

Le plaisir d'apprendre ensemble : un ciment face aux angoisses archaïques de la période périnatale

« Construire ensemble. Liens premiers, familles, institutions »
CGPF Paris 13 et 14 octobre 2012

Véronique Lemaître¹ (Manosque)

Apprendre ensemble avec plaisir, c'est l'expérience que j'ai faite à Bobigny pendant près de 20 ans, entre 1980 et 2000. Infatigable, Serge Lebovici créait et contribuait à soutenir des groupes de travail, des espaces d'enseignement et de recherche, des liens entre champs de connaissance hétérogènes, en mettant au service de ce travail son expérience de psychanalyste et son expérience des institutions : principalement l'hôpital, le secteur psychiatrique, l'université et les sociétés de psychanalystes. Son insatiable curiosité a déculpabilisé la mienne et le plaisir qu'il prenait à s'engager sans peur dans la rencontre avec l'inconnu continue de me servir de modèle. En 2003 Pierre Delion, grand frère cotoyé de longue date au sein de la WAIMH, dont il est aujourd'hui président, et qui a été créée par S. Lebovici, me met au défi de venir le rejoindre à Lille pour l'aider à mettre sur pieds cette unité de pédopsychiatrie périnatale dont j'ai été responsable pendant 7 ans. Je voudrais, en témoignage de ma gratitude à leur égard, témoigner de cette « folie maternelle primaire » qui m'a fait quitter Grenoble pour contribuer à nourrir et élever ce « bébé institution » que Pierre Delion et son équipe Lilloise (particulièrement Arnaud Fossaert et Rosa Mascaro) étaient en train de créer. Ainsi l'énergie nécessaire au travail de nativité vient-elle de la nécessité interne d'élaborer les deuils et pertes antérieures, comme l'espoir d'une fenêtre ouverte sur une possible immortalité des anciens que nous avons aimés.

Je défendrai l'idée que le plaisir d'apprendre ensemble se construit sur le modèle du plaisir à établir les liens premiers. Racamier utilise la métaphore du ciment pour définir la

¹ Dr Véronique Lemaître, pédopsychiatre, psychanalyste, Praticien hospitalier de l'Unité de pédopsychiatrie périnatale du service du Pr Pierre Delion, CHRU Lille, actuellement en disponibilité. Membre du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale (Paris). Médecin responsable du CMPP et de l'ESSAIP à Manosque (04) gérés par l'ARI (Marseille).

séduction narcissique, qui sert à joindre « deux êtres aussi dissemblables qu'une adulte et un nouveau-né »² alors qu'ils doivent rester unis pour les besoins narcissiques de l'une et vitaux de l'autre. La fréquentation des nouveaux-nés et l'expérience des familles exposées à la vie commune avec un bébé m'ont aidée à comprendre à quel point cette phase de séduction originaire est essentielle pour donner accès à ce « sentiment profond et informel de connivence avec le monde »³ et autoriser l'empathie. Après avoir réfléchi à la façon dont le nouveau-né tient son rôle dans cette séduction que Racamier nomme narcissique, au-delà des projections que les adultes réalisent sur lui, je présenterai une vignette clinique pour décrire le « pain quotidien » des équipes de psychiatrie périnatales, et la spécificité du travail Lillois. J'aborderai ensuite la question des conditions minimales pour que le plaisir d'apprendre ensemble puisse surgir et perdurer. Je décrirai ensuite les formes qu'a pris le plaisir d'apprendre au sein de l'équipe de pédopsychiatrie périnatale Lilloise, lui permettant de faire face à une clinique de plus en plus éprouvante.

SE LAISSER ENSEIGNER PAR LE NOUVEAU-NE

Ed Tronick, chercheur américain, a voulu comprendre le plaisir si vif qu'ont certaines femmes dans la rencontre avec leur nouveau-né. Sa première hypothèse comportait l'idée d'une interaction idyllique où la mère s'ajuste parfaitement aux attentes de son bébé, comme si le plaisir principal consistait à procurer au bébé exactement ce dont il a besoin, au moment où le besoin se manifeste. Il constate avec surprise que, loin de ce modèle idéal, fantasme d'omnipotence maternelle rétablissant l'unité prénatale perdue, le plaisir vient plutôt, pour chacun des partenaires de l'interaction, des efforts couronnés de succès pour réparer les échecs « d'accordage » si l'on reprend le terme de D. Stern. **Ce n'est pas seulement l'harmonie de la relation qui est satisfaisante, mais la façon dont chacun perçoit qu'il y contribue activement.** Et la dimension de réciprocité est essentielle dans l'éprouvé de plaisir. Voilà une autre façon d'explorer le sens de la « good enough mother » de Winnicott : une mère juste assez bonne pour que le bébé ait le plaisir de l'améliorer. Cela

