

Quelles psychothérapies pour bébé ?

Les soins parents-bébé Besançon les 16, 17, 18 novembre 2017

<http://www.univ-fcomte.fr/psychotherapie-du-bebe>

ATELIERS LE SAMEDI MATIN

A choisir un atelier parmi les 15 ateliers suivants

(S'inscrire uniquement sur le site, à l'onglet « inscription »)

- A. Travail en équipe, liens symboliques, liens interactifs
- B. Travail en équipe, quel dispositif ?
- C. Travail en équipe, l'évolution du soin
- D. Travail en équipe, du post-partum immédiat au suivi
- E. L'Attention en institution et l'Attachement parental
- F. Bébés à risques d'autismes
- G. Comment accompagner ?
- H. Des dispositifs adaptés ?
- I. Famille et travail psychanalytique
- J. La Guidance Interactive
- K. Intérêt de l'observation du bébé
- L. Migration et étayage
- M. Parcours thérapeutiques
- N. Le Réseau anténatal
- O. Sensorialité et rythmicité précoce

PRESENTATION DES ATELIERS

Atelier A. Travail en équipe, liens symboliques, liens interactifs

Animation : Laetitia BRUN-BARASSI

-Psychothérapie et psychomotricité...un soin conjoint.

Unité Père-Mère-Bébé, Besançon

BRUN BARASSI Laetitia chef de Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Novillars.

PLUCHE GALMICHE Dominique, psychologue. dominique.pluche-galmiche@ch-novillars.fr

BLANCHOT Carole, psychomotricienne.carole.blanchot@ch-novillars.fr

Résumé : L'organisme de l'enfant "prend corps" par les soins de la mère qui du regard et de la voix reconnaît et s'adresse à son enfant. Ceci est parfois empêché pour des raisons diverses (question sur la paternité, antécédents d'abus sexuel, addictions chez la mère...). Dans ce cas le travail de tissage que nous tentons à l'Unité Père-Mère-Bébé, alliant un travail de psychomotricité à une approche psychothérapique, peut-il soutenir l'assise corporelle et symbolique d'un nouveau-né, mais aussi donner une autre consistance au holding et au corps de la mère ?

Nous chercherons à montrer comment un travail de soin conjoint mère-enfant, relié au père, a pu contribuer à mettre en place les premiers liens mère enfant ; mais aussi comment le circuit pulsionnel, un temps sidéré, a pu s'instaurer entre la mère et son enfant donnant corps, corps vivant, à une enfant inanimée. Enfin nous tenterons d'indiquer comment l'inscription d'une perte possible, d'un manque, chez la mère a changé son propre rapport au corps et à la vie et l'a éloignée du "désastre" et de la répétition.

C'est en quelque sorte un holding et handling du holding maternel que nous avons tenté de soutenir auprès de cette femme et de son enfant, dans une nouvelle alliance du "care" et du "cure". Cette alliance est plus que jamais d'actualité en ces temps d'évaluations et de certifications de nos structures mais aussi compte tenu des recherches et avancées dans notre domaine, sans mésestimer nos repères fondamentaux.

- L'épopée symbolique du nouveau-né, de la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce. Graciela C.Crespin. Erès.

- "Cure" et "le concept d'individu sain" dans Conversations ordinaires. D.W Winnicott. NRF.

-Nouvelles perspectives à l'approche des soins parents-bébé

Unité Parents-Bébé HUDERF, Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola, (Bruxelles – Belgique)

GOBAN Vildan, pédopsychiatre à l'unité parents-bébé, responsable secteur périnatal, service de pédopsychiatrie, vildan.goban@huderf.be

MOUREAU Audrey, Pédopsychiatre à l'unité parents –bébé

DELVENNE Véronique, Chef du service de pédopsychiatrie

BEARD S., Educatrice, Unité parents –bébé, HUDERF, e-mail : sophie.beard@huderf.be

PONCELET G., Psychomotricienne, Unité parents-bébé, HUDERF, e-mail : geraldine.poncelet@huderf.be

PREAT A., Educatrice, Unité parents-bébé, HUDERF, e-mail : adeline.preat@huderf.be

Mots-clés : unité de jour, interaction, outils, vidéo, souffrance psychique, groupe

Résumé : Depuis 2015, une unité de jour Parents-Bébé s'est ouverte au sein d'un hôpital pédiatrique à Bruxelles. Elle s'adresse aux dyades ou triades parents-bébé présentant des difficultés dans l'établissement des liens précoces, ainsi qu'à des jeunes enfants de 0 à 2,5 ans présentant des particularités du développement ou des troubles psychosomatiques. La spécificité de l'unité est qu'elle est intégrée au sein d'autres services de pédiatrie avec lesquels des collaborations étroites existent. En effet, l'unité Parents-Bébé est au cœur du réseau, un point de rencontre entre la maternité, les crèches, les pédiatres, les médecins de l'ONE, les psychologues et psychiatres. L'approche consiste en une évaluation pédopsychiatrique, psychologique et sociale du développement global de l'enfant et de son environnement, à l'aide d'entretiens individuels, de jeux, et d'ateliers pour les enfants et/ou les parents. L'utilisation de grille et d'outil d'observation nous servent de point d'appui au repérage des signes de troubles précoces des interactions et des troubles du développement de l'enfant et mais facilite également le travail thérapeutique. L'utilisation du média vidéo centré sur l'enfant et les réactions de celui-ci face à son environnement apporte un regard différent. La vidéo a l'avantage de proposer les arrêts sur image. Le parent observe autrement son enfant, la visualisation permet de conscientiser des difficultés et d'éviter les jugements suscités par les émotions du soignant. Parents et intervenants agissent en partenariat à une meilleure compréhension des troubles et de l'ajustement de ses liens à l'enfant. Enfin, l'approche axée sur des ateliers de groupe d'enfants et parents apportent une observation dynamique sur les interactions des jeunes enfants avec leurs pairs mais aussi avec les adultes extérieurs au système familial. L'effet groupal est aussi important pour les parents qui peuvent tisser des liens avec d'autres familles. Cet exposé sera illustré par une situation clinique rencontrée dans notre unité.

Mellier D. (dir.) (2015) *Le bébé et sa famille. Place, identité et transformation*. Paris : éditions Dunod, collection « Inconscient et culture » ; Guedeney, A, Tereno S.(2012) : *La vidéo dans l'observation d'évaluation en santé mentale du jeune enfant : un outil pour la transmission. Neuropsychiat. Enf. Et Adol.,60 :261-266*

Atelier B. Travail en équipe, quel dispositif ?

Animation : Sylvie VIAUX

-Le bébé n'attend pas ! « La psychothérapie centrée sur la parentalité » : soigner les liens à son enfant interne et au bébé réel.

NANZER Nathalie Pédopsychiatre, psychanalyste, médecin responsable d'unité, **Hôpitaux universitaires de Genève Suisse**, nathalie.nanzer@hcuge.ch

LLAIRO Antonia, Psychologue clinicienne, Psychanalyste, responsable clinique **Bruc Salut, Barcelona, Espagne**, brucsalut@gmail.com

Mots-clés : psychothérapie, parentalité, parent, bébé, lien

Les bébés n'attendent pas, ils sont mus par une puissante force de développement, dont un des vecteurs important est le lien et le type de relation à ses principales figures d'attachement.

Face à un bébé en souffrance relationnelle et émotionnelle, il y a urgence ! Comment intervenir très rapidement ? pourrait-on intervenir avant que cette souffrance ne se manifeste et n'entrave le développement du bébé ?

Nous connaissons bien l'impact des troubles de la parentalité sur le lien mère-enfant et sur le développement de troubles fonctionnels et émotionnels chez l'enfant (Manzano 1999). Les thérapies mères-bébés ont prouvé leur efficacité dans les soins à l'enfant, à la mère et au lien parent-enfant (Cramer 1993).

Nous proposons ici d'intervenir avant que les problèmes de parentalité ne se répercutent sur l'enfant, de les traiter avant que la relation et l'enfant n'aient à en souffrir. Nous proposons aussi de donner une place aux pères et à leur parentalité.

La psychothérapie centrée sur la parentalité (Nanzer 2012), s'inspire des thérapies brèves mère-bébé. Elle a cependant la spécificité de pouvoir être initiée déjà pendant la grossesse et de s'adresser aussi bien aux pères qu'aux mères.

Dans cet atelier, nous proposons de présenter cette approche, ses particularités et quelques outils techniques la concernant. Nous montrerons les particularités de son utilisation dans la période prénatale, pendant laquelle l'objet de soin sera surtout l'enfant interne (les objets internes) du parent, alors qu'une fois le bébé réel présent, la thérapie évoluera dans des mouvements de va-et-viens entre les relations d'objet interne et la relation au bébé réel, ouvrant des perspectives thérapeutiques extrêmement riches.

Au niveau bio-psycho-sociale le travail en réseau est pour nous une condition indispensable pour le bon développement de l'intervention psychothérapeutique en PCP.

Nous présenterons comment elle a été articulée dans un centre de santé d'un quartier de Barcelone, et comment la sensibilisation des professionnels du réseau a permis à tous les intervenants de se sentir responsables de la détection précoce des facteurs de risque : travailleurs sociaux, infirmiers pédiatriques, sages-femmes, médecins généralistes et pédiatres, ainsi que associations et autres acteurs sociaux. Dans ce centre, la PCP a été intégrée à une action visant à augmenter les facteurs protecteurs auprès d'une population à haut risque bio-psycho-sociale.

Manzano J, Palacio-Espasa F, Zilkha N. Les scénarios narcissiques de la parentalité. Le fil Rouge, PUF 1999 ; Cramer B., Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mère-bébé. Le fil rouge, PUF 1993 ; Nanzer N, Knauer D, Palacio Espasa F. Et coll. Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité. Fil Rouge, PUF. Paris 2012.

-Le groupe comme dispositif de soin

Unité Petite Enfance et parentalité Vivaldi, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent Pitié Salpêtrière

Dr Sylvie Viaux, PH, sylvie.viaux@aphp.fr, UPEP

Dr Didier Rabain, PH, didier.rabain@aphp.fr, UPEP

Jaqueline Wendland, psychologue jaqueline.wendland@parisdescartes.fr, psychologue, UPEP, Université Paris V

Francine Couetoux, psychologue Francine.couetoux@aphp.fr psychologue, UPEP, Université Paris V

Laurence Camon Sénéchal, IDE Puericultrice, laurence.camon-senechal@aphp.fr UPEP

Lyphea Khun Franck, EJE, lyphea.khun-franck@aphp.fr UPEP

Mots-clés : Groupe thérapeutique- soins conjoints parents- bébé – multidisciplinarité-soins précoces-observation

Document sujet à modification

L'unité petite enfance Vivaldi a développé depuis sa création il y a 20 ans plusieurs modèles groupaux permettant la prise en charge des troubles précoces spécifiques de la petite enfance.

La particularité de la petite enfance nous montre que nous avons à faire d'emblée à une clinique groupale au plan trans-générationnel, sociétal et institutionnel.

En effet, le bébé se présente de manière écologique dans une dimension groupale dans laquelle se retrouve la mère, le père, les grands-parents, dans une narration transgénérationnelle. « La vérité est narrative » (Paul Ricoeur). Il s'inscrit aussi dans une problématique psychosociale, psychoéducative et médico-sociale dans une clinique qui dépasse la clinique individuelle et renvoie à une problématique groupale d'emblée.

L'ensemble de la famille est elle-même accueillie à l'unité par une équipe pluridisciplinaire ayant des transactions groupales permettant un regard croisé des différents professionnels.

Nous nous proposons de présenter nos différents groupes thérapeutiques, de leurs modèles conceptuels à leurs dispositifs, conçus soit pour l'accueil et l'observation des familles, soit pour des soins spécifiques conjoints selon la psychopathologie de l'enfant et de sa famille.

Le groupe d'accueil thérapeutique nous permet l'observation et l'évaluation de l'enfant et de sa famille et la préparation à l'orientation et l'intégration dans des groupes plus spécifiques

Les groupes spécifiques ont été développés à partir des indications thérapeutiques. Les troubles de l'attachement et de l'intersubjectivité sont accueillis sur les groupes « s'attacher pour bien grandir », groupe « intersubjectivité » (pour les bébés), les troubles sévères de l'interaction avec négligence émotionnelle sur un groupe de guidance interactive dit groupe « ESPOIR », les troubles du développement avec ou sans signes autistiques sur les groupes « Denver » et groupe développement.

Chacun de ces groupes spécialisés a été pensé et structuré à partir de la clinique en s'appuyant sur les différents modèles conceptuels. Certains de ces concepts sont communs à l'ensemble des groupes comme l'empowerment, l'intersubjectivité et la synchronie interactive, d'autres sont plus spécifiques tel que la mentalisation réflexive, l'insightfulness, l'attachement et les modèles développementaux

Viaux-Savelon S., Rabain D., Aidane E., Bonnet P., Montes de Oca M., Camon-Senechal L., David M., Couetoux F., Wendland J., Gerardin P., Mazet P., Guedeney A., Keren M., Cohen D., Phenomenology, psychopathology, and short-term therapeutic outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to a community-based 0 to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 31(2), 242–253 (2010); Wendland J, Camon-Sénéchal L., Khun-Franck L., Maronne C., Rabain D., Aidane E. *Troubles de l'anxiété de séparation et de l'attachement : un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. Devenir*, 23 (1), 2011, 7-32

Atelier C. Travail en équipe, l'évolution du soin

Animation : Sylvie NEZELOF

-Evolution des techniques psychothérapeutiques et analyse des pratiques à l'Aubier : où en est-on ?

l'Aubier Bourg La Reine (92)

Nom : DOUNIOLMarie Praticien Hospitalier – Psychiatre- médecin responsable de l'Aubier, douniolmarie@yahoo.fr

Dr Oguibenine Héléne, helene.oguibenine@eps-erasme.fr – pédopsychiatre praticien hospitalier

Dr DeCoppet helene.decoppet@eps-erasme.fr – pédopsychiatre praticien hospitalier

Diane Le Maire diane-elisabeth.lemaire@eps-erasme.fr – psychologue

Marie Camille Genet marie-camille.genet@eps-erasme.fr – psychologue

Sophie Grandin sophie.dimeo@eps-erasme.fr –éducatrice jeunes enfants

Mots-clés : thérapie parent bébé, évolution des pratiques, bilan, créativité

L'Aubier est un des premiers centres historiques de soins en période périnatale en France ; il accueille tous les ans environ 500 dyades, dont les motifs de consultation oscillent entre des troubles légers de sommeil et des pathologies plus sévères du développement en lien ou pas avec des pathologies parentales. Sa création en 1992 s'est basée initialement sur des théories issues de la psychanalyse : travail sur les mécanismes inconscients s'opposant à la mise en place d'une parentalité sereine du côté parental et aide à l'intégration somatopsychique du bébé en lien avec ses éprouvés corporels. Cette psychothérapie s'est d'emblée mise en place avec certaines règles : le dispositif de consultation est basé sur la présence de deux thérapeutes : l'un pour le bébé représenté par un éducateur de jeunes enfants et l'autre pour la mère/ père / parents représenté par psychologue ou pédopsychiatre permettant une double identification aux éprouvés du bébé et à ceux son caregiver ; la nécessité que la famille prenne contact elle-même et que la demande ne soit pas portée par des tiers, le respect absolu de la confidentialité afin que l'espace psychothérapeutique soit vécu comme un espace protégé de réelle thérapie.

Cependant des modifications importantes sont intervenues : la création des réseaux en périnatalité, les changements sociétaux impliquant des liens différents des familles aux soignants, les découvertes d'anomalies ultra précoces de développement dans les pathologies de spectre autistique conduisant à des besoins de diagnostic précoces, mais aussi les écueils thérapeutiques, certains repérés assez systématiquement comme l'accompagnement des dyades de foyer maternel, sont venus interroger le mode de travail et susciter débats et créativité au sein de l'institution. Nous exposerons donc tous les changements intervenus et les apports théoriques qui les ont inspirés, en illustrant par de la clinique les situations les plus emblématiques.

