

*Genèse et enjeux épistémologiques de
la psychologie clinique périnatale**
*Gênese e questões epistemológicas
da psicologia clínica perinatal*
*Genesis and epistemological issues in
perinatal clinical psychology*

Sylvain Missonnier**

Résumé: L'exploration de la genèse récente et des enjeux épistémologiques de la psychologie clinique périnatale impose un rappel de la source matricielle de la psychologie clinique qui se définit par son objet à double face: l'exploration du quotidien de la réalité psychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation sous ses formes individuelle/groupe, «normales»/«pathologiques»; la mise en œuvre pratique de dispositifs de rencontres intersubjectives propices à l'observation contenant de la processualité associative verbale/non verbale, focale/libre et à la mise en sens subjectivante de sa phénoménologie et de ses obstacles conflictuels inhibiteurs et dissociatifs. La méthodologie clinique de cette réalité psychique est inséparable de sa mise en œuvre croisée chez tous les acteurs en présence. Aussi, la première face de l'objet de la psychologie clinique périnatale sera l'exploration du quotidien de la réalité psychique 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 métabolisation de cette amplification de la processualité associative verbale et non verbale (en particulier somatique) inhérente aux transformations biopsychiques de la parentalisation et à son accompagnement professionnel, constitue la deuxième face de l'objet de la psychologie clinique périnatale. La promesse heuristique de la psychologie clinique périnatale est discutée.

Mots clefs: Psychologie clinique. Réalité psychique. Périnatalité. Parentalité.

Resumo: A recente exploração das origens e das questões epistemológicas da psicologia clínica perinatal requer a retomada da fonte matricial da psicologia clínica, que se define por seu objeto de dupla face: a exploração do cotidiano da realidade psíquica consciente/inconsciente, subjetiva/intersubjetiva do sujeito em questão sob as formas individual/grupal, “normais”/“patológicas”;

* Nota dos Editores. Pela primeira vez, em seu percurso editorial, *Cadernos de Psicanálise* (CPRJ) conta com um artigo publicado no seu idioma de origem.

** Paris-França.

a implementação prática de dispositivos de encontros intersubjetivos propícios à observação da processualidade associativa verbal/não verbal, focal/livre e a significação subjetivante de sua fenomenologia e de seus obstáculos conflitivos inibidores ou dissociativos. A metodologia clínica desta realidade psíquica é inseparável da sua implementação no contexto cruzado de todos os atores envolvidos. Da mesma forma, a primeira face do objeto da psicologia clínica perinatal será a exploração do cotidiano da realidade psíquica consciente/inconsciente, subjetiva/intersubjetiva do sujeito em situação de tornar-se (novamente) pai, nascer humano e ser cuidador sob as formas “normais”/“patológicas”, individual, conjugal e grupal. A atenção direcionada à possibilidade de os pais e cuidadores se beneficiarem de ambientes íntimos, privados e institucionais propícios à metabolização desta amplificação da processualidade associativa verbal e não-verbal (somática, em particular) inerente às transformações biopsíquicas da parentalização, bem como ao seu acompanhamento profissional, constitui a segunda face do objeto da psicologia clínica perinatal. A promessa heurística da psicologia clínica perinatal é discutida.

Palavras-chave: Psicologia clínica. Realidade psíquica. Perinatalidade. Parentalidade.

Abstract: *The exploration of the recent genesis and the epistemological issues in perinatal clinical psychology requires a reminder of the matrix source of clinical psychology that is defined by its double-sided object: the exploration of the psychic reality of everyday conscious / unconscious, subjective / intersubjective situation of the subject in its individual / groups “normal” / “pathological” forms ; the practical implementation of intersubjective encounters devices suitable for observing associative processuality, be it verbal / nonverbal, focal / free, and for making sense subjectivating its phenomenology and its inhibiting or dissociative conflicting constraints. The clinical methodology of this psychic reality is inseparable from its implementation in all cross-players. Therefore, the first face of the object of perinatal clinical psychology will be the exploration of daily psychic conscious / unconscious, subjective / intersubjective reality of the subject who is (again) becoming a parent, who is born as human and caregiver, under “normal” / “pathological”, individual, couple and group forms. The second face of the object of the perinatal clinical psychology is the attention to opportunities for parents and caregivers to benefit from intimate, private and institutional environments suitable for metabolizing this amplification of the verbal and nonverbal associative processuality (somatic, in particular) inherent to biopsychic transformations in parentalisation as well as in its professional support. The heuristic promise of perinatal clinical psychology is discussed.*

