

# Pour une hospitalité périnatale

*Sylvain Missonnier*

éditions **FABERT**

**yapaka.be**



## Temps d'Arrêt / Lectures

*Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.*

**Directeur de collection :** Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

## Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection « Temps d'Arrêt/Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

**Comité de pilotage :** François De Smet, Etienne De Maere, Nathalie Ferrard, Sophie Gallée, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Francine Roose et Juliette Vilet.

Ce texte est publié en marge de l'intervention de Sylvain Missonnier intitulée « Vertus et vertiges de la grossesse. Vers une psychologie clinique interdisciplinaire dans l'anténatal » au colloque « Mon frère et ma sœur ont été placés. Et moi? Lorsque les aînés ont été placés et qu'un bébé naît, peut-on éviter la répétition? » organisé en octobre 2013 par l'ASBL Aide Enfants Familles Brabant Wallon : Équipe Enfants Familles et Bébé Accueil.

*Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.*

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.  
Novembre 2014



# Sommaire

<b>Devenir parent, naître humain et être soignant en périnatal . . . . .</b>	<b>5</b>
L'espace-temps périnatal . . . . .	5
Les enjeux du champ périnatal . . . . .	7
<b>La psychologie clinique périnatale . . . . .</b>	<b>11</b>
Une ouverture militante sur la réalité biopsychique . . . . .	11
Ensemble, « somaticiens » et « psychistes » . . . . .	14
Une pratique préventive interdisciplinaire et en réseau . . . . .	16
Éthique du soin et de la prévention . . . . .	17
Naissance de la prévention précoce . . . . .	18
Critique de la raison préventive . . . . .	19
<b>La « parentalité », un outil fédérateur . . . . .</b>	<b>25</b>
Devenir parent et naître humain : une relation d'objet virtuelle ? . . . . .	28
<b>Le paradigme du diagnostic anténatal . . . . .</b>	<b>33</b>
Le scientisme et l'extrémisme du DA . . . . .	33
Le couple Incertitude/Anticipation : une variable essentielle dans le DA . . . . .	36
Un exemple d'anticipation : les angoisses de malformation . . . . .	37
Un fœtus au risque du diagnostic anténatal . . . . .	41
<b>La psychologie clinique périnatale : pas de créativité sans conflictualité . . . . .</b>	<b>45</b>
<b>Bibliographie . . . . .</b>	<b>51</b>







# Devenir parent, naître humain et être soignant en périnatal<sup>1</sup>

## L'espace-temps périnatal

Avant, pendant et après la naissance, la femme (re)devenant mère, l'homme (re)devenant père conçoivent, attendent puis accueillent un enfant. Cette métamorphose individuelle, conjugale, familiale et collective constitue un axe majeur anthropologique de la filiation familiale verticale et de l'affiliation sociale horizontale.



Les territoires humains de cette mutation sont la personne, le couple, éventuellement la fratrie, la famille nucléaire et élargie, l'ethnie et la société.



La chronologie de cette transformation est celle de la grossesse et de l'après-naissance, une durée plus étendue que celle de la première définition de la périnatalité. De fait, elle a été définie au départ par des pédiatres néonatalogistes comme une période de vie du fœtus/nouveau-né de seize semaines qui s'étendent de sa vingt-huitième semaine de vie intra-utérine au septième jour de sa vie postnatale.

Dans le cadre de la psychologie clinique, la périnatalité est nettement plus large. Elle débute avec la gestation et s'étend, selon les référentiels, jusqu'aux

- 
1. Ce texte est publié en marge de l'intervention de Sylvain Missonnier intitulée « Vertus et vertiges de la grossesse. Vers une psychologie clinique interdisciplinaire dans l'anténatal » au colloque « Mon frère et ma sœur ont été placés. Et moi ? Lorsque les aînés ont été placés et qu'un bébé naît, peut-on éviter la répétition ? » organisé en octobre 2013 par l'ASBL Aide Enfants Familles Brabant Wallon : Equipe Enfants Familles et Bébé Accueil.

ancestraux quarante jours *post partum* à la fin de la première année.

Contrairement à la périnatalogie des pionniers de la néonatalogie, l'espace-temps de la périnatalité dont il va être question ici ne se centre pas seulement sur l'axe développemental du fœtus/bébé « isolé ». Il concerne quatre sujets en interaction qui participent d'une homéostasie commune : celle du fœtus/bébé, sujet en devenir ; celle des parents, de la famille élargie, de la communauté d'appartenance ; celle des soignants ; celle de la société.

De plus, la psychologie clinique englobe chez le sujet et le groupe la double processualité croisée de la réalité événementielle externe (matérielle) et de la réalité psychique interne. En périnatalité, l'intrication de ces deux formes de réalité sera constante, en particulier, chez les trois acteurs principaux en présence : embryon/fœtus/bébé, parents et soignants. Et dans une vision résolument intersubjectiviste, centrée sur le lien, la réalité interne et externe de chacun d'entre eux sera *a priori* perçue comme recevant et exerçant constamment une influence mutuelle des deux autres. En d'autres termes, embryon/fœtus/bébé, (re)devenant parents et soignants seront envisagés dans cet espace-temps périnatal comme éléments d'un triptyque pluriel mais unitaire dans son équilibre interpersonnel.

Enfin, la psychologie clinique se doit de relever le défi de s'opposer au clivage psyché/soma qui parasite le soin médical occidental. En périnatalité, les processus de maternalité et d'épigenèse du fœtus/bébé allient le somatique et le psychique, également ceux de la paternalité. Toute approche soignante qui vient dénier cette dialectique est en risque de iatrogénie. Face aux menaces scientistes d'hypermédicalisation déshumanisante de la parentalité et de la naissance où le soma est artificiellement isolé, la mise en œuvre d'une

psychologie clinique périnatale constitue une des forces d'opposition.

## Les enjeux du champ périnatal

Pour un clinicien du devenir parent et du naître humain, il est légitime d'affirmer que l'état des lieux de la politique de santé d'un pays en matière de périnatalité est un marqueur d'une grande fidélité de son degré de civilisation. Les moyens matériels alloués et les stratégies préventives primaires et secondaires engagées reflètent peu ou prou sa reconnaissance de l'importance de cette période charnière pour les citoyens en devenir et les conditions parentales et soignantes.

Dans ce tableau, les cadres juridiques et éthiques périnatals d'une nation représentent des données typiques et surdéterminantes. Les débats, souvent les polémiques, autour de l'adoption, de la gestation pour autrui, de l'homoparentalité, de la procréation médicalement assistée, du statut du fœtus, du diagnostic anténatal... en attestent abondamment.

Comme la clinique en témoigne, ces aspects politiques, juridiques, éthiques et sociologiques, leurs racines et évolutions historiques ne sont jamais absents des questions abordées. Tout en restant profondément sensible à ces données cruciales, la psychologie clinique périnatale se centre avant tout sur le sujet biopsychique dans sa double valence intrapsychique et interpersonnelle. Aussi les enjeux, en termes de psychologie clinique de la périnatalité, se poseront essentiellement dans ce texte en termes de trajectoires humaines (individuelles et collectives) dont le premier chapitre périnatal occupe une place capitale :

– soit au moment inaugural où l'embryon/fœtus/bébé naît humain ;

– soit au moment où cet ex-embryon/fœtus/bébé (re)devient parent ;

– soit au moment où cet ex-embryon/fœtus/bébé (devenu parent ou non) est soignant en périnatalité.

Dans le premier cas, la périnatalité est fondatrice. Dans le second, elle est intimement commémorée. Dans le troisième, elle est professionnellement investie.

Dans tous les cas, la périnatalité est indissociable de l'écart entre origine et originalité. Cet écart fondateur est une variable anthropologique fondamentale dont l'épaisseur représente l'identité humaine biopsychique. Deux réseaux s'y entremêlent inextricablement : un réseau de facteurs endogènes : génétiques, biologiques, intrapsychiques... et un réseau de facteurs exogènes : métaboliques, alimentaires, écologiques, interpersonnels, culturels... L'unicité inaliénable de chaque être tient dans la singularité du processus d'actualisation permanent de cet écart : on le nommera épigénèse en biologie, intersubjectivation en psychologie clinique. Telles les deux faces de Janus, épigénèse et intersubjectivation liées, constituent la trajectoire humaine.

L'axe majeur générationnel épigénétique et intersubjectif suit, pour le meilleur et pour le pire, cet écart plus ou moins différenciateur entre origines et originalité. Mais, quoi qu'il en soit, les enjeux essentiels des scénarios périnatals pour les parents, les enfants à naître ou nés et les soignants se distribuent entre comédies humaines et tragédies. Et c'est bien, justement, la proximité, la labilité et la réversibilité entre variations de la « normale » de la comédie de la vie et pathologies morbides de la tragédie qui caractérisent l'objet de la psychologie clinique périnatale.

D'ailleurs, une de ses vertus emblématiques est bien de s'adresser tant aux variations de la normale




qu'aux pathologies, ce qui tombe ici à pic. C'est en cela que son orientation psychanalytique en filiation directe avec l'héritage freudien, est dans ce contexte si essentielle: il n'y a pas de différence de nature entre les figures de la normalité et du psychopathologique, il n'y a que des différences de degrés. Éros et Thanatos sont étroitement liés dans la chorégraphie périnatale. Ils le sont, dans le meilleur des cas, dans une ambivalence d'une amplitude tempérée.

Le paradoxe humain est typiquement à son comble dans l'espace-temps périnatal: hommes et femmes mortels s'inscrivent dans une éternité générationnelle fautive d'une éternité individuelle. Les enjeux narcissiques en présence de la transaction mort/éternité sont tels pour tous que le moindre faux pas risque de faire basculer la comédie d'une éternité par procuration dans la tragédie d'une finitude sans filiation, d'une mort sans promesse d'éternité générationnelle.



