



HAL
open science

Une contenance pluridisciplinaire en post-partum immédiat en faveur du bébé et de ses parents

Rose-Angélique Belot, Claude de Tychey

► **To cite this version:**

Rose-Angélique Belot, Claude de Tychey. Une contenance pluridisciplinaire en post-partum immédiat en faveur du bébé et de ses parents. *Psychotherapies*, 2023, Vol.43 (2), pp.69 - 78. 10.3917/psys.232.0069 . hal-04790614

HAL Id: hal-04790614

<https://hal.science/hal-04790614v1>

Submitted on 19 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Une contenance pluridisciplinaire en post-partum immédiat en faveur du bébé et de ses parents

Rose-Angélique Belot, Claude de Tychey

DANS **PSYCHOTHÉRAPIES** 2023/2 (VOL. 44), PAGES 69 À 78

ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0251-737X

DOI 10.3917/psys.232.0069

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2023-2-page-69.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Une contenance pluridisciplinaire en post-partum immédiat en faveur du bébé et de ses parents

Rose-Angélique Belot*, Claude de Tychey**

Résumé

Devenir parent, plus encore lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, conduit à de nombreuses difficultés en termes de contenance. Un état de crise et un système pare-excitation parental fragilisé peuvent être retrouvés, associés à une expression somatique sans étiologie organique chez le bébé. Cet article présente une étude de cas emblématique en service de pédiatrie qui montre comment les professionnels ont réussi à contenir la situation de crise. Les professionnels, les équipes deviennent les réceptacles de matériaux archaïques réactualisés, non élaborés de la mère, du père. Un accompagnement particulier du bébé et de ses parents par les professionnels et un travail de coopération interdisciplinaire a permis de créer une fonction d'étayage et de soutien importante à connaître.

Introduction

Malgré l'avancée des progrès techniques au plan médical, donner naissance à un enfant confronte toujours les parents à l'inconnu, plus encore lorsqu'il s'agit du premier enfant. Il est difficile en effet d'approcher et d'appréhender la réalité du devenir-mère, du devenir-parent avant de la vivre. Pourtant, encore aujourd'hui, la maternité est souvent perçue comme une image d'Épinal, source supposée de l'épanouissement personnel ultime tant au plan de la vie propre qu'au plan de la vie affective et amoureuse.

En réalité, le devenir-mère est jonché de difficultés car il est un événement de vie particulier sur le plan du corps et sur celui de la vie psychique. En effet, véritable crise développementale (Bibring, 1959), le « devenir-mère » condense et réactualise bon nombre de conflits intrapsychiques et interpersonnels (Racamier, 1979; Delassus, 2014).

Les professionnels dans les services de gynécologie, maternité, pédiatrie ont un rôle

particulièrement important à jouer en termes de contenance permettant de limiter les effets de désorganisation personnelle et somatopsychique de la femme enceinte puis de la femme mère. De plus, les difficultés du « devenir-mère » ont inévitablement des répercussions délétères sur l'instauration des premiers liens avec le bébé et sa bonne santé.

Les avatars du pré- et post-partum

Les troubles psychopathologiques habituellement observés et décrits autour de la naissance d'un enfant mettent en évidence l'ampleur des

* Professeure de Psychologie Clinique et Psychopathologie. Université de Franche-Comté, UFR SLHS, Laboratoire de Psychologie UR3188, 32 rue Mégevand, 25000 Besançon, France.

** Professeur en psychologie clinique et psychopathologie, université de Lorraine, 23 boulevard Albert I^{er}, 54015 Nancy cedex, France.

mouvements de déstabilisation que l'accès à la maternité peut susciter : dépression anténatale, postnatale et psychose puerpérale. La dépression postnatale (DPP) en France concerne 10 à 17 % des femmes (Bastien et Braconnier, 1999 ; Chabrol, 2003), mais elle atteint dans certaines régions 20 % (de Tychev *et al.*, 2004), voire davantage : 45 % dans les zones défavorisées les plus pauvres de Turquie comme la province de Mersin dans l'étude de Budgayci *et al.* (2004).

La DPP est particulièrement hétérogène dans son expression (Bastien *et al.*, 1999 ; Dayan *et al.*, 2011), sa forme et ses facteurs de risque. Les dépressions anté- et postnatale s'apparentent à un trouble polymorphe dont l'origine est multifactorielle, parfois commune (comme l'isolement et l'absence de soutien environnemental), mais aussi différente comme la résultante d'un accouchement traumatique ou liée à un bébé dit « difficile », qui pleure beaucoup. Ces deux éléments constituent deux facteurs hautement « dépressogènes », spécifiques à la période postnatale. Deux femmes sur mille sont impactées par la psychose puerpérale (Dayan *et al.*, 2011). Elle constitue un tableau clinique aigu qui se forme dans les vingt-quatre heures suivant l'accouchement avec des troubles du comportement, une activité parfois hallucinatoire pouvant comporter des fantasmes de type persécuteurs auto- et/ou hétéro-agressifs à l'endroit du bébé et/ou une absence de reconnaissance de son propre bébé.

Nous ne retenons pas dans les troubles psychopathologiques de la maternité le baby blues qui lui s'apparente à un trouble émotionnel fugace, transitoire, spontanément réversible qui se caractérise par des fluctuations de l'humeur fréquentes, passagères et concerne selon les études 60 à 85 % des femmes (Guedeney *et al.*, 1993).

