère-bébé-clinicien. Le clinicien pris dans cette intersubjectivité, s'engage également dans le partage du traumatisme. Le contre-transfert du thérapeute permet

d'accéder au vécu du bébé dans l'interaction avec sa mère, lorsque celle-ci a vécu un événement traumatique. L'identification du "scénario émergent" (Lachal 2006) dans le contre-transfert est notamment un indicateur du vécu du bébé.

Une illustration de cette recherche sera présentée dans cette communication : une mère originaire du Congo avec son bébé né en France, pris en charge dans une unité d'hospitalisation mère-bébé.

DRAIN Elise (résumé à venir)

Hôpital Aphp

Face à la solitude du deuil périnatal, l'expérience d'un groupe de paroles après une interruption médicale de grossesse.

DROZAC Rodrigo (résumé à venir)

Doctorant

Université Paris 13, laboratoire UTRPP

L'injonction paradoxale des mères en vulnérabilité sociale à Rio de Janeiro.

DUPIN Valérie

Doula - formatrice, Co-fondatrice et co-présidente de l'Association Doulas de France

La doula, une présence soutenante pour les parents autour de l'arrivée d'un enfant.

Le mot "doula", du grec ancien, est utilisé aujourd'hui dans le domaine de la périnatalité, pour nommer une femme qui a pour vocation d'aider une autre femme et son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à son expérience et à sa formation. Elle incarne la figure féminine qui se tenait autrefois auprès de la femme qui met au monde son bébé, aux côtés de la sage-femme.

Ce terme fut utilisé pour la première fois aux Etats Unis par Dana Raphaël en 1973 dans son livre "The Tender Gift" pour désigner des mères expérimentées qui aidaient et soutenaient des jeunes mères après la naissance.

Cette activité s'y est ensuite développée pendant l'accouchement au début des années 90 pour répondre à une médicalisation systématique de l'accouchement et

à un manque de soutien «humain». Cette forme d'accompagnement apparaît vers la même époque au Royaume-Uni pour les mêmes raisons ; elle fait à présent partie du paysage de la périnatalité britannique et a été intégrée à divers programmes de prise en charge de la naissance financés par le gouvernement.

En France c'est au début des années 2000 que les premières doulas font leur apparition. Elles répondent aussi à une demande des parents pour pallier à leur isolement, au manque de transmission et de soutien familiaux et aussi car ils se sentent souvent perdus face à une multitude d'injonctions dont celle du «parent parfait». Par son soutien, sa neutralité et son empathie, en s'appuyant sur son expérience de mère et sa formation, la doula va chercher à favoriser une expérience positive de l'accouchement, à renforcer les compétences parentales, à briser l'isolement de la mère en la mettant en lien avec d'autres parents et un réseau local de soutien associatif, professionnel.

Les témoignages des parents mettent en avant que l'accompagnement de la doula a renforcé la confiance en elle de la mère et son estime d'elle-même, qu'il a favorisé l'autonomie des parents et leur capacité à s'occuper de leur bébé. «Elle nous a aussi soutenu avec beaucoup de respect et tact dans notre questionnement en période postnatale, tel le décrit Winnicott, elle nous aidait, non à travers ses conseils, mais à travers son écoute, à nous faire confiance en tant que parent.» Katharina S. kinésithérapeute.

Les effets bénéfiques de cet accompagnement, confirmés par de nombreuses études randomisées contrôlées internationales, induisent un effet préventif aux difficultés d'adaptation que traversent les parents lorsqu'ils font face aux nouvelles et déstabilisantes responsabilités et émotions qui émergent lors de l'arrivée d'un enfant.

FIDRY Elise (résumé à venir)

Centre Psychothérapeutique de Nancy

Doctorant

Des premiers regards aux premiers mots : une expérience de prévention en périnatalité

FRENAY Aurélie (résumé à venir)

Passage Parentalité

Psychologue clinicienne et doctorante

Être et devenir parent au Passage Parentalité

GANE Hélène

Infirmière Psychiatrique/ Musicothérapeute, Centre Myriam David : Unité de Soins spécialisés à Domicile Paris

Mère, bébé Musique et thérapie

Nous les appelons "les petites mamans". Elles viennent au Centre généralement avec leur premier bébé sous les conseils des professionnels du centre maternel qui les accueille. L'altération du sentiment d'amour et d'estime de soi est au premier plan. Les relations avec les figures d'autorité, qui sont souvent perçues comme de mauvais parents potentiels sont difficiles. On peut sentir chez elles une proximité psychique avec une relation maternelle défaillante ou absente du fait d'un éloignement géographique. Elles ont du mal à investir un espace de soin et notamment le groupe mère bébé qui les confronte à un statut qu'elles ne peuvent encore assumer. Le travail que nous faisons avec la musique nous aide beaucoup dans la rencontre avec elles, tant au niveau de la perception de la prise de conscience de la pulsation, du battement intérieur que du balancement qui porte et tient... Quand la musique n'est pas vécue comme intrusive, elle constitue pour le travail psychique que nous soutenons auprès des patientes une manière de portage...

Le cas clinique qui sera présenté nous permettra d'évoquer les premières rencontres avec une jeune maman, au départ réticente à l'idée de la prise en charge au Centre...

GARCIA Vincent

Menton

AFCCC

Le paternel et le maternel primaires dans le couple

Dans le couple, chaque objet d'amour est d'emblée confronté à l'impact des défaillances parentales primaires de chaque sujet amoureux, et ce dernier en

attend inconsciemment de sa part soulagement, voire réparation. Ce qui revient à dire qu'un objet d'amour est sollicité dans ses dimensions maternelles et paternelles primaires. Je fais référence là à ce qui découle de la bisexualité psychique du sujet, lui permettant l'accès à des capacités de holding et de handling winnocotiens pour son objet d'amour. Le terme "bisexualité" exprime assez que le maternel primaire est indissociable du paternel primaire, d'où l'importance de leur harmonieux équilibre à l'intérieur de chacun...

La dimension maternelle primaire préside à la constitution psychique du sujet : elle est ce qui permet à l'objet dans le couple d'apaiser le sujet, dans l'illusion de retrouvailles avec l'objet maternel primaire. Ce maternel primaire, substrat de notre sentiment d'exister et de notre capacité à nous garder vivant, est une dimension essentielle et constitutive du lien amoureux dans le couple.

Le paternel primaire est ce qui impose à l'enfant une ouverture face à l'omnipotence maternelle. Cette dimension paternelle primaire de handling est nécessaire à l'intégration des symbolisations et des différenciations. Elle est également recherchée dans l'objet d'amour par chaque sujet amoureux qui tente ainsi inconsciemment de réparer l'impact des faillites de sa relation à l'objet paternel de son histoire, au travers de son lien de couple.

Deux sujets amoureux sont ainsi deux individus en attente inconsciente d'apaisement, de réparation par symbolisation de toutes les frustrations primaires. D'où la désidérialisation inévitable, qui réactive les souffrances de l'infans. Et dans les cas de grandes carences de symbolisations, c'est-à-dire de parents primaires trop défaillants dans l'histoire des partenaires, nous verrons apparaître au sein de ces couples des manifestations mortifères dont la violence est en rapport avec la récurrence des traumatismes endurés.

GENET Marie-Camille et GAREZ Valérie

EPS ERASME, Unité PPUMMA (Psychiatrie Périnatale d'Urgence Mobile en Maternité) et Unité de Recherche en Psychiatrie et en périnatalité,

Les mères borderline/état-limite et leurs bébés: perspectives issues d'une étude longitudinale portant sur les interactions à 3 mois et l'évaluation de la qualité de l'attachement à 13 mois

Le trouble de personnalité borderline, tout comme les séquelles de carences et de traumatismes psychiques, se caractérisent notamment par des troubles du développement et de la régulation des émotions associés à des troubles de l'attachement et des relations interpersonnelles. Lors d'une entrave à la parentalité, du fait de l'existence de ces troubles, le développement du bébé et du très jeune enfant peut en être contraint. L'étude de l'impact des interactions mère-bébé sur la régulation émotionnelle et comportementale de l'enfant a eu des répercussions considérables dans le développement de prises en charge

thérapeutiques mère-bébé adaptées au post-partum immédiat et aux premières années de vie de l'enfant. Les avancées dans les domaines de la psychologie du développement et de l'attachement permettent aujourd'hui d'éclairer les difficultés que ces enfants à l'attachement souvent troublé peuvent présenter, au cours de leur développement. Ce nouvel éclairage paraît très précieux pour mettre en place des prises en charge adaptées.