Pour toutes ces raisons, les conséquences cliniques de ce postulat de la continuité entre normalités et pathologies et de la potentialité tragique (traumatique) de la crise périnatale sur l'éthique du soin et la conception des stratégies de prévention sont cruciales: elles doivent favoriser des interventions prévenantes à l'abri de la stigmatisation soignante qui surveille et punit les errances de la parentalité en entretenant, sinon en amplifiant, ses dysfonctionnements.

En psychologie clinique périnatale, le soin interdisciplinaire fonde son action sur la reconnaissance du caractère de crise de ce segment périnatal de la vie infantile ou adulte. Cette crise est virtuellement source de créativité (crises maturatives) et de vulnérabilité (ruptures délétères). Mais, point névralgique, l'une et l'autre ne sont pas perçues comme des entités nosographiques clivées et statiques mais bien *a contrario*, comme deux pôles entre lesquels



les milles et un parallèles variables et évolutifs singuliers des embryons/fœtus/bébé, des parents et des soignants vont se distribuer et interagir chemin faisant. La psychologie clinique périnatale est dédiée aux multiples scénarios de crises et de ruptures du (re)devenir parent, du naître humain et du rester soignant.

En suivant ce fil entre comédies et tragédies humaines périnatales, je vais dans un premier temps explorer les axes biopsychiques, interdisciplinaires, préventifs et éthiques de cette psychologie clinique. Dans un second temps, j'en préciserai un outil conceptuel essentiel et fédérateur: la parentalité. Je tenterai ensuite d'envisager la complexe chorégraphie de ces différentes composantes dans le cadre du diagnostic anténatal, véritable paradigme postmoderne du soin périnatal contemporain.



# La psychologie clinique périnatale

## Une ouverture militante sur la réalité biopsychique

En lien étroit avec la psychologie clinique et la psychanalyse, la psychologie clinique périnatale revendique être une fenêtre ouverte sur la réalité biopsychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation de (re)devenir parent et de naître humain.

Le processus de parentalité périnatal correspond, en effet, à une amplification singulière des transformations biopsychiques inhérentes au devenir. Cette métamorphose parentale correspond, aux extrêmes, à une crise à double valence potentielle : traumatique et/ou cathartique.

Pour le meilleur et pour le pire, la parentalité met en exergue transitoirement des éléments typiques de la structure et des contenus de la réalité biopsychique du sujet. M. Bydlowski, une des premières psychanalystes françaises à s'être penchée sur la clinique périnatale après H. Deutsch, G. Bibring et T. Benedek, a parlé à cet égard de la « transparence psychique » de la femme enceinte.

Mais, élément cliniquement et techniquement central pour notre définition de la psychologie clinique périnatale, cette « transparence psychique » parentale, n'est a priori que virtuelle. L'actualisation relative de ses mises en sens n'est qu'une potentialité qui sera justement, de fait, confirmée ou non. En effet, le terme de « transparence » risque de véhiculer l'illusion d'une totale clarté vertueuse et une telle

chimère méconnaîtrait l'irréductible inconscient tant de la parturiente que de ses interlocuteurs. De fait, la transparence psychique sera favorable au tricotage de la parentalité à deux conditions :

- si le sujet dispose d'un fonctionnement biopsychique en mesure d'accueillir et de métaboliser sa métamorphose subjective du (re)devenir parent;
- s'il bénéficie d'espaces intersubjectifs conjugal, familial, professionnel, médico-psycho-sociaux propices à sa contenance élaborative.

La contrainte de cette double condition sera décuplée dans le cas de grossesses/naissances médicalement « pathologiques » et/ou de troubles de la parentalité et de dysharmonies précoces parents/fœtus/bébé, etc.

Aussi, la première face de l'objet de la psychologie clinique périnatale sera l'exploration du quotidien de la réalité biopsychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation de (re)devenir parent, naître humain et être soignant sous ses formes « normales »/« pathologiques », individuelle, conjugale et groupale.

L'attention envers les possibilités des parents et des soignants à bénéficier de cadres intimes, privés et institutionnels propices à la symbolisation de ces transformations biopsychiques de la parentalité et à son accompagnement professionnel, constitue la deuxième face de l'objet de la psychologie clinique périnatale.

Cette observation clinique contenante de l'existant chez tous les acteurs en présence et la dynamisation tout venant des potentialités de métabolisation de cette transparence correspond aux stratégies de prévention médico-psycho-sociale primaire de la psychologie clinique périnatale.

Avec une territorialité commune essentielle avec la prévention primaire, la prévention secondaire désigne la mise à disposition de dispositifs d'accueil pour des parents et des soignants habités par des obstacles muselant les processus réflexifs d'appropriation de cette métamorphose.

L'inclusion dans la psychologie clinique du « normal » et du « psychopathologique » et, partant, de la prévention primaire et secondaire, est essentielle à sa version périnatale. De fait, comme nous allons le voir, l'histoire de la psychologie clinique périnatale démontre caricaturalement combien est insatisfaisante et maltraitante pour les parents et le fœtus/bébé une attention sur les seuls cas « bruyants », objets d'une réponse psychiatrique ponctuelle.

L'élargissement de la psychiatrie de liaison et de la psychologie clinique périnatale aux variations de grande amplitude en périnatalité de la « normale » et à une attention soignante interdisciplinaire prévenante tout venant (prévention primaire) a été source d'une humanisation de la naissance et d'une reconnaissance des pathologies masquées, muettes ou visibles (prévention secondaire).

En effet, les signes de souffrance « ordinaires » en périnatalité risquent d'être ignorés ou banalisés et d'évoluer souterrainement : la récurrence, encore sous-estimée en périnatalité des troubles anxieux, thymiques, psychosomatiques, des dysharmonies relationnelles familiales, des troubles psychosomatiques du nourrisson... démontre aisément cet aveuglement culturel.

Dénonçant le mirage d'une « normalité » médicale conformiste de la parentalité (c'est-à-dire défensivement idéalisée et source d'exclusions violentes), la prévention primaire en périnatalité se justifie par la très grande variabilité individuelle de la nature, du contenu et de la chronologie de la maturation anticipatrice parentale du fœtus/bébé.

En réponse aux singularités de cette prévention parentale spontanée, la prévention institutionnelle tentera d'être « sur mesure » et bienveillante. Dans un souci éthique constant sans naïveté sur les nombreuses dérives d'une prévention scientiste et maltraitante, elle proposera une trame rituelle interdisciplinaire favorisant la reconnaissance, l'accueil partagé et la mise en sens des ondes de choc potentielles de cette crise oscillant entre vulnérabilité et créativité.

### **Ensemble, « somaticiens » et « psychistes »**

Pour témoigner de la complexité de la clinique périnatale d'aujourd'hui et relever le défi d'en édifier une psychologie clinique transversale, la contribution collégiale de tous les corps de métier (sage-femme, obstétricien, médecin généraliste, infirmière, puéricultrice, pédiatre, assistante sociale, éducateur, psychiatre, psychologue...) qui en constituent les déclinaisons collectives institutionnelles, libérales et en réseaux est une condition *sine qua non*. Ce postulat est une véritable revendication clinique et épistémologique dont le message mérite d'être explicitement formulé :

- les psychiatres et les psychologues n'ont pas le monopole de l'accueil, de la compréhension, du soin des crises et des ruptures biopsychiques périnatales. Ils en sont un maillon militant et fédérateur dans une équipe et un réseau;
- bien au-delà de la formation académique des professionnels et de l'histoire de la médecine, c'est la synergie entre les compétences des « somaticiens » et celles des « psychistes » pour une approche holistique du sujet qui peut prétendre à une efficacité thérapeutique, une légitimité éthique, tout en respectant les vocations professionnelles initiales de chacun et leur maturation.

Le tuiage entre ces compétences respectives fonde le territoire commun de la psychologie clinique périnatale. Les spécificités en constituent les déclinaisons spécialisées. Un échographiste annonçant une grave anomalie fœtale à des parents puis s'investissant dans le suivi du couple, simultanément, joue sa propre partition (déclinaison spécialisée) mais aussi échange, partage avec l'équipe et le réseau (dont le psychiatre et/ou le psychologue est membre);

– le travail de réflexivité critique inhérent à l'exercice partagé de la psychologie clinique est une interface entre chaque spécialité impliquée dans le soin périnatal; il impose un labeur de liaison inter-subjective qui trouvera sur sa route les répétitions et résistances de chacun. C'est bien pourquoi, les modalités intra et interdisciplinaire (reprises cliniques, groupe de paroles, exposé d'une situation dans le cadre d'une formation en réseau, groupe Balint, intervision...), quand elles existent, sont des hauts lieux de cette élaboration du négatif qui plonge ses racines dans la richesse de l'après-coup, condition de la réflexivité. En institution et en libéral, les psychiatres et les psychologues ont certainement un rôle de premier plan pour impulser et maintenir pérenne cette réflexivité collégiale.

Ce partage interdisciplinaire permet de donner du sens à son travail et de lutter contre l'inertie opératoire défensive du dualisme corps/esprit que le scientisme ambiant, parfois relayé par des formations, alimentent. De fait, la prise de conscience, toujours à reconquérir, de l'unité interactive du «système» soigné/soignant est assurément le substrat fondateur de l'efficacité de la fonction de «contenance» des professionnels. Plus le trouble en présence sera discret et inscrit au cœur de la relation interpersonnelle chez les soignés, plus la perception par les soignants de cette interaction sera déterminante.

## Une pratique préventive interdisciplinaire et en réseau

La psychologie clinique périnatale est donc indissociable de son interdisciplinarité : la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie, la pédiatrie, la médecine générale, les lieux d'accueil et de soins du bébé et les services sociaux... en constituent les multiples relais d'un réseau dont la conquête commune de la cohérence est la signature identitaire.


Face à la mère, au père, au fœtus/bébé, l'anamnèse périnatale cerne la personne humaine dans sa globalité au prix du dépassement de clivages dogmatiques chez les soignants : psyché/soma, « normal »/pathologique, gynécologue-obstétricien/pédiatres, soignants du prénatal/soignants du postnatal...