² p 22

³ p31

donne un caractère symétrique à ce courant d'attraction nécessaire pour combler l'écart trop grand entre le nouveau-né et sa mère, qui vient faire contrepoids au lien dissymétrique de dépendance vitale, générateur d'angoisse parfois écrasante pour les parents. C'est souvent l'établissement de cette relation symétrique d'agir mutuels où chacun trouve intérêt, et souvent plaisir, à reconnaître les effets qu'il produit sur l'autre, qui permet à la mère de guérir du blues de la naissance et construit sa confiance dans la communication mutuelle. Le « tâtonnement des débuts » (J Vamos) n'est pas toujours plaisant car il suppose une capacité à supporter d'attendre et d'échouer par moment, sans perdre confiance en soi et dans l'enfant. Cette capacité est d'autant meilleure que la personnalité de la mère est stabilisée par une névrose infantile souple, et que les mouvements régressifs imposés par la grossesse et l'accouchement sont généreusement accueillis par son environnement. Dans l'établissement des liens premiers le plaisir d'apprendre ensemble mobilise nécessairement deux niveaux : celui des identifications secondaires aux figures parentales, investies sur un mode oedipien tempéré, ouvre l'accès aux identifications plus primitives souvent angoissantes que suscite la confrontation au nouveau-né. Le plaisir d'apprendre ensemble entre parents et nouveau-né repose sur leur capacité à garder actif ce premier niveau secondarisé, où un refoulement bien tempéré permet de rester au contact de leurs rêveries personnelles.

En parlant de s'exposer à la rencontre avec un nouveau-né, je veux souligner le risque pris à se laisser agir par lui : porter attention à un nouveau-né expose aux phénomènes d'imitation en miroir, dits « de capture », dont la base neurologique (les neurones-miroir) est incontournable. Ainsi le nouveau-né attentif, en stade 4 d'éveil actif décrit par Brazelton, imite dès ses premières heures de vie la mimique de l'adulte penché au dessus de lui ; la mère qui nourrit son bébé ne peut s'empêcher d'ouvrir la bouche quand il ouvre la sienne. La contrainte neurologique est réciproque lorsqu'il y a attention partagée, et c'est, me semble-t-il, un puissant outil du bébé pour exercer en même temps que sa compétence à explorer le monde, ce que Racamier nomme séduction narcissique. C'est le réglage de l'attention qui donne accès à la liberté de se laisser prendre ou de s'en défendre. Par exemple, je fais face à un bébé cherchant son sommeil dans les bras de sa mère, alors qu'elle me raconte ses

difficultés. Prise par son récit, elle ne fait pas très attention à lui. Il adopte en se raidissant une position dissymétrique, tête tournée vers sa gauche, yeux agrippés un peu au dessus de lui puis regard flottant, réussit à s'endormir. Si je maintiens mon attention à la fois à la mère et à l'enfant, je ressens moi aussi des tensions au niveau de mon cou et perds le contact avec la partie basse de mon corps, expérience corporelle directe de la lutte contre la sensation de chute et de perte des limites corporelles contre laquelle le bébé luttait seul avant de s'endormir. Du côté du bébé la qualité de son attention dépend pour une part de ses compétences personnelles et aussi de l'ajustement de son environnement qui l'aide plus ou moins à contenir son excitation. Il est souvent difficile de reconnaître lorsqu'un nouveau-né oscille entre sommeil, somnolence et pleurs, s'il s'agit pour lui d'un effort pour suspendre son attention et se mettre ainsi à l'abri des processus de capture qui lui imposent de ressentir le vécu tonico-émotionnel de l'adulte, ou si son propre état tonico-moteur le contraint, du fait de son immaturité, à renoncer aux efforts qu'il fait pour mobiliser son attention et tenter de comprendre et de participer à ce qui l'entoure. Lorsque nous sommes sollicités pour aider une famille en difficulté avec un bébé, le fait même de s'exposer sans défense à rencontrer le bébé, et particulièrement s'il est vulnérable, offre aux parents l'occasion de partager l'expérience de notre tâtonnement. La difficulté rencontrée (douleur corporelle, sensation de vide, de rejet, impression d'être incapable, maladroit, inutile) éclaire sur ce qu'ils vivent peut-être et permet de s'attribuer la responsabilité de cet échec. Cette proposition identificatoire : « il est possible que je n'y arrive pas » permet souvent un soulagement qui favorise l'alliance ultérieure pour chercher à comprendre ensemble. Une des richesses de l'examen de Brazelton est cette prise de risque dans l'effort pour rencontrer le nouveau-né en présence de ses parents.