Les mères présentant des antécédents d'abus, de traumatismes, ou encore de maltraitances, sont souvent envahies par leurs réactions émotionnelles ; elles sont de ce fait, souvent en décalage par rapport aux besoins de l'enfant. Celui-ci se trouve alors en difficulté pour développer ses propres capacités de régulation émotionnelle. Nous nous emploierons, dans ce symposium, à décrire les caractéristiques interactives et émotionnelles de ces dyades, de manière longitudinale, en insistant sur les capacités de régulation émotionnelle des bébés, en fonction de leur genre et de leur âge dans la première partie de notre communication. La qualité de l'attachement de ces enfants sera explorée et mise en perspective avec les données de son développement précoce dans la deuxième partie.

La micro-analyse des interactions des dyades au Still-Face montre que les mères borderline (TPB) et leur bébé de 3 mois sont engagés dans des comportements qui combinent paradoxalement, au sein des mêmes séquences interactives, une pauvreté de variation dans les interactions ainsi que trop d'initiation dans les comportements et trop d'excitation. Par conséquent, le bébé doit faire face à la nécessité de suivre sa mère, autant que possible. L'effort de régulation et la dysrégulation du bébé sont visibles au travers de différents comportements, à différents niveaux, et seront illustrés par des vidéos. Nos résultats suggèrent, en accord avec la littérature, que les enfants de mères avec un TPB seraient à risque de développer des troubles de la régulation émotionnelle et un attachement désorganisé qui sont des éléments de vulnérabilité par rapport au développement du TPB. Nous présenteront les résultats d'une étude longitudinale incluant les micro-analyses des interactions mère-bébé au SF et l'évaluation de la qualité de l'attachement à la Situation Etrange. La discussion sera centrée sur les orientations thérapeutiques, aux différents moments du développement de l'enfant.

HEINTZ Didier

Architecte, chercheur et designer.

Institution: NAVIR

Création d'un espace périnatal pour les jeunes femmes enceintes au sein de la crèche d'un foyer maternel. Aspect fonctionnel, social et éducatif. Aménagement et mise en œuvre architecturale

Le Centre maternel « Villa Jeanne » à Palaiseau est un lieu d'accueil et d'hébergement mère/enfant, de la grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant, inscrit dans le champ du soutien de parentalité.

Le Centre s'est doté depuis de nombreuses années d'une crèche accueillant les enfants à partir de l'âge de trois mois, et c'est seulement à partir de là, qu'un regard spécialisé est porté sur la qualité du lien mère/enfant. Il apparaît primordial pourtant que cela puisse se faire plus précocement, dès les six mois de grossesse de la maman, ou encore dès son arrivées au Centre, quelque soit l'âge de son enfant.

Pour répondre à ces problématiques, le souhait de la « Villa Jeanne » est d'étendre l'intervention des professionnels compétents (psychologue, personnel de crèche...) auprès des mamans. La création d'un espace périnatal au sein de la crèche permettra de mettre en œuvre cet accompagnement.

Une équipe de travail - éducateurs, architecte, instances de direction et associations de soutien, a été mise en place pour réorganiser la crèche en trois groupes d'âge et pour y implanter une unité périnatale.

- C'est un espace où les mères se sentiront accueillies et soutenues par une équipe riche par sa diversité professionnelle. Cet espace permettra de donner du sens à ce que des jeunes femmes traversent, d'accompagner la grossesse, de rompre l'isolement, de mettre en place les savoir-faire essentiel et de les accompagner dans leur ressenti. Il permettra aux jeunes mères de développer un lien suffisamment bon pour que l'enfant grandisse harmonieusement.

- Description du projet.

Pour les femmes enceintes :

- participer à des ateliers dédiés à la naissance de l'enfant.
- Préparation du trousseau et préparation des biberons.
- Conseils diététiques.

Pour les jeunes mamans :

- Donner et conserver son lait, préparer son biberon.
- Soins à l'enfant, paroles et verbalisation.

Pour les éducateurs journaliers et de nuit du foyer:

- Les former aux relations mère/enfant qu'elles connaissent mal.
- Les former aux soins à donner aux enfants

Du point de vue de l'espace et de l'architecture :

- Être à la fois un espace de partage et de bien-être.
- Former un tout avec l'espace des tous petits de la crèche (3 à12 mois).

Ce lieu comprendra :

- Un espace pouvant accueillir trois berceaux aménagés de telle manière que les mamans puissent y coucher leur tout petit enfant, être avec lui, mais aussi se préparer à la séparation.
- Un change permettant l'apprentissage des soins.
- Un accès à la biberonnerie commune, pour se familiariser à la préparation des biberons.
- Un espace de rencontre avec assises, bibliothèque et écran de projection
- Un miroir pour se reconnaître dans son nouvel état.
- De la place pour faire des exercices.

Ce lieu, par sa position centrale, permettra aux futures mamans d'être baignées dans l'ambiance de l'ensemble de la crèche et de se familiariser au monde des enfants plus grands.

L'exposé montrera à travers des images, des croquis et des plans comment l'architecte, Didier Heintz, accompagné par l'éducatrice ou la psychologue, a pu réaliser un tel espace dédié à la périnatalité grâce à un vrai travail d'équipe.

HUMBERT-DROZ Caroline

Psychologue

CAMSP du DOUBS

L'observation partagée: un outil thérapeutique?

Au CAMSP, dans le cadre de notre mission d'évaluation précoce, l'équipe pluridisciplinaire porte une attention privilégiée au bébé durant la période sensible de l'hospitalisation en néonatalogie mais aussi lors de son arrivée au domicile.

Les professionnels se centrent sur une observation, partagée avec les parents, des compétences de leur bébé. Dans ce souci une convention a été réalisée entre le CAMSP et les différents services de néonatalogie, des crèches de la ville pour que les professionnels du CAMSP formés à l'échelle de Brazelton et à l'installation posturale puissent se rendre auprès des bébés et de leurs parents. Dans ce cadre les professionnels utilisent l'échelle de Brazelton et l'installation posturale (prêt de cocons), ces outils particulièrement adaptés aux tous petits (0 à 2 mois) favorisent une prévention précoce dans le lien avec les parents. Ils s'inscrivent dans la lignée des soins de développement.

Cette posture d'entrée en relation avec le bébé et sa famille devient contenante parce qu'elle s'appuie sur un travail d'équipe engagé entre les professionnels de la néonatalogie, des crèches, de la PMI, de l'HAD. La place et le rôle de chacun s'élaborent au fil des réunions organisées au CAMSP, des échanges autour des situations cliniques, des retours des parents...

C'est une observation des compétences du bébé, étayée par l'échelle de Brazelton, l'installation posturale, en lien avec ses parents. En étant à l'écoute des affects des parents, de là où ils en sont dans leur prise de conscience des particularités, des fragilités de leur bébé, le professionnel transmet ses observations, ses ressentis. Il s'appuie sur les aspects positifs du développement du bébé pour favoriser les interactions et tient compte de la façon dont les parents peuvent s'ajuster à leur bébé.

Cette première rencontre tisse un lien entre le bébé, sa famille et l'intervenant.

Ce lien se prolongera à domicile au fil des rencontres. Lors de ces visites à domicile il s'agira de questionner comment il est possible de mobiliser la communication du bébé, les échanges avec les parents, en respectant le temps de chacun, la présence des autres membres de la famille. En effet le travail à domicile offre la possibilité d'observer l'environnement familial et de faire la connaissance de tous ses membres (fratrie, grands parents...). La fragilité du bébé bouleverse la famille en général et chacun en particulier.

Pour que ces visites à domicile constituent un véritable soutien au bébé et à sa famille chaque professionnel bénéficie de temps de réunion au CAMSP où sont évoqués les besoins de l'enfant et de sa famille.

L'observation du professionnel avec le bébé peut apporter un regard différent sur son développement et ouvrir à un ajustement relationnel.

JARRIN Josiane

Psychologue, docteur en Psychologie UFC

Le bébé. Tradition et soin classique en Martinique.

En Martinique le devenir mère, qui est généralement un processus complexe, convoque la grand-mère et l'arrière grand-mère à travers le Doktè fey guérisseur. Cette convocation parle des origines.