Keywords: *Clinical psychology. Psychic reality. Perinatality. Parenthood.*

1. La psychologie clinique

À l'aube de son œuvre, Freud a été un des premiers à utiliser l'expression de «psychologie clinique» dans une lettre à W. Fliess (1899) : «Maintenant, la connexion avec la psychologie telle qu'elle se présentait dans les *Études sur l'hystérie* sort du chaos, j'aperçois les relations avec le conflit, la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique».

C'est sans ambiguïté dans la filiation de cette psychologie clinique freudienne d'une vie quotidienne de la *conflictualité psychique* du sujet que se situe cette contribution. D'ailleurs, ce positionnement est en grande cohérence avec l'histoire de la psychologie clinique française. De fait, dans l'hexagone, elle est véritablement née au vingtième siècle de la rencontre de la psychologie scientifique moderne d'inspiration allemande, américaine et de la psychanalyse.

D. Anzieu (1979) résume bien l'affaire : «La conjonction de la psychologie et de la psychanalyse s'est nouée en France dans un contexte particulier, celui de la lutte des psychologues pour acquérir leur autonomie scientifique et pour développer un exercice professionnel indépendant. La psychanalyse est venue à point pour rendre service à la psychologie sur deux plans, celui d'une caution théorique et celui d'un exemple, sinon d'un modèle, de pratique. En retour, la psychologie a servi de véhicule à la propagation de la psychanalyse dans un pays longtemps indifférent ou réticent à son égard.»

Tout au long de sa jeune existence dynamisée par l'aiguillon de la psychanalyse, la psychologie clinique française a été *l'enfant terrible* de la psychologie moderne, science de la psyché, fille de la philosophie de l'âme et de la médecine.

De prime abord, le qualificatif de «clinique» -étymologiquement, au lit du patient- ne présage pas d'un tel tempérament rebelle. Mais à y regarder de plus près, il traduit *à la fois* ses origines classiques et la conquête conflictuelle de son originalité pour prétendre à l'indépendance. D'un côté, l'adjectif «clinique» souligne historiquement son ascendance avec le soin médical et, plus tardivement, psychiatrique. De l'autre, il traduit l'aspiration de la psychologie clinique à *s'autonomiser* de la philosophie et de la médecine dont ses premiers pionniers sont issus. A l'instar de la psychanalyse, son inspiratrice qui transforme le lit de la sémiologie et du diagnostic symptomatique médical en divan du transfert et de la métapsychologie, c'est à travers un travail de «séparation/individuation» (MAHLER, 1975) que la psychologie clinique trouvera son identité : le «chevet» du patient y devient métaphoriquement *l'espace intersubjectif entre le sujet isolé ou en groupe et le psychologue*.

Le qualificatif de «clinique» véhicule alors dans ce contexte des implicites qui méritent d'être précisés. La psychologie est *clinique* car elle :

- met à disposition du sujet un espace/cadre de rencontre potentiellement propice à la mise en sens de la conflictualité consciente et inconsciente inhérente à la vie à partir de la présence attentive d'un autre ;

- parie, dans ces conditions, sur la possible actualisation de ses virtualités réflexives et tente d'en construire un sens partagé des obstacles intrapsychiques et intersubjectifs ;

- se rebelle face aux tentatives récurrentes d'objectivation absolue de la complexité du sujet et de son environnement.

C'est donc bien à travers une mise à l'épreuve concrète technique et éthique d'une *praxis* des mille et une variables de la rencontre individuelle ou groupale que la psychologie légitime son attribut de «clinique». L'immersion dans le processus interactif de la rencontre et l'exploration de sa conflictualité sont les conditions d'émergence de la psychologie *clinique*.

De cette façon, elle s'enracinera dans le paradoxe de la *complexité* infinie de «l'homme total en situation» (SARTRE, 1938). Sa vulnérabilité et sa finitude sont indissociables de sa créativité et de la longévité de ses œuvres ; son originalité individuelle est indissociable de son origine familiale, groupale et culturelle.