Cramer B, Palacio-Espasa F. La Pratique des psychothérapies mère/bébé. Paris : PUF, 1993 ; Fonagy P, Slead M, Baradon T. [Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants.](#) *Infant Ment Health J.* 2016

-La compétence des bébés et des familles : un outil de soin en périnatalité ?

Clinique NATECIA CH le Vinatier (Lyon)

LAUB Sophie, Docteur, pédopsychiatre, thérapeute familial systémique, sophie.laub@ch-le-vinatier.fr

Infirmières Ch le Vinatier ou Clinique NATECIA

Le soin psychique en périnatalité est un domaine encore récent. Il s'agissait au début pour nos pionniers de mettre en lumière le bébé comme sujet en devenir. Il fallait faire reconnaître qu'il pouvait être important d'accompagner cette période de façon très précoce, que rien n'était acquis, inné, tant pour la mère que pour le bébé. Les professionnels ont dû se tracer un chemin et se faire une place dans les services de santé mentale comme dans les maternités. Ils ont dû observer pour faire apparaître le bébé et ses compétences puis démontrer que cette observation était déjà thérapeutique en soi.

Aujourd'hui, le chemin est à poursuivre, en particulier pour que cette approche particulière auprès du bébé et de ses parents puisse concerner tous les territoires géographiques de façon plus uniforme afin d'offrir un accès à ces soins plus équitable.

Pour autant, cette expérience accumulée permettant de porter une attention très fine au monde du bébé, après avoir servi sa cause ne risque-t-elle pas de devenir à terme potentiellement normative ou jugeante ? Ce regard attentionné pourrait-il devenir exigeant ? Comment les familles peuvent-elles se sentir compétentes dans un système de soins où seraient reconnus voire valorisés les spécialistes du bébé ? Qui est le spécialiste de quoi ?

Maintenant que le champ des soins psychiques en périnatalité a une existence propre, pouvons-nous diriger notre attention sur d'autres dimensions du soin périnatal ? Être ainsi vigilants à ne pas retirer aux familles et aux parents ce qui existait avant que nous voulions bien le regarder, en particulier leurs savoir-faire et leurs compétences.

Outre le caractère éthique que revêt cette approche, cet axe peut s'avérer être un précieux outil pour l'accompagnement de ces bébés et ces familles souvent désignées, dénigrées dans leur fonction et leur identité. Ceci est particulièrement présent lors de l'attente et de l'arrivée d'un bébé ou les enjeux sociaux et identitaires sont importants. Allons-nous être une bonne mère, un bon père ? De bons parents ? Mon bébé va-t-il être un bon bébé ?...

Tirer le fil des compétences a plusieurs avantages pour le thérapeute en périnatalité : Premièrement, cela permet à celui-ci de retrouver une position humble, de potentialisateur plutôt que de normalisateur. Ensuite, le soutien narcissique procuré à chacun permet également de renforcer l'alliance thérapeutique, garante de l'engagement dans les soins. Enfin, et l'impact n'est pas des moindres, travailler avec les compétences redéfinit le champ des possibles, pour chacun des membres de la famille et même pour le thérapeute...

Nous proposerons dans cet atelier d'explicitier notre façon de soutenir l'axe des compétences à travers l'organisation du soin institutionnel sur notre unité, tant au niveau du bébé, comme acteur de son développement qu'auprès des parents et de la famille, par les espaces individuels et familiaux (en particulier consultation familiale spécifique pour soutenir les compétences du groupe familial en action).

La compétence des familles : Guy Ausloos, Ed ERES, 2016 ; La psychopathologie périnatale : un travail comme les autres ? Yves Boudart, Léa Béjuit, Frédérique Juttet, Marie Titeca, Info Psy vol 80, N°8

Atelier D. Travail en équipe, du post-partum immédiat au suivi

Animation, Jacques DAYAN et Joëlle ROCHETTE

-Entre dedans et dehors, deux outils de soin pour soutenir l'émergence du bébé et de la mère dans le post-partum immédiat.

l'Unité de Soins et Accompagnement Précoce

Service de Psychopathologie du développement, Hôpital Femme Mère Enfant, CHU de Lyon

MAGGI-PERPOINT Caterina, Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, caterina.maggi-perpoint@chu-lyon.fr

CLEMENT Amélie, Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, amelie.clement@chu-lyon.fr

ALCARAZ Céline, Psychomotricienne, celine.alcaraz@chu-lyon.fr

Mots-clés : post-partum immédiat, multidisciplinarité, temporalité, bain allongé, peau à peau

Depuis avril 2016 l'Unité de Soins et Accompagnement Précoce a ouvert ses portes au sein du service de Suites de Naissances de l'Hôpital Femme Mère Enfant du CHU de Lyon. L'USAP est constitué de quatre lits et leurs berceaux et propose une prise en charge obstétricale et psychique conjointe, en post-partum immédiat. L'équipe dédiée est multidisciplinaire : sages-femmes, infirmières puéricultrices formées à la pédopsychiatrie, psychomotricienne, pédopsychiatres, obstétricien et pédiatre. L'hospitalisation débute en post-accouchement immédiat et a une durée moyenne de 10 à 12 jours. Environ 230 mères avec leur(s) bébé(s) ont déjà été accueillies.

Lors de ce moment particulier qui suit de quelques heures l'accouchement, l'USAP vient jouer le rôle d'un théâtre. L'événement naissance se met en scène dans une unité de temps, de lieu et d'action, avec une temporalité longue pour une maternité et courte pour la pédopsychiatrie. Cela semble permettre la mise en tension entre la réalité somatique de la venue du bébé et du changement d'état physique de la mère, et le bouleversement psychique induit par la naissance et l'accélération des processus de familiarisation à l'œuvre. Tous les acteurs en présence, parents, bébés, soignants participent à cette pièce à potentialité dramatique, parfois traumatique mais également maturative. Lors de ce court/long espace-temps, l'histoire anténatale de la mère et du bébé est portée par les soignants qui les ont rencontrés avant la naissance et permet aux autres une rêverie autour du « temps du dedans ». À l'USAP nous sommes dans l'entre-deux, bébé en dehors du ventre, mère et bébé « encore dedans » à la maternité, temps suspendu où le bébé naît chaque jour un peu plus.

Les mères accueillies ont été pour la plupart d'entre elles en difficulté de rêverie pendant la grossesse : le bébé à peine né est souvent étrangement inquiétant, difficile à rencontrer et à reconnaître. Alors que la réalité des besoins du bébé s'impose, on repère dans ce court espace-temps la nécessité urgente d'une rencontre la plus ajustée possible. Le croisement de ces temporalités et des positionnements soignants différents et complémentaires dégage un espace thérapeutique au sein duquel les premiers liens peuvent émerger avec plus de sécurité.

Dans cette pièce de théâtre où le registre archaïque et régressif peut envahir régulièrement la scène, la question de la rencontre entre les parents et leur(s) bébé(s) - rencontre intime, incarnée et au près des émotions de chacun - est au centre, fragile, et donc accompagnée par les soignants, par leur attention, la présence, les mots, la mise en forme des corps.

Document sujet à modification

Pour illustrer notre propos, nous prendrons en exemple deux ateliers thérapeutiques réalisés dans l'unité, en les mettant en dialogue entre eux, le « Peau à peau en présence » et le « Bain allongé ».

CAREL A.: «Travail de nativité et métamorphoses de la temporalité», in CICCONE A., MELLIER D., CAREL A., ATHANASSIOU-POPESCO C., coll., *Le bébé et le temps : Attention, rythme et subjectivation*, Dunod, Paris, 2007 ; pp. 75–100.
MISSONNIER S., « Le premier chapitre de la vie ? Nidification fœtale et nidation parentale », *La psychiatrie de l'enfant* 2007/1 (Vol. 50), p. 61-80. DOI 10.3917/psy.501.0061 ; PIKLER E. « Se mouvoir en liberté dès le premier âge », Puf, 1969

- « C'est mon papa ! » Quand les bébés font des parents.

Centre hospitalier Théophile Roussel, CATTP de périnatalité 92700 Colombes

ABOU ABDALLAH Tania, Psychiatre, praticien hospitalier, : ab_tania@yahoo.fr

MICHEL Jean, Psychologue, jmichel8961@gmail.com

Mots-clés : consultations parents-bébés, soins sous contrainte, alliance thérapeutique, travail en réseau, approche pluridisciplinaire
Nous proposons de rendre compte du suivi réalisé avec une famille au sein de notre CATTP de périnatalité.

Le père est schizophrène, la mère extrêmement carencée avec un passé de maltraitance, elle a déjà eu, avec un autre conjoint, un fils placé. Madame, à nouveau enceinte, nous est adressée par l'ASE qui lui impose ce suivi. Nous démarrons des coconsultations avec les deux parents et leur petite fille nouveau-née. Méfiante dans un premier temps, Madame a pu progressivement construire avec nous une véritable alliance thérapeutique, certainement aidée en cela par la confiance plus spontanée du père.

Ce suivi a nécessité la mise en place d'un dispositif thérapeutique se déployant sur différents axes : la coconsultation psychothérapeutique (oscillant entre guidance parentale et psychothérapie), sur nos locaux, à la maternité et à domicile; l'intervention des soignantes de l'équipe en visite à domicile, au cours d'un atelier parents-bébé utilisant les albums jeunesse comme médiation et d'un accueil mère-bébé. Le travail avec les partenaires de réseau a été très serré (ASE, PMI, crèche).

Au décours des 5 ans de suivi, la famille a traversé des moments de crise importante, le couple a failli se séparer, et au final a conçu un deuxième enfant, actuellement âgé de 16 mois. Il est suivi en prise en charge en psychomotricité parents-bébé, dans le cadre d'un retard global de développement.

Nous voulions dans cette communication mettre l'accent sur l'une des particularités de ce travail, celle d'avoir dû œuvrer pour créer une alliance thérapeutique alors même que les soins étaient imposés aux parents. Nous y avons probablement été grandement aidés par le bébé, qui, comme l'a développé Serge Lebovici, nous a semblé agir comme un bon thérapeute à l'égard de ses parents. Nous sommes maintenant clairement repérés comme pôle de confiance et de sécurité par cette famille. Malgré sa pathologie sévère, Monsieur a pu assumer une paternité de qualité, et madame a su acquérir de la maturité pour exercer ses fonctions maternelles de façon relativement adaptée.

Leur fille aînée s'est développée de façon harmonieuse dans un contexte qui aurait pu faire craindre la survenue de troubles. Il reste difficile d'aborder des questions autour de la dynamique transgénérationnelle, et de la place de chacun des deux enfants dans l'économie psychique des parents.

Cette situation nous paraît emblématique de beaucoup de cas rencontrés en périnatalité, où les enfants finissent par être placés faute d'un travail serré de réseau impliquant des professionnels engagés, des services sociaux, des équipes de soins psychiques, des crèches, des PMI...

S. Lebovici, Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés/parents, *Revue Française de psychanalyse*, 1991, LV, 3, 667-683 ; A. Hausherr, C. Elbaz, *Regarder un bébé, un livre, toute une histoire*, Spirale, 2013, 67, 87-94.

Soins conjoints et pluridisciplinarité. Réflexions autour d'une recherche-action en crèche.

RAINELLI Christine, psychiatre, PH, psychiatrie périnatale CH Esquirol Limoges, christine.rainelli@ch-esquirol-limoges.fr

SOUCHAUD Fabienne, Pédiopsychiatre, CH Esquirol, souchaud.fabienne@yahoo.fr

crèche, soin indirect, pluridisciplinarité

Les modalités de soins développés au sein de notre filière de psychiatrie périnatale se sont modifiées au fil des années. Les situations parentales complexes mêlant précarité sociale et troubles de la personnalité, reconnues à haut risque pour le développement des nourrissons et peu accessibles à l'orientation vers les accompagnements de la relation parents-enfant, nous ont poussé à repenser le cadre de soins que nous pouvions proposer.

L'habitude du travail pluridisciplinaire en réseau et les possibilités données très tôt à notre activité périnatale d'étendre hors des murs de nos structures, ont enrichi notre pratique qui de l'accueil des bébés et de leurs familles sur nos lieux d'exercice s'est transformé en « aller vers ». Rencontrer un bébé sur son lieu de vie nous semble maintenant être un cadre privilégié pour la compréhension de son développement.

Nous avons ainsi structuré et proposé aux partenaires des crèches collectives de la ville de Limoges avec lesquels des liens de confiance et de sécurité s'étaient tissés depuis des années, un projet de recherche-action sur la prévention des troubles du développement des enfants de moins de 3 ans et l'accompagnement de ceux-ci au sein de ces structures d'accueil.

Nous nous appuyons principalement sur la méthode d'observation d'Ester Bick et ses nombreuses applications thérapeutiques réalisées en France ces trente dernières années ainsi que sur quelques recherches menées dans ce domaine. Nous venons, pour notre part, d'expérimenter pendant deux ans, dans deux crèches volontaires, l'immersion d'une infirmière de notre filière périnatale pour observation des enfants au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Nous avons tenté d'explorer des pistes de travail pour proposer une réflexion collective tendant à améliorer les prises en charge et soutenir le développement des enfants. Le projet était par ces interventions d'objectiver la place spécifique d'un soin indirect adapté aux situations rencontrées dans ces lieux de vie des nourrissons et de s'inscrire ainsi dans une action de prévention précoce. Nous en présenterons plusieurs illustrations et nous poserons les différentes modalités d'interventions mises en place.

Mellier.D. La question du " travail de contenance " dans la petite enfance, *Spirale*, 2008 ; 4 (48) ; 19-31 ; Ulmann A-L. Le travail émotionnel des professionnelles de la petite enfance. *Politiques sociales et familiales*, 2012 ; 109 ; 47-57.

Atelier E. L'Attention en institution et l'Attachement parental

-Prendre soin du bébé et du jeune enfant accueilli en pouponnière

Pouponnière de l'Ermitage, Mulhouse

BRONISZ Anne-Elodie, Psychologue clinicienne, doctorante au PCPP (Paris V), annebronisz@aol.com

SIBRE Marie-Odile, ancienne adjointe de direction pédagogique et clinique de la pouponnière de l'Ermitage (Mulhouse)

Auxiliaire(s) de puériculture et éducatrice de jeunes enfants de la pouponnière de l'Ermitage

Mots-clés : Approche piklérienne, atmosphère thérapeutique, soins institutionnels, pouponnière

Pour le bébé séparé de sa famille, l'arrivée à la pouponnière est une expérience bouleversante, cataclysmique, qui peut mettre à mal les ressources dont il dispose. Et ce, alors même que l'histoire de ses premiers liens se trouve très souvent marquée par l'insécurité, instabilité, et la discontinuité.

Il ne faut oublier, par ailleurs, ainsi que Geneviève Appell et Myriam David nous l'ont transmis, combien toute collectivité de jeunes enfants est porteuse d'un risque carenciel dont il reste difficile de se déprendre.

Dans un tel contexte, l'approche piklérienne se révèle être un cadre institutionnel extraordinairement fécond pour penser le soin. Elle est en elle-même un dispositif thérapeutique et préventif qui se décline au quotidien, un étayage permanent aux rouages complexes permettant de tisser de la continuité et du sens autour du bébé ou du jeune enfant et lui permettant de se (re)construire sans perdre le lien qu'il a pu créer avec son (ses) parent(s).

Les soins corporels, véritables soins psychiques, y occupent une place centrale. Par leur fréquence et leur rythmicité, ils sont autant de promesses de rencontres individuelles sur lesquelles l'enfant peut compter. C'est dans cet espace que la relation privilégiée avec la professionnelle se construit, une relation authentique et chaleureuse, respectueuse de la singularité de l'enfant, de son rythme et de ses compétences, et ne se confondant jamais avec une relation parentale.

Par ailleurs, toute l'organisation du quotidien de l'enfant à la pouponnière est conçue pour répondre, non seulement à son essentiel besoin de sécurité, mais à son besoin d'être actif et de se sentir compétent, à son besoin d'agir sur le monde qui l'entoure (activité autonome et motricité libre, notamment).