Dans ce cadre général, la collaboration « somaticiens »/psychologues-psychiatres dans les équipes (mais aussi en libéral) ne signifie nullement sous-traitance aux « pys » de la part des « somaticiens » de tout ce qui touche au relationnel, à l'affectif et au traumatique. À l'inverse, cet axe préventif révélera sa fertilité s'il est un territoire commun que chacun occupera avec un éclairage singulier, reflet de sa formation, de son histoire et de sa subjectivité.

De l'investissement partagé de cette diagonale, naîtra d'abord et surtout une collaboration indirecte avec le psychiatre-psychologue. Les conversations de couloir, les échanges au staff, aux transmissions, aux réunions institutionnelles seront la base de la métabolisation quotidienne des ondes de choc de la vulnérabilité en présence.


Les interventions directes du psychiatre-psychologue auprès des familles ne viendront pas se substituer ou sanctionner l'échec des soins entrepris. Elles s'inscriront en continuité avec une réflexion interdisciplinaire en amont qui mérite souvent d'être






évoquée explicitement aux parents et au bébé par les soignants, pour préparer la médiation. L'action directe du psychologue sera donc inaugurée par une riche moisson d'informations auprès de professionnels sensibilisés à la psychologie et à la psychopathologie périnatales de la parentalité. En retour, l'action directe de ce spécialiste prendra, comme pour ses collègues, sa place en relation constante avec le projet commun du service. Cette réciprocité sur le terrain est probablement un plaidoyer plus dynamique en faveur d'une approche préventive que bien des pétitions de principe.

## **Éthique du soin et de la prévention**




Dans le meilleur des cas, les stratégies médico-psycho-sociales en périnatalité s'inscriront donc dans un cheminement épistémologique ouvert résolument interdisciplinaire et dynamisé par la recherche. Elles se tiendront à l'abri de la menace médicale insistante d'une protocolisation « prêt à porter », d'une logique préventive aliénante prédictive et s'enracineront dans un large débat éthique communautaire sur le sens de la transmission de notre paradoxale humanité, source simultanée de fécondité et de conflits tragiques.



Le sujet est sensible car, répétons-le, les stratégies de santé publique d'une société étatisée pour devancer et accompagner les risques biopsychiques des périodes charnières de la vie de ses membres sont certainement révélatrices de sa maturité politique. Cela est particulièrement vrai en périnatalité où le sens et le contenu des mesures prises en faveur de la prévention des souffrances inhérentes au « devenir parent », au « naître humain » et à « l'être soignant » sont des emblèmes politiques singulièrement subtils.


Rien d'étonnant alors au fait que le discours préventif en périnatalité soit traversé d'enjeux




idéologiques et favorise les caricatures manichéennes. Il prête constamment le flanc à la manipulation de l'idéaliste (« la prévention va éradiquer tous les maux ») et du pessimiste (« les chats ne font pas des chiens »). Entre l'utopie de la totale maîtrise de la nature et le fatalisme de la répétition maléfique à travers les générations, l'élan créateur de la périnatalité et de la prévention expriment fidèlement le paradoxal alliage humain d'Éros et de Thanatos.

## Naissance de la prévention précoce

Selon les pionniers, M. Soulé et J. Noël, le travail préventif auprès des familles s'appuie sur trois idées-force : la précocité, une bonne connaissance de la psychopathologie de l'enfant et de la famille et l'interdisciplinarité.



Dans cet esprit, la prévention sera dite précoce si elle se situe, dès avant la naissance de l'enfant, au carrefour de la prévention primaire (réduire l'incidence d'une maladie) et secondaire (en diminuer la prévalence).



Ces deux formes de prévention reposent sur le terrain de la reconnaissance des facteurs de risque (« clignotants ») et de vulnérabilité de l'enfant et de sa famille. Le risque correspond à l'incertitude de l'issue de la confrontation de l'enfant avec une menace traumatique interne et/ou externe. La vulnérabilité illustre le fait que différentes personnes devant un risque donné ne présentent pas les mêmes troubles. Elle met en évidence l'importance des facteurs personnels. Le même choc sur trois poupées de verre, de plastique et d'acier n'aura pas le même impact.

Sur le plan éthique, quand on parle de « clignotants » et de vulnérabilité, l'essentiel est de se souvenir qu'il s'agit bien de signes possibles d'alarme

et nullement de symptômes évidents d'une pathologie avérée. Or, la frontière est étroite entre une prévention bien tempérée et une investigation suspicieuse aliénante. Le défi que doivent donc relever les consultants et l'équipe dans son ensemble, c'est d'être simultanément respectueux de la liberté et de la potentialité de chacun et d'entendre, outre les demandes d'aide verbalisées, les demandes d'aide masquées.

Selon Soulé et Noël, les difficultés que rencontrent les soignants pour atteindre et maintenir un tel équilibre rappellent avec insistance combien un certain nombre des motivations qui nous soutiennent dans cette idée merveilleuse de prévention reposent aussi sur ce mythe de toute puissance et de la maîtrise totale de l'homme sur la nature. Si elle n'est pas individuellement et institutionnellement élaborée, cette position idéologique devient nocive si au nom de la santé, elle introduit une réglementation rigide pour l'éducation et les comportements.

À plus grande échelle, le contrôle social par l'état, par une classe dominante, la récupération des déviances, la normalisation, la privation totalitaire de liberté individuelle sont considérés par ces défricheurs comme des arguments théoriques et excessifs contre l'action préventive. Néanmoins, il est primordial de ne pas les scotomiser car ils ont le mérite de pointer du doigt les dangers de doctrines ou de politiques qui voudraient appliquer la prévention sans en mesurer les risques et les possibles abus.

## **Critique de la raison préventive**

Dans un ouvrage publié en 2001 sur la prévention en périnatalité qui témoigne d'une réflexion théorique, clinique et éthique d'une grande maturité, F. Molénat défend un point de vue qui permet de

mesurer le chemin accompli depuis ces propositions pionnières et l'état actuel.

« Les facteurs de risque classiques ont constitué un premier niveau de vigilance, en même temps qu'il portait leur propre poison : repérer le négatif sans avoir forcément les moyens de chercher la subjectivité de la patiente, ce qui exigerait d'avoir des réponses à disposition. » Les grilles d'évaluation ou de dépistage, « peut-être utiles à une époque de sensibilisation, [...] sont reprises d'une manière parfois désolante là où devrait prévaloir un état d'esprit fondé sur le respect de l'autre ».

Pour Molénat, si la prévention périnatale ne s'accompagne pas chez les divers professionnels en réseau d'un souci éthique commun du respect de la subjectivité créatrice des parents, elle sera synonyme de maltraitance institutionnelle qui favorise la répétition délétère alors qu'elle prétend la combattre. Les sujets concernés par cette prévention dédiée exclusivement au dépistage du « négatif » sont des « prévenus » privés d'une écoute empreinte de « prévenance » et de « sollicitude » s'inscrivant dans la longévité. L'expérience et l'évaluation des programmes d'intervention démontrent que « le moteur essentiel paraît être le support identificatoire qu'un professionnel à l'aise dans sa fonction constitue pour les familles dont il s'occupe, ainsi que l'intérêt personnel que l'intervenant puise dans son travail, qui lui permet de mobiliser son énergie de manière durable ».

C'est la vulnérabilité non élaborée des soignants, le malaise dans la communication interprofessionnelle et les luttes de pouvoir intestines qui privent les professionnels d'une contenance collective cohérente que seule une réflexion clinique du travail en réseau permet d'envisager progressivement. Si la question princeps : « comment un environnement professionnel peut-il, à son insu, répéter ce qu'ont connu des parents meurtris dans leur propre

construction?» n'est pas posée, la collaboration interprofessionnelle construira des tours de Babel.

C'est en prenant radicalement ses distances avec une culture de la réparation et en s'ouvrant sur celle de l'anticipation des compétences parentales que la prévention précoce peut advenir en périnatalité. Cet objectif a une condition *sine qua non*: le soutien élaboratif des professionnels qui seul peut interrompre la fatalité de la répétition de leur maltraitance.


C'est en étant aussi extrêmement prudent avec les termes habituels des politiques médico-sociales que la prévention gagnera sa légitimité éthique: «Un tel état d'esprit laisse bien évidemment de côté les termes habituels des politiques médico-sociales. Il ne s'agit plus en effet de dépister la maltraitance ou la dépression du post-partum, mais de réintroduire dans les pratiques une humanité et une rigueur suffisantes pour que chacun trouve sa place.»

Ces propositions pertinentes, enrichies au fil des ans par la clinique quotidienne, des recherches-actions et des formations interprofessionnelles, vont dans le sens d'une santé mentale périnatale qui place «l'usager au centre d'un dispositif à rénover<sup>2</sup>».

Finalement, la bien nécessaire critique de la raison préventive ne justifie pas son rejet nihiliste ou l'exclusion de ses promoteurs au nom de leurs possibles déviances. Par contre, elle nous invite à considérer l'action préventive comme indissociable d'une constante réflexion soignante clinique et éthique. Le croisement de la problématique, désormais classique, de la prévention avec celle, plus récente, du consentement éclairé du soin offre

---



2. Ministère français de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé, Plan santé mentale «L'usager au centre d'un dispositif à rénover». Rapport remis en novembre 2001.



actuellement un terrain réflexif novateur et prometteur en ce sens.

Au crépuscule d'un siècle marqué par le triomphe de la médicalisation synonyme, en France comme en Belgique, de baisse de la mortalité maternelle et infantile, de transfert de la naissance en milieu médical et de protection sociale accrue, nous sommes dans une période de mutation du fonctionnement familial.

D'un côté, les métamorphoses de la parentalité, la modification des liens conjugaux, l'inflation des familles recomposées, les variations du droit familial, de la filiation et, de l'autre, la chute relative de la natalité, l'espacement des naissances, la fréquence des maternités tardives, l'abondance des procréations médicalement assistées, sont autant de facettes de la partie émergée de l'iceberg d'une relative désinstitutionnalisation de la famille dont le schéma classique est transformé.