La jeune mère face à la souffrance de son bébé se trouve entre deux systèmes de soins, celui de la médecine classique et, celui de la médecine populaire. Deux visions du corps, de la psyché, de la maladie et du soin. Ici se pose la problématique de la transmission entre les générations mais également de la transmission transgénérationnelle.

Le Doktè fey représente une partie de la mère et la rend plus compétente, il lui permet de se réapproprier son enfant. Le Doktè fey refait le lien lorsque celui-ci n'existe plus ou est pathologique, le Doktè fey réaffirme l'unité mère-enfant en inscrivant cette dyade dans la transmission.

Nous, nous proposons de répondre à un certain nombre de questions lors de notre communication.

Comment répondre à la détresse des mères, face aux deux systèmes de soin qui sont vécues souvent comme opposé ?

Quelle prise en charge pendant le système génocidaire de l'esclavage ?Quelle transmission depuis, il y a-t-il continuité ou rupture ?.

JEAN-DIT-PANNEL Romuald

Psychologue, Doctorant en Psychopathologie, Université de Nanterre, LASI,
Chargé de cours à l'Université de Franche-Comté.

DELFINI Béatrice (b), MICHEL Céline (a), NACHIN Anne (a), SARREY Astrid (a).

(a) Psychologues et (b) psychanalyste en crèche à Besançon

La sollicitude du professionnel en lieu d'accueil de la solitude des parents et du bébé : quel espace psychique en crèche ?

La nymphe Écho, allégorie du phénomène naturel, recherchait la solitude et fuyait les Dieux et les Hommes. Depuis, cachée dans l'épaisseur des forêts, la voix d'Écho répond toujours à la voix qui l'appelle. nuisible, ses échos ne sont plus que les sons qui vivent encore en elle, condamnée à répéter, car « personne n'a jamais été [l']écho d'Écho » (Lafond, 1991).

Psychologues, psychanalyste travaillant en crèches, nous observons différentes solitudes, différentes désolations (Klein, 1963 ; Gutton, 2005), lesquelles s'échoient : celles des bébés, des familles et des professionnels de la petite enfance.

Parents, professionnels, bébés, quelles défenses et/ou quelles créativité se mobilisent en nous, notamment par ces perpétuelles répétitions d'arrivées et de départs, sièges d'indicibles solitudes parfois ? Comment la solitude « apprivoisée » du psychologue en crèche vient-elle en lieu d'accueil des angoisses éprouvées par le bébé, les parents et les professionnels lors des séparations ?

De la solitude « qui détruit » (Dolto, 1994) à « la portance » (Quinodoz, 2003), nous discuterons de ce qui est à l'œuvre dans ce qui se supporte de la traversée des angoisses, afin que chaque sujet se constitue « une identité qui permette le lien, la créativité » (Winnicott, 1969).

En échos à cela, rappelons ce dialogue entre le renard et le petit prince (St-Exupéry, 1943) :

« - Adieu, dit le renard. Voici mon secret. Il est très simple : on ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.

- L'essentiel est invisible pour les yeux, répéta le petit prince, afin de se souvenir.

- C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante.

- C'est le temps que j'ai perdu pour ma rose... fit le petit prince, afin de se souvenir.

- Les hommes ont oublié cette vérité, dit le renard. Mais tu ne dois pas l'oublier. Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as apprivoisé. Tu es responsable de ta rose...

- Je suis responsable de ma rose... répéta le petit prince, afin de se souvenir. »

Est-ce dans ces temps de séparations, tel le renard et le petit prince, où la perte se fait jour, que le psychologue a à être, afin de ne pas laisser se perdre le langage du bébé, de ses parents, des professionnels, telle la voix errante d'Écho ?

Aussi, comment sup-porter le fait de ne pas être sollicité, de ne pas recueillir d'écho par les familles et les différents professionnels des crèches, alors que certains voire tous les signaux sont montrés, se répètent, aux dépends d'enfants (- « roses ») ? Comment accueillir « ceux qui souffrent trop pour pouvoir s'adresser à un autre » (Mellier, 2005) ?

À plusieurs pensées, à plusieurs voix, nous proposerons nos réflexions théoriques et pratiques, issues d'un groupe de travail que nous avons constitué.

JOLY Fabien

Psychologue, Psychanalyste, Psychomotricien, Docteur en Psychopathologie, Conseiller scientifique du C.R.A. Bourgogne (CHU Dijon), membre titulaire de la SFPEADA.

Le Bébé à risques autistiques et ses parents (signes d'alerte, interactions et développement précoce)

L'Autisme comme figure centrale et paradigmatique des Troubles Envahissants du Développement est un processus développemental morbide dont la forme syndromique prototypique est appréhendable dans sa spécificité vers 2 ans et demi 3 ans - âge recommandé nationalement pour le diagnostic (toujours clinique) de cette pathologie -.

Malgré les « batailles » toujours vives de l'autisme, et quels que soient les écarts entre théoriciens et chercheurs d'orientations différentes : le consensus est pourtant entier sur au moins un sujet : les diagnostics les plus précoces permettent (ou permettraient quand ils font malheureusement défaut) des prises en charges adaptées plus efficaces pour entraver ou réduire l'évolution la plus déficitaire et la plus fermée de ce trouble développemental gravissime. Et il s'agirait, toute obédience confondue, 1/ d'aiguiser nos savoirs, nos recherches et nos expériences cliniques du côté du dépistage précocissime de bébés à risques autistiques, 2/ pour se faire, d'explorer toujours plus avant les éventuels signes d'appels d'un « processus autistisant » dans les premiers mois de vie du moins dans les deux premières années du développement de l'enfant, 3/ enfin, de former les

personnels de la petite enfance à repérer ces points d'appels et à écouter et accompagner les interrogations et les inquiétudes des familles à ce sujet, pour mieux orienter dans le précoce les dépistages et actions de prévention, ou les diagnostics et prises en charges spécifiques.

Nous souhaiterions développer dans cette communication une perspective de recherche psychopathologique, éminemment développementale et intégrative articulant a) une méthodologie positive et négative à la fois (signes spécifiques, indicateurs de développement normal et déviations sensibles et singulières de ces processus développementaux) et b) des perspectives plurielles autour d'un axe développemental majeur du précoce de l'enfant à risque : la sphère psychomotrice : tonus, postures, sensori-motricité, développement des jeux et interactions psychomotrices, appétence à l'exploration motrice et corporelle interactive, déploiement de l'instrumentalité, du perceptif et des praxies, etc... Avec une hypothèse sous-jacente qui serait que le défaut et la déviance princeps dans le développement très précoce des futurs autistes (et avant même l'apparition des signes pathognomoniques qu'ils se déclinent de manière avérée dans la sphère cognitive ou psychoaffective) ce défaut originaire se jouerait dans la sphère psychomotrice, plus exactement dans le ratage, le shuntage ou la déviation spécifique du carrefour et du nouage psychomoteur précoce. Nous tenterons c) d'articuler à chacun de ses endroits les indicateurs d'alerte dans l'interaction du bébé à risque autistique avec ses parents, autant que les facteurs de risques ajoutés sur ces mêmes interactions précoces et leurs développements au regard des entraves majeurs de ces bébés « à risques » ... L'écoute des parents et de leurs premières alertes comme la sensibilisation des familles et la « guidance » des parents d'enfants « à risque » est un enjeu absolument primordial du dépistage et de l'accompagnement précoce des états autistiques et autres troubles apparentés.

LHEUREUX DAVIDSE Chantal

Psychanalyste, psychologue clinicienne en IME, Maître de conférences et responsable du DU Autisme à l'Université Paris Diderot Paris 7 UFR Etudes psychanalytiques laboratoire CEPP. Auteur du livre : L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre, l'Harmattan, 2003

Articulation avec la famille et en équipe, liaison psychique et remantèlement dans le suivi d'enfants autistes

Les installations en clivage et les états de dispersion psychique dans le fonctionnement autistique ne facilitent pas spontanément une articulation entre soignants et avec les familles. Lorsque des instants de rencontre commencent à se manifester dans un cadre thérapeutique avec un enfant autiste, nous nous surprenons à évoquer les différents partenaires qui s'occupent de l'enfant, ses

référents, sa famille. L'enfant se sent davantage exister quand ces liens sont possibles.

Je montrerai à partir du suivi d'un enfant autiste sans langage verbal avec des parents séparés, combien le travail sur le sentiment d'exister dans son corps en présence de sa mère tout en évoquant le père absent a eu un effet de remantèlement sensoriel et de liaison psychique en résonance avec une meilleure circulation entre les différents partenaires.