Je voudrais au travers d'une illustration clinique montrer comment cette prise de risque que constitue l'effort pour rencontrer authentiquement le bébé, peut être investie et se maintenir dans le temps au sein de l'équipe précisément parce que le récit qui peut en être fait dans l'après-coup nourrit le plaisir d'apprendre ensemble. L'expérience intime des traces que le nouveau-né inscrit en lui de ses premiers liens à sa mère et qu'il transfère dans ses

relations ultérieures, même si elle est douloureuse, devient le moyen fiable de reconstruire l'histoire et d'ajuster progressivement le rôle de chacun dans le dispositif pluridisciplinaire d'accompagnement et de soins.

Ange naît d'une mère souffrant d'une psychose chronique. Alors qu'elle le désire d'abord vivement, dans une relation très idéalisée avec son père, Ange sera le témoin obligé des violences de sa désillusion postnatale. La grossesse est l'occasion d'une attention soutenue à la future maman, comme l'allaitement qui devient, après un démarrage difficile, le canal principal de « communication » entre la mère et l'enfant. C'est à ce moment que la mère rompt avec le père, tente de se rapprocher de sa famille d'origine, ne s'y sent pas accueillie, et devant le caractère massif de son angoisse, bénéficie d'une brève période d'hospitalisation conjointe avec son bébé, avant leur admission en foyer maternel. Nous sommes sollicitées au début plus comme aide à la réflexion commune dans la mesure où les liens de confiance avec les « intervenants de première ligne » (sage-femme, pédiatre, puéricultrice) semblent assez solides, soutenus par la confiance que la mère accorde à son psychiatre qui la connaît de longue date. Même si la mère paraît très désorganisée dans le fil de sa pensée et des gestes concrets de la vie quotidienne, c'est avec son fils qu'elle a le comportement le plus adapté. Ange ne montre pas de signes de souffrance facilement interprétables comme tels : il est très éveillé, porte une attention continue à sa mère, prend le sein avec plaisir, sourit ... tout ceci fait oublier qu'il dort très peu et seulement dans les bras de sa mère, et qu'elle le met au sein de façon quasi continue. La vie au foyer s'écoule de semaine en semaine et malgré les alertes de la puéricultrice de PMI qui ne parvient pas à nouer alliance avec la mère pour organiser les rythmes de Ange d'une façon plus respectueuse de ses besoins développementaux, celles des éducatrices du foyer qui constatent l'absence totale d'autonomie de la maman (ménage, gestion du budget, présence aux rendez-vous), il n'est pas possible d'empêcher le placement en urgence de Ange dans le courant de son 6^{ième} mois, alors que la mère est réhospitalisée en psychiatrie. Nous sommes dès lors sollicitées plus directement pour évaluer la souffrance psychique de Ange et aider la mère à réorganiser un investissement plus harmonieux de la relation avec son fils. L'assistante familiale à qui l'enfant est confié est soutenue par le service

de protection de l'enfance. Comme c'est souvent le cas, après quelques mois d'amélioration pour Ange qui semble prendre appui sur sa famille d'accueil pour construire les différenciations qui lui manquaient (rythmes vitaux, engagement relationnel), il devient très difficile de travailler avec l'assistante familiale qui ne tolère plus les contraintes que lui impose son travail. Elle se plaint constamment de ce bébé et semble essentiellement fonctionnelle dans les soins qu'elle lui propose. Voici un fragment d'une consultation mère-bébé lorsqu'il a 10 mois : nous sommes tous assis au sol autour de Ange. Il saisit un cube de bois de la caisse à jouets, l'explore brièvement des yeux, le jette puis le reprend. Il répète cette séquence à l'identique, sans se lasser. Sa curiosité s'arrête avant d'avoir porté l'objet à sa bouche. Si celui-ci sort de son champ visuel, il l'ignore et en cherche un autre. La mère ne sait pas comment valoriser l'activité de son fils et cherche dans la caisse autre chose, mais Ange répète ce « je prends, je jette » sans tenir compte d'elle. Son visage est peu expressif, même s'il lui sourit un peu lorsqu'elle le sollicite. Sensible à la tonalité dépressive de cette activité, j'essaie de m'y introduire en accentuant verbalement le départ de l'objet (où est-il ?) et en animant le plaisir de le retrouver (Oh le voilà !). Ange me regarde d'un air interrogatif par instants mais n'accroche pas. La mère vient alors à mon secours en disant : « il est triste, je me sens seule », ce qui décrit exactement ce que je ressens face à cet enfant, mais aussi ce qu'il a probablement ressenti dans le tête à tête précoce avec sa mère, et ce qu'il fait aujourd'hui ressentir à son assistante familiale. Alors que j'invite la mère à rappeler ses souvenirs des premiers mois de Ange, il s'engage dans une exploration d'un autre coin du tapis plus à distance de nous, très concentré sur le plaisir de son déplacement et le contrôle d'un « quatre pattes » un peu freiné par sa dysharmonie tonique.