Cette dynamique nouvelle s'inscrit plus globalement dans une mutation sociale en cours où le glissement du pouvoir de la famille et du religieux au profit de la médecine entraîne une distension des anciens réseaux communautaires et affecte l'efficacité symbolique des rituels de passage coutumiers de la naissance et de la filiation. Dans cette période de métamorphose de la croyance et des rites sociaux, un des maillons qui risque d'être le plus fragilisé, c'est l'établissement de l'identité de parent.

Établir une stratégie préventive à la maternité, c'est donc d'abord s'interroger sur les conditions d'existence d'une réciprocité symbolique des rituels séculiers proposés par l'institution. Le suivi médical de la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont-ils des organisateurs psychiques du processus de parentalité ou, a contrario, médiateurs iatrogènes d'un scientisme

aliénant? Sont-ils des rituels de passage qui permettent d'affronter – individuellement et collectivement – la violence propre à la traversée de cette marge de la naissance? Les procédures coutumières en périnatalité sont-elles l'objet d'un authentique consentement mutuellement éclairé, gage d'efficacité symbolique?





# La « parentalité », un outil fédérateur

La parentalité périnatale englobe la synergie potentielle dans un espace conjugal et familial de trois processus indissociables : (re)devenir mère (maternalité), (re)devenir père (paternalité) et naître humain.

La première condition de validité de cette formule est de se tenir véritablement à l'écart de toute vision réductrice « unisexe » qui masquerait un déni de la différence des sexes et des genres. Ces devenirs mère et père correspondent à de longues évolutions spécifiques en pelure d'oignon qui traversent l'enfance et l'adolescence et se poursuivront toute la vie durant (notamment avec l'éventuel devenir grand-parent). À ce titre la séquence périnatale de la parentalité est seulement un segment d'actualisation hypothétique de la diagonale d'un devenir parent virtuel. L'adoption par des couples hétérosexuels infertiles et par des couples gays illustre bien l'impasse dans laquelle s'emprisonnerait une définition du processus de parentalité qui se limiterait à une parentalité biologiquement advenue.


Deuxième condition de pertinence de cette parentalité périnatale : elle bénéficie d'être conçue comme un processus à « double hélice » biopsychique à l'abri d'un clivage psyché/soma.

Troisième condition de validité de cette définition de la parentalité périnatale dans notre contexte d'une psycho(patho)logie référée à la psychanalyse : bien sûr, elle recouvre les relations comportementales, émotionnelles, les représentations conscientes mais elle aspire, tout autant, à prendre en compte les affects et les représentations préconscientes/


inconscientes. En effet, en accord avec l'optique psychanalytique, la parentalité correspond au quotidien de la clinique périnatale au franchissement d'étapes générationnelles, dont le programme conscient est toujours infiltré de traits inconscients qui vont faire retour dans cet étranger familial qu'est l'enfant. Pour le meilleur et pour le pire, cette infiltration se cristallise électivement pendant la période périnatale chez des adultes confrontés à une inflation de réminiscences de ce que J. Laplanche a nommé la «situation anthropologique fondamentale» où la dissymétrie entre l'inconscient sexuel de l'adulte et du fœtus/*infans* culmine.

Comme déjà formulé, on décrit en ce sens chez la femme enceinte, sa «transparence psychique». Métaphoriquement, je parle de fonctionnement psychique «placentaire» pour bien mettre en exergue sa finalité: la gestation des fonctions maternelles de contenance et d'interface à l'égard de l'enfant à naître. Au début de la grossesse, l'embryon/fœtus est une extension corporelle maternelle. Mais chemin faisant, à l'entrecroisement des interactions fœto-environnementales (où la proprioception joue – en creux ou en plein – un rôle majeur pour la mère) et des identifications projectives qui expriment le projet d'enfant, une objectalisation de «l'enfant virtuel» s'impose progressivement. Du degré de maturation objectale en prénatal de cet enfant initialement narcissique, dépendra notamment le devenir de l'empathie maternelle à l'égard du nouveau-né en postnatal.


Ce processus mental spécifique de «transparence psychique» maternelle se caractérise par une grande perméabilité aux représentations inconscientes, une certaine levée du refoulement habituel. Les souvenirs enfouis affluent avec une censure psychique moindre. Bien sûr, les conflits infantiles et adolescents sont réactualisés mais c'est d'abord et surtout, des reviviscences



périnatales plus anciennes encore qui affleurent à la conscience. Globalement, la période prénatale s'affirme comme une mise à l'épreuve des fondations identificatoires et, à ce titre, c'est un lieu privilégié de répétitions traumatiques. La maturité cicatricielle de ces éventuelles blessures sera reflétée par le degré de tolérance maternelle aux mutations somato-psychiques inhérentes à la maternité, au suivi médical de la grossesse (procédures du diagnostic anténatal, examens échographiques...), aux interactions fœto-maternelles surdéterminantes et aux éventuelles complications médicales.




Entre haine et amour, la mère chemine dans un conflit d'ambivalence à l'égard du fœtus. F. Sirol, en se référant à Winnicott, décrit avec acuité les vingt et une raisons qu'une femme enceinte a de haïr son fœtus. Un fœtus qui contraint *a priori* la femme à réorganiser rétrospectivement son histoire et son identité et à s'engager prospectivement dans la métamorphose du devenir mère.




Le paradigme d'une conflictualité de la parentalité mise en relief dans la période prénatale décrite chez la femme est aussi valide, dans un registre singulier, pour le géniteur. De fait, *mutatis mutandis*, le devenant père traverse durant cette période une phase de réaménagement biopsychique qui questionne son histoire individuelle et générationnelle. Il reste encore à ce jour beaucoup à entreprendre pour que le père soit véritablement accueilli à la juste mesure de ses vertus et vertiges par les professionnels de la périnatalité.

Plus largement, ce sont aussi bien sur tous les acteurs principaux du «système» familial – grands-parents, fratrie, proches... – qui rencontrent simultanément une phase de réaménagement propre durant toute la période prénatale et, à ce titre, ils méritent attention.



La naissance est donc avant tout un passage d'un état à un autre, une modification radicale, un bouleversement, mais d'une vie déjà en cours tant pour la mère, l'enfant que pour le père et la famille. Entre rupture et continuité, il existe pour chacun un point d'équilibre entre catastrophe naturelle (traumatisme parental de la naissance) d'une impossible adaptation spontanée et anticipation créative à l'accouchement et à la confrontation au nouveau-né. Comme nous le verrons bientôt, cette proposition conduit à un examen critique de la conception de O. Rank d'un traumatisme biologique systématique de la naissance chez l'humain (matrice de toutes les angoisses ultérieures) mais prolonge le débat ouvert par ce découvreur sur la sensorialité pré et périnatales chez le fœtus-nouveau-né et, après-coup, sur l'inertie des traces mnésiques périnatales toute la vie durant et, en particulier, lors de leur commémoration à l'occasion du (re)devenir parent.



### **Devenir parent et naître humain : une relation d'objet virtuelle ?**

---

L'expérience des consultations parents/fœtus-bébé associée à l'étude des aspects psychologiques du cadre échographique du diagnostic anténatal m'a conduit à développer le concept psychanalytique de « relation d'objet virtuelle » (ROV).

Cette ROV s'origine d'abord dans le tissage inaugural prénatal du lien biopsychique entre parents et embryon/fœtus et elle se décline ensuite en termes de réalité psychique vivante tout au long de la vie.

Pour les membres d'un couple et l'enfant à naître, la grossesse est l'occasion d'une double métamorphose progressive et interactive du devenir parent et du devenir humain : on ne naît pas parent à la naissance, on le devient en prénatal ; le fœtus ne naît pas humain, il le devient pendant la grossesse.

Au fil de ce *continuum*, la ROV, c'est donc la constitution du lien réciproque biopsychique qui s'établit en prénatal entre les (re)devenant parents opérant métaphoriquement une «nidification<sup>3</sup>» et le fœtus qui s'inscrit dans un processus de «nidation<sup>4</sup>».

Jusqu'à présent, l'attention des spécialistes de la parentalité s'est concentrée sur ce que l'on pourrait considérer comme le seul versant parental de la ROV. «L'enfant» y est situé à l'entrecroisement du bébé virtuel prénatal et du bébé actualisé en postnatal. C'est en effet la confrontation dialectique permanente des deux qui constitue la réalité psychique de l'anticipation parentale pendant la grossesse qui ne correspond donc pas un état statique mais bien à un processus dynamique et adaptatif d'humanisation progressive de l'objet fœtus.

On peut, avec profit, considérer que la partition parentale de cette ROV correspond à la «fonction contenante». Mais dans ce creuset, pour qualifier l'objet de la «rêverie maternelle» et paternelle, le choix de l'intitulé «d'enfant virtuel» est ici préféré à celui, classique, «d'enfant imaginaire», car il fait mieux entendre son hyperréalisme psychique indissociable de sa prégnance corporelle et le dynamisme objectal évolutif, mutatif de ses successives actualisations.


En se référant aujourd'hui au cadre d'une «intersubjectivité primaire» dont les racines plongent en prénatal (selon les propositions de C. Trevarthen), on peut désormais aussi tenter de décrire la ROV côté embryon/fœtus/bébé.

Elle se conçoit comme la matrice de toute la filière ultérieure qui va de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total. Sa fonction première est d'en contenir cette genèse et d'en rendre possible le

---


3. Du latin *nidificare* «construire son nid», «nicher».

4. Fixation de l'œuf fécondé des mammifères dans la muqueuse utérine.




dynamisme évolutif mutuel à l'œuvre. Comme l'on parle en psychanalyse d'objet typique de la relation orale, anale, génitale, caractéristique princeps, la ROV est utérine. Contrairement aux zones érogènes ultérieures, la caractéristique typique de ce site utérin, c'est sa double appartenance spatio-temporelle à la mère, à son environnement comme contenant et au fœtus comme contenu.