MEGNE ME NDONG Annicet E.

Doctorant, Université Paris X

Attente et accueil du premier bébé dans la société gabonaise: Transmission, contenance et reconnaissance

A partir de deux vignettes cliniques, nous voulons partager deux expériences qui montrent comment le bébé est attendu et accueilli par la famille et l'entourage au Gabon. Il s'agit d'un moment important de soutien, d'accompagnement, de transmission et d'enseignement du "être mère". Ce temps peut susciter beaucoup de chose donc, la peur; l'inquiétude; l'angoisse... qui vraisemblablement pourront fragiliser la maman et avoir de grandes conséquences après l'accouchement. Pour se rassurer et aborder l'épreuve de la maternité, elle aura besoin de s'appuyer sur certaines personnes (sa mère, ses sœurs, ses amies).

L'accouchement est un moment de reconnaissance. En effet, désormais elle sera reconnue comme une mère, un nouveau statut conféré par la maternité. De l'autre côté, les membres de familles eux viendront reconnaître le bébé. Une manière de lui souhaiter le bienvenu et de lui donner sa place au sein du groupe. Cette double reconnaissance aura une fonction narcissique pour la jeune mère et contribuera à la construction d'un espace d'accueil contenant et favorable pour le bébé.

En définitive, cette communication nous permettra de mettre en relief le rôle et l'importance de la famille et du groupe pour le couple mère-bébé.

MIETKIEWICZ Marie-Claude, Maître de conférences HDR en psychologie clinique,

SCHNEIDER Benoît, Professeur de psychologie de l'éducation, Université de Lorraine. Laboratoire InterPsy EA 4432

Les grands-parents des bébés : attentes et normes

Lorsque Philippe Aries proposait, dans un des premiers ouvrages sur ce thème (Les grands-parents dans la dynamique de l'enfant, sous la direction de M. Soulé, 1979) de rendre compte des relations entre les enfants et les grands-parents dans les sociétés occidentales, il considérait que la relation enfants/grands-parents n'était qu'un cas particulier des relations enfants/vieillards dont il affirmait qu'elles se dégradaient en raison d'une opposition agressive et inédite dans nos sociétés entre les jeunes et les vieux. Dans la préface de ce même ouvrage, Michel Soulé (1979) écrivait que la naissance de leur petit-enfant rejetait les désormais grands-parents dans une génération inutile puisque la généalogie était assurée et il les invitait à s'effacer discrètement de la scène familiale. Pourtant, au cours des trois décennies qui ont suivi, a émergé progressivement, en lien avec les évolutions démographique et culturelle une toute autre représentation des grands-parents et de leur place dans la constellation familiale. En rupture avec les images obsolètes de vieillards cacochymes et petites dames melliflues, les "nouveaux" grands-parents déploient, au-delà de leurs fonctions dans la filiation et dans l'histoire familiale, des rôles multiples et leur présence "au quotidien" est de plus en plus avérée et reconnue.

Alors que s'est affirmée une place singulière, en "seconde ligne", pour les grands-parents, sont apparues de manière très insistante deux injonctions : les grands-pères et les grands-mères sont instamment priés d'occuper leur "juste place" et de se tenir "à la bonne distance". On attend d'eux qu'ils soient disponibles mais pas envahissants, attentifs mais pas intrusifs, chaleureux mais pas étouffants, etc.

Le caractère récurrent de ces prescriptions et l'évidence de leurs formulations - qui semble ignorer les ajustements indispensables pour s'y conformer- nous ont conduit à nous interroger sur la manière dont elles contribuent à façonner les relations intergénérationnelles au cours de la période périnatale et plus précisément autour de trois temps : l'annonce du bébé, la naissance proprement dite et les premières rencontres.

C'est à travers les guides à destination des jeunes parents et ceux qui sont dédiés aux grands-parents que nous examinerons les modalités de prescription de ces normes, les écueils à éviter et les recommandations à suivre.

Malgré de discrètes évolutions, comme en attestent par exemple les paragraphes consacrés à la place des grands-parents dans les éditions successives des ouvrages de Laurence Pernoud depuis 50 ans, nous trouvons dans les guides pour les jeunes parents très peu de choses pour éclairer les positions parentales. En revanche, l'examen attentif des très nombreux guides publiés pour aider les grands-parents à

endosser ce nouveau statut permet de broser un tableau très riche des propositions faites pour adopter dès avant la naissance les attitudes qui devraient leur permettre d'être là où il convient qu'ils soient....

MERO Sophie

Psychologue

Unité néonatale - Centre Hospitalier intercommunal Créteil

La triade parents / bébé / soignants dans la prématurité

Le traumatisme (S. Freud, 1920) provoqué chez des parents par la naissance prématurée de leur enfant (55000 naissances/an en France) est connu (C. Druon, 1996). L'interruption soudaine de la grossesse, la rencontre avec le nouveau-né prématuré entraînent d'importants remaniements psychiques chez sa mère, « la maternité elle-même (qui) devient traumatique » (C. Vanier, 2010). Commence alors pour les parents une longue hospitalisation au cours de laquelle ils vont devoir faire connaissance avec ce bébé si différent de celui imaginé pendant la grossesse, le bébé imaginaire de la mère doublé du bébé « parfait » idéalisé par notre société.

Très isolés de leur environnement familial par l'hospitalisation, et se sentant seuls au niveau psychique du fait de la singularité de cette expérience, les parents doivent se familiariser avec un environnement médical très technique, et faire connaissance avec leur étrange bébé accaparé d'emblée par une « mère-machine » aussi intrusive que vitale. La préoccupation maternelle primaire est remplacée par une « préoccupation médicale primaire » (C. Druon, 1996). Si la mise en place des premiers liens concerne en priorité les parents et leur bébé, la spécificité de la prématurité et du cadre de l'hospitalisation inscrivent ce processus au sein une « triade » : parents, bébé ET soignants.

Car les parents, en proie à de vifs affects, sollicitent la part intime des soignants qui s'occupent d'eux, et les bébés qui ne savent pas dire leur malaise, leur souffrance peuvent nous la faire éprouver par le biais « d'anxiétés primitives (qui) (...) se diffusent dans tout son environnement psychique si elles n'ont pas été véritablement contenues » (D. Mellier, 2005).

Dans ces entrelacs d'affects et de pulsions, quelle place pour chaque membre de cette « triade » ? Comment les mères considèrent-elles ces soignantes qui se pressent autour des berceaux des bébés: comme des grand-mères bienveillantes et, ou, comme des rivales idéalisées ? Le retour à la maison - tant attendu que redouté - signe une séparation qui peut s'avérer difficile voire douloureuse et peut nécessiter la création d'un espace de transition - pour ne pas dire transitionnel au sens de Winnicott - entre l'hôpital et la maison (S. Mero, N. Thomas, 2010).

A travers notre expérience et celle d'autres professionnels, nous souhaiterions interroger la construction de la parentalité, dans un cadre où le soignant est un tiers présent d'emblée, ainsi que son impact sur la mise en place du réseau de soins (par le biais de vignettes cliniques et de video).

MOISSENET Annik (résumé à venir)

Service d'hospitalisation à domicile Mutualité du Doubs

L'HAD un temps pour se retrouver

MOISSET pierre

Travailleur libéral

Se construire comme mère au piège de l'intimité

La solitude des parents face à leurs nouveaux nés est issue de conditions structurelles et contraignantes telles que l'extension du salariat et de la mobilité géographique et sociale. Mais elle résulte également - avec l'individualisme et la mobilité sociale - de la volonté pour une partie des parents - de se construire différemment voire à distance des normes de leurs propres parents. Enfin, l'évolution de la conception sociale du jeune enfant, mais aussi du maternage et des pratiques parentales bénéfiques à ce jeune sujet met l'accent sur le nécessaire engagement personnel, intime de la mère auprès du bébé.

Ces différents éléments concourent et à une solitude par manque ou refus des appuis et supports familiaux traditionnels, mais aussi à un possible isolement du fait d'un pari excessif, par certaines mères, sur leurs seules personnes et subjectivités pour construire le rapport à leur enfant.