En racontant à mes collègues le déroulé de cette consultation deux choses nous émerveillent : la capacité du bébé à nous transmettre par son activité motrice son éprouvé (être pris puis lâché) en cherchant à le contrôler (jeter l'objet), et qu'il lui faudrait pouvoir partager pour se le représenter : c'est mon effort pour le rencontrer et comprendre ce qu'il cherche à faire en notre présence, qui me permet de ressentir sa tristesse et sa solitude. La surprise tient aussi au fait que c'est la mère qui réalise maintenant la lecture émotionnelle

qu'elle était incapable de faire au début de la vie de son fils. Elle produit alors l'interprétation qui relie ensemble la souffrance précoce et la souffrance actuelle grâce à ce moment partagé de la consultation. Spectatrice de cet effort de ma part, elle retrouve les affects des premiers moments avec son fils et parvient dans sa formulation à se distinguer de lui : quand la mère est triste le bébé se sent abandonné, alors même qu'elle s'identifie avec la même facilité, et de façon encore confondue, à la mère triste et au bébé esseulé.

Lorsque nous contribuons en y pensant ensemble à comprendre comment les familles se saisissent de l'appui que constitue pour elles notre engagement à ressentir et comprendre ce que chacun y vit, se développe une connaissance partagée qui vient entretenir le plaisir d'apprendre ensemble, autant dans la famille, et cela nourrit l'alliance de soins, que dans l'équipe.

LE FRAGILE EQUILIBRE DU PLAISIR D'APPRENDRE ENSEMBLE

L'anticipation d'un plaisir possible et l'émerveillement suscité par la surprise face à la forme imprévue qu'il prend, sont nécessaires pour soutenir l'investissement du bébé par sa mère sur la durée. Il en est de même pour l'équipe qui intervient auprès des familles fragilisées par la confrontation au nouveau-né. Si nous rassemblons l'ensemble des conditions qui permettent à un bébé de prendre plaisir avec sa mère, sont-elles applicables au groupe que constitue la famille naissante, et à celui que constitue l'équipe chargée de les aider ?

- le bébé a besoin de se sentir entouré, c'est-à-dire de se percevoir comme le centre de l'attention et de ressentir la « pression » modulée de cette présence attentive autour de lui. Cette expérience concomitante de la consistance du cœur et de l'enveloppe peut aussi être décrite pour le groupe. En effet les cercles plus ou moins concentriques des divers groupes qui constituent l'institution devraient mettre chaque intervenant à l'abri de la solitude et de l'isolement, tout en lui permettant d'exister individuellement dans ses compétences propres.

- le bébé a besoin de se sentir constitué d'une intériorité à laquelle il peut choisir de donner accès. Ceci passe beaucoup par le canal visuel : grâce à l'interpénétration des regards il peut vivre cette sensation d'être compris, pénétré sans être abusé grâce à la liberté qu'il a de fermer les yeux ou de les détourner. Le groupe a lui aussi besoin que les instances dont il dépend et qu'il fréquente, s'intéressent à ses projets et ses modes de fonctionnement en les respectant.

- Enfin le bébé a besoin de se sentir vivant, c'est-à-dire de se percevoir comme l'auteur de ce qu'il advient de lui. Identifier ses projets, préparer discrètement le socle sur lequel il pourra les réaliser et protéger l'espace-temps dont il a besoin constituent les trois temps nécessaires à cette expérience.

Nous reconnaissons une forme de complexité où s'articulent de façon riche contenants et contenus, offrant un espace de projection des interactions entre figures parentales différenciées masculines et féminines, permettant de matérialiser de façon souple les différences de sexes et de générations et d'expérimenter les courants libidinaux qu'elles suscitent. Ce sont aussi les caractéristiques du cadre qui permettent le travail psychanalytique (D. Houzel). Pour qu'il fonctionne il doit pouvoir supporter les attaques venues de l'intérieur (la famille ou le groupe accueilli), qui sont précisément l'objet de ce travail, et donc être protégé des attaques venues de l'extérieur.