Du point de vue strict de la relation d'objet, l'édition originale de la ROV aspire donc avant tout à dépasser une focalisation clivée sur les parents ou l'embryon/fœtus/bébé au profit d'une conception interactive, virtuellement intersubjective.




Dans ce cadre mutuel, tant le fœtus que pour les parents enceints, la ROV se réfère à un processus qui va de l'investissement narcissique extrême (qui tend vers un degré zéro de l'objectal, un pur virtuel) à l'émergence progressive d'un investissement (pré) objectal (qui tend vers les actualisations successives de l'objet total).



Au fond, cette ROV est une interface entre le « devenir parent » et le « naître humain » qui précède – et rend possible – celle de la relation bébé/objets premiers et, plus largement, des relations sociales.



Autrement dit, l'humain émerge dans un nid où les successives actualisations de son virtuel biopsychique vont advenir dans des modalités variables modulées par les interactions épigénétiques avec l'environnement des objets fondateurs. Plus précisément, la contenance biopsychique et l'investissement objectal de ces derniers objets jouent un rôle majeur pour inscrire dans le genre humain l'enfant virtuel de la grossesse caractérisé par sa précarité ontologique. Ce substrat constitue la fondation de la subjectivation ultérieure de l'enfant advenu. Or, l'expression de ces fonctions parentales structurantes et maturatives est elle-même fortement corrélée avec la qualité du travail



d'actualisation/virtualisation inhérent au processus de parentalité.

C'est précisément cette dialectique générationnelle objet contenant/objet contenu en poupées russes qui est centrale dans la symbolisation – toujours intersubjective – des liens premiers. La contenance et l'investissement des objets initiaux sont garantes des actualisations du virtuel de l'objet contenu. Mais ces objets contenant sont eux-mêmes d'anciens contenus et les traces générationnelles conscientes et inconscientes (les restes) sont chez eux déterminantes.

Aujourd'hui, un des espaces emblématiques de la rencontre du « devenir parent » et du « naître humain », du déploiement de la ROV, c'est le diagnostic anténatal.







# Le paradigme du diagnostic anténatal

La définition légale du diagnostic anténatal (DA) en France<sup>5</sup> est de « détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité » (loi du 29 juillet 1994). On parle de DA pour toute technique permettant cette détection.

## Le scientisme et l'extrémisme du DA

Il est souhaitable d'inaugurer le débat sur les aspects psychologiques du DA en soulignant d'emblée deux obstacles majeurs :

- le fréquent scientisme d'une médecine « high tech » qui mettrait soi-disant l'usager à l'abri de la maladie, la mort et la castration ;
- l'extrémisme du DA. C'est en effet une pratique que l'on peut qualifier de « clinique de l'extrême ».

L'extrémisme du DA tient essentiellement en ceci : sous une apparence trompeuse, banale et anodine, il condamne ses usagers (parents et professionnels) à s'interroger sur les limites de l'humain. Plus précisément, il conduit à explorer ce qu'il y a de virtuellement humain chez le fœtus qui peut, certes, naître humain à l'issue de la grossesse, mais aussi, basculer à tout moment dans la mort (l'IVG puis l'IMG), l'informe ou la monstruosité.

5. En Belgique, le diagnostic anténatal n'est pas défini par une disposition légale ; des références en sont faites dans des documents parlementaires, telles : « Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une anomalie d'une particulière gravité » (2003), « l'ensemble des actes médicaux visant à déceler une anomalie d'une particulière gravité chez l'embryon ou le fœtus dans la matrice » (2005).

Cette incertitude s'impose comme une des données psychologiques et éthiques majeures du DA. Elle est synonyme de ce que G. Saulus a intitulé la « précarité ontologique ».

Pour autant, cette incertitude est-elle uniquement due au DA, historiquement récent? Certainement pas, c'est le (re)devenir parent pendant la grossesse en elle-même qui s'accompagne depuis que l'homme est homme de mille et unes interrogations sources d'incertitudes.

« Ai-je envie, avons-nous envie de donner la vie? Que signifie le passage de fille/fils à mère/père, de couple à famille, de trio à quartet...? Comment accueillir les modifications corporelles et psychiques périnatales? Est-ce que le fœtus/bébé se développe normalement? Quel est son héritage génétique? Est-il bien contenu dans le nid périnatal? Que ferais-je, que ferions-nous s'il meurt? Comment va se passer l'accouchement? Et si on découvre à la naissance une maladie, un handicap? Comment vont se dérouler le *post-partum*, le nourrissage, les soins, la vie et la sexualité du couple dans la nouvelle famille, le retour au travail, la mise à la crèche, chez la nourrice...? Quel sera le tempérament et le style relationnel du bébé? Comment l'éventuelle fratrie va-t-elle se recomposer? Est-ce bien raisonnable de faire confiance à l'environnement médical, sa multiplicité d'interlocuteurs parfois mal coordonnés, son langage ésotérique, sa haute technicité et ses coutumes complexes?... »

Bref, le DA ne crée pas l'incertitude de la grossesse mais elle l'amplifie en avançant dans le temps le questionnement sur la normalité médicale de l'enfant. Ainsi, le DA donne en temps réel des informations médicales précieuses là où autrefois persistait un point aveugle mais il n'évacue pas l'incertitude pour autant et, parfois, l'exacerbe singulièrement.



En périnatalité, comme dans la vie en général, l'humain confronté à cette incertitude multiforme et omniprésente apporte comme on vient de le voir une réponse privilégiée: l'anticipation sous les formes comportementale, affective et fantasmatique.

De fait, répétons-le, sur le versant de l'adoption symbolique du fœtus, la variable psychologique de l'anticipation est cruciale car, quand elle est créatrice, c'est elle qui permet de donner une relative souplesse, d'une part, à la conflictualité inhérente aux désirs parentaux, aux désirs soignants et, d'autre part, à la confrontation aux aléas du principe de réalité biologique.

Or, en la matière, il faut bien reconnaître combien les procédures médicales du suivi de grossesse ont singulièrement complexifié l'intendance de cette anticipation.

D'un côté, le fœtus est devenu un « patient » du diagnostic anténatal, il est aussi membre de la famille dès son premier cliché échographique exposé dans l'album, il est encore éventuellement « sujet » d'une possible ritualisation du « deuil » en cas de « décès », ou enfin s'il est grand prématuré, « survivant » dans un utérus artificiel en néonatalogie dès 24 semaines... Finalement, ce fœtus est en risque permanent d'imprudente accélération du processus d'humanisation par son entourage familial et professionnel.

De l'autre, l'IMG, possible en France comme en Belgique jusqu'à la fin de la grossesse, rappelle avec cynisme le statut du fœtus, au pire, de « débris humain », au mieux, « d'humain potentiel » mais, au fond, de non humain juridiquement de plein droit.

Cette extrême tension paradoxale actuelle entre humanisation et eugénisme amplifie et complexifie l'adoption symbolique du fœtus, chemin de crête périlleux et incertain, entre le rien, la chose




innommable (l'informe), le monstrueux et le virtuellement humain. Au fond, cette incertitude décuplée inhérente au DA entre ce que le sociologue L. Boltanski nomme le «fœtus projet» et le «fœtus tumoral» est en permanence potentiellement traumatogène. Et pour faire face à cette incertitude du DA, l'humain dispose notamment de l'anticipation, une variable individuelle, familiale, institutionnelle et sociétale essentielle à analyser dans ce débat pour comprendre les positions toujours uniques des parents et des soignants.

### **Le couple Incertitude/Anticipation : une variable essentielle dans le DA**

Écartons d'emblée un malentendu. Une anticipation tempérée adaptative ne correspond pas à une (chimérique!) prévision exacte du futur mais bien à une inscription dans un processus de symbolisation de la diversité et de la complexité des scénarios possibles. Une des grandes vertus de l'approche systémique contemporaine est de mettre en exergue la critique d'une récursivité des processus humains: un moyen pour atteindre une fin transforme cette fin, et, ce faisant, suggère déjà, irréversiblement, quelque nouveau moyen. Tout acte engageant engendrera toujours des effets non anticipés et, par conséquent, la santé de l'anticipation, c'est son ouverture à l'imprévisible.


Mais l'anticipation – même normale – est source d'angoisse. Soulignons-le de nouveau: cette angoisse (signal) est la signature de l'anticipation adaptée. L'angoisse freudienne «automatique ou traumatique» en est la version pathologique qui a *contrario* muselle l'adaptation.

Ainsi définie, l'anticipation se révèle être un fil conducteur très prometteur pour la compréhension des variations tempérées et pathologiques du développement de la parentalité et de l'enfant face




au DA. Quand le projet parental est attaqué par l'effraction d'un handicap, d'un trouble psychique chez l'enfant, l'analyse approfondie de l'anticipation de chacun des acteurs en présence se révèle cliniquement pertinente. Dans le domaine de l'anticipation familiale blessée, la qualité de l'anticipation du soignant et de son institution s'affirme comme un marqueur fidèle de la contenance cicatrisante du cadre. Anticipation meurtrie et anticipation soignante sont deux versants indissociables de la rencontre thérapeutique.

Par conséquent, pour aborder la complexe interaction du soin en périnatalité, il est opportun de concevoir cet échange comme une négociation entre les schèmes d'anticipation des parents et des soignants à l'égard du fœtus/bébé. Dans ce creuset, évaluer cliniquement l'anticipation est éclairant.



Dans le meilleur des cas, en périnatalité, l'anticipation soignante sera «sur mesure», jamais systématisée et elle suppléera l'anticipation parentale sans empiètement ni emprise qui induisent la dépendance et favorisent l'émergence de ce que la prévention prétend combattre.