En période prénatale, les femmes sont confrontées à des modifications corporelles concrètes de leur corps. Même si le choix d'être enceinte est souhaité, voulu, assumé au plan conscient, les modifications corporelles et psychiques qu'il entraîne

représentent un vrai « travail¹ » au sens étymologique du terme chez certaines femmes. En anténatal également, l'intensité des fantasmes régressifs et des remémorations infantiles, la perméabilité aux représentations inconscientes sont désormais connus comme caractéristiques de cette période. Regroupés sous le terme « transparence psychique » (Bydlowski, 1997), ces processus originaux génèrent une certaine levée, voire une disparition du refoulement. Précisons que les phases de la grossesse, de l'accouchement puis de la rencontre avec l'enfant sont vécues dans un laps de temps relativement court. La rapidité de la succession de ces événements ne laisse guère de temps au travail psychique de s'accomplir alors qu'il est considérablement augmenté (Belot, 2014) et concerne quasiment tous les aspects de la personnalité.

Les enjeux d'un travail pluridisciplinaire

Le bénéfice du travail pluridisciplinaire et en réseau est parfois mis en avant, surtout à l'occasion des actions d'amélioration de prise en charge des patients, par exemple auprès des personnes atteintes de cancer ou du sida, également dans le domaine des prises en charge gériatriques. Toutefois, le travail pluridisciplinaire est peu théorisé alors qu'il s'est particulièrement développé, spécifiquement en périnatalité (Molénat, 2001 ; Kojayan, 2016). L'importance du travail pluridisciplinaire a pourtant été récemment soulignée, notamment dans les nombreuses situations de bébés atteints dans leur corps et dans une perspective de prévention primaire et secondaire (Bydlowski, 2022 ; Decroix *et al.*, 2022). Ce dernier est complexe alors que les professionnels font régulièrement face à de nombreuses situations qui nécessitent le fait de travailler ensemble, en coopération avec d'autres professionnels même si aucun réseau officiel ni partenariats pluridisciplinaires n'existe et ne sont décrétés.

Nos expériences cliniques montrent que la pluridisciplinarité a une fonction particulière, elle fait « enveloppe » autour des troubles et/ou difficultés de la mère et du bébé. Elle réussit le plus souvent, lorsqu'elle est opérante, à contenir les difficultés spécifiques liées au « devenir-mère » et à l'immaturation du bébé, lorsque la mère ne réussit plus à compter suffisamment sur ses propres ressources internes et/ou externes.

¹ Le mot « travail » vient du latin *trepalium*, qui signifie « torture ». *Trepalium* provient durant l'Antiquité du mot « tripalium », un instrument formé de trois pieux, auquel on attachait les animaux pour les ferrer ou les soigner mais aussi un instrument visant à écarteler les membres des esclaves pour les punir.

Fonction contenante et enveloppes psychiques : Bion et le courant psychodynamique

Dans son article « Development of schizophrenic thought » (1956), Bion utilise pour la première fois les mots « contenant » (*containing*) et « contenu » (*contained*). Il y décrit la projection de parties clivées de la personnalité dans des objets perçus extérieurement, en partant des apports théoriques de Mélanie Klein en 1946 s'agissant de l'identification projective. Il évoque pour la première fois l'idée d'un contenant dans lequel l'objet « contenu » est projeté. Il nous faut également rappeler l'importance, dans l'œuvre de Bion, du concept de rêverie qui permet une véritable communication inconsciente entre le bébé et sa mère. Il s'agit pour lui d'une expérience émotionnelle singulière où les impressions brutes (ou matériaux psychiques archaïques) non élaborées (éléments bêta) doivent être transformées en éléments alpha afin de pouvoir déjà être réceptionnées par un tiers, puis servir à la création d'une pensée. Si les impressions brutes ne peuvent être élaborées, alors elles tendent à être évacuées sous forme de décharge et Bion précise que les troubles somatiques peuvent être une des voies d'évacuation (Bion, 1962). De plus, Bion souligne que si la mère « ne peut tolérer ces projections, le petit enfant en est réduit à continuer l'identification projective avec une force et une fréquence de plus en plus grande » (Bion, 1962, p. 115). La fonction de « décodeur-moderateur » (Meltzer, 1967) du sujet « récepteur » va alors rendre possible la transformation des éléments bruts archaïques « bêta » en éléments « alpha ».

La fonction contenante se caractérise par la capacité à prendre en compte des souffrances primitives, des éléments bruts que le sujet expulse et qu'il s'agit de réceptionner de façon particulière et de transformer (Bion, 1962). La théorie de la fonction contenante met donc l'accent sur les capacités de réception des éléments bruts et leur possible transformation.

Par contre, le sujet doit déjà avoir conscience de ses difficultés et se sentir suffisamment « affecté » pour réussir à l'adresser à un autre. Si le sujet ne réussit pas suffisamment à contacter et ressentir sa propre souffrance, l'issue peut être une somatisation ou un passage à l'acte liés à des souffrances primitives initiales. La fonction contenante concerne également le groupe et ses enveloppes et permet aux sujets de discriminer le dedans et le dehors,

son propre travail psychique eu égard à celui qui appartient au groupe (Anzieu, 1985).

Plusieurs auteurs ont cherché à mieux définir cette fonction contenante et la notion d'enveloppes s'agissant du travail d'équipe (Kaës, 1979; Menzies, 1988; About 1992; Houzel, 2005; Mellier, 2019). René Kaës utilise la notion de « conteneur » pour désigner la fonction alpha d'une équipe par rapport à des projections destructrices des participants lors de séminaires analytiques de formation.

Didier Houzel, quant à lui, a montré l'aspect dynamique du processus de contenance. et de la construction des enveloppes et considère la fonction contenante comme « un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle » (Houzel, 1994, p. 31).