Nos équipes ont supporté au moment de l'élaboration et de la mise en place de la loi HPST, des attaques menaçant les trois dimensions que je viens de décrire, nous soumettant aux mêmes conditions de fonctionnement que les familles exposées à la précarité : tout est permis au nom de l'équilibre budgétaire. Les besoins matériels sont l'objet de tracasseries interminables à travers lesquelles passent des injonctions contradictoires, des disqualifications et un dénigrement massif des liens investis. L'arbitraire et l'imprévisible viennent désorganiser la confiance nécessaire pour que chaque professionnel puisse s'engager dans une

rencontre authentique avec ses collègues, et avec les familles. La destructivité de la perversion narcissique et de la paradoxalité fermée s'exerce alors sans limites, et particulièrement lorsque l'équipe est sommée de remettre de l'ordre dans les situations complexes où la maladie mentale, le handicap et la précarité sociale cherchent une issue dans la mise au monde de nouveaux bébés qui sauront mobiliser l'attention et les moyens financiers pour faire vivre la famille, inversant alors tout à fait l'ordre des générations puisque c'est alors le bébé qui fait vivre sa famille. Le nombre d'intervenants et d'institutions concernés, la multiplication des échelons hiérarchiques à franchir rendent les effets de l'engagement de chaque soignant imprévisibles : il n'est pas rare qu'il ressente que ce qu'il a fait a finalement aggravé la situation et s'est retourné contre le bébé et contre lui-même. Ces retournements catastrophiques vont de pair avec le débordement des réunions d'équipe par les situations cliniques inextricables où l'impuissance à réanimer des liens vivants expose chacun à la sidération devant l'intolérable. De même que les conditions d'un bon développement ne sont plus réunies pour le nouveau-né, de même le plaisir d'apprendre ensemble n'est plus accessible.

LA FORMATION DE L'EQUIPE DE PEDOPSYCHIATRIE PERINATALE LILLOISE

Elle est constituée de deux psychomotriciennes, deux puéricultrices, deux, puis trois psychologues et d'un médecin, avec le soutien de deux médecins en formation, internes pour une période de six mois. Son identité, ses missions et ses modes d'intervention se sont précisés au fil du temps au contact des attentes et des résistances des équipes, dites de première ligne, susceptibles de nous solliciter. Comme souvent les difficultés les plus difficiles à réduire sont apparues dans nos collaborations avec les services de néonatalogie et de psychiatrie générale. Alors que le travail de liaison en maternité se développait en même temps que les collaborations avec les services de protection de l'enfance, l'activité s'est répartie en trois parts différenciées : le travail à domicile en appui sur les services du Conseil Général de notre intersecteur, le travail de liaison en maternité, néonatalogie et pédiatrie, puis

hospitalisation à domicile, et le travail d'accompagnement et de soins des bébés hospitalisés conjointement avec leur mère en psychiatrie et en addictologie.

Considérant après-coup ce qui s'est passé, il me semble que l'effort a porté sur la création, et le maintien sur la durée, de moments de partage et de reprise ensemble des temps cliniques de rencontre avec les bébés et leur environnement, en veillant à protéger les illusions créatrices et à valider les intentions constructives de chaque professionnel. Confrontée à de jeunes professionnelles n'ayant pour la plupart pas encore d'expérience de la psychanalyse, et pour la moitié d'entre elles pas encore d'expérience personnelle de la maternité, j'ai choisi peu à peu le nouveau-né et ses mystères comme notre objet principal d'intérêt en essayant de mettre en place au sein de notre équipe les mêmes conditions que dans la famille pour permettre aux nouveaux-nés que nous côtoyons de nous transformer.

A côté du travail d'élaboration partagée de la violence mise en mouvement par les nouveaux-nés vulnérables hospitalisés et leurs familles diversement fragilisées, nous confrontant constamment à une angoisse de mort terriblement oppressante, a surgi comme contrepoids le besoin d'éprouver ce qui se passe au contact d'un bébé en bonne santé dans un environnement banal. Comme il était concrètement impossible de former en même temps tous les membres de l'équipe à l'observation d'un bébé à son domicile selon la méthode Bick, j'ai eu recours au dispositif expérimenté antérieurement à Grenoble, l'observation du bébé en crèche. E. Pikler, pédiatre hongroise du milieu du vingtième siècle, a défendu l'idée selon laquelle le nouveau-né vient au monde avec les moyens de son développement, pour autant que son environnement **laisse le champ libre à son activité motrice spontanée**, idée dont elle a prouvé la validité au sein de la pouponnière de Loczy. Ces idées ont pénétré le monde des crèches en France, et de plus en plus les bébés ont l'occasion d'être livrés à eux-mêmes sous la surveillance attentive de leurs auxiliaires de puériculture. Il est ainsi très formateur, en centrant son attention sur un des enfants, de suivre de loin comment il organise ses projets et ses relations au sein de la crèche. En respectant certaines conditions, la collectivité permet de limiter l'impact individuel de la présence de l'observateur sur le bébé et les adultes qui en