### **Un exemple d'anticipation : les angoisses de malformation**

«Peut-il être handicapé ? Est-il trisomique ?...» En regard de la clinique, cette question à l'égard du nouveau venu est familière à la femme enceinte en particulier confrontée au DA. Pour que soit authentiquement reconnue la fréquence de cette angoisse pendant la période de grossesse, il est sans doute bénéfique d'en analyser la trace psychique en terme freudien d'«inquiétante étrangeté». Avant la naissance, la crainte maternelle d'une anomalie ne relève-t-elle pas en effet de cette catégorie d'affect qui ne recouvre «en réalité rien de nouveau,

d'étranger, mais bien plutôt quelque chose de familier, depuis toujours, à la vie psychique [...], quelque chose qui aurait dû rester caché et qui a reparu». Il s'agit ici, pour Freud, « du retour à certaines phases dans l'histoire évolutive du sentiment du *moi*, d'une régression à l'époque où le *moi* n'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui ». L'impression d'inquiétante étrangeté est « produite par la répétition de l'identique (et) dérive de la vie psychique infantile ».

Pour une future mère, l'émergence consciente et *a fortiori* la verbalisation de cette « anticipation imaginaire » d'une possible anomalie dépendront, d'un côté, de la nature et du contenu de sa transparence psychique et, de l'autre, de l'accueil que réserveront ses divers interlocuteurs à ces éléments porteurs d'inquiétante étrangeté.

La perméabilité psychique maternelle aux représentations inconscientes propres à la grossesse peut s'exprimer, entre autres, à travers ses angoisses d'enfants monstrueux.

Ces angoisses de malformations seront quelquefois omniprésentes et dévastatrices ou à l'inverse, furtives et discrètes mais de toutes façons majoritairement présentes, même si peu souvent partagées. Dans le cadre préventif des conflits de parentalité, mais aussi, d'une annonce périnatale possible d'un handicap réel, il me paraît judicieux de s'interroger sur la potentialité structurante ou destructrice des angoisses à ce sujet pendant la grossesse.

Or, rares dans la littérature sont les témoignages cliniques qui ont souligné la large présence de ces représentations du monstrueux chez la femme enceinte. Il existe un fort contraste entre les témoignages des cliniciens qui attestent de cette fréquence et la quasi-absence d'évocation dans la littérature.


Dans une étude sur les représentations maternelles pendant la grossesse, M. Ammaniti évoquent les peurs maternelles de malformation fœtale comme caractéristiques essentielles d'un sous-groupe de la catégorie des représentations dites « étroites/désinvesties ». En opposition aux représentations maternelles « intégrées/équilibrées » qui donnent un tableau riche, souple et cohérent de l'expérience de grossesse, les mères avec les représentations « étroites/désinvesties » affrontent la grossesse comme une étape nécessaire de la vie. La crise de la grossesse est contrôlée, rationalisée, laisse peu de place à la rêverie de l'enfant à venir et à son investissement.

De son côté, M. Leifer considère qu'une accentuation des angoisses maternelles à son sujet et à l'égard du fœtus est caractéristique de la grossesse. Leifer défend l'idée que les angoisses à propos du fœtus peuvent être un reflet significatif positif du lien d'attachement maternel et leur absence un signe négatif.


Elles sont interprétées par O. Matarazzo comme, d'une part, la sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse, et d'autre part, comme projections sur le bébé à venir, perçu comme dangereux, d'une agressivité primitivement destinée à la grand-mère maternelle et ainsi déplacée.

En l'absence d'anomalie fœtale décelable et révélée, ces productions psychiques sont-elles la marque d'une détresse face à un processus de maternité en lui-même aversif et catalyseur ou, au contraire, d'une anticipation créatrice qui protège de la surprise de l'effroi traumatique ?


Angoisse signal psychologique, les craintes de malformation ne sont pas invasives. Elles renvoient à la soif potentiellement créative d'une transparence psychique rééditant des conflits de séparation tempérés et une contenance intergénérationnelle effective. Ici, caractéristique majeure, l'angoisse



est un vecteur dynamique de symbolisation, favorable à l'élaboration du processus de parentalité. En ce sens, l'angoisse signal s'affirme comme le témoin d'une anticipation prénatale organisatrice d'identifications projectives empathiques. Elle est aussi, simultanément, une prévision préventive de faits réels possibles: une anomalie fœtale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap... des possibles, qu'aucun professionnel raisonnable ne peut prétendre exclure à partir de ses explorations anténatales.



De son côté, une angoisse de malformation psychopathologique assimilée à une angoisse automatique correspondrait à la réactualisation de points de fixations traumatiques muets mis en exergue par une reviviscence désorganisante nuisible à l'anticipation adaptative parentale. La crainte rigide et durable d'une malformation exprimerait une faille existentielle commémorant ce que Winnicott a décrit comme «agonie primitive» et Bergeret une «violence fondamentale» restée brute. En poussant cette logique inconsciente à l'extrême, la mère et l'enfant ne peuvent pas vivre tous deux car règne la loi de la survie du «lui ou moi» sans possible négociation. Dans ce cas, les craintes d'anomalie chez l'enfant refléteraient une effusion d'identifications projectives pathologiques prénatales traduisant un conflit de parentalité alarmant. Une dysharmonie comportementale, émotionnelle et fantasmatique foeto-maternelle en serait la fréquente signature. Elle gagnerait à être perçue et entourée par les soignants comme un possible clignotant de «maltraitance du fœtus».



Entre ces deux formes d'angoisse de malformation, le clinicien périnatal envisagera mille et une déclinaisons singulières possibles. Cette mise en perspective est capitale car justement, c'est souvent dans une réanimation de la relation d'étayage de l'angoisse signal sur l'angoisse automatique que repose la promesse d'un projet préventif.



Ce lien entre le fonctionnement psychique prénatal et la question de l'annonce d'une anomalie fœtale ou d'un handicap à la naissance offre une riche potentialité clinique que cette hypothèse tente d'exprimer : l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendront, en partie, de la nature et du devenir de leurs résurgences psychiques anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés.

Aussi, se demander si les parents disposent pendant la période de la grossesse d'un lieu propice à l'accueil et à l'élaboration préventive de cette angoisse, en particulier sous sa forme automatique, paraît primordial. La responsabilité de tous les soignants du prénatal – consultants, animateurs de groupes de préparation à la naissance et la parentalité... – est évidente en ce domaine mais on peut appeler de ses vœux une sensibilisation particulière des échographistes à cette double face de l'angoisse de malformation. L'expérience des groupes Balint d'échographistes s'impose comme une des voies les plus prometteuses en ce sens.

## **Un fœtus au risque du diagnostic anténatal**

Pour ramasser le propos, il semble pertinent d'évoquer le diagnostic anténatal aujourd'hui comme un rituel au milieu du gué, hésitant entre une fonction symbolique structurante et déstructurante, oscillant entre étayage culturel et obstacle iatrogène.

Le rituel créatif c'est celui que nous décrivent les anthropologues. Le rituel morbide, c'est celui de la sémiologie psychiatrique.

Le premier est animé par une fonction organisatrice de transitionnalité et de liaison, il offre un moyen d'élaboration des angoisses archaïques,

des conflits ou des excitations traumatiques et aide à la construction du sujet en interaction avec l'environnement.

Mixte d'affect et d'intellect, un rituel symboliquement efficient a un pouvoir de liaison individuelle et sociale dont l'immense paradoxe est de reposer sur la traversée d'une désorganisation transitoire féconde entre le dedans et le dehors. Les rites de baptême, par exemple, prototypes des rites de passage, ont été décrits comme des bains d'indifférencié d'où l'on ressort mieux différencié. A. Van Gennep a nommé «marge» cette indifférenciation transitoire. Elle représente l'épicentre de la séquence rituelle : séparation/marge/intégration.

Dans sa version psychopathologique, le rituel individuel et social est un cadre symptomatique, révélateur d'une grave crise. Typiquement dans la névrose obsessionnelle, les rituels sont détournés de leur fonction organisatrice. Rempart contre l'angoisse invasive, ils envahissent alors la vie quotidienne et peuvent paralyser la vie sociale. Ils prennent un sens de prévention systématique pathologique en rupture avec une acuité anticipatrice raisonnable à l'égard de l'environnement.

Le DA valse hésite aujourd'hui entre la définition du rituel anthropologique et du rituel psychiatrique.

Pour que le diagnostic fœtal devienne un rituel de passage et s'écarte de la ritualisation obsessionnelle de fermeture, trois conditions au moins s'imposent :

- le sens vécu et partagé du rituel doit être l'objet d'une symbolisation commune entre parents et professionnels, condition *sine qua non* d'une «efficacité symbolique» partagée. Aujourd'hui dans les maternités, la qualité éthique de la négociation d'un authentique consentement éclairé des procédures de DA et l'investissement des stratégies de

préparations individuelles, conjugales et groupales à la naissance dédiées précisément à ce sujet, représentent deux marqueurs parmi les plus fidèles de la qualité en présence ;

– les opérateurs professionnels du rituel méritent de bénéficier d'un espace de réflexion (Groupe Balint) où les attentes et la dynamique défensive de chacun des acteurs en présence seront mises en récit et réfléchies ;

– la violence de la traversée de la «marge» de la transparence psychique transitoire de la grossesse et de son amplification avec le diagnostic fœtal doivent être reconnues et contenues. De nouveau, les propositions individuelles, conjugales et groupales de préparation à la naissance et à la parentalité sont essentielles dans cette perspective.

En l'absence de ce contexte bénéfique, la rencontre diagnostique ne pourra prétendre répondre positivement à la définition structurante du rituel favorisant l'élaboration individuelle et sociale de la précarité ontologique de la marge conceptionnelle frayant entre la mort, l'informe et le monstrueux du handicap.

En l'état, ce statut de rituel séculier constructif du diagnostic anténatal est donc à envisager comme un objectif collectif à atteindre. Dans l'agora professionnelle et, plus largement communautaire, les questions cliniques, éthiques et politiques posées par le DA sont indissociables et au cœur de la psychologie clinique périnatale.