Nous souhaitons, dans notre communication, explorer cet aspect particulier de la solitude parentale à travers l'analyse d'entretiens recueillis dans le cadre d'une étude sur les besoins et parcours d'accueil de parents de jeunes enfants. Certaines mères interrogées avaient choisi d'accueillir elles-mêmes leur enfant. En analysant leurs motivations, trois postures principales apparaissent :

La posture intime : les mères justifient alors leur choix par un « appel » de l'enfant, auquel elles ne peuvent résister. Elles se sentent être tout pour lui attendant que l'enfant les emplisse en retour de plénitude et de la certitude d'être à la bonne place.

La posture du devoir : les mères considèrent alors que leur rôle est de rester auprès de l'enfant du fait qu'elles l'ont conçu. Il s'agit pour elles d'un devoir

accomplit avec bonheur mais sans l'enchantement repérable dans la première posture.

La posture de la pratique : les mères ne font alors référence ni à l'enchantement ni au devoir mais au besoin d'être auprès de leur enfant dans ses premiers mois pour apprendre à le connaître et acquérir ainsi les bases de leur rôle auprès de lui.

On constate que les mères qui s'investissent dans la posture intime se retrouvent toutes en difficulté au bout de six à douze mois de présence auprès de leur enfant. Elles ressentent alors une grande solitude et un enfermement dans le rôle de mère. Ces femmes se sont, en effet, isolées de l'extérieur en ne comptant que sur la relation duelle et intime avec leur enfant pour l'accueillir et se construire en tant que mères. A contrario, les mères qui se construisent suivant les deux autres postures ont des parcours plus stables parce qu'elles ont construit parallèlement à leur identité de mère dans la sphère privée - face à leur enfant - une identité de parent public ou du moins publicisée. Elles se sont investies dans des actions associatives ou des activités extérieures avec l'enfant, ce qui leur a permis de nouer et maintenir des relations mais, surtout, d'édifier également leur posture de parent sur une scène publique.

L'exemple de ces différents parcours permet de souligner le danger d'une croyance trop exclusive dans une construction essentiellement duelle et privée de la construction du rôle de mère. Par rebond, cela permet de souligner la nécessité d'un soutien aux parents qui ne passent pas que par l'appel à leur intériorité, mais par une attention à leur extériorisation et mise en réseau.

MUSETTI Dora, docteur, pédopsychiatre,

BONIFACINO Nahir, Dr PLEVAK Andrea.

Ministère de la Santé Publique (MSP), Administration des services de Santé de l'Etat (ASSE) Montevideo, Uruguay.

APPIA

Repérage d'indicateurs de risque dans le développement émotionnel précoce.

Nous avons réalisé le repérage d'indicateurs de retrait, dans le développement émotionnel précoce au cours de la consultation de contrôle pédiatrique.

Le retrait est un symptôme d'alerte dans le développement infantile, il est présent dans la plupart des entités psychopathologiques de l'enfance précoce :

Troubles de l'attachement, du spectre autistique, interactions précoces- aussi bien causées, comme effet de la dépression maternelle-

Nous avons dispensés aux pédiatres une formation sur le développement émotionnel qui valorisait le positionnement privilégié de leur intervention.

Nous les avons entraînés à l'aide d'une échelle (ADBB, Alarma Retrait en el Bebé, A. Guedeney, 2001) à l'observation systématique du bébé pendant la consultation.

Ce travail s'est réalisé dans deux centres de santé publique de la zone métropolitaine et 9 pédiatres et 3 psychologues ont été formés à l'échelle ADBB.

Nous avons suivi 95 bébés, durant la première année de vie, avec quatre consultations de contrôle. Nous avons inclus dans l'analyse statistique 67 de ces bébés, que 3 évaluations ont complétés.

L'analyse statistique a montré les résultats suivants :

1'évaluation avec ADBB des bébés qui ont été accueillis par des Pédiatres dans la première étape de la formation a l'ADBB.

40 % des bébés présentèrent un retrait à divers degrés.

Dans la seconde évaluation, réalisée deux mois plus tard, le pourcentage des bébés avec retrait a augmenté jusqu'à 57%.

Dans la troisième évaluation avec ADBB, réalisée trois mois après la formation et avec l'intervention avec les familles, le pourcentage des bébés avec retrait a diminué à 14%.

La compétence acquise par les pédiatres leur a facilité une meilleure et plus précoce détection du risque dans le développement et a permis la réalisation d'interventions efficaces qui améliorent la condition des bébés.

POURCELOT Claire

CUISENIER BOURQUIN Catherine

Psychologues psychothérapeutes de l'unité périnatale du conseil général

Trop près, trop loin ; regard psychanalytique sur la dépression post-natale

L'unité périnatale, créée en 2001 par le Conseil Général du Doubs, fait partie du service de Protection Maternelle Infantile et s'inscrit dans le champ de la prévention primaire. Elle propose des consultations psychothérapeutiques psychanalytiques pour des femmes enceintes ou récemment accouchées, sur une durée de six mois renouvelables une fois.

En effet, la grossesse constitue un levier formidable pour amener une femme à une première consultation voire à une thérapie qu'elle n'aurait jamais entreprise dans d'autres conditions.

En partant de notre pratique dans le cadre de nos consultations, nous tenterons de mettre en évidence les problématiques sous-jacentes aux dépressions du post-partum qui sont souvent à l'origine des demandes de psychothérapies.

Même si certains évènements extérieurs peuvent avoir un pouvoir pathogène sur la femme qui devient mère, la psychothérapie s'intéressera avant tout à la signifiante individuelle de l'évènement pour le corréler à l'organisation de la personnalité du sujet, à sa structure psychique et à son histoire afin de comprendre et d'aider la femme en dépression. L'isolement familial, axe central de ce colloque, sera donc à envisager différemment selon les situations, avec toute la complexité que nous savons inhérente aux choix inconscients.

La grossesse, l'accouchement et le sevrage imposent à la femme une succession d'investissements, de désinvestissements et de réinvestissements qui sollicitent particulièrement ses capacités à élaborer la perte, le deuil, ainsi que ses identifications aux objets internes. Dans le cadre psychothérapique, l'interprétation du lien transférentiel va permettre une liquidation des positions infantiles provoquant la dépression et donner la possibilité de résoudre une problématique restée fixée à des stades antérieurs du développement psycho-affectif chez la patiente.

Nous constatons régulièrement que cette période, où les fantasmes maternels sont d'accès facile car non scellés par le refoulement habituel, permet d'engager un processus psychothérapique opérant, et amène dans les cas les plus favorables une réorganisation psychique chez la femme.

Cet exposé sera ponctué de vignettes cliniques qui nous permettront d'illustrer nos propos et faciliteront l'échange avec le groupe.

QUAGELLI Luca

Doctorant, Ecole Doctorale Recherches en Psychanalyse

Réinterrogeant le modèle de l'hallucination primitive: le bébé entre mère créée et mère réelle.

Présent dans le corpus freudien dès le début, le concept d'hallucination primaire, bien que jamais abandonné explicitement, a été quand-même largement marginalisé depuis le tournant 1920.

Dans ce texte, je me propose de réinterroger le modèle de l'hallucination primaire à la lumière précisément de la deuxième topique et des apports suivants de Winnicott et de Bion. Particulièrement, là où Freud (1899) postule dans sa fiction théorique l'existence d'un appareil psychique des origines dans lequel la satisfaction du désir se réalise par la voie courte de l'identité de perception (hypothèse reprise par le concept de sexuel primordial des Botella, 2001), on se demandera aujourd'hui, à la suite de Roussillon (2001) qui nous rappelle la solution' suspensive du trouvé-créé winnicottien, "si ce sexuel 'primordial', 'fondamental', est auto-érotique ou hétéro-érotique", soulignant comme à l'hallucination du nourrisson répond la qualité de l'ajustement de la réponse maternelle grâce auquel l'hallucination se transforme en illusion d'auto-satisfaction. L'hallucination auto-érotique, processus fondamental du sexuel primordial 'auto-', doit être étayée par une présentation d'objet hétéro-érotique pour soutenir sa fonction.

À partir de cette réflexion, qui se voudrait au carrefour entre pulsion et relation, intrapsychique et interpsychique (Bolognini), on réfléchira au fait que dans la formule "satisfaction par l'hallucination" il faudra examiner non seulement l'importance de l'hallucination, mais l'expérience de satisfaction aussi.