Le maintien d'une telle attention et d'un tel ajustement à l'enfant au sein d'un groupe est un travail extrêmement exigeant, éprouvant, et épuisant. Il requiert une grande disponibilité psychique. D'où le besoin de penser une enveloppe institutionnelle qui contienne les soins et permette leur mise en œuvre.

Cette communication à plusieurs voix donnera la parole aux auxiliaires de puériculture et éducatrices de jeunes enfants de la pouponnière qui témoigneront de leur travail quotidien auprès des enfants.

Elle est pensée dans la continuité de plusieurs groupes de réflexions à l'attention des professionnelles, groupes impulsés par Marie-Odile Sibre, ancienne adjointe de direction pédagogique et clinique à la pouponnière de l'Ermitage en 2016/2017 : « Penser les bébés », « Le sommeil de l'enfant placé », « L'accueil d'un enfant confié à l'adoption » et du groupe « Penser les grands » qui débutera à la rentrée 2017.

Vincze, M. (2015). L'atmosphère thérapeutique à Lóczy, Toulouse, Eres ; David, M. (2014). Prendre soin de l'enfance: Texte et commentaires recueillis par Marie-Laure Cadart. Toulouse, Eres.

Golse, B. (2015). L'approche piklérienne, au carrefour des neurosciences et de la psychanalyse. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 5,(1), 217-244.

Lamour, M. & Gabel, M. (2011). Enfants en danger, professionnels en souffrance. Toulouse, érès

-Comment penser les soins en néonatalogie pour soutenir l'établissement de liens d'attachement ?

Service de néonatalogie, CHU Minjoz, Besançon

VULLIEZ-COADY Lauriane, Médecin, lvulliez@chu-besancon.fr

DUBOZ Marie-Agnès, dubozma@laposte.net; Service de néonatalogie, CHU Minjoz, Besançon, kinésithérapeute

Mots-clés : Prématurité, caregiving, co-régulation, attachement, NIDCAP

L'hospitalisation périnatale revêt le plus souvent une dimension traumatique pour le bébé, qui, dans son développement, n'a pas la maturité neurophysiologique pour faire face aux nombreuses stimulations, et pour les parents. Même s'il ne s'agit pas du seul déterminant, la qualité de la relation parent/bébé va influencer le développement émotionnel et cognitif ultérieur du bébé, et encore plus chez l'enfant touché par la grande prématurité avec des conséquences à long terme sur la santé.

Le soutien de la relation parent/enfant dans le contexte de prématurité nécessite un soin adapté au bébé, un soutien aux parents, et un soutien à la relation parent-enfant. Ce travail convoque des regards croisés et des expertises partagées.

Il est possible d'identifier chez chaque nouveau-né prématuré des forces, des vulnérabilités, des seuils de désorganisation qui lui sont propres. Même très fragile, un nouveau-né possède des compétences sur lesquelles parents et soignants peuvent s'appuyer pour l'aider dans ses étapes de développement. Si son seuil de désorganisation est atteint, il nécessite une aide, idéalement apportée par les parents. Observer le comportement de façon rationnelle permet de comprendre les stratégies de réponse de l'enfant. Comment accompagner les parents, dont les ressources psychiques sont mise à mal dans cette situation de stress ou leur système d'attachement est activé, à co-réguler ? Quel soutien émotionnel peut être proposé accompagné d'une guidance pour développer leur compétence à lire les besoins de régulation (végétatif, moteur, veille-sommeil) encore immatures de leur enfant ?

Nous présenterons, à l'aide de séquences de films, comment le Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program(NIDCAP), basé sur une collaboration étroite avec les parents peut soutenir la relation d'attachement parent/enfant.

Jacques Sizun et al., « Une intervention précoce, individualisée et centrée sur la famille : le programme NIDCAP », Devenir 2017/1 (Vol. 29), p. 5-15 ; Wafa Lahouel-Zaier, « Impact de l'hospitalisation périnatale sur l'établissement du lien d'attachement entre le bébé et sa mère », Devenir 2017/1 (Vol. 29), p. 27-44.

« Accordance » : une chorégraphie des interactions

STELLA Lucia, Psychologue, danseuse Centre de Psychopathologie Périnatale du Boulevard Brune (CPBB) Paris, luciastella87@gmail.com

Document sujet à modification

DENOLLE Christel, Psychologue-psychanalyste, CPBB, christel.denolle@gmail.com,

Mots-clés : Danse- accordage- rythme – pulsion – lien mère-bébé

L'attention des professionnels autour de la souffrance du bébé et des liens précoces sollicite leur créativité pour proposer de nouveaux dispositifs permettant soutenir la construction des premières interactions entre le bébé et sa mère.

« Accordance » est un dispositif thérapeutique mis en place au sein de l'Unité d'Hospitalisation de Jour bébé-parents « Grain-d'Aile » du Centre de Psychopathologie Périnatale du Boulevard Brune (Paris), dans le cadre d'une recherche universitaire. Ce dispositif s'inscrit dans une approche psychanalytique.

Il s'agit d'un temps de soin de danse avec son bébé, de plaisir partagé, permettant à la mère et à son bébé de trouver leur chemin singulier favorisant l'émergence d'un accordage affectif donnant lieu à la création d'une harmonieuse « chorégraphie des interactions ». A partir d'une invitation à danser, ce dispositif vise à utiliser les différents sens simultanément afin d'expérimenter et de prendre conscience de cette autre possibilité d'être en lien avec son enfant. L'expérience de cette multi-sensorialité permet à la mère de retrouver le plaisir de ses sensations corporelles et d'éveiller ensuite le plaisir des sens chez son bébé. Prise dans le langage, cette expérience sensorielle est un préalable à toute activité psychique et relationnelle chez le bébé.

Après avoir explicité les fondements théoriques qui nous ont poussé à réfléchir et construire ce dispositif thérapeutique, nous montrerons dans quelle mesure la danse, exemple par excellence de l'investissement érotique et esthétique du lien, permet de relancer la pulsionnalité chez les mamans et d'inscrire le bébé dans le circuit pulsionnel. Ainsi, en nous appuyant sur les quelques observations cliniques effectuées cette année, nous montrerons comment la pulsionnalité à l'œuvre dans la danse a des effets dans la construction de l'espace de la pesanteur (A. Bullinger) du bébé.

Freud S. (1915), Pulsions et destin des pulsions, Paris, Petite Bibliothèque Payot ; Lesage B. (2006), La danse dans le processus thérapeutique, Ramonville Saint-Agne, Eres

-L'enveloppe du soin en Centre Maternel et Parental

Centre Maternel et Parental de l'Ermitage, Mulhouse

FRIEH Marie Psychologue, marie.frieh@ermitagemulhouse.fr

Autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire du Centre Maternel et Parental de l'Ermitage

Mots-clés : Famille-accompagnement-soin-contenance- maillage

Le Centre Maternel et Parental Mosaïques de l'Ermitage à Mulhouse se veut un lieu d'accueil, d'accompagnement et de soin des familles en grande difficulté. Il offre au quotidien, du soutien, de la contenance, tissant ainsi une enveloppe bienveillante pour les dyades ou triades en devenir.

L'accueil et l'accompagnement sont créés, pensés et portés par toute une équipe pluridisciplinaire. Le défi étant d'arriver à s'ajuster en offrant suffisamment de contenance afin de soutenir l'émergence des liens et de laisser apparaître les compétences propres de chaque famille.

Un maillage très serré est tissé entre les différentes modalités d'accompagnement de l'équipe permettant de maintenir une préoccupation continue. Ces liens au quotidien opèrent « comme une portance » particulière dans un souci de prévention et de soin.

Le travail d'attention va s'exercer dans toutes les strates du Centre Maternel et Parental tant au niveau du bébé, de sa mère, de son père que des professionnels et de l'institution.

Les temps d'articulation, où sont partagés et croisés les observations, les préoccupations, les ressentis de chacun sont fondamentaux. Ce travail de lien et de « jointure » stimulent la capacité à penser au sein du service et permettre de maintenir cette fonction observante bien vivante.

Cette articulation entre le dedans et le dehors est subtile et nécessite une ré-interrogation permanente et du soutien.

L'étayage se décline singulièrement à travers les observations croisées et les préoccupations nommées comme dans la proposition du dispositif : « Attention Partagé Autour du Bébé » dispositif validé par le Pr Bernard Golse, temps de rencontre autour du bébé qui offre à la mère la possibilité de poser un autre regard sur son enfant. En effet, celui-ci en même temps que sa mère bénéficie d'une attention bienveillante et soutenue à travers un double regard des professionnels.

Le soutien à l'enfant peut également prendre la forme d'un accueil au sein de la crèche interne, lieu de répit et de soin où l'enfant est accueilli à partir des principes pikleriens.

Le rôle de l'équipe de terrain mais également de l'encadrement est essentiel, permettant ainsi de contenir au mieux chacun de sa place et à différents niveaux, ces situations parfois très complexes.

Les parties archaïques du bébé se projetant sur la constellation materno professionnelle, des mouvements souvent inconscients d'appropriation, de fusion, de clivage, d'identification se mettent à l'œuvre à l'insu de tous. Il est alors indispensable que l'équipe soit à son tour soutenue, contenue afin d'offrir une enveloppe groupale à la famille où les éléments bruts projetés ont pu être travaillés et transformés.

Cette portance groupale, véritable enveloppe, permet d'offrir un berceau physique et psychique pour ces dyades naissantes en situation de grande vulnérabilité.

La double enveloppe qu'offre l'institution permet de poser de nouveaux regards sur le bébé et son parent, favorisant une créativité afin d'être au plus près des besoins de la famille lui permettant d'éprouver davantage de continuité, de stabilité et de sécurité.

Mellier D., Delion P., Missonnier S (sous la direction de).2015. *Le bébé dans sa famille*, Toulouse, érès, coll « 1001 BB »

Lamour, M ;Gabel, M. 2011. *Enfants en danger, professionnels en souffrance*, Toulouse, érès, coll « la vie de l'enfant »

Atelier F. Bébé à risques d'autismes

Animation Fabien JOLY et Marie-Christine LAZNIC

-Bébé à risques d'autismes : prise en charge d'orientation psychanalytique. Recherche sur la technique spécifique de réanimation de ces bébés »

Document sujet à modification

LAZNIK Marie-Christine Docteur en Psychologie ; Auteur des signes PREAUT pour diagnostic de risque à 4 et 9 mois ; Enseignante à Paris XIII ; Psychanalyste ; Chercheur à l'ASM 13, mc@laznik.fr

EKIZIAN Solène solene.ekizian@gmail.com ; Psychologue Clinicienne, Doctorante en co-tutelle Paris 7-Paris Diderot & Universidade Federal de Minas Gerais (Brésil) ; Chercheur à l'ASM 13

LEN Beatriz ; beatrizlen94@gmail.com ; Etudiante en Master 2 Recherche à Paris 7-Paris Diderot (dès sept.2017) ; Chercheur à l'ASM 13

NILLES Marie ; nillesmarie@gmail.com ; Psychologue Clinicienne ; Doctorante en co-tutelle à Paris 7-Paris Diderot & Université Catholique de Louvain (Belgique) (dès sept.2017) ; Chercheur à l'ASM 13

PELABON Caroline ; carolinepelabon@gmail.com ; Psychologue Clinicienne ; Psychanalyste ; Doctorante à Paris 7-Paris Diderot (dès sept.2017) ; Chercheur à l'ASM 13

PARLATO Erika ; eparlato@hotmail.com ; Professeur à la Faculté de Médecine-UFMG (Brésil) ; Chargée de cours à l'Ecole Doctorale Etudes Psychanalytiques à Paris 7-Paris Diderot ; Chercheur à l'ASM 13

Mots-clés : autisme ; bébé ; intervention précoce ; psychanalyse ; recherche

Les avancées scientifiques nous ont permis de définir, depuis longtemps déjà, que les prémices de la relation à l'autre ne se font pas d'emblée chez ces bébés dits « à risques d'autismes ». Nous savons également que, grâce à la plasticité cérébrale et génétique des bébés, cette situation n'est pas irréversible.

En effet, notre expérience clinique nous enseigne qu'en intervenant très précocement dans une sorte de course contre la montre, nous pouvons changer le mode de relation à l'autre de ces bébés en empêchant le syndrome autistique de s'installer.

Pour cela, encore faut-il savoir repérer les risques d'autismes. Le signe PREAUT élaboré par M-C. Laznik est notre outil principal de travail. Selon ce dernier, il y a une absence du troisième temps du circuit pulsionnel chez ces bébés, c'est-à-dire que de par leur hypersensibilité au monde extérieur, ils ne vont pas chercher à se faire regarder, ne vont pas provoquer la relation à l'autre mais vont plutôt rester en retrait, comme pour se protéger de ces stimuli extérieurs envahissants.

Cet élément est essentiel pour expliquer la méthode de travail psychanalytique auprès des bébés telle que nous la concevons. Notre projet de recherche est ainsi de démontrer scientifiquement ce qui en fait la spécificité et l'efficacité.

Dans notre conception, le travail du thérapeute est donc de « réanimer psychiquement » le bébé mais cette « réanimation » ne peut pas se faire sans un partenariat avec les parents, partenariat basé sur une relation de confiance et donc de transfert au thérapeute.

Nous proposerons pour illustrer notre propos un cas clinique de traitement d'un bébé suivi dès son premier mois de vie, bébé considéré à haut risque car ayant un frère aîné autiste.

Nous reviendrons également sur l'importance du travail en pluridisciplinarité avec la double prise en charge psychothérapeutique et de sensori-motricité que nous mettons systématiquement en place pour ces bébés, en rappelant aussi qu'il n'existe pas un seul traitement pour l'autisme sinon un traitement unique pour chaque bébé considéré dans sa singularité.

Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents Par Ammar Mahdhaoui, Mohamed chetouani, Raquel s. Cassel, Catherine Saint-Georges, Erika Parlato, Marie Christine Laznik, Fabio Apicella, Filippo Muratori, Sandra Maestro & David Cohen. Article first published online: 24 FEB 2011 et aussi publications In International Journal of Methods in Psychiatric Research. Volume 20, Issue 1, pages 6-18.

- *Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome* Par Lisa Ouss, Catherine Saint-Georges, Laurence Robel, Nicolas Bodeau, Marie-Christine Laznik, Graciela C Crespin, Mohamed Chetouani, Claude Bursztejn, Bernard Golse, Rima Nabbout, Isabelle Desguerres, David Cohen. In Eur Child Adolesc Psychiatry, DOI 10.1007/s00787-013-0430-x, Springer-Verlag Berlin Heidelberg mai 2013.

-Travail de co-consultation autour d'une situation clinique difficile : entre autisme et dépression

POSTOLACHI Diana, pédopsychiatre (médecin assistant) Centre Alfred Binet, diana.postolachi@asm13.org ;

CARLBERG Elsa, psychologue au Centre Alfred Binet, elsa.carlberg-phamgia@asm13.org

Mots-clés : Pédopsychiatrie, interactions précoces, dépression du nourrisson, autisme, psychanalyse, émigration.

Cet exposé porte sur une situation clinique difficile et pourtant pas si rare au sein des consultations parents-bébés. En tant que cliniciennes, elle nous met face à une double interrogation, tant du côté du diagnostic différentiel, que du côté des moyens thérapeutiques auxquels les parents peuvent adhérer.

Tinzel est un petit garçon âgé de 23 mois, adressé en consultation parents-bébés du Centre Alfred Binet par le médecin du centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour un retard de langage. Il s'agit d'une famille émigrée, originaire d'Asie, étant dans un contexte socioculturel défavorable.

Nous le recevons, avec sa mère, en co-consultation (médecin pédopsychiatre-psychologue) et nous constatons d'emblée des difficultés majeures d'interaction et de communication. L'enfant ne nous regarde pas, ne se retourne pas quand il est appelé par son prénom, ne parle pas et nous tourne le dos en roulant une petite voiture en silence. La mère ne semble pas percevoir les difficultés de son fils. Elle banalise en mettant en avant les différences culturelles : les garçons, chez eux, parleraient très tard. Ceci nous interpelle quant à la fragilité du lien mère-enfant et nous interroge quant aux démarches thérapeutiques à envisager.