# La psychologie clinique périnatale : pas de créativité sans conflictualité

À ce jour, la légitimité de la psychologie clinique périnatale est globalement acquise sur le terrain, même si de préoccupantes disparités institutionnelles et géographiques persistent. Certes, des moyens accrus ont été accordés à la prévention médico-psycho-sociale en périnatalité mais elle mériterait une adhésion plus franche encore de la part des politiques et dans l'agora citoyenne pour pérenniser une budgétisation publique à la mesure des enjeux collectifs en présence.

Demain, les stratégies médico-psycho-sociales à la maternité devront donc s'inscrire dans un cheminement épistémologique ouvert résolument interdisciplinaire et dynamisé par la recherche. Il importe de se tenir à l'abri de la menace médicale insistante d'une protocolisation « prête à porter », d'une logique préventive aliénante prédictive et s'enraciner dans un large débat éthique communautaire sur le sens de la transmission de notre paradoxale humanité, source simultanée de fécondité et de conflits tragiques. Un sacré chantier!... où les cliniciens se référant à la psychanalyse individuelle et groupale ont un rôle essentiel à jouer sur un terrain théorico-clinique remarquable par sa potentialité heuristique.

De fait, ces dernières décennies, les expériences cliniques novatrices en périnatalité et en première enfance et les théories originales qu'elles ont enfantées ont été extrêmement fécondes pour

l'ensemble des soins psychiques en général et la psychanalyse en particulier.

En point d'orgue de ce plaidoyer, je voudrais me focaliser sur les racines de la force heuristique de cette clinique de l'origine en mettant en exergue des points forts apparus au fil de cette introduction. Cette force tire paradoxalement son dynamisme de la constance et de la rudesse de ses lignes de tension internes qui impose un insistant questionnement transversal. En voici un florilège des thématiques princeps :

– La conflictualité du travail entre « somaticiens » et « psychistes ». C'est la fontaine inépuisable de cette prodigalité clinique et épistémologique. Les oppositions entre les divers « somaticiens » (la ligne de front entre obstétriciens et pédiatres mais aussi entre « somaticiens » du prénatal et du postnatal) est moins souvent évoquée mais ne doit pas pour autant être sous estimée.

Actuellement, l'émergence croissante des stratégies de soin et de prévention en réseau élargit les enjeux de cette dynamique aux interfaces intra et extra-hospitalier, public/privé, institutionnel/libéral. La fécondité de ces confrontations pour assouplir les lignes de clivages est indissociable des modalités d'expression et d'élaboration de la conflictualité en présence. Dans ce contexte, les reprises cliniques, les recherches actions et les formations en périnatalité sont des laboratoires fertiles en faveur d'une authentique culture de l'interdisciplinarité.

– Une dialectique permanente entre découverte de la forte amplitude des variations psychologiques et des déclinaisons psychopathologiques. De fait, les mille et une métamorphoses entrecroisées des processus de devenir mère, du devenir père et du naître humain sont de constantes relativisations des lignes de partage nosographiques trop géométriques.

– Une dynamique évolutive des frontières corporelles, psychiques des processus de profonde transformation du périnatal: ils induisent une attention élective à la question des limites et de l'intrication de *soma* et de *psyché*, de soi, de l'autre, de l'autre en soi; de l'individu et du groupe, familial, social, etc.

– Une reviviscence des conflits de «différentiation» et de «séparation» qui ponctuent toute notre vie. Une «transparence psychique» trop souvent idéalisée: elle est aux extrêmes, source de catastrophiques répétitions morbides ou de radicales transformations maturantes mais, dans les deux cas, toujours synonyme de crise.

– Une réédition de l'œdipien certes mais d'abord et surtout une confrontation aux réminiscences du classique archaïque décrit par la psychanalyse mais aussi plus encore à l'archaïque de l'archaïque que je tente de décrire avec ma proposition de la relation d'objet virtuelle de la vie intra-utérine caractérisée par des enjeux de la relation contenant/contenu.

– Un face à face trivial aux limites de notre efficacité symbolique confrontée à la violence du suspens, de l'incertitude de la genèse de l'humain en temps réel chez l'embryon/fœtus/bébé et dans l'après-coup chez les adultes qui l'entourent. Cette menace générationnelle est par essence potentiellement traumatique. Elle concerne n'importe quel cheminement périnatal du plus anodin en apparence en terme obstétrical et/ou psychologique au plus caricaturalement pathologique aux niveaux somatiques et/ou psychiques.

– Une prise de conscience – non sans violence morale – de la détermination en poupées russes de la qualité de la contenance sociétale, institutionnelle, familiale autour de ces métamorphoses du devenir parent, du naître humain et de l'être soignant.

– Enfin, la clinique périnatale confronte à l’origine d’un être humain, dans une culture donnée, à la fois groupale et individuelle. Le sujet s’inscrit dans une généalogie qui lui préexiste et il représente, comme passeur unitaire, une apparition singulière.

Répétons-le, la possible créativité de la périnatalité, s’incarne dans cette âpre, souvent violente, tension dialectique entre ces deux polarités de son origine et de son originalité. Cette spécificité individuelle, pour s’exprimer, devra s’imposer comme une branche de l’arbre de vie dont la souche est la filiation, elle-même enracinée dans la succession en poupées russes des générations.

La périnatalité est habitée par cette double origine de l’humain : celle de ses liens – en plein ou en creux – avec sa matrice génétique, sa filiation, son terroir collectif, sa culture et celle de l’unicité de l’épigenèse de son être, de sa possible originalité.

Au fond, défendre la potentialité préventive de cette période c’est désirer favoriser l’originalité parentale et professionnelle tout en soulignant la menace insistante d’une répétition, parfois délétère, toujours violente, de l’origine.

Et dans ce cadre réunissant usagers et soignants, il existe une forte convergence entre la formalisation groupale du fonctionnement institutionnel et ce que R. Kaës a nommé « l’appareil psychique groupal » qui produit et traite la réalité psychique de et dans le groupe. De fait, n’importe quelle situation de soin en périnatalité s’inscrit dans cette dialectique qui unit sphère des relations entre membres du groupe et sphère des relations de chacun à l’égard du groupe. En effet, à la maternité en tant qu’institution, l’unité de temps de lieu et d’action unit tous les acteurs en présence usagers et soignants. Cet espace temps correspond à une intrication des affects et des représentations de et dans le groupe des usagers et des soignants.





La clinique à la maternité, temple moderne de la fécondité, est une source jaillissante de paradoxes qui fondent notre humanité. Corne d'abondance trônant au firmament de l'étalage culturel, cette institution enfante pourtant autant d'ombre que de lumière. Entre sa vitrine céleste et la triviale arrière-boutique de ses drames quotidiens (infertilité, IVG, fausses couches, mort fœtale, révélations d'anomalies, IMG, grossesses pathologiques, accidents périnataux, séparation néonatale mère/bébé, annonce de handicap, violences institutionnelles, détresse psychosociale...), le contraste est parfois abyssal.

Au vif de l'intrication d'Éros et de Thanatos, la clinique périnatale met en scène la rencontre de nos forces vives, notre créativité avec le vertige de notre vulnérabilité.

Au cœur de ce paradoxe emblématiquement humain, la psychologie clinique périnatale se propose de relever trois défis indissociables dont j'espère avoir souligné l'importance pour les familles et, au fond, pour l'ensemble de la société :

- accueillir les métamorphoses du (re)devenir parent et du naître humain;
- offrir l'hospitalité aux dysharmonies relationnelles parents/embryon/fœtus/bébé, aux souffrances familiales;
- engager une réflexion clinique et éthique sur les conditions d'existence d'une fonction soignante bientraitante.

Un sacré chantier!





# Bibliographie<sup>6</sup>

Le lecteur trouvera de nombreux compléments à ce texte dans l'ouvrage collectif: Missonnier S., (dir.), Blazy M., Boige N., Presme N., Tagawa O., (2012), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Masson et sur le site Internet [www.rap5.org](http://www.rap5.org).

- Bayle B., (2005), *L'enfant à naître*, Toulouse, Érès.
- Blin D., Soubieux M.J., (1997), «La mort prénatale: à deuil infaisable, une issue la nostalgie», in *Le carnet/psy*, n° 31.
- Boltanski L., (2004), *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard.
- Bowlby, J. (1969), L'attachement vol 1. In *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978.
- Brazelton, T.B. (1989), «Les compétences comportementales du nouveau-né» in Lebovici, S. ; Weil-Halpern, F. *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF.
- Bydlowski, M. ; Camus, C.H. (1988), «Recherche psychanalytique dans une maternité hospitalière» in *Revue de médecine psychosomatique*, 14, p. 19-30.
- Bydlowski, M. (1991), «La transparence psychique de la grossesse» In *Études freudiennes*, p. 135-142.
- Deutsh, H. (1949), *La psychologie des femmes*, Paris, PUF, t. 1 et t. 2.
- Devereux G., (1985), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- Druon, C. (1991), «L'aide au bébé et à ses parents en réanimation néonatale». In *Devenir*, 1,4, p. 47-74.
- Dugnat, M. Et coll. (1996), *Troubles relationnels père-mère/ bébé: quels soins?*, Toulouse, Érès.
- Fivaz-depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., Frenck N. (1995). «L'approche systémique». In Fava-Viziello, Stern, D.N., Birraux, A. *Modèles psychothérapeutiques au premier âge*, Paris, Masson.
- Freud S., (1919), «L'inquiétante étrangeté» in *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1976.
- Golse, B. (1999), *Du corps à la pensée*, Paris, PUF.
- Golse B. (2006), *L'être bébé*, Paris, PUF.
- Gosme-Seguret, S. (sous la dir.) (2004), *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*. Ombres et lumières, Toulouse, Érès.