D'ailleurs, comme l'humain, la psychologie clinique conquiert son autonomie à travers l'art de la négociation des conflits aux frontières délimitant l'espace de soi et de l'autre. D'une part, il y a, répétons-le, les conflits/alliances épistémologiques avec ses parents -la philosophie et la médecine-. D'autre part, il existe les conflits/alliances avec ses sœurs des sciences humaines et des sciences dures (sciences de la nature) dont les relations fraternelles sont régulièrement mises à l'épreuve et dynamisées par la redistribution des paradigmes interprétatifs dominants physico-mathématiques, médicaux, anthropologiques (structuraliste par exemple), sociologiques, neurobiologiques.

Dans ce contexte épistémologiquement riche de sa complexité, il est opportun de revisiter brièvement plusieurs définitions princeps de la psychologie clinique. Elles s'imposent après-coup comme des mises en relief des différentes pièces du puzzle et des vertus et des vertiges des divers assemblages de sa jeune histoire.

Le parcours singulier de D. Lagache est la première illustration typique de cette constellation scientifique à l'origine de la naissance de la psychologie clinique en France. Il a une triple formation : il devient successivement philosophe, médecin-psychiatre et psychanalyste. Dans un ouvrage au titre évocateur qui fait date (*L'UNITE DE LA PSYCHOLOGIE*, 1949a), il définit la psychologie

clinique comme une discipline permettant de dépasser le conflit entre les psychologies naturalistes (expérimentales) et les psychologies humanistes¹. Plus précisément, cette nouvelle discipline permet, à partir de «convergences remarquables», de positionner dans un «mutuel appui» la méthode expérimentale de la psychologie moderne et la méthodologie qualitative et intuitive de la psychanalyse², dite «ultra-clinique». Cet étayage réciproque permet de réunir selon lui la rigueur expérimentale et les valeurs humanistes dans une même «clinique armée» dont les tests constituent un véritable emblème.

Ce qui singularise globalement pour lui cette interface et donne son unité aux différentes méthodes de la psychologie clinique, c'est son objet : «l'être humain en tant qu'il est porteur d'un problème mal résolu» inhérent à «la vie en général : la vie étant une succession de conflits, d'essais et d'erreurs, de désadaptations et de réadaptations : le problème essentiel de la psychologie et de la biologie, c'est l'adaptation, c'est à dire le conflit et la résolution de conflit» (1949b).

Pour Lagache, le psychologue clinicien, fort de sa transversalité épistémologique se centrera sur la «conduite» humaine *adaptée* ou *inadaptée*. Dans ce large champ, «la psychanalyse est une forme de psychologie clinique et de psychothérapie que spécifie notamment l'étude du transfert.»

Cette politique d'ouverture aux frontières et à l'intérieur même de la psychologie clinique s'inscrit rétrospectivement dans l'histoire comme une intention assurément louable. Néanmoins, force est de constater rétrospectivement, qu'elle ne garantit *a priori* aucune issue favorable. De fait, elle débouche aujourd'hui, tour à tour, sur des confirmations avec de fécondes synergies entre disciplines (par exemple, les débats «neuropsychanalytiques» actuels entre cognitivistes et cliniciens se référant à la psychanalyse) *mais aussi* sur de cuisants démentis avec l'instauration de nouvelles lignes de clivage opiniâtres (par exemple, entre les psychologues cliniciens se référant à la classification diagnostique américaine du DSM IV et ceux qui ont recours à une psychopathologie psychanalytique).

Un commentateur éclairé, R. Samacher (1998) donne après-coup une interprétation possible de ce devenir incertain d'une telle conception unitaire de la psychologie clinique : «Au nom de la science psychologique, Lagache scotomise le tranchant que la psychanalyse prête à la psychologie clinique et mécon-

¹ La psychologie humaniste est centrée non pas sur la conduite observée mais sur l'existence vécue. (LAGACHE, 1949a).