Si l'expérience hallucinatoire du sexuel primordial ne peut être pensée indépendamment de celle qui a été obtenue antérieurement en présence de l'objet il peut y avoir également absence de l'expérience de satisfaction et échec de la satisfaction par l'hallucination: échec de la satisfaction première elle-même. Ceci ne veut pas dire qu'il ne va pas y avoir hallucination quand même, c'est tout l'enjeu de 'Au-delà du principe du plaisir', mais il n'y aura pas satisfaction hallucinatoire. Il y aura des hallucinations sans satisfaction qui, loin de produire des expériences apaisantes, engendreront des compulsions à la répétition qui intensifieront la destructivité. Avec les mots de Green (2001) "je ne vois pas le moyen de se soustraire à l'hypothèse d'un couple sexuel primordial/destructivité néantisante".

REICHMAN Emmanuel

Psychologue CMPP

L'indication vers un groupe. La question de la groupalité psychique.

Devenir parent d'un nouveau-né est un processus qui peut demander à des degrés variables des appuis sur des groupes qui entourent les nouveaux parents et leur enfant. Groupe familial, social, amical, parfois professionnel. Cependant, dans des contextes très divers et pour des raisons variées, cet environnement groupal peut faire défaut. Ce défaut peut plus ou moins porter préjudice au déploiement de la fonction parentale ou au devenir psychique de l'enfant dans des cas plus graves.

Des parents se sentant esseulés avec leur enfant peuvent ainsi avoir recours à des professionnels de la parentalité et de la petite enfance. Celle qu'on pourrait appeler la famille professionnelle peut ainsi valoir pour équivalent famille avec la juste distance et l'analyse que cela doit impliquer pour comprendre les mouvements transférentiels venant de la famille.

Parmi les soins préventifs mis en place par les professionnels, les dispositifs groupaux de parents peuvent reproduire un équivalent groupe de pairs autour d'un très jeune enfant. Cette modalité de soins préventifs, souvent opérante et porteuse de certains réaménagements possibles des interrelations parents-bébé, peut cependant être une indication refusée par des patients alors que nous l'aurions imaginé aidante pour eux.

En nous appuyant sur trois expériences distinctes, nous souhaiterions réfléchir aux raisons qui pourraient faire obstacle à de telles indications groupales. Une première expérience de recherche-action et de dispositif groupal pour des parents d'enfants prématurés en service de réanimation infantile, une deuxième issue d'un suivi psychothérapique d'une femme enceinte en unité parents-bébé et une troisième concernant une préadolescente rencontrée avec ses parents lors d'un travail de consultant en CMPP nous ont fait poser une question commune qui fût celle de la groupalité psychique.

Comment les représentations du groupe, les imagos groupales pourrait-on dire, comment les expériences vécues au sein de groupes à commencer par le groupe famille peuvent jouer un rôle actif en faveur ou en défaveur d'une participation à un dispositif groupal de soin chez certains patients ?

Actuellement psychologue consultant en CMPP et donc en position de proposer des orientations vers des traitements, groupaux notamment, la question de l'indication nous est centrale. Comme elle se trouve également au quotidien de toute pratique pluridisciplinaire périnatale, nous aimerions ainsi nous pencher sur des questions préalables et importantes qui nous semblent être à explorer lorsqu'un professionnel de la parentalité et de la petite enfance souhaite proposer un dispositif groupal à ses patients.

RIAZUELO Hélène

MCF EA 4430 Université Paris Ouest Nanterre la défense

Une deuxième grossesse ... un simple recommencement ?

Au cours d'une seconde grossesse, la femme enceinte retrouve certains signes, certaines sensations. Elle est rassurée car elle se sait déjà mère et pourtant ...

Méthode :

Population : 30 primipares, 30 deuxièmepares volontaires pour la recherche.
Recueil des données : auto-questionnaire, entretien semi-directif comprenant l'entretien « R » (Stern), une bande audio de cris/pleurs (Lester), un génogramme, un dessin du bébé et de la famille. Analyse des données : analyse narratologique et macro-analytique psychanalytique.

Résultats : Au cours d'une deuxième grossesse, les femmes enceintes savent ce qu'est la grossesse. Elles mettent d'emblée en parallèle ce qui va dans le sens de la répétition ou de la différence. Elles font des allers et retours permanents entre le dedans et le dehors, entre l'extérieur et l'intérieur, entre le premier et le deuxième enfant, même si parfois le premier vient faire écran au second, entre ce qu'elles étaient lors de la première grossesse, physiquement mais aussi psychiquement, et ce qu'elles sont maintenant, enceinte du second, entre son couple auparavant, actuel et son couple, sa famille en devenir...

Elles vivent moins lourdement le poids des représentations culturelles, sociales ainsi que familiales et elles peuvent mieux aborder les aspects plus contrastés de la grossesse. Les femmes rencontrées, enceintes d'un second enfant, abordent souvent leurs inquiétudes sur leur capacité de séduction face à ce corps qui « s'abîme », selon leur expression. L'élation narcissique de la première grossesse est retombée, et elles considèrent leur corps dans toute sa réalité, avec certains affects dépressifs qui y sont associés. Leur capacité de séduction et leur image du corps sont mises à mal. Leur statut de femme, d'amante est remis en cause.

Elles sont particulièrement sollicitées par des mouvements agressifs allant jusqu'à malmener leur capacité de contenance : identifiées tour à tour à l'aîné puis au cadet, la naissance d'un nouvel enfant réactive leur propre complexe fraternel. A un autre niveau, elles viennent répondre inconsciemment aux désirs œdipiens de l'aîné en lui « donnant » un enfant.

Le thème de la matrice de soutien de la constellation maternelle de D. N. Stern est largement confirmé : Il s'adresse principalement à leur propre mère, leur famille mais de plus en plus aux équipes médicales et soignantes, à un réseau de femmes rencontrés hors de la famille et même sur internet. Elles se sentent pour une part délaissées. « L'expérience ne fait pas tout ! » me dira l'une d'elle. Si l'enfant

attendu est un enfant d'un autre sexe, un intérêt peut se focaliser sur l'enfant sans qu'elles se sentent, elles-mêmes, plus étayées.

Chaque naissance place la mère dans une situation nouvelle, l'obligeant à créer du nouveau sans renier l'ancien, il s'agit d'un mélange de répétition et d'innovation. L'expérience de maternité ne semble donc pas acquise une fois pour toutes avec la première grossesse et les naissances successives peuvent, elles aussi, entraîner nombre de remaniements psychiques et que cela ne va pas de soi, même de nos jours, de parler de la grossesse.

RIESS-SCHAMBERGER Isabelle

Psychologue clinicienne,

Travail en libéral et maternité (Illzach)

Accueillir la naissance avec l'hypnose

L'Hypno-Natal est une marque déposée. Elle est développée par LISE BARTOLI psychologue clinicienne et auteure de nombreux ouvrages. Les séances permettent aux femmes enceintes de trouver en soi la capacité d'engendrer et de s'approprier les compétences à être mère. C'est une méthode, qui grâce à l'état modifié de conscience favorise la communication intérieure avec soi-même et l'enfant in utéro.

Cet outil aide à vivre la grossesse et l'accouchement sereinement.

Un déroulement agréable de la grossesse, plus de confort de bien-être ;

- Développer des liens d'attachement mère-enfant ;
- Se réapproprier à savoir ancestral, en complémentarité de l'aide médicale ;
- Réapprendre puiser en soi des ressources existantes ;
- Reprendre son autonomie, le contrôle de sa grossesse, de son accouchement reprendre confiance dans le devenir mère et à s'autoriser.

Elle permet aux femmes de puiser en elles des trésors d'assurance personnelle si elles veulent accoucher selon leur intuition sans se sentir obligées de respecter à la lettre le cadre protocolaire et impersonnel de l'hôpital ou de la clinique. L'hypnose agit en modifiant notre perception et ce à différents niveaux. Tout d'abord, sur la sensation de contrôle. Cette perception subjective réduit déjà la douleur. En effet, les études sur la douleur témoignent que, plus on a l'impression de contrôler une situation, et moins on ressent de douleur. Ainsi apprendre des techniques hypnotiques pendant la grossesse permet à la future maman de se sentir prête à gérer la puissance des contractions le jour J et plutôt suggérer que les contractions

sont des alliées qui aideront le bébé à venir au monde. L'hypnose agit ensuite sur la sensation de douleur. Ce n'est pas la puissance de la contraction que la future mère va gérer pendant l'accouchement (elle a besoin de cette puissance pour que son enfant naisse au plus vite) mais elle va influencer sur la perception de cette douleur.