sont responsables, et de ce fait de réaliser des observations plus brèves (environ huit mois). Le dispositif s'inspire de la méthode Bick : durée fixe du temps d'observation hebdomadaire (30 minutes), récit écrit immédiat de l'éprouvé au cours de l'observation, relecture de ce récit en petit groupe de 8 personnes lorsqu'il y a deux observateurs, tous les 15 jours. Les conditions de l'observation font que le travail collectif se centre très vite sur l'aide à apporter à l'observateur identifié au bébé en quête de moyens pour agir sur le monde incontrôlable qui l'entoure. La découverte collective à partir du récit de l'observateur des moyens qu'il met en œuvre, permet de se familiariser avec les compétences que nous développons lorsque nous sommes empêchés d'agir. Nous faisons aussi des hypothèses concernant la source de ces compétences : l'expérience d'interrelations paisibles et plaisantes avec nos objets d'étayage. Cette expérience partagée a, me semble-t-il, fortement contribué à la cohésion de notre équipe : comme le bébé est capable en situation de détresse de faire revenir en acte et en pensée le souvenir du plaisir pris avec ses parents, de même chaque membre de l'équipe exposé à l'étrangeté, voire à l'hostilité du milieu où il est amené à intervenir, peut rappeler la confiance dans la possibilité d'élaborer ensemble l'intensité éprouvée. Un autre effet de cette formation est de comprendre la menace que l'arrivée d'un étranger constitue pour l'équipe qui l'accueille. Cette compréhension intime favorise les mouvements identificatoires nécessaires au travail de liaison avec les différentes équipes avec qui nous avons à collaborer (travail en réseau).

Cette activité d'autoformation a permis de cimenter une culture commune où la confiance dans le groupe permet d'entretenir l'audace qu'il y a à s'exposer à la rencontre avec le bébé, et à se laisser faire par lui. Cette pratique commune nous a donné envie de préciser notre connaissance des nouveaux-nés : la pratique de l'examen de Brazelton (utilisable avec des nouveaux-nés dont le terme se situe entre 36 et 44 semaines d'aménorrhée) nous a été enseignée par Drina Candilis. Son intérêt pour le contre-transfert de l'examineur exposé à la rencontre avec le nouveau-né, et particulièrement son corps, sous le regard des parents, a amplifié les effets du travail d'observation en crèche. Deux conséquences sont apparues : l'harmonisation des pratiques dans le respect cependant des formations initiales de chacun des

membres de l'équipe. Les psychologues et médecins psychiatres se sont saisis de cet outil pour prendre une connaissance plus directe de l'état tonico-émotionnel du bébé, alors que psychomotriciennes, puéricultrices et pédiatre ont osé beaucoup plus utiliser leur subjectivité pour lire les informations qu'ils avaient coutume de percevoir concrètement. Par ailleurs l'habitude s'est prise de travailler en binôme, l'une engagée dans la rencontre directe avec le nouveau-né, l'autre en arrière-fond, incarnant notre base de sécurité, et soutenant dans un second temps la mise en récit des éprouvés, et la possibilité de les partager en équipe et de les écrire, cet écrit devenant un outil de transmission avec les autres intervenants du réseau et les parents. En cas de situation complexe de vulnérabilités multiples cette pratique en groupe est très précieuse autant pour nouer alliance avec la famille que pour collaborer avec les équipes qui nous sollicitent.

La troisième étape de la formation a été d'affiner notre perception des points de fragilité des nouveaux-nés « exposés » à une évolution déficitaire. La collaboration avec l'équipe du Camp de Villeneuve d'Ascq, et particulièrement avec Roger Vasseur qui partage si généreusement ses découvertes et la façon dont il a assimilé les travaux d'André Bullinger, est extrêmement précieuse. Les consultations communes filmées explorant la complexité de situations cliniques intriquées, et les temps d'étude des films ainsi réalisés, nous ont permis d'améliorer notre compréhension des difficultés tonico-posturales des bébés et de développer des techniques concrètes d'appui postural le soulageant de ses besoins d'autocontenance pour libérer son initiative motrice et la mettre au service de ses explorations relationnelles et ludiques. Echarpes de portage, cocoonababy et coussins d'allaitement peuvent être introduits lorsque l'objet, outre son efficacité fonctionnelle potentielle, peut être investi comme support symbolique de l'alliance thérapeutique et rappel de celle-ci en notre absence.