² Mais aussi de la psychologie médicale, de la *Gestalt* et de la phénoménologie.

nait la dimension inconsciente dégagée par la psychanalyse au profit d'une fonction de synthèse qui a pour visée première : l'adaptation.» À l'époque, la polémique entre Lagache proche de *l'ego psychology* américaine et J. Lacan dénonçant cette récupération idéologique au profit de l'adaptation, cristallisera ce différent. De cette première enfance de la psychologie clinique, retenons, *a minima*, le poids déterminant dans son identité et sa trajectoire de ses relations frontalières avec la psychanalyse.

Dans un esprit en continuité avec D. Lagache, H. Piéron (philosophe, médecin, psychologue expérimentaliste dénonçant les données de l'introspection) définira ainsi en 1951 la Psychologie clinique dans son célèbre *Vocabulaire de la psychologie* : «Science de la conduite humaine, fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie de cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle des groupes. Concrète dans sa base, et complétant les méthodes expérimentales d'investigation, elle est susceptible de fonder des généralisations variables.»

Certes, cette formulation prête aussi le flanc de la critique d'une psychologie clinique à visée adaptative, antinomique de la psychanalyse, mais elle est aussi riche de ses élargissements au normal et au pathologique (déjà souligné par Lagache) et, de manière plus originale, à *l'individu et au groupe*.

Une décennie plus tard, J. Favez-Boutonier (philosophe, médecin, psychanalyste) va proposer une autre vision de la «psychologie générale clinique» à l'égard de laquelle nous ne cacherons pas notre grande proximité. En se référant nettement à la phénoménologie, elle y met un accent particulier sur les notions de *subjectivité* et *d'intersubjectivité*. Lectrice attentive de la *Phénoménologie de la perception* de M. Merleau Ponty (1945), elle considère dans son cours emblématique de *Psychologie clinique* (1959) que dans la rencontre avec un sujet «il faut tenir compte de tout ce qui intervient dans l'existence du sujet en tant que sujet, de tout ce qui est subjectif au sens habituel du mot (tout ce le sujet pense, tout ce qu'il sent, tout ce qu'il éprouve, toutes les expériences qu'il peut faire dans sa vie), tout cela a sa place dans la connaissance que nous cherchons à en avoir.» Mais pour que cette subjectivité soit partageable, la rencontre clinique est nécessaire : «Ce n'est que dans sa relation avec d'autres sujets que le sujet se saisit comme sujet, ainsi la subjectivité n'a pas de sens en dehors de l'intersubjectivité.»

Dans cet espace de rencontre, *l'historicisation* du sujet constituera un passage obligé : «envisager la psychologie dans une perspective dynamique, c'est considérer la vie humaine comme une histoire...». Au delà d'une simple anamnèse qui réduit l'individu passif à une vision médicale, il s'agit d'envisager un travail biographique du temps propre de la subjectivation du sujet.

Favez-Boutonier plaidera en faveur d'une «clinique aux mains nues» dans une situation «d'implication réciproque» qui s'oppose à la «clinique armée» de Lagache et prend plus nettement ses distances avec le modèle médical au profit d'une forte affinité avec la psychanalyse.

Plus récemment (1997), le psychologue clinicien et psychanalyste R. Peron, a proposé une définition dans cette même direction d'une psychologie clinique à la fois référée à la psychanalyse et épistémologiquement ouverte. Elle s'impose comme un bon compromis en s'appuyant sur deux notions clefs très génériques -la *personne* et ses *transformations* internes et externes- et un paradigme scientifique pertinent : la théorie générale des systèmes. «La psychologie clinique se donne pour but d'expliquer les processus psychiques de transformation dont la personne est le siège. La personne est un système, une structure régie par des lois d'autorégulation, par le jeu des régulations synchroniques et diachroniques.» Déclinée pour le normal et le pathologique, le sujet seul ou en groupe, la psychologie clinique se donne ici pour objet les processus de *transformation*.

Cette focalisation sur les transformations a le grand mérite d'être compatible avec la processualité humaine. À l'image des couleurs du ciel qui ne sont jamais identiques, le sujet biopsychique humain est en perpétuelle mutation interne et externe à travers ses interactions avec son environnement humain et non-humain. Là où un cadre théorico-clinique «photographique» viendrait figer la mobilité systémique humaine, une observation clinique «cinématographique» permet de relever le défi d'établir une historicisation biographique de sa constante mobilité subjective et intersubjective.