Dans la suite du travail, nous sommes confrontés à une grande discontinuité du fait de leurs absences. De plus, malgré des nombreuses sollicitations, nous n'arrivons pas à rencontrer le père. Tout ceci contraste avec quelques moments importants que l'on vit durant les consultations et qui nous amènent à penser qu'un début d'alliance thérapeutique prend forme. Peu à peu, la mère arrive à nous faire part des éléments douloureux de son histoire, à la recherche d'un étayage de notre part. Chez l'enfant, cela se traduit par des possibilités de mise en lien : son regard devient plus souvent adressé, il y a quelques répétitions de mots et des ébauches de jeux symboliques. Cependant, à chaque fois qu'un lien semble s'instaurer, la rupture n'est pas loin.

L'objet de cet exposé est de décrire les aléas de notre travail autour de cette situation et partager nos réflexions, en restant au plus près de la clinique et en nous appuyant tant sur un cadre théorique que sur le cadre institutionnel du Centre Alfred Binet.

Document sujet à modification

Haag, G. (2008). Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs familles. In *Autisme: état des lieux et horizons* (pp. 119-143). ERES ; Ferrari, P. (2008). Dépression maternelle et autisme infantile. In *Autisme: état des lieux et horizons* (pp. 59-64). ERES.

Atelier G. Comment accompagner ?

Animation : Sarah BYDLOWSKI

-« Compagnon thérapeutique » en crèche : dispositif en trouvé-créé, positionnement en arrière-fond et précarité psychique du bébé et de l'enfant

Catherine **IZARD**, Psychologue clinicien, Service de Néonatalogie - Hôpital de la Croix-Rousse (HCL)

Rémy **RIAS** : Psychologue clinicien, Institut Médico-Educatif (Alged) et Cabinet Libéral

izard.catherine@gmail.com et rias.r@outlook.fr

En crèche, l'accueil d'enfants, dont les comportements interrogent et/ou alertent les équipes (troubles du spectre autistique, du comportement, de l'attachement/du lien), comportements parfois décrits dans la famille, souvent vécus par les équipes par leurs aspects « décontenancants », nous ont amenés à co-construire un dispositif d'accompagnement au sein de ces lieux de vie, à raison de 2 à 3 demi-journées par semaine, dans l'individualité de la collectivité.

Ce dispositif, trouvé-créé à partir de la proposition initiale de Sylvie Guicher a été réinterrogé notamment à travers les apports de l'observation approfondie du bébé selon la méthode Esther Bick ou ceux de l'approche Piklérienne. Après avoir présenté le dispositif et ses modalités, nous mettrons en perspective à l'image d'un tissage, la question de l'attention, du travail de narration, celle de l'activité libre et spontanée du bébé et le positionnement du compagnon thérapeutique en disponibilité (« disposition d'esprit et de corps »), en creuset, en prêt à contenir.

Ce que nous essaierons de développer, c'est l'effet du dispositif de compagnon thérapeutique sur l'enfant et son environnement, sur celui du lieu de vie de la collectivité (l'indifférencié de la crèche) mais également sur celui du lien bébé-parent. La malléabilité du dispositif et du compagnon (médium malléable), en venant « au près » (venir près et pré-venir) de la souffrance, avec l'informe de la prévention, au travail par le pluridisciplinaire constituera, entre autre, un des fils conducteurs de notre intervention. Il s'agira d'étudier :

- Comment une préoccupation de l'institution peut devenir une demande parentale. Les effets de l'intervention préventive qui s'appuie sur « l'intention clinique » du dispositif, à l'adresse de la précarité, de la souffrance.
- Comment ce dispositif se différencie du modèle rééducatif et s'apparente à la proposition du « être là singulier », dans cet espace de vie où il s'agit d'être là dans le collectif, ce qui fera également soin pour l'équipe.
- La proposition d'un nouveau dispositif dans le cadre d'accueil en crèche qui vient relancer le travail psychique de l'équipe et de ses capacités de contenance, parallèlement à ce qui se travaille dans le lien à l'enfant, un « cadre-dans-le-cadre » où les processus psychiques puissent (re)trouver place, se reprocessualiser. Nous mettrons au travail ce dispositif à double détente, en lien également avec la supervision du compagnon thérapeutique.
- En quoi le concept d'enveloppe peut-il venir soutenir nos réflexions quant aux caractéristiques des dispositifs thérapeutiques auprès du bébé, parallèlement aux « besoins du moi » du bébé/de l'enfant.
- En partant du concept de précarité psychique, et de l'hypothèse d'une difficulté quant à l'appropriation subjective des expériences vécues, nous proposerons l'idée d'une posture en « médium malléable » soutenue par la créativité du « compagnon » pour rendre possible, par/dans le lien (transfert), le partage de l'expérience, sa transformation et son appropriation.

Guicher Sylvie, « Le compagnon thérapeutique en crèche : un soutien individualisé pour l'enfant, un relais pour l'équipe », *Spirale*, 2015/2 (N° 74), p. 173-185. DOI : 10.3917/spi.074.0173 ; Mellier Denis, « La précarité psychique et la spécificité du travail d'accueil de la souffrance », dans *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Toulouse, ERES, « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2007, p. 85-106. DOI : 10.3917/eres.scell.2007.02.0085.

-L'atelier des histoires ou l'histoire d'un atelier

LACAZE DE CORDOVA Ingrid, psychologue clinicien centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux) ilacaze@ch-perrens.fr

Mots-clés : Atelier mère bébé - livre médiateur - processus groupal - lien et transmission - espace transitionnel

Il existe de nombreux ateliers autour du livre pour enfants et adultes. Nous souhaitons présenter comment nous utilisons ce médiateur au potentiel thérapeutique au sein d'un hôpital de jour accueillant des mères et des bébés.

Animer un atelier avec des histoires suppose qu'on les aime : Aimer les histoires lues et contées, aimer raconter des histoires dans le sens d'inventer des histoires, de mettre en récit, aimer transmettre.

L'espace, la temporalité, la liseuse, les livres sont tout autant d'éléments garantissant un cadre stable. La ritournelle et autres « artifices d'ouverture » scandent le temps et placent l'histoire au niveau d'une fiction bonne à penser, sans ambiguïté. Les histoires de la liseuse nourrissent ainsi la vie intérieure des mères et des tout-petits qui l'écoutent.

L'atelier des histoires peut constituer aussi un moment de bien-être partagé, étayant alors un accordage affectif parfois fragile entre une mère et son enfant, révélant les potentialités des mères et des bébés dans leur capacité d'écoute.

La contenance du groupe constitué permet aux mères de créer des liens dans un espace de travail psychique. L'histoire vient cristalliser l'angoisse, scénarisée sous une forme acceptable par tous. Le temps de « libre échange » peut permettre que se déploie une chaîne associative de verbalisation symbolique qui fait souvent défaut au sein des dyades accueillies, fruit parfois de la rêverie maternelle que le temps musical a bercée.

Enfin ce qui fait groupe parmi ces trois entités que sont les bébés, les mamans et les professionnels c'est l'être avec. La liseuse n'effectue pas une lecture aux mères et à leur bébé, mais bien une lecture avec eux. C'est dans cet être avec que tout pourrait se jouer.

L'atelier des histoires semble mettre à disposition un espace transitionnel au sens Winnicottien, un entre-deux, entre le dehors et le dedans, un espace où le lien mère-enfant peut advenir. L'espace transitionnel est cette aire intermédiaire dans laquelle

Document sujet à modification

l'environnement suffisamment bon est dans l'ici et le maintenant de la réalité des participants tout en étant dans l'ailleurs et l'intemporel des histoires racontées. Raconter des histoires permet aux êtres humains de se transmettre leur Histoire.

Il n'y a pas d'âge pour la rencontre entre un être humain et un livre. Il est intéressant d'observer comment les bébés manipulent les livres. Le livre est alors un objet d'envie, il est un contenant de bonnes choses.

Le travail de la liseuse au sein de cet atelier est d'initier les mères et leurs bébés à un voyage fait d'histoires partagées, éprouvées en groupe et transmises ensemble. Cependant, il est parfois difficile de continuer à insuffler un dynamisme psychique et physique dans un groupe où la vie psychique y est souvent sidérée. Cela pose la question du portage institutionnel, de notre sentiment d'impuissance, de se sentir parfois quantité négligée et négligeable, reflet des difficultés parentales et vécu des bébés.

« Petit Poucet deviendra grand » Pierre Lafforgue ; « Contes et divans, médiations du conte dans la vie psychique, René Kaës

-Des groupes de parole de papas en crèches : constats, intérêts et limites

Crèches à Besançon.

JEAN-DIT-PANNEL Romuald, Psychologue Clinicien, Psychothérapeute, Docteur en Psychopathologie Psychanalytique de l'Université Paris Ouest, Chargé de cours à l'Université de Bourgogne-Franche-Comté, romuald.j_d_p@yahoo.fr

Mots-clés : Groupe de papas ; Fonction paternelle ; Biparentalité, Crèche ; Bébé.

« Chaque jour lorsque je pousse la porte de la crèche, j'entends : « C'est la maman de qui ? » C'est le papa de Melvil. (...) elles ont vu en moi l'homme, le papa qui ne sera jamais une maman. Celui qui ne saura pas tout faire, tout seul, avec un bébé. » (p. 76) Leiris, A. (2016). *Vous n'aurez pas ma haine*. Villeneuve d'Ascq : Fayard.

La place des pères auprès de leur bébé reste sociologiquement complexe, notamment par des lieux d'accueil dans le champ de la périnatalité exclusivement féminin, dédié à la maternité. Au sein d'un groupe de préparation à la naissance animé par S. Missonnier, des apprentis papas ont à ce sujet proposé de rebaptiser les services hospitaliers appelés maternités en *materpaternités*. Dans les chambres d'hôpitaux des différentes maternités, nous pensons qu'il y aurait un intérêt à systématiser la présence de lits pour les pères. Aussi, leurs congés de travail pour paternité restent selon nous insuffisants.

En crèche, l'accueil des pères reste peu pensé voire légitimé, tel qu'en témoigne A. Leiris ci-dessus. Quand ils sont présents et soucieux de son bébé, les équipes parlent de « papas poules », de « nouveaux pères »... Les papas ne sont pas toujours directement conviés aux temps d'adaptation, souvent pensés comme un travail de séparation entre la mère et son bébé. Pourtant dans des situations difficiles, les pères, alors pensé en tant que tiers œdipien/post-œdipien, peuvent être exigés par des professionnelles afin de réparer ces situations.

Par différentes observations, différents constats, nous avons proposé des groupes de parole papas en crèches depuis plusieurs années. L'accueil de ces papas quant à ces groupes, les problématiques soulevées par ceux-ci, nous ont convaincu de l'importance de tels groupes.

Nous proposons de reprendre deux premiers temps de deux groupes différents avec une particularité : dans ces situations, les papas étaient accueillis par un psychologue clinicien *homme*.

Dans un premier groupe, la reconnaissance du temps passé auprès de leurs bébés (congés de paternité, congés parental), leur place pendant l'accouchement, l'allaitement et les soins ont été de vastes sujets de discussion. Dans un second groupe, des pères très anxieux nous ont confiés leurs craintes, notamment hypocondriaques, autour de la vie quotidienne de leur enfant (respire-t-il lorsqu'il dort ?), de scènes d'accouchements (interrogeant le traumatisme de la naissance des pères).

Ces groupes de parole de papas seraient, selon nous, à développer largement dans les différents lieux d'accueil du bébé et de sa famille (*mater(pater)nités*, unités père-mère-bébé, crèches, RAM, ...) afin d'asseoir ces pères dans leurs fonctions sociologiques et psychiques, dans leurs fonctions de soutien auprès de leur compagne, et ce, de la conception à la gestation (accompagnement à la gestation psychique, préparations à l'accouchement psychique des pères), à leurs rencontres au quotidien avec leur bébé, avec leur paternité, avec, peut-être, le risque pour eux-mêmes et pour leur compagne que ces hommes, ces pères se sentent maternels...

Delaisi de Parceval, G. (1981). *La part du père*. Paris : Seuil ; Missonnier, S. (2017). *Le groupe de parole des apprentis papas : entre dépressivité et dépression*. In Glangeaud-Freudenthal, N. Gressier, F. (sous la dir.) *Accueillir les pères en périnatalité*. Cahier Marcé N°7. Toulouse : Érès. Coll. La vie de l'enfant.

- Maya ou l'accompagnement en psychomotricité d'un bébé né sous le secret au fil de son accueil en pouponnière

PORCHER Amélie, Psychomotricienne D.E., Service Petite Enfance IDEF86 et cabinet libéral porcherpsychomot@gmail.com

Mots-clés : bébé – naissance sous le secret – psychomotricité – abandon – développement précoce

C'est de ma clinique de psychomotricienne en pouponnière auprès de bébés nés sous le secret, que me viennent de nombreux questionnements. En effet certains nouveau-nés sont accueillis et accompagnés en famille d'accueil mais selon les possibilités au moment de la naissance, certains passeront leur premier trimestre de vie au sein du service petite enfance, avec 5 autres bébés. Mais alors comment accompagner le développement d'un bébé sans filiation (juridique), en collectivité, depuis son accueil quelques jours après sa naissance jusqu'à sa rencontre avec ses parents ? L'approche de la psychomotricité est-elle pertinente auprès de ces bébés, durant ces trois premiers mois de vie ? La psychomotricité, telle que je la conçois dans ma pratique auprès des bébés, a pour objet d'observer et d'accompagner ce qui fait lien chez le tout-petit, ces fameux liens qui se co-construisent dans la relation : les interactions précoces, l'attachement, l'accordage affectif, entre autres, et, pas des moindres pour les psychomotriciens, le dialogue tonico-émotionnel. Entre portage psychique et portage physique, quelle spécificité pour la psychomotricité ? Peut-on parler de portage psychomoteur ? Qu'en est-il du sentiment continu d'exister malgré l'abandon et comment le soutenir ? Mais également comment l'abord psychomoteur peut-il être un outil au service des professionnels qui prennent soin du bébé né sous le secret ? La psychomotricité en tant que discipline soignante, voire thérapeutique, a, à mon sens, une action certes en direction du bébé mais peut également être, par l'intermédiaire du psychomotricien, de ses observations et transmissions, un outil en direction des professionnels qui l'entourent et concourent à son avenir. Tout comme d'ailleurs les observations et transmissions des différents professionnels sont indispensables à ma pratique de psychomotricienne.

Document sujet à modification

Tant de questions que nous tenterons d'aborder et de réflexions qui naitront à travers l'histoire partagée avec Maya : l'annonce de sa naissance et la préparation de son départ de la maternité, son arrivée au service petite enfance, notre première rencontre, des bribes de séances, le Conseil de Famille, la rencontre avec ses parents.

Atelier H. Des dispositifs adaptés ?

Animation Emmanuel REICHMANN

-Soins psychiques mère/bébé, quels dispositifs pour quels patients ?

REICHMAN Emmanuel, Psychologue, CMP ado Neuilly sur Marne, e.reichmann@yahoo.fr

THOMAS Olivier, psychologue, Le fil rouge, Unité parentalité addiction, Marseille

VERRIERES Anne Françoise, infirmière

LECLERE Chloé, psychologue, UPEP Vivaldi, Paris et **KUHN FRANCK Lyphea**, EJE UPEP Vivaldi

Dr BUTEZ Charlotte, Pédiopsychiatre, Psychiatrie infanto juvénile, Hôpital Fontan, Lille.

Mots clé : Soins psychiques, Aménagement des dispositifs.

Les ressources psychiques, les profils psycho(patho)logiques et les mécanismes de défenses de chaque mère en interrelation avec son bébé sont d'une très grande diversité. A travers des présentations cliniques, nous proposons de réfléchir à la question de l'aménagement des dispositifs de soins préventifs et psychothérapeutiques.