ROCHETTE-GUGLIELMI Joëlle

MCF ass Institut de Psychologie Univ Lyon 2, Psychanalyste membre SPP

Le baby blues une réponse au déficit intersubjectif : Perdre ou garder la face

Le blues du post partum est le témoin d'un ébranlement identitaire maternel avant que n'intervienne la régulation intersubjective avec la contribution active du bébé aux processus de l'attachement et de l'économie libidinale dyadique. Nous le présentons comme une brève maladie d'amour "passionnelle" dans une période particulière de "pot au noir " des premiers 40 jours, repérée et ritualisée dans toute les cultures et marqué dans la fantasmagorie et la neurobiologie interpersonnelle par la concomitance du « retour de couche social » de la mère et l'avènement pour le bébé de capacités communicationnelle sous la forme des premières protoconversations. La situation du post-partum immédiat et fondamentalement asymétrique, puisque le nouveau-né bien que compétent n'est pas encore un bébé ! Elle est génératrice de "passion" (ou d'affect débordement en opposition à l'affect signal) ceci dans l'écart entre l'attendu de la situation et sa réalité. Le risque est alors pour la nouvelle mère de "perdre la face" et la prévention de l'effondrement dépressif, délétère pour le bébé, passe par la présence du socius, les dispositifs de soins modernes étant sans doute des analogons des formes plus anciennes de ritualité. La sortie "naturelle" de ce moment « sas » est à observer finement surtout du point de vue de la qualité des protoconversations initiatrices de la sociabilité précoce du bébé et d'une dimension hédonique dans la co-génèse multimodale du lien.

SANAHUJA Almudena

Psychologue clinicienne, docteur, Laboratoire de Psychologie (Besançon)

Obésité infantile et solitude parentale Surinformation, Sous-contenance, Suralimentation

A travers cette intervention, nous proposons de mettre l'accent sur l'obésité infantile qui serait liée à une des conséquences de la solitude parentale et de notre société contemporaine.

Nous vivons dans une société où nous observons une intolérance à la frustration et un manque notoire de « limites ». Société où également priment l'individualisme, la réussite, la performance et la perfection. Les nouveaux parents s'inscrivent dans cette société, ils sont surinformés et le seuil d'exigence éducative est élevé. Ainsi, toute naissance dans une famille vient mettre à l'épreuve ces critères érigés comme des vérités. Le nouveau né est susceptible alors de devenir une source d'angoisse pour les parents car il vient tester leur capacité à être de « bons parents ». Subséquemment, l'échec est banni et suscite : culpabilité, détresse, souffrance et solitude parentale. Sentiments que retrouvons souvent chez les parents dont leur enfant est touché par l'obésité. En effet, notre expérience clinique et certains résultats d'une recherche menée actuellement par le laboratoire de psychologie (EA : 3188), sur l'obésité ; nous a permis de repérer une grande fragilité interne du groupe familial, dans les lignées générationnelles, avec des problématiques narcissique, psychosomatique et une fragilisation de la fonction paternelle. Nous décelons de nombreux symptômes chez les individus concernés comme des états dépressifs, des troubles du comportement alimentaire, des troubles anxieux, des addictions...etc En conséquence, malgré la surinformation sociale, la maturité psychoaffective des parents reste un problème lié à l'absence de contenance de la parentèle. En effet, isolés du reste de leur famille, la venue de l'enfant déclenche chez ces parents une source d'angoisse pour répondre aux besoins de leur bébé. Ainsi l'hyper-oralité du sujet serait la conséquence d'une insécurité liée à une absence de transmission générationnelle, qui ne permet pas de tisser un contenant suffisamment sécuritaire pour le bébé. En conséquence, face à ces différentes observations nous concevons le symptôme obésité comme le lieu de confluence de toutes les problématiques narcissiques des différents protagonistes familiaux. Cette pathologie corporelle devient alors révélatrice d'une angoisse familiale, groupale et pas 2 qu'individuelle. Ce que nous retrouvons dans la clinique des familles d'adolescents obèses sera la persistance d'une problématique préobjectale vécue dans les premières années de la vie. Ainsi, la thérapie de l'adolescent et de sa famille revisite les premières constructions identitaires participant à la subjectivation du moi du bébé.

SQUIRES Claire

Psychologue, MCF Université Paris 7

Abus sexuel et grossesse chez une adolescente

L'émergence des processus pubertaires est bouleversée par une maternité issue d'un abus sexuel chez une jeune fille de treize ans. Alors qu'elle décide de garder l'enfant, les liens familiaux s'en trouvent bouleversés. Quel est la place d'un enfant issu d'un viol? Comment la jeune fille peut conserver sa place de fille

lorsque l'irruption de la sexualité est traumatique et que la différence des générations est brouillée?

SIMON Annick, psychologue, psychothérapeute (résumé à venir)

BLOIS Mélanie, psychologue

Roanne

L'observation du bébé selon Esther Bick, une séquence

SPIESS Martine

THEVENOT Anne, PASCAL Camille, CHEVALERIAS Marie-Paule

Maître de conférences en psychologie et psychopathologie cliniques, Université de Strasbourg, Laboratoire SULISOM (Subjectivité, Lien social et Modernité).

Professeur en Psychologie clinique, Université de Strasbourg, Laboratoire SULISOM (Subjectivité, Lien social et Modernité).

Psychologue clinicienne

Maître de conférences en psychologie clinique, Université de Strasbourg, Laboratoire SULISOM (Subjectivité, Lien social et Modernité).

Le baby blues : entre banalisation et méconnaissance

Les transformations dans la vie des femmes, les changements des formes familiales et les évolutions médicales influent sur la manière de concevoir et de vivre l'expérience maternelle. Celle-ci est aujourd'hui prise dans des idéaux et des représentations collectives et individuelles qui privilégient des savoirs généralisés, voire standardisés, au prix d'un oubli de la prise en compte des réalités psychiques singulières.

Il en est ainsi par exemple du baby blues, cet épisode dépressif transitoire survenant chez de nombreuses mères, après l'ébranlement de l'accouchement. Associé à des modifications hormonales, à la confrontation avec l'enfant réel, repéré en lien avec le travail psychique engagé dans le passage au maternel, il apparaît aujourd'hui, dans le champ social et médical, comme une manifestation symptomatique banale ou à l'inverse, quand son expression émotionnelle est trop forte, comme l'indice d'une possible bascule vers la psychopathologie.

Or, derrière son apparente banalité ou sa dramatisation, le baby blues ne reste-t-il pas paradoxalement méconnu au point d'en négliger la fonction psychique pour une femme ? N'est-il pas un passage nécessaire à reconnaître face aux remaniements du maternel dans la création du lien à l'enfant qui est là ? Le sentiment de solitude ressenti par certaines mères n'est-il pas le signe de ce qui ne trouve plus aujourd'hui à se dire et à être entendu des difficultés singulières dans ce temps du post-partum ? Et comment appréhender la notion de solitude en la différenciant de l'isolement qui relève d'une réalité sociale et familiale ? Cet éprouvé de certaines femmes après la naissance de leur enfant demande à être reçu sans être réduit à une causalité sociale pour penser au mieux leur accompagnement.

Nous mettrons ces questions au travail à l'appui de pratiques de psychologues cliniciennes en service de maternité.

SZTARK Véronique

IZARD Catherine

Psychologues

Structure de soin pédiatrique à domicile

Lyon

"Quand la grande prématurité vient révéler l'isolement des parents, Ou comment la reprise à domicile peut faire socle pour le soin."

Notre expérience de psychologues cliniciennes en service d'hospitalisation à domicile pédiatrique nous permet de rencontrer les familles au moment du retour à la maison du bébé parfois après plusieurs mois d'hospitalisation. Nous axerons notre propos (dans le cadre d'un atelier) sur la vignette clinique d'une enfant née très prématurément ayant passée 8 mois à l'hôpital et que notre service a pris en charge à domicile pendant plusieurs mois pour des difficultés respiratoires, alimentaires et un soutien parental. Cette situation met en exergue le travail en équipe pluridisciplinaire à l'intérieur de notre service (puéricultrices, psychomotricien, psychologue) et le travail en réseau (service de néonatalogie, PMI) au fil du temps.

Qui alors "fait famille" pour le bébé et ses parents? Comment la pratique du domicile permet-elle une alliance favorable au regard de la situation du retour à la maison et favorise la rencontre entre le bébé et ses parents? Quelle place les professionnels peuvent-ils transmettre et laisser advenir la parentalité en construction, en se prémunissant des avatars de la substitution sans combler les failles mais en ouvrant à un suffisant trouver-crée ? Comment ce travail à plusieurs

(visites des puéricultrices, consultations conjointes psychomotricien-psychologue,...) prévient-il la dépression maternelle ?