Les processus de contenance ont pour fonction d'héberger et de penser les expériences et les pensées que le sujet ne peut contenir et penser seul. Ainsi se crée un espace qui permet de réceptionner, contenir et transformer les éléments bruts perçus, les angoisses et/ou conflits non représentables du patient. Ce modèle décrit initialement chez les psychologues cliniciens peut tout à fait être élargi au dispositif soignant. Il est alors assuré par des équipes interdisciplinaires quand un sujet est accueilli dans un service hospitalier par exemple, en l'occurrence une femme qui devient mère et s'occupe de son bébé. Ce dispositif permet par ailleurs de prendre en compte la présence des enveloppes et leur fonction tant au niveau individuel, familial qu'institutionnel (Houzel, 1992).

Nous pouvons ainsi considérer que chaque professionnel qui œuvre auprès du patient aura, comme une équipe en institution, à réaliser un véritable travail psychique mais aussi psychocorporel propre pour recevoir, contenir et penser les angoisses ou anxietés des sujets pris en charge (Mellier, 2019). Chaque professionnel sera concerné par ce travail, dans la limite de ses capacités et compétences, mais il devra aussi « faire équipe » avec les autres professionnels pour favoriser le travail à réaliser et ne pas se soumettre au clivage « bon/mauvais » régulièrement présent et activé chez un sujet en difficulté.

Le risque est encore le clivage, ou le « compartimentage » des soignants, chacun s'isolant les uns des autres, émettant plusieurs avis contrastés entre ce qu'il pense « de l'intérêt » de la mère et de celui du bébé.

Méthodologie

Dans le cadre d'une recherche effectuée en pédiatrie (thèse en psychologie clinique), toutes les autorisations requises ont été effectuées s'agissant de la signature d'un consentement éclairé par les parents².

Une étude de cas, Emma, 1 mois 19 jours

Je rencontre ce bébé et sa maman au centre hospitalier universitaire (CHU), en service de pédiatrie où se déroule la recherche.

M^{me} C., sa mère, me raconte qu'Emma, 1 mois 11 jours a fait un premier malaise, un soir, après la prise de biberon. Son récit, angoissant, évoque la mort : « Emma était blanche, les yeux foncés, elle s'est mise à vomir et restait silencieuse. Elle ne réagissait plus du tout, elle était froide, elle ne respirait plus. » M. C., le père d'Emma, accompagné de son épouse, conduit immédiatement l'enfant aux urgences pédiatriques. Emma présentera là un second malaise du même type que celui réalisé à domicile. À l'examen clinique, normal par ailleurs, seul un léger reflux gastro-œsophagien est décelé. Les médecins concluent alors à une pause respiratoire liée au vomissement et préfèrent l'hospitaliser pour « bilan de malaise ». Aucune étiologie organique, ni allergie, ni épisode de bronchiolite ou encore eczéma ne seront retrouvés.

Agitation et anxiété maternelle

Lorsque je rencontre M^{me} C. dans le box occupé par Emma, je suis comme saisie par l'intense anxiété de madame, son agitation et ses difficultés à faire face à la situation actuelle. Madame dit qu'« elle court partout ! » traduisant l'échec de l'élaboration mentale et le besoin de décharger son trop-plein d'angoisse par la seule voie motrice. M^{me} C. craint sans cesse que le pire n'advienne et n'a plus aucun discernement et recul suffisant pour apprécier les choses de façon positive et objective. Rapidement, elle me fait part de plusieurs événements importants survenus au cours de sa grossesse. Elle ne pouvait soupçonner, *a priori*, « tomber enceinte ! » car elle prenait un traitement contraceptif. Désireuse

qu'Emma ait un papa « officiel » selon ses termes, le couple se marie précipitamment et madame quitte sa région pour rejoindre son époux, occupant alors un emploi dans une autre ville.

Là, sans travail, privée de ses liens privilégiés, de sa famille, de ses amis, en manque de repères, madame se sent très seule et ne parvient pas à s'adapter. Enceinte de 6 mois, elle est victime du vol de son sac à main et de ses papiers d'identité, restés dans sa voiture. C'est alors que M^{me} C. manifeste un état dépressif important et, en accord avec son mari, retourne dans sa ville d'origine et s'installe, provisoirement, chez ses parents.

Là, une ouverture du col utérin l'obligera à rester allongée toute la journée pour éviter la prématurité. Puis madame, au fil de son récit, commet un lapsus et dit : « j'avais 6 mois », au lieu de : « j'étais enceinte de 6 mois ». Nous notons ici l'état d'intense régression qui se prolonge et une identification projective à son fœtus.

Naissance et accueil d'Emma

L'accouchement long, difficile et très douloureux a considérablement gêné le rétablissement physique, psychique et a nui aux conditions d'accueil de son bébé. Épuisée au cours de sa grossesse, l'état de fatigue et de surmenage de M^{me} C., lorsque Emma est née, n'a pu se résorber, de même que ses troubles du sommeil, majorés par les réveils fréquents la nuit et la succession trop rapide des biberons.

Emma a été nourrie au sein en journée mais le soir, c'est un biberon qui lui était donné afin de rassurer la mère sur la quantité de lait bu. Son mari l'a toujours secondée et épaulée, la dirigeant parfois dans diverses tâches quotidiennes lorsqu'elle se sentait « perdue », selon ses propos et ne pouvait plus « faire face ».

Hospitalisation

À son entrée dans le service, Emma présente un comportement chaotique : agitation et pleurs abondants, particulièrement après la prise de biberon.