1. Un dispositif de psychothérapie mère/bébé classique d'orientation psychanalytique

Dr Charlotte BUTEZ, pédiopsychiatre, psychothérapeute, service de psychiatrie infanto juvénile du CHRU de Lille.

Au moment crucial de la vie d'homme ou de femme que constitue la naissance d'un enfant, la transparence psychique et les remaniements identitaires mettent les parents dans une situation où ils sont interpellés dans leur « être bébé ». Ceci peut être déstabilisant, mais aussi annonciateur de transformations possibles. La psychothérapie conjointe parents-bébé est une occasion de dérouler l'histoire familiale sur plusieurs générations, en questionnant le devenir père et mère, et l'être enfant de. C'est une occasion de comprendre l'incompris, dire le non-dit ... Et en portant une attention respectueuse à chaque membre de la famille, de permettre au bébé de devenir actif sur ses parents et les liens qui les unissent.

2. Un dispositif d'entretien de vidéo feedback interrogeant l'aménagement psychothérapeutique en destination des parentalités limites

Chloé Leclère, Lyphea Kuhn Franck

Explorer dans quelle mesure un entretien de vidéo feedback peut soutenir des suivis de parents et d'enfant de moins de 3 ans. La portée thérapeutique d'un dispositif permettant de montrer à la mère une vidéo d'elle et son enfant en train de jouer pour explorer le monde interne de l'enfant semble pertinente sous certains aspects, notamment dans les situations de négligence émotionnelle ;

3 Un dispositif d'unité mobile parentalité et addiction ayant comme dispositif des visites à domicile

Olivier Thomas, Anne Françoise Verrière

Dans le cadre d'un travail au sein d'une équipe mobile Parentalité Addiction le Fil Rouge nous nous proposons à partir de l'exposé d'une prise en charge d'une jeune maman addictive et de son bébé d'apporter des éclairages aux questions suivantes : Comment être attentif à l'adulte, tout en étant attentif à l'enfant ? Comment prendre soin du parent qui est lui-même un enfant endolori, tout en préservant son enfant de cette douleur ? (L'accompagnement au devenir parent ne peut être dissocié d'un soin à l'enfant dans le parent). De la rencontre à domicile par l'infirmière à la venue à la consultation du psychologue quels sont les ressorts qui rendent possible une alliance thérapeutique nécessaire aux soins à apporter à la mère et à son enfant ?

4 Un dispositif familial selon une approche systémique et interactive :

Présentation du MOSIPE® –Modèle d'Observation Systémique des Interactions Parents-Enfants, illustré par la vignette clinique d'un accompagnement familial en CSAPA – Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, pendant la grossesse et jusqu'à un an d'un enfant

BOPP-LIMOGE Christiane, Psychiatre, thérapeute familiale systémicienne GHRMSA, Belfort, chbopplimoge@gmail.com

Mots-clés : système familial, accompagnement, évaluation, agentivité, plaisir, estime, besoins

Le MOSIPE® est conçu pour flexibiliser les systèmes familiaux : il facilite l'entrée dans la parentalité, la traversée des cycles de vie et prévient l'enlèvement des crises grâce à trois items transversaux : l'existence de Plaisir partagé, la possibilité de recevoir de l'Estime de soi dans ces relations et la capacité à percevoir et tenir compte des Besoins de l'autre. Le MOSIPE® est aussi conçu pour l'évaluation de situations inquiétantes sans que des faits avérés soient repérés.

Références de Christiane Bopp-Limoge (éditeur la Chronique Sociale) : L'Eveil à l'enfant. Enfant/adulte grandir ensemble, 2^{ème} édition 2008 ; Acteurs dans la ville, acteur dans sa vie, favoriser la participation, 2004 ; Accompagner les parentalités, le MOSIPE®, outil d'évaluation et d'intervention, 2013 ; Vers le bien-être en famille. Une clé, le MOSIPE®, 2017

Atelier I. Famille et travail psychanalytique

Animation Claire SQUIRES

-Le travail familial avec des enfants avant la parole

Sabrina CHETIOU, psychologue à la Consultation Jeunes Enfants, CMP hôpital Marc Jacquet Melun ;

Claire SQUIRES, pédiopsychiatre dans le même service, MCF-HDR Université Denis Diderot, SPC

La subjectivation, la reconnaissance des différences et des limites du moi et de l'objet se constitue lors du développement par la possibilité du nourrisson de ne pas se sentir anéanti par le silence ou l'absence de l'autre. C'est ce que Winnicott a nommé en 1958 *la capacité à être seul*. Celle-ci s'acquiert grâce aux relations entretenues avec les objets internes. Les qualités de l'objet interne se veulent alors dépendants du caractère rassurant, stable et vivant (« aliveness ») de l'objet externe. Si l'objet externe persiste à être inadéquat, l'objet interne n'a alors pas de signification pour le petit enfant. André Green notamment l'a théorisé à travers le concept du « complexe de la mère morte », cette mère physiquement présente mais absente dans sa capacité de rêverie.

Document sujet à modification

Avec le concept de *la mère suffisamment bonne*, Winnicott a tenu à montrer l'importance d'une distance de la mère en adéquation avec les capacités de l'enfant, ni trop peu là, ni trop là. Michel Gribinski traduisait ce terme par la mère « suffisamment acceptable » (1987). En effet, l'espace psychique de l'enfant se construit sur le manque, qui permet alors d'halluciner la présence de l'objet dans l'absence. Cette « *expérience de l'illusion* » est essentielle car elle fonde la vie fantasmatique dont la fonction première est de re-crée l'objet perdu. L'écart temporel et spatial dans la relation entre le sujet et l'objet est alors fondateur de la créativité. Pour que la vie fantasmatique et la créativité puissent advenir, Winnicott a souligné la nécessité d'une « *carence progressive des soins offerts par l'environnement* ». L'aire transitionnelle, c'est cet espace d'expérience créative, l'espace où le *Je* peut advenir mais où le moi n'est plus soutenu, implique que le moi-auxiliaire de la mère pendant la période de dépendance absolue ait pu être maintenu et intériorisé grâce à une douce transition entre le dehors et le dedans, entre la présence et l'absence. Un sentiment de confiance de la part du bébé, supposant qu'il peut s'en remettre à la fiabilité de la figure maternelle est alors essentiel pour accepter la frustration de l'absence de l'objet et se servir de ce manque pour créer, inventer, imaginer.

Cependant, que se passe-t-il lorsque l'absence de l'objet qui permet de désirer sa présence dépassent les possibilités de maintien de la représentation ? Alors, c'est la rupture dans la continuité d'être, rupture qui entraîne des angoisses de chute sans fin, d'effondrement.

Le travail familial avec de jeunes enfants en deçà du langage verbal permet d'appréhender les symptômes infantiles au cours d'un travail de différenciation progressive du corps familial et d'intégration de la psyché individuelle-soma individuel. Un travail de contenance des affects et de transformation des représentations de chacun des membres de la famille est possible et le jeune enfant peut se saisir des mouvements transférentiels des parents sur les thérapeutes et contre-transférentiels des thérapeutes sur l'enfant et ses parents qui créent une dynamique favorable familiale dans son ensemble.

Au départ, nous ne savons pas du tout comment va s'instaurer le setting et c'est en se reposant sur le mouvement favorable d'expression des affects et de la narration de chacun de ce qu'il est que les choses peuvent se transformer. Il faut chercher dans sa propre créativité pour donner une forme interprétative à ses interventions en respectant une place pour chacun et pour ce qu'il peut entendre.

Cette matière première d'avant le langage verbal faite de sensations et de perceptions, de sensorialité et de sensualité, d'expériences ressenties et partagées est complexe, se dérobant sans cesse ; Le jeu sert alors de repère, le *playing* conduit probablement au *Je*. Il invente avec le soi et l'espace potentiel, l'entre-deux du dehors et du dedans, du moi-non moi de la mère, du père et de l'enfant, du corps et du langage.

Si Serge Lebovici parlait d'enaction pour la mise en valeur de ce que les symptômes du bébé suscitent dans la famille, ici avec des enfants un plus grands il s'y ajoute le langage naissant, où surviennent les absences et les présences des adultes permettent leur figuration.

Nous exposerons deux situations cliniques l'une d'une petite fille de 18 mois avec des troubles du sommeil et la seconde d'une autre petite fille de 2 ans avec un retard de parole.

-Comment préserver l'unité mère-bébé quand toute la famille souffre ; traitement psychanalytique singulier face à la pluralité des besoins .

Agnès SEGURA et Catherine CUISENIER BOURQUIN

Psychologues, Psychothérapeutes, Doctorantes, Unité Périnatale Besançon, agnes.segura3@gmail.com et cath.cuisenier@hotmail.fr

Professionnelles (sages-femmes et puéricultrices) PMI du Doubs.

Mots-clés : coïncidence temporelle grossesse /deuil, contenance familiale pathologique, *psychothérapies pour qui, domicile/CMS*

Observation clinique tirée d'une pratique quotidienne au domicile et en CMS, d'une famille orientée par une infirmière puéricultrice de PMI sur le motif d'un deuil pendant la grossesse. Très rapidement, nous avons observé, que ce deuil entraînait en collusion avec un certain nombre de traumatismes auxquels la famille avait été confrontée. Nous avons donc du proposer un dispositif prenant en compte au départ ce magma traumatique pour permettre par la suite des différenciations temporelle et psychique.

Alors que nous venions pour rencontrer une mère et son nourrisson, nous avons « bricolé » un cadre permettant de contenir et recevoir la souffrance individuelle et familiale.

Quelles sont les conditions essentielles à rassembler pour pouvoir garantir un cadre qui permet le déroulement d'un processus thérapeutique ?

CAREL.A (1997) « Laprès-coup générationnel » in « *Le générationnel* », dirigé par Kaes. éd.Dunod, Paris ; APTER.G ; LE NESTOUR. A. Mères états-limites et leur bébé : quelles psychothérapies possibles ? *Perspectives Psy* 2004/5 Vol.43

Atelier J. La Guidance Interactive

Animation Bérengère BEAUQUIER-MACCOTTA et Sylvain MISSONNIER

-La Guidance Interactive : expériences cliniques et applications dans des situations développementales complexes.

Bérengère **BEAUQUIER- MACCOTTA** Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Universitaire Necker Enfants Malades. Paris France Laboratoire PCPP, Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse EA 4056. Université Paris V Descartes, France Chair : Sandra RUSCONI-SERPA, Discutants : Sylvain MISSONNIER, Benoit QUIROT

Après avoir décrit les bases de la technique et les enjeux du processus de formation, trois équipes de pédopsychiatrie périnatale et du jeune enfant présenteront les applications de la Guidance interactive dans leur clinique.

La guidance interactive permet de travailler l'interaction parent-enfant en entrant dans la dynamique interactive par la voie de l'observation et de la communication interpersonnelle.

Cette technique soutient les compétences parentales et permet aux parents de décrypter les compétences interactives de leur enfant. Au fil du processus psychothérapeutique d'autres aspects de l'interaction peuvent ensuite être abordés. Cette technique permet en

Document sujet à modification

effet d'accéder aussi aux représentations et aux projections du parent sur son enfant. A travers trois situations complexes, nous montrerons comment tous ces éléments peuvent être reliés, permettant un soutien de la mentalisation parentale.

Introduction : La guidance interactive : Présentation de la technique, processus de formation et enjeux institutionnels.

Béregère **BEAUQUIER- MACCOTTA** et Marie Joëlle **HERVE**, Unité Parents-Nourrisson, Service de Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents, Hôpital St Eloi, Centre Hospitalo-Universitaire, Montpellier, France

1. Présentation clinique 1 : Prématurité et handicap : un travail sur les effets du trauma dans les interactions mère - bébé

Christine **DESVIGNES**, Unité de Pédopsychiatrie Périnatale de Montreuil- Noisy le Sec, EPS de Ville Evrard, France

Samy a 2 ans lorsque nous démarrons la thérapie en Guidance Interactive. Les séances mettent immédiatement en évidence le caractère pathogène et très perturbant de certaines projections maternelles sur l'enfant. L'usage du support vidéo aide la mère à se ré-attribuer ses propres projections et à découvrir des émotions chez son fils qu'elle ignorait jusqu'alors... S'amorce ainsi une modification profonde de leur relation et du développement de l'enfant.

2. Présentation clinique 2 : Pathologie neurologique et adaptation parentale

Lisa **OUSS** Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Universitaire Necker Enfants Malades. Paris France

3. Présentation Clinique 3 : Maladie somatique grave, interactions précoces et émergence des représentations maternelles

Paola **VELASQUEZ**, Service de Pédopsychiatrie, Hôpital Universitaire Necker Enfants Malades. Paris France

Après quelques consultations avec Kais et sa mère dans le cadre de mon travail de liaison dans le service de Néphrologie Pédiatrique, nous avons proposé, à 6 mois de vie, une prise en charge par la Guidance Interactive. Ce travail a permis : d'une part, la construction progressive d'une alliance thérapeutique positive avec la mère, qui avait été fortement effractée par l'annonce en anténatal d'une pathologie rénale et cardiaque et par l'apparition d'une insuffisance rénale chronique précoce nécessitant la mise en place de soins conséquents ; et d'autre part, la reconnaissance de ses compétences maternelles grâce au visionnage de séquences de jeu, parvenant ainsi à s'interroger sur le regard qu'elle portait sur Kais, puis à le modifier de façon progressive. Ce travail est toujours en cours afin de soutenir sa maternalité, les interactions précoces et l'émergence de nouvelles représentations.

K. Intérêt de l'observation du bébé

Régine **PRAT**

-L'observation thérapeutique de bébés à haut risque: un projet d'intervention précoce

FRANCHI Vijé, Psychothérapeute d'enfants, Formatrice-Superviseur-Chercheure, Indépendante,

vije.franchi@gmail.com

Unité de Guidance Infantile du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent **SPEA, HUG** Genève.

NANZER Nathalie, Nathalie.Nanzer@hcuge.ch, méd. adjoint, responsable d'unité Guidance infantile,

HAMION Clothilde, Clothilde.Hamion@hcuge.ch,

GARCIA Ana, ana.garcia@hcuge.ch,

MARION-MORON Inaki, Inaki.MarionMoron@hcuge.ch,

KASTRITIS Ioannis, Ioannis.Kastritis@hcuge.ch,

HARDT STEFFENINO Simone, Simone.HardtSteffenino@hcuge.ch, méd. cheffe de clinique,

Mots-clés : Observation thérapeutique, modèle Bick-Tavistock, contre-transfert, bébés à risque, Echelles Relationnelles

Dans ce symposium nous examinons l'impact d'un dispositif de prise en charge précoce des bébés à risque centré sur l'observation Bick-Tavistock, mis en place depuis 2013 au sein de l'Unité de Guidance infantile du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, HUG, de Genève. Après une brève présentation de la genèse du projet, et de l'élaboration du dispositif de soin, les membres du groupe de pédopsychiatres qui effectuent les observations thérapeutiques des bébés (modèle Bick-Tavistock) présentent différents aspects cliniques de leur intervention et évaluent son impact. Nous présentons ensuite un moyen empirique d'évaluer l'impact de l'observation à l'aide d'Echelles Relationnelles.

1. Situations pour lesquelles une indication d'observation thérapeutique combinée avec une prise en charge pédopsychiatrique/psychothérapeutique parent-enfant est indiquée :

(Vijé Franchi, Nathalie Nanzer)

Considérations dans le choix des situations et la mise en place de l'intervention en lien avec le réseau

2. Etudes de cas de bébés observés et réflexion a posteriori sur la nature du processus thérapeutique et l'évolution clinique de la situation

(Ana Garcia ; Clothilde Hamion)

Présentation de deux cas de bébés observés sur une base hebdomadaire sur leurs lieux de placement respectifs. Nous examinons les étapes inhérentes au processus thérapeutique et interrogeons les facteurs contribuant à la compréhension et à l'évolution de l'état émotionnel et relationnel du bébé, de la relation parent-enfant et des dynamiques dans le réseau.