Cette processualité est une caractéristique essentielle de la réalité psychique dans sa partition consciente et inconsciente. La mise en œuvre d'un cadre qui soit compatible avec l'accueil et le déploiement de cette processualité sera donc une condition *sine qua non* de la psychologie clinique ainsi définie.

Le psychologue clinicien et psychanalyste R. Roussillon (2008, 2009) nous donne l'occasion d'aller plus loin dans cette direction à laquelle nous adhérons. Considérant l'homéostasie associativité/inhibition comme marqueur princeps de cette processualité, il la défend comme axe majeur du fonctionnement humain en général et, plus spécifiquement, comme dénominateur commun des divers dispositifs cliniques psychanalytiques. Dans ce contexte, le qualificatif de «clinique» se réfère à «la mise au chevet des processus associatifs» (2008) présents dans des *narratifs verbaux et non verbaux*. *La méthode clinique vise ici l'accueil, le déploiement et la subjectivation par le sujet des différents niveaux conscient et inconscient de cette potentialité associative et de ses obstacles inhibi-*

teurs. Elle repose sur «la disposition d'esprit du praticien qui place le vertex de la réalité psychique et des processus de sa transformation symbolisante en son centre à partir d'une méthode basée sur l'associativité des processus psychiques» (2008). La «neutralité» du clinicien coïncide ici avec une tentative de suspension des relations de pouvoir et de censure.

Les «dispositifs praticiens» seront alors conçus comme favorisant tout ou partie du fonctionnement associatif. Ils seront aux extrêmes promoteurs d'une associativité «focalisée» (par exemple sur des tests projectifs ou un entretien semi-directif) ou non (la règle d'association libre dans la cure-type). Comme le montre bien Roussillon (2009), Freud, prenant ses distances avec l'hypnose et la suggestion, a techniquement cheminé d'une association directement focalisée par lui sur les fragments de rêve, les symptômes du patient... (*Etudes sur l'hystérie*, 1895) à une association libre (*L'homme aux rats*, 1907) qui s'imposera *in fine* comme «règle fondamentale» *La psychanalyse* (1909). Son propre parcours technique d'analyste, remarque Roussillon, suit la même trajectoire que celle de biens des analysants qui débutent la cure avec des associations centrées sur «l'ordre du jour» (FREUD, 1895), pour aller ensuite vers une plus grande liberté associative.

En se ralliant à l'étendard des pratiques psychanalytiques de la processualité associative verbale et non verbale, nous croyons fermement que la psychologie clinique trouve une colonne vertébrale à la fois structurante et souple. Celle-ci a alors la double vertu d'être à l'abri des visées d'une *adaptation des conduites* (LAGACHE, PIERON) et d'ancrer fermement son épistémologie dans la casuistique métapsychologique sans pour autant exclure *a priori* des éléments théorico-cliniques exogènes favorables à la conquête individuelle ou groupale de l'associativité et de l'analyse de ses obstacles inhibiteurs et dissociatifs.

Enfin, elle permet de se dégager des pesanteurs d'une ligne de front belliqueuse et source de bien des clivages entre psychologie clinique «aux mains nues» et psychologie clinique «armée». Dans la mesure où elle n'alimente pas les confusions (manipulations ?) intégrationnistes et où elle reste éthiquement très vigilante dans la mise en place du soin et de son consentement mutuellement éclairé, la psychologie clinique telle qu'elle émerge à l'issue de ce survol, peut bénéficier de cette bipolarité interne des positions naturaliste et humaniste à l'image du débat actuel entre la psychologie cognitive et la psychologie clinique psychanalytique.

Elle se rassemble alors autour d'un objet commun (l'associativité/inhibition-dissociation comme «marqueur» privilège de la réalité psychique), d'une méthodologie partagée (sa subjectivation dans un cadre intersubjectif) et de

dispositifs pluriels mais dont les divers cadres possèdent un dénominateur commun (la variable associativité focale/associativité libre).

Il est maintenant temps de se risquer à une formulation de notre conception de la psychologie clinique psychanalytique qui s'appropriera ce que nous croyons être l'héritage heuristique de cette jeune histoire et qui nous servira de fondation pour définir la psychologie clinique périnatale.