Tous les examens pratiqués à l'hôpital ont été l'objet d'inquiétudes extrêmement vives chez M^{me} C., redoutant toujours qu'ils ne révèlent une anomalie ou des troubles médicaux graves. Les propos tenus alors par les médecins n'ont pas réussi à la rassurer. Madame les entendait de façon

² Les données relatives à l'enfant ont été anonymisées.

négative systématiquement alors qu'aucune difficulté n'était exprimée.

L'intérêt et l'investissement que M^{me} C. porte à sa fille sont manifestes. Cependant, certains comportements ne paraissent pas ajustés, elle soulèvera le Maxi-Cosi dans lequel sa fille est installée de façon très énergique, voire brutale. Emma, surprise, commence à rougir, pleure, puis se tait d'elle-même dans l'instant qui suit la repose du Maxi-Cosi. À une autre occasion, M^{me} C. posera sa main sur le ventre de sa fille alors que celle-ci dort très paisiblement, risquant de la réveiller.

Déstabilisée et désorientée, madame se dit la première surprise de son état qu'elle ne comprend pas. Elle explique : « Avant, j'avais mon travail, tout allait bien. Je ne me suis jamais sentie autant surchargée... Avant, j'étais équilibrée. Aujourd'hui, je cours trop et je ne supporte plus rien. Je ne comprends pas comment j'ai pu rentrer dans ce cercle vicieux. » Et puis elle ajoute : « Mon mari est là, heureusement ! » Ne parvenant pas à dormir, M^{me} C. entreprenait parfois le ménage de son appartement à 3 heures du matin, une fois son mari parti pour son travail. Elle refuse toute forme d'aide (assistante sociale, par exemple). Elle vivrait cette aide comme la preuve de son incapacité.

Réorganisation

À l'hôpital, Emma se réorganise rapidement. Elle ne présente aucun signe d'hypervigilance et montre des capacités d'organisation évidentes, ce qui contraste avec l'agitation de sa mère. À l'occasion de mes rencontres avec M^{me} C., Emma a toujours dormi de façon paisible dans son lit. À aucun moment elle ne se réveillera. Son attitude, les bras en chandelier, de chaque côté de la tête, témoigne de son état de détente et de tranquillité.

J'observerai également de nombreux mouvements autour de sa bouche. Emma l'ouvre, sort sa langue, comme pour téter. Plusieurs fois, ce bébé bâillera, indiquant ses possibilités d'accès à la détente et ses capacités de laisser-aller. À l'échelle d'évaluation néonatale de Brazelton (Brazelton et Nugent, 2001), Emma présente un bon tonus lorsqu'elle est manipulée, détendue le reste du temps avec une bonne stabilité générale. L'augmentation de son activité de base sera toujours en lien avec les sollicitations externes. L'activité de ce bébé baisse spontanément dès que la stimulation cesse. Parfois,

les mouvements de son corps et ses mimiques témoignent de tensions. Mais tenue dans les bras, Emma s'apaise immédiatement et s'y détend. Les capacités d'auto-apaisement sont présentes, notamment par des manœuvres main-bouche fréquentes mais sans insertion du ou des doigts. Emma, à l'hôpital, sera rapidement perçue comme un bébé bien organisé, ses rythmes de veille, de sommeil, d'alimentation étant stables. Ce bébé ne pleure en journée que pour signaler sa faim.

Je revois M^{me} C. et Emma, alors âgée de 4 mois. Détendue, madame se souvient de l'ampleur de son stress et de son agitation. M^{me} C. dit et réalise combien sa fille est facile et tranquille. Elle se sent désormais sereine, confortée narcissiquement par ce beau bébé en bonne santé. Nous percevons le plaisir mutuel des échanges et la qualité des interactions.

Discussion

Les malaises d'Emma, ponctuels, correspondent à des spasmes du sanglot, liés à la défaillance du système de régulation propre à l'enfant mais aussi à celui de la mère et de l'environnement. L'observation du comportement de cette maman à l'hôpital est éloquent.

M^{me} C. manifeste à l'évidence un **état de crise** au plan psychique, dont l'origine peut s'expliquer par la succession du nombre important d'événements vécus au cours de la grossesse, y compris la découverte de celle-ci, mais aussi liée certainement à la réactualisation d'événements archaïques infantiles personnels qui ont trait à son passé. Nous savons en effet à quel point « la part bébé du Soi » (Cicone *et al.*, 2012) est réactivée lors du devenir-parent (Belot *et al.*, 2016). Ne pas avoir choisi d'être enceinte a déstabilisé d'emblée et en profondeur les modalités de défense habituelles et s'inscrit dans la perte de contrôle et l'échec de la maîtrise. Nous y reviendrons. La suite de l'histoire nous permet de comprendre combien les malaises d'Emma sont en fait une **symptomatologie d'appoint** (Debray, 1991 ; *ibid.*, 2001) au regard de la tension maternelle et de ses difficultés à les juguler.

Proposer la recherche aux mères m'a questionné sur le renforcement de leur état de surcharge du fait de leur bébé hospitalisé, mais mon écoute auprès d'elles, la présentation de l'échelle de Brazelton et

leurs participations à la recherche leur ont prodigué contenance, écoute et soutien, à côté et en renfort de la prise en charge pluridisciplinaire en pédiatrie. Les mères rencontrées ont toutes bénéficié d'un espace singulier, « rien que pour elles », alors que leur bébé faisait l'objet d'une attention constante en service de pédiatrie. La possibilité de parler au sein de la recherche de leurs vécus, émotions, expériences s'agissant de leurs nouvelles fonctions de mères, qui plus est, avec un bébé qui présentait une expression somatique comme des troubles du sommeil, de la digestion, des pleurs a renforcé la sécurité prodiguée par le service de pédiatrie et l'hospitalisation.