---

6. Bibliographie plus complète sur [yapaka.be](http://yapaka.be).

- Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J.D., Deljour, M. (1995). « Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh post-natal depression scale sur une population parisienne », in *Devenir*, vol. 7, n° 2, p. 69-92.
- Haag, M., Haag, G., (1995), « L'observation du nourrisson selon Esther Bick (1901-1983) et ses applications » in Lebovici S.; Diatkine R.; Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- Kreisler L. (1992), *La psychosomatique de l'enfant*, Paris, PUF.
- Lebovici S., Stoleru S., (1983), *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Le Centurion.
- Lebovici, S. (1994a), « L'homme dans le bébé », in *Revue française de psychanalyse*, 3, p. 661-680.
- Lecanuet J.P., Granier-Deferre C., Schaal B., (1995), « Les perceptions fœtales. Ontogénèses des systèmes et écologie fœtale » in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, p. 253-263.
- Levi-Strauss C. (1962), *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*, Paris, PUF.
- Missonnier S., (dir.), Blazy M., Boige N., Presme N., Tagawa O., (2012), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Masson.
- Molénat F. (2001), *Naissances: pour une éthique de la prévention*, Ères.
- Robineau C., Missonnier S. (2004), « Une prévention psychanalytique de la maltraitance est-elle possible? Ou à quoi rêvent les saumons? » In Missonnier S., Golse B., Soulé M. (dir.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*, Paris, PUF.
- Soulé, M. (1984), « Les souhaits de mort en pédiatrie du nouveau-né » in Soulé M. (sous la dir.) *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF.
- Tabet C., Dupuis-Gauthier C., Schmidt P., Maerten-Lesot B., Porez S., Delion P., Soulé M. (2009), « Maltraitance a fœtus: comment comprendre pour prévenir » in *Devenir*, 4, vol. 21, p. 205-244.
- Trevarthen C. & Aitken K.J., (2003), « Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique » in *Devenir*, vol. 4, n° 15, p. 309-428.
- Tyson, p. ; Tyson, R.L. (1996), *Les théories psychanalytiques du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
- Winnicott, D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- Winnicott D.W. (1974), « La crainte de l'effondrement », in *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 11, 1975, p. 35-44.





## Pour approfondir le sujet



- Médicalisation de la grossesse
  - Prévenir la dépression post partum
  - Les dépressions du post partum
  - La grossesse : un changement d'identité
  - La place de l'émotion dans l'accompagnement des parents
  - Comment aider les futurs parents qui doutent de leurs capacités ?
  - Parent vulnérable, parent pathologique, quelle différence ?
  - Qu'est-ce qu'un parent sécurisant pour son enfant ?
  - Comment concilier les temporalités de l'enfant et des parents en cas de vulnérabilité parentale ?
  - La maman et son bébé prématuré
  - Solidité de l'équipe, solidité des parents
  - ...
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance
  - L'attachement, un lien vital
  - La grossesse psychique : l'aube des liens
  - ...
- L'enfant réel n'est jamais celui qu'on a rêvé
  - Les bonnes raisons pour une mère de haïr son beau bébé... parfois

**yapaka.be**





# Temps d'Arrêt / Lectures

## Déjà parus

**1. L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents.**

Collectif\*

**2. Avatars et désarrois de l'enfant-roi.**

Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot\*

**3. Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique.**

Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais\*

**4. Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance.**

Reine Vander Linden et Luc Røegiers\*

**5. Handicap et maltraitance.**

Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem\*

**6. Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants.**

Catherine Marnette

**7. Maltraitance et cultures.**

Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro\*

**8. Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux.**

Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant

**9. Ces désirs qui nous font honte.**

**Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion.**

Serge Tisseron

**10. Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles.**

Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret

**11. Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale.**

Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkey, Gaëlle Renault

**12. L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ?**

Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour\*

**13. Voyage à travers la honte.**

Serge Tisseron

**14. L'avenir de la haine.**

Jean-Pierre Lebrun

**15. Des dinosaures au pays du Net.**

Pascale Gustin

**16. L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?**

Pierre Delion

**17. Choux, cigognes, « zizi sexuel », sexe des anges... Parler sexe avec les enfants ?**

Martine Gayda, Monique Meyfrøet, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marnette\*

**18. Le traumatisme psychique.**

François Lebigot

**19. Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire.**

Danièle Epstein

**20. À l'écoute des fantômes.**

Claude Nachin

**21. La protection de l'enfance.**

Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville

**22. Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel.**

Jean-Marie Forget

**23. Le déni de grossesse.**

Sophie Marinopoulos

**24. La fonction parentale.**

Pierre Delion

**25. L'impossible entrée dans la vie.**

Marcel Gauchet

**26. L'enfant n'est pas une « personne ».**

Jean-Claude Quentel

**27. L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?**

Marie-Claude Blais

**28. Les dangers de la télé pour les bébés.**

Serge Tisseron

**29. La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition enfantine actuelle.**

Michèle Brian

**30. Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.**

Dominique Ottavi\*

**31. Points de repère pour prévenir la maltraitance.**

Collectif

**32. Traiter les agresseurs sexuels ?**

Amal Hachet

**33. Adolescence et insécurité.**

Didier Robin\*

**34. Le deuil périnatal.**

Marie-José Soubieux

**35. Loyautés et familles.**

L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman

**36. Paradoxes et dépendance à l'adolescence.**

Philippe Jeammet

**37. L'enfant et la séparation parentale.**

Diane Drory

**38. L'expérience quotidienne de l'enfant.**

Dominique Ottavi

**39. Adolescence et risques.**

Pascal Hachet

**40. La souffrance des marâtres.**

Susann Heenen-Wolff

**41. Grandir en situation transculturelle.**

Marie-Rose Moro\*

**42. Qu'est-ce que la distinction de sexe ?**

Irène Théry

**43. L'observation du bébé.**

Annette Watillon

**44. Parents défaillants, professionnels en souffrance.**

Martine Lamour\*

**45. Infanticides et néonaticides.**

Sophie Marinopoulos

**46. Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.**

Serge Tisseron

**47. Cyberdépendance et autres croquemitaines.**

Pascal Minotte

**48. L'attachement, un lien vital.**

Nicole Guedeney

**49. L'adolescence en marge du social.**

Jean Claude Quentel

**50. Homoparentalités.**

Susann Heenen-Wolff\*

**51. Les premiers liens.**

Marie Couvert

**52. Fonction maternelle, fonction paternelle.**

Jean-Pierre Lebrun\*

**53. Ces familles qui ne demandent rien.**

Jean-Paul Mugnier.

**54. Événement traumatique en institution.**

Delphine Pennewaert  
et Thibaut Lorent

**55. La grossesse psychique : l'aube des liens.**

Geneviève Bruwier

**56. Qui a peur du grand méchant Web ?**

Pascal Minotte

**57. Accompagnement et alliance**

**en cours de grossesse.**

Françoise Molénat\*

**58. Le travail social ou « l'Art de l'ordinaire ».**

David Puaud\*

**59. Protection de l'enfance et paniques morales.**

Christine Machiels  
et David Niget

**60. Jouer pour grandir.**

Sophie Marinopoulos

**61. Prise en charge des délinquants sexuels.**

André Ciavaldini

**62. Hypersexualisation des enfants.**

Jean Blairon, Carine De Buck,  
Diane Huppert, Jean-Pierre  
Lebrun, Vincent Magos, Jean-Paul  
Matot, Jérôme Petit, Laurence  
Watillon

**63. La victime dans tous ses états.** Anne-Françoise Dahin

**64. Grandir avec les écrans « La règle 3-6-9-12 ».**

Serge Tisseron

**65. Soutien à la parentalité et contrôle social.**

Gérard Neyrand

**66. La paternité et ses troubles.**

Martine Lamour

**67. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée.**

Bernard Golse

**68. Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?**

Benoit Bastard

**69. À la rencontre des bébés en souffrance.**

Geneviève Bruwier

**70. Développement et troubles de l'enfant.**

Marie-Paule Durieux

**71. Guide de prévention de la maltraitance.**

Marc Gérard

**72. Garde alternée : les besoins de l'enfant.**

Christine Frisch-Desmarez,  
Maurice Berger

**73. Le lien civil en crise?**

Carole Gayet-Viaud

**74. L'enfant difficile.**

Pierre Delion

**75. Les espaces entre vérité et mensonge.**

Christophe Adam, Lambros  
Couloubaritsis

**76. Adolescence et conduites à risque.**

David Le Breton

\* Ouvrage épuisé.

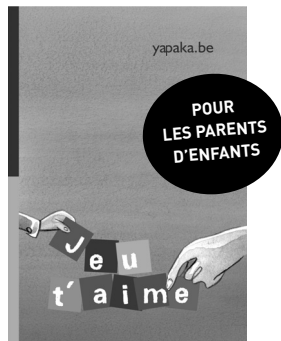
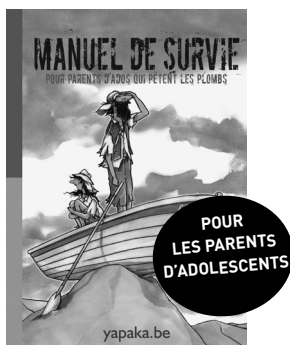
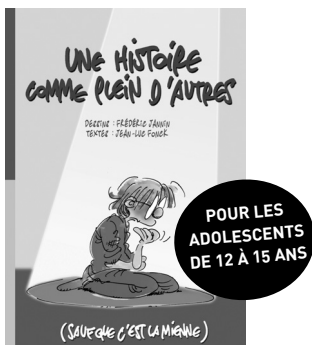
*Découvrez toute la collection  
Temps d'Arrêt et retrouvez nos  
auteurs sur yapaka.be pour des  
entretiens vidéo, conférences en  
ligne, ...*



En Belgique uniquement

# Les livres de yapaka

disponibles  
gratuitement au  
0800/20 000 ou  
infos@cfwb.be



Livres de 80 pages diffusés chaque année (60 000 ex.)  
aux écoles, associations, ...