La psychologie clinique se définit par son objet à double face :

- *l'exploration du quotidien de la réalité psychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation sous ses formes individuelle/groupe, «normales»/«pathologiques» ;*

- *la mise en œuvre pratique de dispositifs de rencontres intersubjectives propices à l'observation contenant de la processualité associative verbale/non verbale, focale/libre et à la mise en sens subjectivante de sa phénoménologie et de ses obstacles conflictuels inhibiteurs et dissociatifs.*

La méthodologie clinique de cette réalité psychique est inséparable de sa mise en œuvre croisée chez tous les acteurs en présence : c'est la rencontre intersubjective et ses effets réciproques qui rend possible l'exploration du virtuel associatif et l'actualisation signifiante de ses contenus.

Bien sûr, cette définition de la psychologie clinique est en l'état trop abstraite et générique. C'est un squelette qui, pour prendre chair, doit s'enrichir d'une constante réflexion éthique et de multiples déclinaisons détaillées selon des dispositifs multiples (diagnostic, bilan, orientation, psychothérapies individuelles et groupales, supervision, expertise...), insérés dans des grands domaines classiques d'intervention du psychologue clinicien : la médecine, la psychiatrie, l'éducation et la formation, le travail, la justice, l'institutionnel et le libéral... indissociables de leur contexte culturel spécifique.

Pour autant, cette tentative de définition brigue trois qualités décisives :

- mettre clairement en exergue ses «valeurs» épistémologiques cardinales ;
 - être intrinsèquement ouverte à *l'interdisciplinarité* afin que les différentes spécialités du soin puissent s'approprier cette définition de la psychologie clinique et l'enrichir de ses singularités et de son expérience critique. Si la psychologie clinique est le monopole corporatiste des seuls psychologues cliniciens, elle trahit le fondement de son *identité métis*, véritablement «sang mêlé» dont le permanent travail de transitionnalité des pratiques et des théories plurielles est constitutive de son histoire ;

- offrir un cadrage suffisant pour engager maintenant sa conjugaison approfondie sur le terrain *interdisciplinaire* de la clinique périnatale.

2. La psychologie clinique périnatale

En résonance avec cette définition de la psychologie clinique, la période de la périnatalité *revendique être une fenêtre ouverte sur la réalité psychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet en situation de (re)devenir parent et de naître humain.*

Le processus de parentalité périnatal correspond à *une amplification singulière des transformations biopsychiques et des processus d'associativité/inhibition-dissociation inhérents. 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 parentalisation met en exergue transitoirement des éléments typiques de la structure et des contenus de la réalité psychique du sujet. M. Bydlowski (1991), 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 relative³ de ses mises en sens n'est qu'une potentialité qui sera justement, de fait, confirmée ou non. La majoration de l'associativité inhérente au vécu périnatal ne correspondra à des opportunités subjectivantes que dans la mesure où les dispositifs internes et externes de l'appareil psychique du sujet, de ses espaces intersubjectifs conjugal, familial, professionnel, et liés au suivi médico-psycho-social périnatal (maternité, néonatalogie, pédiatrie, PMI, lieux d'accueil, libéraux, réseaux périnatals...) seront ou non propices à sa contenance élaborative. La contrainte de cette 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 psychique 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.

³ Le terme de «transparence» risque de véhiculer l'illusion d'une transparence totale. Une telle chimère méconnaîtrait l'irréductible inconscient tant de la parturiente que de ses interlocuteurs.

L'attention envers les possibilités des parents et des soignants à bénéficier de cadres intimes, privés et institutionnels propices à la métabolisation de cette amplification de la processualité associative verbale et non verbale (en particulier somatique) inhérente aux transformations biopsychiques de la parentalisation 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 stimulation *tout venant* des potentialités de métabolisation de cette associativité verbale/non verbale correspond aux stratégies de *prévention médico-psycho-sociale primaire* de la psychologie clinique périnatale. Elle n'a de sens et d'existence effective que dans l'*interdisciplinarité* collégialement élaborée.

Avec une territorialité commune essentielle avec la prévention primaire, la *prévention secondaire* désigne la mise à disposition de dispositifs de rencontres intersubjectives pour des parents et des soignants habités par des obstacles inhibiteurs-dissociatifs muselant la métabolisation de la processualité associative verbale/non verbale et à la mise en sens subjectivante de sa phénoménologie.