Période post-partum et régulation des excitations

Cette illustration clinique met parfaitement en évidence la situation d'une mère primipare dont l'appareil psychique seul ne réussit plus à réguler les excès d'excitation induits non seulement par les circonstances de la grossesse, son déroulement, les multiples événements de vie qui ont jalonné ce temps : mariage, déménagements, naissance, vol, perte des liens privilégiés... Ils constituent dans la vie de M^{me} C. des éléments majeurs qui ont conduit à la fragilisation de son système pare-excitation, mis à mal ses mécanismes défensifs habituels et favorisé le développement de l'expression somatique ultérieure d'Emma.

Enceinte, le symbole que représente le contenu du sac et la perte de ses papiers d'identité n'est pas banal. Quelle signification ce vol a pu revêtir pour elle ? Il s'agit du vol d'affaires personnelles et intimes qui a pu augmenter un sentiment d'effraction liée à la grossesse, non désirée dans un premier temps. Soulignons que cet événement marque un tournant décisif puisqu'à partir de là, un état dépressif survient et M^{me} C. retourne vivre chez ses parents pour le dernier trimestre de grossesse, soutenue par son mari. Les effets de contenance apportés par ses parents ont favorisé sa réassurance et des bénéfices au plan narcissique. À cette époque, M^{me} C. se voit imposer une limitation de ses déplacements encore plus importante, car le col utérin présente une ouverture et « la cloue au lit ! ». Ses modalités de défense habituelles que sont l'activité et le contrôle sont encore une fois « non utilisables » ; M^{me} C.

« dépérit » : elle ne s'alimente plus, maigrit beaucoup. Mais un « ultime combat » (voire une activité) s'énonce : conserver *in utero* son bébé le plus longtemps possible et éviter la prématurité comme madame me l'a indiqué.

Mécanismes de défense et accès à la position passive

Nous observons combien l'état de « femme enceinte » est en totale inadéquation avec les modalités défensives habituelles de madame et aux antipodes du registre habituel d'être de cette maman. L'état de régression imposé au plan psychique au cours de la grossesse est difficilement accepté par madame, qui réagit par un surcroît d'activité : alors qu'elle venait d'emménager dans une nouvelle ville et enceinte de 6 mois, M^{me} C. « voulait à tout prix » un nouveau travail qu'elle cherchait fébrilement.

Enceinte, nous pensons que M^{me} C. a multiplié ses activités afin de reprendre la maîtrise des événements et diminuer son angoisse. Cette hypothèse semble vérifiée puisqu'au cours du dernier trimestre, M^{me} C., qualifiée de « surmenée », reste allongée, dépérit et se déprime, ne pouvant lutter, comme à son habitude, par l'activité.

Bénéfices de la contenance dans un service de pédiatrie

L'hospitalisation a représenté une contenance particulière et spécifique du fait d'un environnement calme pour l'enfant, attentif et particulièrement bienveillant. Les infirmières puéricultrices, notamment les aides-soignantes, par la qualité régulière des soins apportés, ont pu s'occuper d'Emma et de sa maman avec patience, écoute, étayage et réconfort. Il s'agit d'une contenance particulière qui renvoie à une capacité de rêverie plurielle (About, 1992). Le médecin pédiatre a régulièrement rassuré madame sur la bonne santé de sa fille, sur l'absence de troubles, sur son bon développement. Par ailleurs, la présentation de l'échelle de Brazelton a eu des effets indéniables sur la possibilité chez cette mère de visualiser les compétences de sa fille à tous niveaux. En outre, le service de pédiatrie et ses professionnels ont favorisé l'émergence chez cette mère d'une certaine assurance dans les soins prodigués à son enfant.

Intérêt de la présentation de l'échelle d'évaluation du comportement néonatale de Thomas Berry Brazelton

Cet examen a lieu lorsque Emma est âgée de 1 mois et 21 jours. Elle est hospitalisée depuis dix jours. Dès notre arrivée dans la salle réservée à cette observation, M^{me} C. se précipite pour retirer Emma de son Maxi-Cosi alors que celle-ci dort paisiblement. J'aurai tout juste le temps d'interrompre son geste et de lui expliquer que cette position est parfaite pour démarrer l'observation.

Tout au long de l'observation, M^{me} C. se montrera très intéressée car elle découvre des éléments insoupçonnés chez sa fille : l'étendue de ses compétences, ses possibilités de réaction, et notamment ses aptitudes à entrer en relation avec elle. Ainsi, elle appréciera particulièrement le moment où appelant sa fille par son prénom, celle-ci se détourne franchement pour la regarder. J'aurai également l'opportunité de lui montrer combien Emma est capable de se maintenir dans un état calme, et ce, malgré l'importance des items qui lui sont présentés. La présentation de l'échelle de Brazelton a également montré à la mère qu'Emma avait ses propres capacités de traitement et de régulations.

Se rappelant ce temps d'observation, M^{me} C. restituera à son mari, absent ce jour-là, et sur un ton très enjoué, les éléments insoupçonnés et passionnants découverts au sujet de leur fille et ajoutera : « Tu as tout raté ! » La présentation de l'échelle d'évaluation néonatale de Brazelton a contribué à une meilleure rencontre entre Emma et sa mère, a permis à M^{me} C. de poser un tout autre regard sur sa fille, mais aussi de nouer avec elle une interaction différente, dans le sens d'un partenariat et de la rencontre.