Il faut aussi ajouter comment cette ambiance de partage et de recherche m'a soutenue dans l'animation de divers groupes de reprise clinique au sein du réseau périnatalité de la région Lilloise (OMBREL), en particulier avec les pédiatres de PMI et les sages-femmes, puis dans la mise en place du DU de psychologie et psychopathologie périnatale, lieu

d'enseignement pluridisciplinaire régional dont l'objectif était de transmettre l'âme du travail en périnatalité telle que nous la voyons à l'œuvre dans cette équipe. Le succès de ce DU tenait certainement à l'articulation vivante que cet enseignement entretenait avec nos pratiques au sein de l'équipe et avec OMBREL dans toute leur actualité.

POUR CONCLURE

Ce travail m'a demandé beaucoup : réfléchir sur les interactions entre l'histoire d'un groupe et l'objet de ses missions oblige déjà à centrer son attention sur l'ombilic du groupe, organe dont on connaît la charge fantasmatique et le pouvoir de désorganisation de la pensée. Mais si de surcroît l'objet du groupe concerne la question de la naissance, les difficultés rencontrées pour la mise en ordre des idées paraissent insurmontables. Lorsque André Carel m'a proposé de rendre compte de notre travail à Lille, le titre que j'ai imaginé m'a semblé évident : c'est bien le plaisir d'apprendre ensemble qui a assuré la cohésion de l'équipe et a pu la maintenir vivante, c'est-à-dire engagée authentiquement dans la rencontre avec les personnes concernées par son travail, malgré la souffrance psychique que cette authenticité impose et les attaques diverses dont elle a été victime.

Si mon cheminement professionnel m'a conduite à cet intérêt marqué pour la périnatalité, c'est sans doute du fait de l'espoir de changement dont le bébé est porteur pour le groupe qui le met au monde. Ce travail à Lille nous a permis de préciser une méthode pour contenir ensemble la violence des désillusions inévitables lorsque l'idéalisation est à son comble. Il nous a permis aussi de développer un champ de connaissances sur la clinique du nouveau-né, et des outils spécifiques pour lui donner les moyens d'incarner activement le « nouveau » dont il est porteur, et se l'approprier. Si je devais aujourd'hui donner un titre à cette intervention ce serait plutôt « le bébé comme métaphore », avec l'idée qu'il faudrait porter attention à la vitalité des liens à l'intérieur de l'équipe comme s'il s'agissait de la vitalité d'un bébé. L'appétit d'apprendre s'entretient du goût d'être surpris sans être trop désorganisé. Mais quand le nouveau-né a trop faim, il n'est pas en mesure de porter attention à ceux qui le nourrissent. Si ceux-ci sont eux-mêmes mal nourris, ils risquent alors de se

sentir blessés par ce qu'ils vivent comme une ingratitude. Bien des échecs d'allaitement maternel proviennent de cette expérience douloureuse. Heureusement il existe des alternatives, et la confiance se rétablit avec l'idée qu'il y a quelque part un sein accessible, rempli de la sorte de lait dont nous avons besoin.

Références bibliographiques:

- D. Anzieu, 1985, *Le moi-peau*, Paris, Dunod.
- P. Aulagnier, 1975, *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*. Paris, PUF.
- E. Bick, 1964, « Remarques sur l'observation de bébés dans la formation des analystes » in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1992, 12, pp. 14-35.
- W. R. Bion, 1962, *Aux sources de l'expérience*, Paris PUF, 1979.
- T. B. Brazelton, 1989, « Les compétences comportementales du nouveau-né » in S. Lebovici, F. Weil-Halpern, *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF, ch. 19, pp. 171-180.
- A. Bullinger, 2004, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Erès
- M. Bydlowski, *La dette de vie Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997.
- D. Candilis-Huisman 2011, *Ce que nous apprennent les bébés. Rencontre avec T.B.Brazelton*, Toulouse, Erès
- M. David, G. Appell, 1973, *Le maternage insolite*, Paris, Cemea Scarabée. 1996.
- S. Freud, 1905, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
- S. Freud, 1937, « Constructions et reconstructions dans l'analyse » in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, p 279.
- A. Green, 1985, « Reflexions libres sur la représentation de l'affect » repris in *Propédeutique : la métapsychologie revisitée*, Paris, Champvallon, 1995.
- A. Green, 2002, « Sur la discrimination et l'indiscrimination affect-représentation », in *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob, pp. 189-257.
- G. Haag, 1988, « Reflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de la vie » *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36, 1, pp. 1-8.
- G. Haag, 1990, « Les troubles de l'image du corps dans les psychoses infantiles » in *Thérapie psychomotrice*, 86, pp. 50-65.
- G. Haag, 2002, « Le théâtre des mains » Intervention au congrès national de Psychanalyse Groupale et Familiale : Périnatalité psychique et renaissance du familial.
- D. Houzel, 1998, « Le concept d'attention », in *Prendre soin d'un jeune enfant*, dir. G. Appel, A. Tardos, Toulouse, Erès, pp. 23-35. repris en 2002 in *L'aube de la vie psychique*, Paris, ESF.
- S. Lebovici, Consultation mère-nourrisson, 1987, in *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* ouv. coll. sous la direction de C. Geissmann et D. Houzel, Paris, Bayard, 2000, p 369-382..
- S. Lebovici, E. Kestemberg, 1990, « Le sein et les seins », *La psychiatrie de l'enfant*, 33, 1, pp. 5-36.
- S. Lebovici, *L'arbre de vie*, 1997, *Éléments de psychopathologie du bébé*, Toulouse, Erès, 1998.
- S. Lebovici, *Le bébé, le psychanalyste et la métaphore*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- C. Le Guen, 2001, « Quelque chose manque... De la répression aux représentations motrices » *Revue française de psychanalyse*, « La répression » 2001, 1, pp. 37-70.
- V. Lemaître, 1998, « Le peintre, le bébé et le psychanalyste » in *Cahiers Jungiens de Psychanalyse*, 96, pp. 105-112.
- V. Lemaître, "En Serge Lebovici, l'énaction", *Spirale* Numéro spécial "En Serge Lebovici, le bébé", Ramonville, Erès, 2001, p 99-106.
- V. Lemaître, « La consultation thérapeutique auprès d'un bébé : de l'observation à la métaphore » *Devenir*, vol 14, n°2, 2002, pp. 101-119.

- V. Lemaître, 2005, « Les présupposés du concept de recours à l'acte », in *La violence en abyme*, sous la dir de C. Balier, Paris, PUF, pp 23-59.
- J. McDougall, *Eros aux mille et un visages*, Paris, Gallimard, 1996.
- M. Main, K. Kaplan, J. Cassidy, 1985, « Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representations » in I. Bretherton, E. Waters (ed) *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for research in child development. 50, serial 209*, pp. 66-104.
- F. Pasche, 1988, *Le sens de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- M. Perron-Borelli, R. Perron, *Fantasme et action*, rapport au congrès de 1986, RFP, 1987, 2.
- E. Pikler, 1984, « Importance du mouvement dans le développement de la personne ; initiative-compétence », in *La médecine infantile*, 91, 3, pp. 273-276.
- PC. Racamier, C. Sens, L. Carretier, « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum » *Evolution Psychiatrique*, 1961, 4, pp. 525-570.
- PC. Racamier, *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Editions du Collège, 1995.
- G. Rizzolatti et al. 1996, *Cognitive Brain Research*, 3, 131.
- D. Rosé, 1997, *L'endurance primaire*, Paris, PUF.
- D. N. Stern, *Le monde interpersonnel du nouveau-né*, Paris, PUF, 1989.
- D. N. Stern, *Journal d'un bébé*, Paris, Calmann-Lévy, 1992.
- D. N. Stern, *Le moment présent en psychothérapie*, Paris, Odile Jacob, 2003.
- M. Torok, N. Abraham, 1978, *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.
- C. Trevarthen, « The self born in intersubjectivity : an infant communicating » in U. Neisser (Ed), *The perceived self*, 121-173, New-York, Cambridge University Press, 1993.
- R. Vasseur, P. Delion, 2010, *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, Erès
- D ; Widlôcher, 2000, « Amour primaire et sexualité infantile : un débat de toujours » in *Sexualité infantile et attachement*, Paris, PUF.
- D. W. Winnicott, 1958, « La capacité d'être seul » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1969.
- D. W. Winnicott, 1960, « La théorie de la relation parents-nourrisson » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1969.
- D.W. Winnicott, « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications », 1969, in *Jeu et réalité* trad. Monod et Pontalis, Paris, Gallimard, 1975, p 120-131.
- D. W. Winnicott, *La consultation thérapeutique et l'enfant*, trad. Cl. Monod, Paris, Gallimard, 1971.,
- D. W. Winnicott, 1971, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, ed. franç.1975.