3. L'apport de l'observation de ces bébés à la prise en charge pédopsychiatrique et au travail avec le réseau : perspectives croisées du pédopsychiatre et de l'observateur

(Simone Hardt Steffenino, Ioannis Kastritis, Inaki Marion-Moron)

Cette présentation examine la nature de la collaboration entre le pédopsychiatre et l'observateur au sein du groupe des applications thérapeutiques de l'observation des bébés et analyse comment les observations influent sur la compréhension de la situation et la

Document sujet à modification

qualité de la prise en charge parent enfant. La participation de personnes-clés du réseau à certaines séances du groupe de travail est également évoquée.

4. L'évaluation empirique de l'impact de l'intervention à l'aide de l'Echelle Relationnelle

(Vije Franchi, Tony Lee)

Cette échelle est une mesure clinique qui comprend 18 items, dont chacun décrit un aspect de la relation affective entre l'enfant et le parent (caregiver). Le pédopsychiatre qui observe le bébé remplit l'Echelle relationnelle après chaque observation. Le pédopsychiatre en charge du cas fait de même après chacune de ses consultations. L'examen des résultats permet de quantifier l'évolution de la relation parent/caregiver-enfant sur différentes dimensions et d'étudier les points de concordance ou de divergence avec les tendances relevées dans les observations.

Rhode, M. (2007). Infant observation as an early intervention. S. Acquarone (Editor), Signs of autism in infants: Recognition and early intervention (pp. 193-211). London: Karnac.

Wakelyn, J. (2012). Observation as a therapeutic intervention for infants and young children in care. Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications, 15(1), 49-66.

-La capacité thérapeutique de la méthode d'observation des bébés Esther Bick

RIBEIRO Fernanda Doctorant de PUCRio – co-orientation de thèse à Paris Descartes, fernandapsi_84@hotmail.com

Mots-clés : maternité, observation des bébés, capacité thérapeutique

Cette communication vise à montrer les possibilités thérapeutiques de la méthode d'observation d'Esther Bick (1967). Pendant un an, et à raison d'une fois par semaine, j'ai réalisé une observation des bébés dont la mère, Gabriele, avait été enceinte de triplets conçus par Procréation Médicalement Assisté (PMA).

J'ai été surprise par un environnement tout à fait inespéré, car, même en essayant de ne pas avoir des attentes, je me suis aperçu que je pensais retrouver une mère très fatiguée, impliquée dans les soins de ses enfants. Or, Gabriele avait recruté un ensemble de soignants qui s'occupaient en permanence des enfants et avait rapidement repris ses activités professionnelles. J'étais donc face à une externalisation des soins des bébés. A la suite de certaines observations, où Gabriele n'était pas présente, je recevais des messages ou des appels d'elle. Parfois, ce contact venait comme une demande d'écoute, où elle voulait connaître mes impressions sur les bébés et sur le contexte. J'étais alors comme une extension de son regard. Nos observations respectives des bébés se réunissaient. D'autres fois, ces prises de contact dénotaient une affection de Gabriele pour moi, où elle m'indiquait à quel point mes visites étaient importantes.

Initialement, en tant qu'observatrice, je semblais être une soignante professionnelle au milieu des autres professionnels. Cependant, rapidement, Gabriele m'a attribué une dénomination et une fonction : "la psychologue des bébés". Elle s'est rendu compte que ma place était différente à celle des autres soignants. Ma présence et mon attention, orientées sur elle, les enfants et leur environnement proche, lui apportaient un regard accueillant, un regard qu'elle n'avait pas de la part de sa mère, ni de son mari. Peu à peu, Gabriele a partagé avec moi les progrès de ses enfants, mais aussi ses préoccupations à leur égard. Quand Gabriele était présente, elle me faisait une sorte de rapport sur chaque bébé. Les soignants et la grand-mère paternelle se sont aussi montrés sensibles à ma place particulière en me confiant leurs sentiments et pensées. En tant qu'observatrice, je me prêtai à des projections angoissantes de la part de Gabriele et des autres personnes qui se trouvaient dans cet environnement.

Il est fondamental de se laisser surprendre par l'observation. Prat et Szanto-Feder (2012) indiquent qu'une attitude non intrusive ainsi que la suspension des jugements, sont importants pour la fonction de l'observateur. Toutefois, elles n'excluent pas que l'observateur fasse quelques interventions sous forme de commentaires, de sorte que, tout en prenant soin de ne pas devenir intrusif, il assume un rôle plus actif. Ainsi, elles considèrent que l'observateur peut aider la mère à percevoir son bébé réel. À mon sens, ce serait là, le véritable rôle thérapeutique de l'observation du nourrisson. Je pense aussi que, dans certains cas, comme dans l'exemple de Gabriele et sa famille, où les mandats transgénérationnels d'ordre pathologique étaient présents, la fonction thérapeutique de l'observateur peut agir préventivement.

Bick, E. (1967). Notas sobre La observación de lactantes em la enseñanza Del psicoanálisis. **Revista de Psicoanálisis**, 24 (1), pp. 97-113. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina; Prat, R. & Szanto-Feder, A. (2012). Esther Bick, Emmi Pikler: cousines germaines en observation. L'observation, point d'acrage pour la formation des professionnels de santé? In: **Loesy: un nouveau paradigme? L'Institut Pikler dans un miroir à facettes multiples**. Agnès Szanto-Feder (Org). Paris: Presses Universitaires de France. Originalmente publicado em 2002

Atelier L. Migration et étavage

Animation Jonathan AHOVI

-Quelles psychothérapies pour les bébés premiers-nés en terre d'accueil ?

Jonathan AHOVI, Praticien Hospitalier, Chef de service de la maison des adolescents du Jura, jonathan.ahovi@wanadoo.fr

" Le voyage est comme dirait Roger-Pol Droit la condition humaine. De tout temps les hommes et les femmes ont voyagé pour toutes sortes de raisons qu'il n'est pas si intéressant d'analyser, le risque étant d'opérer un classement qui rendrait les uns plus éligibles à l'accueil que les autres.

Au cours de ces déplacements se font des rencontres fécondes et naissent des enfants qui invitent leurs parents à un travail fatiguant et vivifiant à la fois de métissage qui les augmente. Ainsi, se brassent les manières de faire, de comprendre le monde c'est à dire de traduire comme dirait G Steiner. Ces manières de faire concernent tous les domaines de la vie en particulier celui de bien s'occuper des bébés, de bien comprendre leurs besoins afin de les faire grandir en sécurité.

Les parents qui se trouvent loin de leur cadre culturel d'avant doivent transmettre la vie et présenter à petite dose le monde (D. W. Winnicott) qui les entoure maintenant à leurs enfants en même temps qu'ils le découvrent; cette présentation peut être mal assurée dans ces situations inconfortables. D'autant que nous avançons l'idée qu'il existe une vulnérabilité dans la période du voyage et autour de celui-ci. La future mère qui se trouve dans cette période ajoute à la transparence psychique décrite pendant la grossesse cette vulnérabilité spécifique au voyage. La période périnatale est rendue d'autant plus sensible de ce fait.

Des programmes d'accompagnement de ces femmes existent et se développent ici et là dans le monde parce que les prises en charge classiques montrent régulièrement leurs limites. Ces échecs occasionnent des souffrances inutiles aux parents qui cherchent à s'installer. Pour leurs petits, le coût est très élevé de même pour la société d'accueil.

Les bébés premiers-nés en terre d'accueil naissent après ce voyage où le passé parfois chaotique est encore présent, le présent trop précaire et le futur trop lointain pour certains des parents.

Quelles psychothérapies pour ces petits ?"

-Repenser nos outils thérapeutiques pour accompagner le « Devenir mère en situation de migration ».

Dr PRESME pédopsychiatre, service de pédopsychiatrie du Pr Baleyte, Inter secteur 9405, Créteil, nathalie.presme@free.fr

Mr AZIKA –EROS, ethno psychologue, eros7@free.fr

Kadjata, Eden, Fatouma, Aissata, Christelle, ... Nous les avons rencontrées à la Maternité, pendant leur grossesse ou dans le post-partum immédiat. La majorité d'entre elles ont fui leur pays d'origine et sont arrivées en France dans l'espoir d'y trouver refuge et de s'y installer. Certaines sont venues retrouver un mari épousé au pays, quelques unes sont arrivées depuis longtemps, même avant leur majorité mais toutes ont à conjuguer devenir mère et migration.

La plupart présente un état de grande souffrance psychique réactionnel aux nombreux traumatismes vécus au pays, pendant leur parcours d'exil mais aussi après leur arrivée, tant elles sont en situation de vulnérabilité.

Le bébé arrive dans ce contexte d'isolement, de rupture d'origines, de détresse affective et sociale, de temps suspendu. Dans une problématique de survie matérielle et psychique, il leur est difficile de penser ce bébé à venir.

Nous en connaissons les risques pour le développement du bébé et pour son avenir psychique.

Trop longtemps, nous avons vu passer ces femmes et ces bébés que nous avons perdus de vue par la discontinuité des hébergements. Trop longtemps, nous avons tenté de leur proposer des consultations psychothérapeutiques mère bébé mais elles ne sont pas revenues. Sidérées et dans la difficulté de faire une narration, envahies par leurs traumatismes, elles ont mis en échec notre manière de faire habituelle.

Trop souvent, nous rencontrons ces enfants, des années plus tard dans nos CMP pour des difficultés d'apprentissages ou pour des troubles divers.

Alors nous nous sommes remis en question et nous avons proposé un lieu régulier d'accueil groupal de ces mères et de leurs bébés, depuis le temps de la grossesse jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

« Devenir mère en situation de migration » est le nom de ce groupe de mères et de bébés qui se réunit chaque semaine sans exception, à heure fixe, sur un centre social en ville.

Ces femmes nous ont obligé à repenser nos outils thérapeutiques et à leur proposer cet espace d'accueil qui nous montre aujourd'hui combien il a pris une tournure thérapeutique tant pour ces mères que pour leurs enfants, loin de nos repères habituels appris au cours de nos études.

Nous présenterons l'évolution de ce groupe et plusieurs histoires cliniques viendront illustrer cette approche thérapeutique innovante.

Le groupe est animé par Mme Clerc psychologue à la Maternité de l'hôpital intercommunal de Créteil, Mr Azika –Eros, Dr Presme

-Le groupe, un espace privilégié d'accueil de la dyade dans la clinique du trauma

LAROCHE JOUBERT Mathilde, Doctorante, Université Paris 13 SPC, Psychologue clinicienne mathilde.larochejoubert@gmail.com; AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent

Autres participants éventuels

T. Baubet, Professeur de psychiatrie, Chef de service, AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Université Paris 13 SPC, Bobigny,

M. Feldman, Maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Université Paris Descartes, psychologue-clinicienne, chercheuse au PCPP EA 4056 Sorbonne Paris Cité, Institut de Psychologie

M.R. Moro, Professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CESP INSERM 1178, Université Paris Descartes, AP-HP, Hôpital Cochin, Maison de Solenn

Mots-clés : Dyade – Traumatisme psychique – Dispositif groupal – Contre-transfert - Transmission

La transmission du traumatisme de la mère au bébé est, à l'heure actuelle, reconnue de manière consensuelle quel que soit les approches théoriques (Ouss-Ryngaert, 2006). Il nous reste, cependant, à tenter d'approcher le vécu du bébé dans ce contexte. Dans la situation dyadique, même si le bébé n'a pas vécu l'(les)évènement(s) vécu(s) par la mère, il est confronté aux « résidus radioactifs » (Feldman et al, 2015) qui colorent les interactions précoces et le contre-transfert des soignants. Dans ce cadre, nous avons centré notre recherche sur l'étude du contre-transfert du thérapeute en partant de l'analogie entre la relation mère-bébé et mère-thérapeute. Le recours à la compréhension et à l'analyse du contre-transfert est un outil précieux, notamment lorsque la violence de la réalité externe s'impose au sujet et empêche la pensée (Lachal, 2015).

Plus précisément, nous avons exploré les réactions contre-transférentielles d'un groupe de thérapeutes face à une mère ayant vécu des événements traumatiques, et son enfant. Par son fonctionnement, le dispositif groupal, sollicitant le rapport à l'originaire, à l'altérité et à l'intersubjectivité, est un outil riche et créatif pour mettre en lumière les réactions contre-transférentielles des thérapeutes et tenter de mieux comprendre le vécu du bébé. Cette étude est réalisée à partir d'un dispositif particulier : le focus groups, méthode qualitative de recherche fondée sur la communication de groupe. Particulièrement adaptée à la recherche sur la formation d'idées, de croyances et d'opinions, cette méthode constitue dans notre cadre, un dispositif au service d'une exploration psychodynamique des ressentis des thérapeutes face aux interactions dyadiques.

Cette recherche met en lumière la résonance entre les ressentis des thérapeutes et ceux du bébé. Les mouvements identificatoires s'expriment de façon intense. L'analyse de la chaîne associative révèle l'existence de vécus que l'on retrouve fréquemment chez les personnes ayant vécu des événements traumatiques, en lien avec le sentiment d'impuissance, d'effraction et d'angoisses

Document sujet à modification

primitives. Les résultats soulignent, également, les potentialités protectrices et créatrices du groupe face au traumatisme, permettant une ouverture sur la prise en charge des bébés et de leurs parents.

Ouss-Ryngaert, L. (2006). Transmission des traumatismes psychiques de la mère au bébé. In T. Baubet, C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert & M. R. Moro (Eds), *Bébés et traumatismes* (pp. 99-134). Grenoble : La pensée sauvage, éditions ; Lachal, C. 2015. *Comment se transmettent les traumatismes ? : traumatismes, contre-transferts, empathie et scénarios émergents*. Grenoble : la Pensée sauvage, éditions.

Atelier M. Parcours thérapeutiques

Animation Delphine VENNAT

-Le soin mères-bébés par le groupe photolangage

NICOLAS Gwenaël, psychologue, CATTP Asstriade Nord, CHAI, Moirans, gwennicolas@free.fr

Mots-clés : groupalité, attention au bébé, photolangage, percept, affect

Dans la période d'intenses et de profonds bouleversements que déclenchent la grossesse et l'arrivée d'un bébé, les dispositifs groupaux avec médiation se révèlent pertinents. Habituellement c'est en effet le groupe familial, de proximité, et social, qui sont conviés à accueillir, contenir et réguler les événements liés à l'arrivée d'un bébé (cf les travaux de R. Kaës). Lorsque pour une raison ou une autre ces groupes ne sont pas suffisamment opérants, participer à un groupe dans un dispositif soignant peut s'avérer fructueux. Ce groupe de soin peut constituer en effet un relais des groupes défaillants. Il vient soutenir la considérable mise au travail de la groupalité psychique de la mère, avec une reprise des liens et des figures internes. Ces remaniements s'opèrent dans une tonalité hautement régressive, qui permet la plupart du temps que se réalise l'ancrage de la relation au bébé, avec la possibilité de se mettre au « diapason » avec le petit infans (J Rochette). Mais justement, lorsque le mal-être, le manque de repères, la souffrance, dominant lors de l'arrivée du bébé, la verbalisation peut se trouver en panne, ou bien basculer du côté d'une intellectualisation défensive. Comment alors soutenir l'établissement du lien mère-bébé ?

C'est ainsi que nous proposons depuis plusieurs années un Groupe à médiation photolangage mères et bébés, dans un cattp de périnatalité. Ce dispositif est hebdomadaire, semi-ouvert, et animé par la psychologue et la puéricultrice du service. Il accueille 4 dyades mère-bébé. Les bébés sont sur les genoux, en transat ou au sol en activité libre, au centre du groupe des adultes. Ils sont l'objet d'une attention groupale bienveillante. Les animatrices participent au choix des photos, à la verbalisation à propos des photos, et accompagnent les mères et bébés dans leur relation.