Contenance offerte par le service et ses professionnels

L'hospitalisation, la contenance spécifique et l'attention dispensées à la mère par chaque professionnel du service de pédiatrie (médecins, infirmières puéricultrices, aides-soignantes, médecin) ont permis une réorganisation rapide (comme c'est toujours le cas et en premier lieu chez l'enfant). Certains professionnels ont pu, de prime abord, être « agacés » par cette maman « débordante » qui ne pouvait se calmer, se tranquilliser et faisait souvent irruption dans la chambre d'Emma avec bruit, au risque de

nuire à l'environnement calme et reposant dont sa fille bénéficiait. D'autres professionnels ont été davantage compréhensifs face à l'agitation de cette mère.

Chaque membre de l'équipe a été, chacun à sa mesure, dans son rôle « soignant » vis-à-vis de la dyade mère-enfant. Ceci passe par des faits très concrets, une attention vis-à-vis de cette maman, une demande régulière de ses nouvelles, leurs présences aux côtés d'Emma, leurs sollicitudes et attentions multiples auprès de cette dyade. La bienveillance et l'attention du personnel hospitalier, infirmière puéricultrice, aides-soignantes, agent de service hospitalier (ASH) se lisent à travers les actes du quotidien. Certains peuvent paraître banals, or, une infirmière qui offre de son temps, de sa présence pour demander des nouvelles à la maman, comment la prise du biberon s'est déroulée, comment madame trouve son enfant aujourd'hui ? Lui demander quelles sont ses questions, ses attentes, comment la mère se sent et se porte sont des moments de rencontres intersubjectives particulièrement « détoxifiants » au sens de Bion (1962).

Dans le service de pédiatrie, les infirmières puéricultrices ont été particulièrement attentives aux signaux émis par Emma et à la manière dont sa maman pouvait les décoder et les interpréter. Elles ont parfois réussi à décrypter des signes de fatigue chez Emma permettant à la mère de comprendre qu'elle devait elle-même favoriser l'entrée dans le sommeil de sa fille, être calme dans ses échanges avec elle et non lui procurer des stimulations trop importantes et/ou inadéquates. Elles ont accueilli les questions, la détresse, l'angoisse de M^{me} C. sans être dans des jugements hâtifs, ce qui a permis un apaisement rapide chez elle et la découverte de ses propres capacités d'ajustements dyadiques.

Rapidement, madame a pu me dire son intérêt à me rencontrer et le fait qu'elle avait tissé avec certaines personnes du service des liens qui la rassuraient, des liens de confiance où elle a pu dire et déposer ses angoisses, ses inquiétudes, ses doutes. Ces aspects du soin à autrui sont insuffisamment décrits et peuvent même ne pas apparaître dans le dossier médical et les « cases à remplir » alors qu'ils participent au rétablissement du pare-excitation maternel et à la bonne santé somatopsychique du bébé.

Lorsque les membres du personnel hospitalier offrent du temps aux mères, qu'ils/elles écoutent

avec intérêt ce qui leur est dit, sans plaquer leurs savoirs, sans vouloir éteindre l'angoisse, l'anxiété, cela correspond chez la patiente à un cheminement possible pour elle dans les méandres de ses craintes et dans ses nœuds intrapsychiques. Nous pensons à la capacité de rêverie (Bion, 1962) propre à chacun (y compris bien entendu aux professionnels du soin en général) qui permet d'accueillir et de traiter psychiquement les identifications projectives d'un sujet « en crise », en difficulté comme c'est souvent le cas pour des femmes devenant mères.

De plus, le service de pédiatrie et l'hôpital offrent une contenance à fort pouvoir symbolique. L'hôpital est en effet une institution qui est, de fait, perçue par les usagers comme l'endroit spécifique où la mort est déjouée, où les individus peuvent être sauvés, même *in extremis*.

Contenance spécifique liée au travail de recherche

Il faut signaler également la contenance spécifique qui est issu d'un travail de recherche comme celui réalisé sur l'expression somatique des bébés. Le chercheur en psychologie offre aux mères qu'il rencontre et à leurs bébés une écoute spécifique, une attention, où la fonction pare-excitante et de décodeur-moderateur (Meltzer, 1967) permet des bénéfices non visibles et pourtant aisément repérables qu'il est important de pointer et de mieux connaître.

La contenance propre au chercheur offre un travail de réception particulier des éprouvés archaïques, des angoisses, des mécanismes défensifs comme le déni, le clivage, en attente de symbolisation (Roussillon, 1999). Nous avons observé, au chevet de ce bébé et de cette maman, un travail spécifique de contenance qui offre quasi instantanément un apaisement des tensions et des excitations en présence. Nous savons que la période postnatale est saturée en excitations nouvelles. Elle est une période particulière de profonds remaniements psychiques.

Cette observation souligne à quel point les données qui ont trait au tempérament de l'enfant ne sont pas systématiquement corrélées au comportement de la mère et aux attitudes interactives de celle-ci avec son enfant. Emma, dans un premier temps, a réagi en écho à l'état de crise psychique maternelle mais, accueillie dans un milieu tel que

l'hôpital, moins saturé en excitations, les propres capacités de régulation et d'organisation sont devenues opérantes chez ce bébé. Par ailleurs, il faut souligner pour ce cas la parentalisation plus rapide permise par ce bébé « facile », apaisé plus aisément (contrairement au début de sa vie), confortant sur le plan narcissique sa mère, ses parents dans leur propre sentiment de « bons parents ».

Aide et présence contenante du père

M. C. qui accompagne son épouse lors d'un des entretiens de recherche aura l'opportunité d'apporter des compléments importants ainsi que son avis en général. Il participe à tous les soins quotidiens et n'a jamais manifesté de difficulté à s'occuper de sa fille car lui-même aîné de sa famille, il fut souvent sollicité pour s'occuper de ses jeunes frères et sœurs. M^{me} C. lui fait parfaitement confiance et ne doute pas de ses compétences en la matière.