Comment le réseau donne-t-il les moyens aux parents d'une réappropriation de leur parentalité blessée? Comment le travail de liens entre les équipes permet-il un étayage de la famille, mais aussi des professionnels aux prises à une identification du bébé ou des parents seulement, à une empathie compassionnelle, au rejet et/ou à l'épuisement.

Nous nous appuyerons sur les concepts psychanalytiques et sur l'apport spécifique d'Emmi Pikler dans l'observation du bébé à la maison et dans l'idée de préserver et soutenir les ressources propres du bébé, son élan vital et ce comme levier au soutien à la parentalité ; pour témoigner de notre clinique et émettre l'hypothèse que "la clinique du domicile" est un outil pertinent en périnatalité, outil de transitionnalité, outil d'étayage familial dans le « familial » qu'il propose, qu'il permet, et ce particulièrement au regard de la solitude de certains parents.

VAN DER BORGHT Frédéric

Psychologue clinicien, responsable du centre parental Aire de Famille

Centre Parental Aire de famille : un espace pour favoriser le double attachement du bébé à son père et à sa mère : une prévention prévenante autour de la triade bébé-père-mère.

Tisser autour du bébé un contexte bienveillant avec ses parents pendant la période périnatale est un enjeu de prévention prévenante majeur dans des situations de fragilité psychologique et de précarité sociale.

Le centre parental Aire de famille propose une offre de protection des liens familiaux pour de jeunes entre couples (18-30 ans) en situation de grande détresse sociale et psychique, qui souhaitent s'engager à élever ensemble leur premier enfant. La clé d'entrée est donc l'intérêt supérieur de ce bébé à naître et le désir de ces jeunes parents de ne pas répéter les maltraitances, les négligences, les abandons qu'ils ont vécus. Ce désir est un point d'appui fort de l'alliance entre parents et professionnels. Il permet d'offrir un accompagnement intensif, alliant éducatif, social et soins psychiques adaptés, qui vise à favoriser le processus d'attachement de l'enfant à ses deux parents. Dans notre dispositif, prendre soin du couple apparaît comme un vecteur essentiel de protection de l'enfant et de promotion de sa santé psychique !

Financé par le département de Paris à 60% au titre de la protection de l'enfance et à 40 % par l'Etat au titre de la lutte contre la pauvreté/précarité, le centre parental est conventionné pour accompagner 15 familles. Depuis son ouverture, il a accueilli 52 familles et plus de 60 enfants.

Les couples sont d'abord hébergés dans des studios relais pendant plusieurs mois. Ils peuvent ensuite emménager dans un appartement en bail glissant(2). Dès le début de l'accompagnement, la famille est donc sédentarisée, ce qui lui donne le temps d'apprendre à habiter ensemble. Ils passent ainsi de la survie, fondée sur l'urgence du court terme, à la possibilité de construire un projet de vie.

L'arrivée du bébé et le choix de l'élever ensemble ouvre un avenir possible. Cet enfant qui s'annonce réactive aussi les traumatismes et pertes vécus par les futurs parents, mais cela peut être l'occasion privilégiée d'un remaniement psychique positif, si un accompagnement approprié est mis en place. L'objectif est de sortir de la fatalité et de la défiance pour soutenir une spirale de confiance et de vie. À Aire de famille, la parentalité est définie comme un ensemble de responsabilités à assumer, au-delà des soins à apporter à l'enfant et de la capacité à s'occuper de lui. Le soutien psycho-socio-éducatif se définit comme un accompagnement de la personne dans sa globalité, dans toutes les dimensions de sa vie quotidienne et de son engagement de parent (conjugalité, parentalité, gestion du budget, administratif, formation, emploi, santé...). Chacune de ces dimensions est autant de portes d'entrée pour rejoindre le cœur de la personne et sa dynamique d'évolution.

Accueillir, accompagner et héberger au plus tôt au cours de la grossesse, des jeunes couples en situation de grande détresse sociale et psychique, qui deviennent parents de leur premier enfant, est certes un risque. Il s'agit surtout d'un pari et d'un investissement pour l'avenir.

VELLUT Natacha

Psychologue, CNRS/CERMES3

Néonaticides, des histoires de famille

Le néonaticide, meurtre d'un enfant dans ses premières vingt-quatre heures de vie, est rare mais non exceptionnel. Une étude épidémiologique récente conclut ainsi à une fréquence de 2,1 néonaticides sur 100 000 naissances en France. Les mères sont très souvent seules mises en cause dans ces affaires, alors qu'en matière de crimes et délits, et en particulier les atteintes contre les personnes, les femmes sont nettement moins impliquées que les hommes. Dans notre étude, aucun enfant n'a été tué par une autre personne. Pour autant, pouvons-nous conclure que ce crime est le geste de mères isolées ? Pouvons-nous le comprendre sans comprendre les histoires et vécus familiaux de ces femmes ?

Notre étude rétrospective sur les années 1996 à 2000 comprend 32 cas de néonaticides commis dans trois régions françaises. 8 cas n'ont pas été élucidés. Nous disposons de données sur 22 mères dont deux ont récidivé. 17 de ces mères

ont donné lieu à 54 documents d'expertises, principalement des expertises psychiatriques et psychologiques. L'ensemble de ces documents a été analysé.

Les données les plus courantes de la littérature anglo-saxonne sur les néonaticides font état de mères jeunes, isolées et de faible niveau éducatif. Or, les 22 femmes de notre corpus ne sont pas isolées en ce qui concerne leur mode de vie puisque près de la moitié vivent en couple cohabitant et tout autant encore chez leurs parents. De plus, treize ont au moins un enfant précédent, pour un tiers issu d'un conjoint précédent. Si dans le cas de 7 mères il semble que l'entourage n'ait pas été au courant de la grossesse précédant le néonaticide, dans tous les autres cas au moins un proche, voire l'ensemble de la famille, avait de forts doutes ou une connaissance de la grossesse. Ces suspicions ou certitudes de l'entourage n'ont pas permis d'éviter le néonaticide, au point que la justice ait décidé d'inculper trois pères, une grand-mère maternelle, un oncle maternel, et même toute la famille maternelle aux chefs d'inculpation d'homicide involontaire ou de non dénonciation de crime. L'absence de communication dans les couples, notable en ce qui concerne la contraception, apparaît patente et englobe toutes les relations familiales. L'insécurité des couples est avérée. L'investissement de leurs fonctions parentales par les parents de ces mères, que nous désignons comme les grands-parents, est problématique. L'inaffectivité et l'inexpressivité des grands-parents, en particulier celles des grands-pères, sont mises en avant dans les expertises. Ainsi ces mères, décrites le plus souvent comme immatures et dépendantes affectivement, vivent dans des contextes relationnels médiocres aux moments des faits comme dans le passé. Si elles sont les seules à être condamnées, elles ne sont pas seules dans l'histoire du néonaticide. Leur crime est commis dans des familles souvent au fait de leur grossesse et dont les modes relationnel et communicationnel sont particulièrement marqués par le silence et l'isolement affectif.

VENNAT Delphine (résumé à venir)

Psychologue clinicienne

Doctorante UFC

Isolement familial des nouveaux parents, souffrance parentale, développement du bébé

VIJÉ Franchi

Professeur, Faculty of Psychology and Educational Sciences

University of Geneva

La relation mère-bébé à risque en situation de demande d'asile : expériences cliniques d'observation, d'accompagnement et de psychothérapie.

L'intervention décrit le travail clinique mené depuis 2006 auprès de mères et leurs bébés dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile à l'est de Paris. Ces expériences cliniques d'observation, d'accompagnement et de psychothérapie mère-bébé permettent un début de compréhension de l'expérience que ces mères ont du bébé né dans le pays où elles demandent l'asile. Elles permettent aussi d'observer les facteurs qui impactent sur la capacité d'une mère à accueillir, à contenir et à métaboliser l'expérience corporelle et émotionnelle de son bébé, à tolérer et à partager la douleur de son sevrage, à l'accompagner dans ses débuts de séparation. L'expérience faite à la Tavistock Clinic à Londres, notamment dans le groupe des réfugiés sert d'exemple et d'appui à l'élaboration d'un service d'aide à la relation et d'intervention précoce en situation d'asile.