Nous faisons l'hypothèse que cette expérience de la médiation photolangage contribue de manière très adaptée au travail d'élaboration des difficultés de la maternité, avec des effets importants sur l'identification au bébé. En particulier, les femmes peuvent s'appuyer sur la description de la photo pour se laisser régresser à exprimer des ressentis, des perceptions, et affects, en réalisant un important travail de liaison.

Nous nous proposons d'évoquer deux exemples cliniques, où l'on observe dans la continuité de plusieurs séances des mères oser verbaliser des éprouvés ou ressentis difficiles ou encombrants ; leur relation avec le bébé est compliquée. Ces énoncés sont accueillis, co-éprouvés, et contenus sans jugement dans le groupe. Il s'opère un partage d'éprouvés au plus près des sens, une réceptivité dans le groupe et peut-être une intériorisation d'une forme de bienveillance pour elles. On peut alors observer que ces mères deviennent plus accueillantes envers leur bébé au fil des séances. Elles acceptent mieux l'expression de ses besoins et se rendent plus disponibles à y répondre.

J. Rochette, « La mélodie des émotions dans le post-partum immédiat : quarante jours pour accorder les violons », Spirale 2007/4 (n°44) ; C. Vacheret « photo, groupe et soin psychique », Presse Universitaires de Lyon, 2000.

-Oralité et séparation. Variations autour du sevrage...Un travail de consultation thérapeutique parents- bébé

BERNION Brigitte psychologue / Psychanalyste (SPP/SEPEA) brigitte.bernion@wanadoo.fr, Centre Alfred binet (ASM13) équipe périnatalité du Docteur Sarah Bydlowski

Mots-clés : Consultation parents-enfant. Séparation. Dévoration. Introjection. Sadisme.

A partir de deux situations cliniques – deux fillettes de 15 et 24 mois présentant des difficultés de sevrage -, comment le travail de consultation thérapeutique par un psychanalyste a permis de repérer à travers la relation de nourrissage, les aléas, les impasses de l'intégration du processus séparation / individuation dans le travail psychique de l'organisation pulsionnelle primaire, tant du côté de l'enfant que des parents. Il a permis de les dénouer en travaillant sur les interactions entre ce qui est amené par l'enfant, et les associations des parents suscitées par cette situation à plusieurs et de mobiliser des mouvements psychiques et leur élaboration.

La qualité du sentiment d'existence est intégrée qu'à condition d'avoir pu organiser la continuité d'un lien à l'intérieur de soi. Aussi, la notion de séparation renvoie aux processus intrapsychiques en jeu dans la séparation avec l'objet, ou plutôt avec une représentation de l'objet investie narcissiquement. Pour que le bébé puisse se séparer de sa mère, il doit en quelque sorte « l'avaloir », en d'autres termes introjecter le lien qu'il a construit avec elle. L'introjection permet l'intégration de la permanence de l'objet. Mélanie Klein fait remonter la position dépressive « juste avant, pendant, après le sevrage », qui signe l'établissement de l'objet total et donc du processus séparation / individuation.

La pulsion orale du bébé se confronte avec celle de la mère chez laquelle l'oralité inconsciente refoulée est ravivée. Dans les deux vignettes cliniques, chez Léa, aussi bien que chez Chloé, les difficultés de sevrage qui mettent en scène un sein inépuisable semble traduire le recours à une incorporation compulsive à la place d'une introjection intégratrice et rendre compte d'une difficulté pour la mère et le bébé de tolérer la frustration et pour la mère celle de ne pas être totalement indispensable. Il condense aussi toutes les projections maternelles liées à l'histoire maternelle et à la place faite au tiers /père. En outre, les fantasmes oraux autour de la figure du loup dans des variations autour d'être mangé révèlent des affinités entre oralité et génitalité qui alimentent la confusion entre sein érotique et sein nourricier. Si nourrir c'est savoir donner, c'est aussi pouvoir s'arrêter pour créer l'espace de l'absence et de l'altérité.

Document sujet à modification

Pour Chloé, 15 mois, quelques consultations avec la triade, père, mère et bébé, ont suffi à dénouer la situation autour des difficultés à sevrer Chloé. Pour Léa qui présente une hypermaturité, si elle a pu finir par accepter de renoncer à ses deux biberons / seins de la nuit, son évolution semble plus complexe

Deux références bibliographiques : Winnicott. Mélanie Klein.

-Le symptôme du petit interprète le malaise des grands

ZHENG Miao psychologue clinicienne, psychothérapeute mzheng@hotmail.fr
Association de Santé Mentale du 13e arrondissement de Paris- Centre Alfred Binet

Mots-clés : anorexie, dépression, schizophrénie, migration, prévention

Nous présenterons le cadre thérapeutique offert à une jeune enfant que nous connaissons depuis ses quatre mois et qui est aujourd'hui âgée de deux ans et neuf mois, ainsi qu'à ses parents. Cette famille avait été adressée début 2015 au Centre Alfred Binet (ASM13) par son médecin de PMI (Prévention maternelle et infantile) qui s'inquiétait de l'anorexie de la mère depuis la naissance de sa fille, de la difficulté d'un père diagnostiqué schizophrène, suivi au Centre Médico-Psychologique (CMP-adulte) et d'une enfant qui ne s'exprime que par des multiples symptômes : angoisse, trouble du sommeil, troubles du développement et isolement.

C'est une famille socialement démunie et de grande fragilité psychique qu'en consultation nous recevons en binôme, pédopsychiatre et psychothérapeute. Très rapidement, nous avons voulu mettre parallèlement en place des séances de psychomotricité et d'orthophonie pour le bébé avec ses parents.

Notre dispositif met en jeu et soutient la relation en triade mère-enfant-père, nous insérant délicatement par la parole dans le mode d'échange de cette famille (en français, en cambodgien et en chinois). L'évocation par la mère de ses inquiétudes pour son bébé nous renvoie à sa dépression anténatale et postpartum, dans un contexte d'isolement lié à son histoire personnelle et au choc migratoire. Nous voyons dans la difficulté du père à se qualifier dans sa fonction l'effet d'un déterminisme lié à son état psychique. Ainsi leur enfant reste démunie, sans moyens pour s'affranchir du poids des sollicitations, voire des exigences de ses parents; ses symptômes, calqués sur ceux de la mère ne cessent de questionner, sur un mode anxieux, le désir maternel.

Une telle approche psychanalytique assurée dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire permet un accompagnement différencié de l'évolution de chacun.

Donald W. Winnicott « le bébé et sa mère », Ed. Payot & Rivages, Paris 1992 ; Gisela Pankow « L'homme et sa psychose », Ed. Flammarion, Paris 1993

Atelier N. Le Réseau anténatal

Animation : Danae PANAGIOTOU et Rose-Marie TOUBIN

L'accompagnement anténatal en réseau et la qualité des liens entre parents et professionnels : les prérequis pour un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement.

PANAGIOTOU Danaé Psychologue Clinicienne, Doctorante en Psychologie Clinique Périnatale (Laboratoire de psychologie EA3188, Univ. Bourgogne Franche-Comté), Centre Maternel Michelet, Paris, danae.panagioutou@gmail.com

Luc ROEGIERS, Chef de clinique, pédopsychiatre de liaison, Cliniques UCL-Saint-Luc, GIP, Belgique.

luc.roegiers@uclouvain.be

Amina YAMGNANE, gynécologue-obstétricienne, chef de service maternité à l'hôpital américain de Neuilly-sur-Seine.

amina.yam17@gmail.com

Rafi KOJAYAN, pédopsychiatre, cabinet de pédopsychiatrie périnatale « Le P'tit Marceau », Montpellier.

rafi.kojayan@wanadoo.fr

Caroline LE LABOURIER, psychomotricienne, cabinet de pédopsychiatrie périnatale «Le P'tit Marceau », Montpellier.

caropsychomot@free.fr

Gilles LEVY, gynécologue-obstétricien, CH Belfort-Montbéliard. (gilles.levy@wanadoo.fr)

Anne MORARD, Coordinatrice scientifique CAS, Pédopsychiatre FMH / Psychanalyste SSP, Médecin consul-tant HUG, Suisse. (annemorard@bluewin.ch)

Rose-Marie TOUBIN, pédopsychiatre, SMPEA Peyre Plantade, CHU Montpellier. (rm-toubin@chu-montpellier.fr)

Françoise MOLENAT, pédopsychiatre, AFREE, Montpellier. (fmolenat@yahoo.fr)

Mots-clés : accompagnement anténatal, qualité des liens, développement du bébé, prévention

Durant les dernières années, les pratiques ont beaucoup évolué dans l'accompagnement du bébé et de ses parents ainsi que dans la communication entre la famille et les professionnels. Auparavant, identification tardive des troubles, réponses thérapeutiques dans l'urgence, peu ou pas coordonnées, plus ou moins imposées, malentendus, ruptures de soins, séparations constituaient souvent un tableau noir. Un changement de paradigme s'est opéré progressivement marqué notamment par le décroisement et le rapprochement des disciplines (Alvarez, Yamgnane *et al.*, 2009). Cela a permis une meilleure coordination et une continuité des soins dans un esprit d'alliance avec les parents. Les témoignages des parents et l'analyse prospective, pluridisciplinaire et longitudinale des cas complexes ont transformé la communication interprofessionnelle et contribué à la création d'un vocabulaire commun et interdisciplinaire, un pan de bonnes pratiques, d'outils de travail et de mécanismes de changement (Molénat, 2013).

Ces changements ont été greffés dans un contexte historique, social et scientifique particulier. L'inséparable entre psyché et soma ainsi qu'entre le bien-être de l'enfant et le bien-être parental ont été établis par les différents travaux notamment dans le domaine des neurosciences, de la théorie de l'attachement et des disciplines de la périnatalité (Alderdice *et al.*, 2013 ; Rochette et Mellier, 2004 et 2007). Le dialogue entre neurosciences et psychanalyse a repris après une période de méfiance et de mise à distance ce qui témoigne la conviction mutuelle de l'intrication soma/psyché.

Dans ce contexte, la sécurité émotionnelle a une place centrale dans la construction de l'enfant et son impact sur l'organisation du cerveau, l'autonomie et sa capacité d'exploration est reconnu. Le concept-clé de l'attachement est soutenu par les données des études sur la plasticité cérébrale, la mémoire, le développement et la structuration cérébraux. A part le potentiel de

Document sujet à modification

l'enfant, la variable essentielle repose sur la qualité des réponses de l'environnement et par conséquent sur la qualité de la sécurité émotionnelle maternelle et parentale et ceci, dès la vie intra-utérine (Molénat, Panagiotou, 2015). La compréhension des effets du stress parental pendant le développement précoce avance (Roegiers, Molénat, 2011). En France, la sécurité émotionnelle des futurs parents est devenue un enjeu majeur des politiques périnatales pour la prévention des troubles du développement et de l'attachement.

Cette sécurité passe par prendre en compte les ressentis parentaux ce qui sous-entend qu'ils aient été recueillis suffisamment tôt pour éviter décalages et ruptures d'alliance. La continuité et la cohérence des soins proposées émergent comme facteurs de sécurité et servent de « holding » tout en permettant une réédition des traumatismes anciens, un contexte de remémoration présent selon Stern (Stern, 2003) ou une nouvelle expérience correctrice selon Fonagy pendant cette période de perméabilité psychique majeure (Bibring, 1959 ; Bydlowski, 1991) et propice au changement.

Lors de cet atelier par notre partenariat pluridisciplinaire des collaborateurs français, belges et suisses, nous illustrerons les mécanismes de changement et les conditions qui potentialisent les objectifs de prévention et d'intervention précoce auprès des bébés par le partage de nos expériences cliniques et nos travaux scientifiques. Les thématiques que nous aborderons sont les suivantes :

1. Au-delà de l'aspect médical et technique, pourquoi les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes doivent-ils anticiper la question du bien-être familial et l'accueil du bébé ? Quel rôle de coordination pour le pédopsychiatre ?

Yamgnage, A., Lévy, G., Roegiers, L.

Sans exception, les femmes et les couples qui attendent un bébé rencontrent les professionnels de terrain que sont les GO et les SF. Par définition ceux-ci sont en situation de définir avec les femmes quels sont leurs points de sécurité et de vulnérabilité en fonction de leur histoire personnelle, de leur santé physique et mentale et celle des enfants déjà nés ou à venir, de leur situation familiale.

Les GO et SF, grâce à un colossal travail de confiance, permettent une mise en lumière des difficultés que peuvent traverser les femmes et le bébé à venir. Ce travail permet de construire un parcours de soin adapté à leurs besoins et ressources. Un réseau fiable et articulé de manière intelligible est nécessaire sans quoi l'intervention des acteurs de naissance s'avèrerait stérile voire contre-productive et pourrait s'apparenter à une maltraitance pour les familles les plus vulnérables plongées dans un maillage décousu aggravant leur insécurité.

Parce que l'on s'engage mieux et plus lorsque l'on n'est pas seuls, les SF et le GO doivent pouvoir fonctionner en réseau périnatal : sages-femmes, éducateurs, puéricultrices, pédiatres, anesthésistes, psychologues, pédopsychiatres qui ont tissé des liens de qualité, circonscrit leurs périmètres respectifs de travail, convenu des modalités de transmission des dossiers, et sont disponibles à accueillir les familles. De même, la prise en charge du bébé en postnatal ne devient possible que si l'anticipation des difficultés a été permise et une alliance s'est formée dès l'anténatal.

Il s'agit donc de savoir tirer parti de l'échec partagé avec les femmes et les familles afin que pour ces dernières, la mise en lien avec les acteurs dudit réseau fasse sens. Elles peuvent alors vivre comme une chance la possibilité de s'appuyer sur notre maillage collectif et ainsi d'accepter de l'aide.

Force est de constater, en termes de santé publique, que l'aval des thérapies mère-bébé n'est pas l'outil de choix car, bien auparavant, les situations à haut risque sont déjà passées à la trappe du social/judiciaire. Or la chance de ces populations est de passer de façon systématique et non stigmatisante par des équipes obstétrico-pédiatriques de première ligne. Le travail "chevillé au corps" fait vivre le holding de façon acceptable et plus perceptible qu'à travers des circuits neuronaux plus cognitifs. Enfin, même si la thérapie mère-bébé présente parfois un intérêt complémentaire, le fait même d'arriver à la "demande" d'une telle intervention suppose un processus d'acheminement.

Ceci exige un repositionnement en pratique périnatale du pédopsychiatre (-chiatre ou -chologue) comme partenaire souvent de deuxième ligne et/ou de coordination dans les situations les plus vulnérables ou inaccessibles. C'est un défi exigeant pour les praticiens en santé mentale, mais qui a un effet puissant sur l'engagement des professionnels de première ligne et ce le plus précocement possible.

2. Les soins psychiques au bébé commencent dès la grossesse.

KOJAYAN R, MORARD A, TOUBIN RM

Un vaste programme d'interventions cliniques anténatales, associé à des formations interdisciplinaires, s'est solidement établi durant les trois décennies passées sensibilisant l'ensemble des équipes périnatales. Les recherches cliniques prospectives ont permis de dégager les mécanismes de changement, qui ont connu une large diffusion en de multiples sites en France et à l'étranger, validant leur reproductibilité quelle que soit l'organisation des soins.

A Montpellier, la mise en œuvre du Plan Périnatalité 2005-07 a permis d'élargir l'expérience au secteur libéral avec la création d'un dispositif périnatal pluridisciplinaire en étroite collaboration avec les deux maternités privées. La création de postes de sages-femmes de coordination et de psychologues en maternité en lien avec les pédopsychiatres et psychiatres libéraux, ont transformé l'accompagnement des parents en difficulté psychique. La mise en place de cet accompagnement personnalisé en réseau coordonné s'adresse à environ 600 familles par an (10 % des naissances en secteur privé). Plus largement, les soins psychiques à l'intention du nourrisson s'amorcent dès la grossesse à travers deux mécanismes : le sentiment de sécurité éprouvé par les futurs parents au sein du réseau de soins créé autour d'eux ; l'impact direct par la voie somatique et relationnelle grâce aux techniques de préparation à la naissance, si possible en couple, centrées sur le mieux-être corporel.