Si la présence calme et étayante de M. C. n'a pas toujours réussi à contenir la dyade et à abaisser suffisamment le niveau des excitations en présence, indéniablement, ce père a participé, selon ses possibilités, aux régulations des excitations au sein de la triade. Il a réussi à limiter l'intensité des angoisses et sa présence a réduit la décompensation psychique de son épouse. De plus, cette maman a toujours pu compter sur l'étayage procuré par ses propres parents et certains membres de sa fratrie. Cette situation est par ailleurs représentative des réaménagements rapides survenant toujours au début de la vie chez les bébés.

Épilogue

Je revois Emma âgée de 4 mois lors de l'entretien de restitution au domicile des parents. Elle a beaucoup changé. Son visage fin est très expressif. Emma pleure alors légèrement mais immédiatement, M^{me} C. lui met la tétine dans la bouche. Je prétexte vouloir entendre les pleurs de l'enfant afin que la mère lui retire la tétine. Emma pleure alors un peu, puis sourit franchement. La mère, ébahie et agréablement étonnée, appelle immédiatement son mari pour lui montrer ce qui se passe. Je l'aiderai, il me semble, à ce moment-là, à tolérer les pleurs qui correspondent à mon avis à de simples pleurs d'expression. M^{me} C. se souvient à quel point

elle était « stressée » à cette période et a « tout exagéré » selon ses propos. Elle ne souhaite plus penser à cette période et dit conserver un bon souvenir de nos rencontres à l'hôpital.

Très active et tonique dans la succion, Emma boira son biberon en une seule fois, sans pause. La nuit, Emma dort encore dans la chambre de ses parents. Son lit étant disposé à proximité de sa mère. M^{me} C. songe à l'installer dans sa chambre avec interphone mais ne peut encore s'y résoudre, par « sécurité » confie-t-elle. Elle est rassurée par le fait qu'elle a Emma, sa fille « sous les yeux » et confie également avoir beaucoup de plaisir à la regarder. En journée, Emma dort dans sa chambre. Elle imagine que ses inquiétudes perdureront jusqu'au sixième mois de l'enfant car elle nous dit craindre la mort subite du nourrisson. Enfin, M^{me} C. réalise que sa fille est facile et tranquille.

Nous apprendrons ultérieurement qu'Emma a dormi dans la même chambre que ses parents jusqu'à ses 6 mois et qu'elle a continué à grandir parfaitement. Son développement est excellent.

Conclusion

La grossesse et la naissance constituent des événements à hauts risques : les classiques mécanismes défensifs habituellement utilisés non seulement ne suffisent parfois plus à réguler l'économie psychosomatique de la mère mais, au regard de nouvelles configurations psychiques et relationnelles, peuvent tout à fait devenir obsolètes. Dans le temps privilégié de l'après-naissance, la mère s'immerge dans une configuration relationnelle nouvelle et la présence du bébé réactive de plus moult éléments, y compris ceux nécessitant un surcroît d'élaboration psychique. De plus, il s'agit d'un travail d'un décryptage particulièrement fin où pour les parents, réussir à s'ajuster aux matériaux archaïques informés véhiculés et projetés par le bébé est particulièrement difficile.

Le récit clinique détaillé de l'histoire d'Emma et de ses parents met en évidence un état de crise et des difficultés d'ajustement triadiques, une mère « submergée », en difficulté d'adaptation face à un bébé qu'elle ne comprend pas. Le système pare-excitation maternel, lourdement sollicité, parfois dès

l'annonce de la grossesse comme c'est le cas ici, doit être soutenu dans sa fonction. L'étayage que peut offrir l'environnement est essentiel dans l'aménagement et la résolution des tensions en présence. Les soignants ont réussi à tisser une enveloppe protectrice autour de cette triade père-mère-bébé et ont été, chacun à leur manière, sollicités dans leur capacité de rêverie (Bion, 1962) et de détoxification des projections archaïques maternelles.

Le système pare-excitation des professionnels, particulièrement sollicités, s'est avéré contenant face à l'état de crise. L'ensemble du personnel hospitalier est convoqué dans leur qualité d'attention, de bienveillance, de réassurance, d'accompagnement dans la relation mère-bébé pour que les parents restaurent leurs propres fonctions pare-excitantes et pour permettre à ce bébé la résolution de son expression somatique. L'accompagnement pluridisciplinaire a aussi permis que la mère puisse comprendre les signaux de son bébé et s'y ajuster. Cette contenance renvoie à une capacité de rêverie « à plusieurs » et un travail de détoxification des projections archaïques. De même, la présentation de l'échelle de Brazelton a eu des effets indéniables auprès de cette mère qui a découvert des compétences insoupçonnées et insoupçonnables chez son bébé, notamment les propres aptitudes de son bébé à interagir avec elle, qualités et compétences restituées au père du bébé.

La contenance requiert de la part de l'équipe pluridisciplinaire un travail de l'attention spécifique, lui-même favorisé par l'institution hospitalière qui génère elle-même une contenance particulière. Cet article montre la multitude des facteurs qui ont pu précipiter la mère dans un état de crise mais aussi la rapidité des changements.

En maternité, en pédiatrie, dans les unités père-mère-bébé, en protection maternelle infantile (PMI), les professionnels du soin, au sens large, occupent une fonction spécifique de réceptacle face à l'angoisse, la dépression, les identifications projectives multiples déployées par les sujets en difficultés psychiques. Sans le savoir suffisamment, de nombreux professionnels exercent quotidiennement ce type de fonction de decodeur-modérateur (Meltzer, 1967) de ces éléments non contenus et archaïques lors de la naissance.