Par ailleurs, les professionnels de la périnatalité –sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, équipes de PMI, médecins généralistes...– ayant participé à cette nouvelle dynamique, sont devenus des acteurs de premier choix dans l'activation des *professionnels en santé mentale* de soins des troubles psychiques du post-partum et des troubles précoces des nourrissons.

Document sujet à modification

Cette dynamique a contribué entre autres à une augmentation très significative des demandes pour les très jeunes enfants, dès les tout premiers mois et dans la première année (environ 150 demandes en 2016). Cependant, l'engagement des parents dans une thérapie parents-bébé et la solidité de l'alliance sont fortement corrélés à l'existence d'un accompagnement ajusté dès la grossesse. Le maintien d'un suivi intégré au retour à domicile, anticipé en prénatal, protège des moments d'insécurité parentale, qui pourraient se révéler délétères dans la construction des liens.

La même évolution s'observe en Suisse. La disponibilité d'une pédopsychiatre vis-à-vis des équipes de maternité, puis l'organisation de formations interdisciplinaires et des journées thématiques animées par les équipes soignantes et le pédopsychiatre avec une méthodologie prospective des reprises des cas complexes, ont suscité une dynamique de prévention inexistante auparavant. La possibilité d'orienter les situations difficiles, en particulier les états dépressifs périnataux au pédopsychiatre installé en libéral, mais relié aux soignants et acteurs sociaux, est indispensable pour que les efforts se poursuivent dans tous les champs concernés.

En postpartum immédiat, une action précise sur le posturage des bébés dont les parents présentent une souffrance psychique majeure devient possible que lorsqu'ils ont été étroitement accompagnés dès la grossesse. Les parents souvent très inquiets des conséquences de leur état psychique sur l'enfant et qui en ont bénéficié témoignent de l'impact positif sur leur angoisse à travers la détente et l'ouverture du nouveau-né, le lien préexistant avec l'intervenant assurant la réceptivité.

3. Mise en pratique des leçons et des conclusions d'un travail de recherche au sein d'un Centre Maternel

Panagiotou, Danae

Durant les dernières années, un nombre abondant d'études a mis en évidence les effets délétères de la psychopathologie maternelle ainsi que l'importance de l'intervention périnatale précoce afin de potentialiser le développement optimal du nourrisson dès sa vie intra-utérine. En France, les pratiques et les politiques de santé périnatale ont beaucoup évolué dans l'accompagnement du bébé et de ses parents. Ce nouveau paradigme de santé périnatale a permis un passage de l'accompagnement classique des familles – souvent cloisonné – à un accompagnement personnalisé en réseau coordonné (APRC) dès la grossesse dans un esprit de continuité entre anténatal et postnatal.

Souhaitant confirmer nos intuitions initiales, nous avons conduit une première étude mesurant les effets de l'APRC auprès des 60 femmes enceintes présentant des troubles dépressifs ou anxieux. Cette étude n'a pas seulement confirmé nos intuitions initiales de l'efficacité de cet accompagnement anténatal pour le bien-être maternel, mais a aussi permis de protéger le développement psychomoteur de l'enfant et les interactions précoces lors de la survenue d'une dépression postnatale (DPN).

De nos expériences cliniques, échanges pluridisciplinaires lors des reprises de cas et de nos travaux de recherche, divers éléments émergent comme facteurs de sécurité pour les familles, dont la première matière reste l'ouverture du dialogue et l'anticipation du bien-être familial avec les professionnels de première ligne dès l'anténatal. Ces leçons apprises nous avons souhaité les adapter dans la réalité d'un Centre Maternel prenant en compte les spécificités contextuelles et institutionnelles de ce type d'établissement. Au travers d'une étude de cas et sans prétendre apporter des réponses universelles pour tout cas de figure, nous souhaitons montrer une application des principes de l'APRC et ses bénéfices. A titre indicatif les points que nous aborderons seront les suivants :

- Les difficultés qui nous ont amenés à repenser nos modalités d'accompagnement.
- L'accueil : un moment clé dont la qualité va colorer la prise en charge ultérieure.
- Tissage de liens et construction des étayages avec les professionnels de l'extérieur : quels outils et quels effets sur la jeune femme ?

La souffrance psychique et les histoires personnelles restent très variables imposant une évaluation et une adaptation continues des modalités de collaboration et des dispositifs interdisciplinaires proposés. Si nous sommes confrontés à de nouvelles questions au quotidien, cet exercice de dialogue interdisciplinaire devient le garant de notre capacité d'y répondre.

Alderdice, F., McNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29(4), 389-399 ; Alvarez, L., Yamgnane, A., Parat, S., & Benachi, A. (2009). La maternité: obstétriciens, pédiatres et pédopsychiatres autour de la naissance. *Psychiatrie française*, 42(1), 59-79.

Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(4), 957-989; Kojayan, R., Havasi, K., Delassus, D., Tutunovic, C., Molénat, F., & Roy, J. (2010). Exemple d'une mise en place de réseau en maternités privées: le Pôle périnatal de prévention en santé mentale (P3SM). *Revue de médecine périnatale*, 2(3), 115-118 ; Kojayan, R., Levy, G., Havasi, K., Molenat, F. (2016) *Grossesse et souffrance psychique*. Editions Sauramps ; Levy, G. (2015). La prise en charge obstétricale d'une patiente enceinte avec troubles psychiques: expérience au sein de l'hôpital Nord Franche-Comté. *Revue de médecine périnatale*, 7(4), 229-233 ; Molenat, F., Chanal, C., Havasi, K., Toubin, R. M., & Kojayan, R. (2013). Vulnérabilité psychique et fonction de coordination. *Revue de médecine périnatale*, 5(1), 14-21 ; Molénat, F., & Roegiers, L. (2011). *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque?*. Editions Erès ; Molenat, F., Panagiotou, D. (2015). Impact of the Perinatal Environment on the Child's Development: Implications for Prevention Policies. In *Perinatal Programming of Neurodevelopment* (pp. 409-424). Springer New York.

Panagiotou, D., Mellier, D., & Molenat, F. (2015, May). Antenatal psychological care's impact on pregnant women with affective or anxiety disorders and their infants. In *Journal of Reproductive and Infant Psychology* (Vol. 33, No. 3, pp. E32-E33). Routledge Journals, Taylor & Francis LTD; Rochette, J., & Mellier, D. (2004). Prévention et soin dans le postpartum immédiat: un dispositif de collaboration inter-institutionnelle entre psychiatrie périnatale et protection maternelle et infantile. *L'Information Psychiatrique*, 80(8), 651-658 ; Rochette, J., & Mellier, D. (2007). Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum : stratégies préventives pour un travail en réseau. *Devenir*, 19(2), 81-108.

Atelier O. Sensorialité et rythmicité précoce

Animation Christelle VIODE

Je sens, tu sens, nous sentons et ressentons. Le travail des sens rejoint les émotions.

KRTOLITZA Eliane Psychologue clinicienne et Dr en Psychologie Centre Hospitalier de Lons le Saunier, eliane.krtolitza@free.fr

Mots-clés : sensorialité

La femme enceinte sent son corps changer, ce qu'elle vit avec plus ou moins de bonheur. L'évolution de la grossesse implique le travail combiné du corps et de la psyché. Si l'un ou l'autre prend l'ascendant, repartir vers la découverte de sensations plaisantes peut relancer la dynamique émotionnelle ancrée dans l'actuel.

Quand un psychologue accompagne des femmes enceintes, il apparaît intéressant d'aider certaines à retrouver des sensations de base pour qu'elles développent leur sensibilité, leur acuité à l'instant présent. En développant la conscience de leur corps, leurs sensations et de leur besoin, il est probable qu'elles développent leur capacité à écouter et à comprendre les manifestations et les besoins de leur bébé. L'inter-relation bébé-parents se construit à partir des échanges sensoriels teintés des émotions en présence. L'écoute du corps par la femme enceinte est une voie possible d'ouverture vers le langage du corps du nouveau-né.

Quelques vignettes cliniques permettront d'illustrer comment le recours à des propositions d'expériences sensorielles peut favoriser une (re)découverte de l'ancrage corporel, permettant éventuellement de se décentrer de lourdeurs de l'histoire infantile.

Konicheckis A. (2008) *De génération en génération : la subjectivation et les liens précoces*. Vendôme : Le fil rouge, P.U.F ; Mellier D. (2005) *Les bébés en détresse*. Vendôme : Le fil rouge, P.U.F.

Entrer en écho psychique avec le bébé

VIGNERON PINÇON Isabelle psychologue clinicienne, psychanalyste (GIREP) Centre maternel Croix-Rouge, psy.vigieron@gmail.com

Mots-clés : lien – lieu – écoute - écho – entre-jeu

Un bébé engage le lien, il s'engage dans le lien, il appelle par tous les moyens qu'il a à sa disposition, il cherche à se connecter à l'autre, il demande par les yeux, par la bouche, par la voix, par les mouvements de tous ses membres à établir le contact, voici la force des bébés, leur capacité et leur volonté à s'aventurer dans l'espace complexe des relations humaines. Et de même qu'il manifeste une certaine avidité à entrer en « phase » avec l'adulte qui se présente à lui, qui lui prête attention, l'adulte thérapeute se propose de le suivre, il vient se caler à son mode d'interaction spécifique, dépouillé des codes et principes acquis, il vient apprendre la langue des sens, la langue des signes. Car chaque attitude est porteuse de la vérité du bébé, de son bien-être ou de sa souffrance, de son ouverture ou de son repli. Car le tout petit peut aussi éviter la rencontre, fuir le regard, il peut mettre son corps en tension, en torsion, basculer dans la dysharmonie, dans l'atonie, s'affaisser et se déprimer gravement. Il peut aussi assez rapidement simuler en affichant un « faux » sourire et se déconnecter de son état émotionnel, désactiver son propre désir, par exemple pour satisfaire une maman à la dérive ou qui ne peut retenir de la maternité que sa part de faire-valoir social. Il sait parce qu'il sent et ressent avec finesse de qui est composé son environnement immédiat, mobilisant le sensoriel en lui, il sait qu'il doit s'effacer ou se montrer, déjà in utero il a appris à « se soumettre » à la place qui lui est assignée, inexistante, petite, moyenne, démentielle... Il sait même peut-être avant sa maman ce qu'elle pense de lui, il la lit par les yeux, par les oreilles, par le corps, il la boit par le biberon ou le sein, il ajuste sa posture à partir d'elle, à partir d'eux, les parents, sa psyché a la souplesse d'un contorsionniste, malléable, adaptable, démontable...

Ce que l'écouter psy peut proposer au petit enfant qu'il accueille est l'assurance qu'ici est un lieu « solide » avec des objets, une voix et une attention à sa disposition qui rendent compte de sa grandeur d'être, le petit enfant est grand, il nous enseigne ce paradoxe de la grandeur dans la petitesse, que chacun a vécu, que chacun continue à conserver et méditer à l'intérieur de soi.

Au travers de vignettes qui donnent voix à de petits enfants accompagnés de leur maman ou de leur auxiliaire référente (quand ils bénéficient d'une mesure de placement) dans le cadre du centre maternel où je travaille en tant que psychologue clinicienne, je voudrais rendre compte de l'aptitude formidable du bébé à entrer dans le jeu de la relation, le thérapeute venant saisir et soutenir l'élan vital puissant qui l'anime et le construit dans sa singularité d'être.

Le jeu et l'entre-je(u), René Roussillon ; Jeu et réalité, l'espace potentiel, D.W. Winnicott ; Psychanalyse de l'image, Serge Tisseron

L'amour contenu : un acte thérapeutique qui transfigure la relation parents-bébé.

DELAGE Pascale, Psychologue clinicienne Haptopsychothérapeute, Maternité des Lilas, pascale.rossigneux-delage@neuf.fr

MÜNCH Brigitte, Philosophe, Psychologue clinicienne, Haptopsychothérapeute, brigitte.munch@gmail.com

Mots-clés : Accueil inconditionnel, Aptitudes affectives, Appel à la verticalité, Sentiment de sûreté, Attachement-Détachement

La souffrance des bébés n'est jamais strictement psychique. Elle s'enracine dans des gestes, des attitudes, une distance involontaire qui ignorent ou dénie ses besoins fondamentaux de contact affectif, de confirmation et de détachement.

Répondre à ces besoins présents et perceptibles dès la vie pré-natale, est ce que nous appelons amour contenu. En accueillant nous-même les parents dans cette proximité confirmante dénuée d'attente, nous pouvons écouter leur souffrance sans interprétation. Nous leur permettons, dans le même temps, de vivre une rencontre affective tissée avec nous pendant la séance, réparatrice de leur souffrance dans un moment d'ouverture psychique qui favorise l'engrammation profonde de telles expériences de présence.

S'assurant peu à peu de leurs aptitudes affectives disponibles, les parents peuvent ressentir leur tendresse réciproque, et s'éveiller à la présence réelle de leur enfant, dans son être-déjà-là, en attente. Une telle expérience nourrit un sentiment de sûreté et de liberté par l'appel et la confirmation de chaque personne de cette triade, dans ce qu'elle vit et ressent de plus intérieur. Vivre ainsi un accueil continu et inconditionnel, conduit les parents à voir leur enfant tel qu'il est, un être déjà doué pour aimer, leur donne la force et la confiance de l'accueillir à leur tour et de le porter dans sa verticalité humanisante.

Ce contact profond contient le détachement au cœur de ce qui fonde l'attachement, et se situe ainsi loin des fantasmes de fusion ou de dépendance.

Document sujet à modification

La possibilité d'intervenir non seulement dans la vie de l'enfant, mais déjà dans la période prénatale autour de la triade, permet d'identifier très tôt les risques de dysfonctionnement dans les premiers liens, par la façon dont le bébé répond ou non aux appels, et par la façon dont les parents s'adressent à leur enfant. Nous posons ainsi un acte dans le Réel de la rencontre, tout ensemble dans les trois dimensions de l'être corporel, psychique et affectif. Que ce moment ait lieu avant, pendant ou après la naissance, il transcende ce qui se joue de l'historicité du sujet et laisse toujours des traces profondes et fécondes.

Nous témoignerons du vécu des personnes qui vivent ce contact entre elles et avec nous, grâce à des œuvres d'art, des dessins et peintures et des photos réalisées en séance, afin d'approcher ce qui se vit dans le for intérieur des êtres, et dont la parole ne peut suffire à rendre compte.

Frans Veldman *Haptonomie, amour et raison*, PUF, 2004. Jean-Louis Revardel *L'univers affectif*, PUF, 2003.

L'haptonomie pré- et postnatale : de la prévention à la thérapie

TOUVENOT LAMBERT Valérie, psychologue clinicienne, docteur en Psychologie, HPDB Dijon (service de maternité et de néonatalogie) touvenot.valerie@gmail.com

Mots-clés : Haptonomie – Sécurité-de-base – Vécu archaïque des parents - Prévention

L'approche haptonomique, qui met au centre la dimension affective de l'humain à travers le contact est un puissant outil de prévention et de thérapie en périnatalité. Accompagner de jeunes parents autour de l'accueil de leur enfant dès la grossesse permet d'aborder avec eux des points sensibles de leur propre vécu archaïque en veillant à leur permettre de ressentir une sécurité-de-base. Cet accompagnement permet au couple d'être ensemble dans une relation affective autour de leur bébé et de chercher à ce que chacun trouve sa place au sein de la famille.

A partir d'exemples cliniques, je propose de présenter l'intérêt de cette approche notamment lorsque l'arrivée d'un enfant se trouve déstabilisante pour l'un ou l'autre de ses parents.

F. Veldman, Haptonomie. *Science de l'Affectivité. Redécouvrir l'humain*, Paris, P.U.F., 1998 ; C. Dolto, « Le fœtus exclu des perceptions », in *Le Bébé et les ruptures*, sous la direction de Caroline Eliacheff et Myriam Szejer, Albin Michel, 2003, p. 35-59.