Abstract

Becoming a parent, particularly in the case of a first child, leads to many difficulties in terms of containment. A state of crisis and a weakened parental containment system can be found, associated with a somatic expression without organic etiology in the baby. This article presents an emblematic case study in a pediatric ward and shows how professionals succeeded in containing the crisis situation. As professionals, the teams become the receptacles of archaic re-actualized materials not formulated by the mother or the father. Specialized support of the baby and its parents by the professionals, in addition to interdisciplinary cooperative work, made it possible to establish an important scaffolding and support function.

Bibliographie

- About E. «Une capacité de rêverie plurielle. Une application des théories de Bion dans un accueil hospitalier pour mères et bébés», *L'Évolution psychiatrique*. 1992; 57 (1): 62-75.
- Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- Bastien V., Braconnier M., de Tychev C. «Dépression postnatale, facteurs de risque et modalités de prévention», *L'Évolution psychiatrique*. Paris, Elsevier; 1999; 64 (2): 289-307.
- Bion W. «Development of Schizophrenic Thought», *The International Journal of Psychoanalysis*. 1956; 37: 344-346.
- Bion W. (1967 [1962]). *A Theory of Thinking. Second Thoughts*, Londres, Heinemann Books, p. 110-119; traduction française, *Une théorie de l'activité de la pensée. Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983, p. 125-135.
- Belot R. A., Maïdi H., Givron S., Arcangelli E. «Dépression maternelle et processus de co-identification mère-bébé. L'archaïque en soi dans la rencontre primordiale», *Annales médico-psychologiques*. 2016; 174: 748-756.
- Belot R. A. «Modifications du système pare-excitation maternelle en pré- et post-partum et expression somatique du bébé. À partir d'une observation, Elise (1 mois 19 jours)», *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2014; 62 (4): 218-225.
- Brazelton T. B., Nugent J. K. (2001). *Échelle de Brazelton. Évaluation du comportement néonatal*, 3e éd., Genève, Médecine & Hygiène.
- Budgayci R., Sasmar T., Tezcan H., et al. «A Cross-Sectional Prevalence Study of Depression at Various Times after Delivery in Mersin Province in Turkey», *Journal of Women's Health*. 2004; 13 (1): 63-68.
- Bydlowski M. (1997). *La Dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF.
- Bydlowski S. «Aléas du développement et construction psychique précoce», *La Psychiatrie de l'enfant*. 2022; 65 (2): 3-6.
- Ciccone A., Bonnefoy C., Calamote E., et al. (2012). *La Part bébé du soi. Approche clinique*. Paris, Dunod, coll. «Inconscient et culture».
- Debray R., Belot R. A. (2008). *La Psychosomatique du bébé*, Paris, PUF.
- Debray R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*, Paris, PUF.
- Debray R. «Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique», *Revue française de psychosomatique*. 1991; 1 (1): 41-57.
- Decroix C., Bucheit S., Colombo M. C., et al. «Accompagnement à la parentalité en protection maternelle et infantile: co-construction de la logique d'intervention PERL», *Santé publique*. 2022; 34 (3): 391-404.
- Delassus J. M. (2014). *La Difficulté d'être mère*. Paris, Dunod.
- Chabrol H., Teissedre F., Saint-Jean M., et al. «Prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude contrôlée», *Devenir*. 2003;15 (1): 5-25.
- Dayan J., Rozenn G.-P. «Prescrire des antipsychotiques en post-partum», *Devenir*. 2011; 23 (1): 69-85.
- de Tychev D., Spitz S., Briançon S., et al. «Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping», *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2004; 52 (5): 261-265.
- Guedeney A., Bungener C., Wildoher D. «Le post-partum blues, revue critique de la littérature», *La Psychiatrie de l'enfant*. 1993; 36 (1): 329-354.
- Houzel D. (2005). *Le Concept d'enveloppe psychique*, Paris, Éditions In Press.
- Houzel D. (1994). «Enveloppe familiale et fonction contenante», in Anzieu D. et al., *Emergences et troubles de la pensée*, Paris, Dunod, p. 27-40.
- Kaës R. (1979). «Introduction à l'analyse transitionnelle», in Kaës R. et al., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.
- Kojayan R., Lévy G., Havasi K., Molénat F. (2016). *Grossesse et souffrance psychique. Précis de nouvelles pratiques*, Montpellier, Sauramps médical, p. 183.
- Blues M., Glangeaud-Freudenthal N., Dugnat M. (2010). *Tremblements de mères. La dépression du post-partum. Le visage caché de la maternité*, Breuille, Éditions l'Instant Présent.
- Molénat F. (2001). *Naissances: pour une éthique de la prévention*, Toulouse, Érès.
- Menzies L. I. (1988). *Containing Anxiety in Institutions. Selected Essays*, Londres, Free Association Books.
- Mellier D. «Souffrances primitives, réseau et travail d'équipe», *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2019; 2 (73): 47-60.
- Meltzer D. (1971). *Le Processus psychanalytique*, Paris, Payot, coll. «Science de l'homme».
- Racamier P. C. (1979). «La maternité psychotique», in *De psychanalyse en psychiatrie*, Paris, Payot, p. 193-242.
- Roussillon R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, coll. «Quadrige».

Correspondance
 Rose-Angélique Belot
 rose-angelique.belot@univ-fcomte.fr
 Claude de Tychev
 claude.de-tychev@univ-lorraine.fr