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 (MISSONNIER, 2003). En réponse aux singularités de cette prévention parentale spontanée, la prévention institutionnelle tentera d'être «sur mesure». Elle s'inscrira dans une filiation humaniste en proposant 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.

2.1 Fondations épistémologiques de la psychologie clinique périnatale

La psychologie clinique périnatale est donc centrée sur les multiples avatars psychologiques et psychopathologiques de la rencontre du «naître humain», du «devenir parent» et de «l'être soignant».

Elle réunit la *psychologie périnatale* et la *psychopathologie périnatale*. La première étudie la diversité des formalisations tempérées (mais de fortes amplitudes) du processus d'accordage entre la genèse d'un sujet et le processus de parentalité qui l'accompagne. La *psychopathologie périnatale* en dégage les partitions pathologiques que la psychiatrie périnatale -au sens strict- se proposera d'envisager en termes de prévention et de soins. L'ethnopsychiatrie périnatale (MORO et coll., 1989) s'interroge sur la valence culturelle de la dysharmonie en présence et sa place dans une réponse thérapeutique opportune.

La psychologie clinique périnatale actuelle est née récemment d'une pratique clinique interdisciplinaire où la psychiatrie de la puerpéralité joue un rôle essentiel. Son histoire est le meilleur guide pour comprendre les enjeux actuels de la psychologie clinique périnatale.

2.1.1 Genèse

Avec J.E. Esquirol (1819) puis son élève L. Marcé (1858) la psychiatrie française a été initialement novatrice dans l'affirmation de la spécificité psychique de la puerpéralité (COCO et MAZET, 1998). Mais ce n'est que récemment, essentiellement en Angleterre dans les années cinquante, que la psychiatrie périnatale est née en tant que pratique institutionnelle (SUTTER et BOURGEOIS, 1996). Après quelques expériences pionnières, la première unité d'hospitalisation mère-enfant a été ouverte en 1959 au *Banstead Hospital* au Royaume Uni à l'initiative de psychiatres d'adultes. C'est d'emblée la volonté de ne pas séparer des mères présentant une pathologie psychiatrique de leur nouveau-né qui motive cette formalisation institutionnelle. Avec une population de mères psychotiques, Ba-

ker et son équipe, dès 1961, donnent des résultats rétrospectifs encourageants sur le devenir des dyades non séparées en comparaison des dyades séparées à la naissance. Depuis, le dynamisme de la psychiatrie périnatale anglaise ne s'est pas démenti. Il suffit, pour s'en convaincre, d'évoquer les activités de la Société Marcé, la création de la première chaire de psychiatrie périnatale par Kumar à Londres, ou encore les travaux de l'éco-sais Cox (1994), auteur d'une célèbre échelle destinée au repérage de la dépression maternelle post-partum (EPDS), traduite en français (GUEDENEY, N. *et al.*, 1995).

En France, c'est Racamier qui le premier organise des hospitalisations mère-bébé à l'hôpital psychiatrique de Prémontré dans l'Aisne. Son concept de maternalité inaugure la réflexion francophone sur le processus psychique du «devenir mère». Ce n'est pourtant qu'en 1979, à l'Hôpital intercommunal de Créteil, que la première unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé s'ouvre en France. Il existe actuellement vingt unités d'hospitalisation temps-plein et 11 unités de jour⁴. La première rencontre nationale des différentes équipes psychiatriques proposant des hospitalisations conjointes s'est tenue à Créteil les 29 et 30 janvier 1993.

Les contributions de A.L. Sutter, M. Bourgeois (1996) et M. Dugnat et coll. (1996, 1999) donnent un bon aperçu du cadre de ces unités. Elles sont au départ définies pour accueillir des dyades dont la mère présente soit une pathologie aiguë bruyante du post-partum dans sa double polarité délirante (1 à 3 psychoses puerpérales pour 1000 naissances) et dépressive (10 à 15 % des parturientes) soit une pathologie psychiatrique antérieure ou des troubles graves de la personnalité. Sont aussi hospitalisées avec le bébé, des jeunes femmes, sans antécédents psychiatriques, rencontrant de grandes difficultés pour construire leur identité de mère et instaurer un lien d'attachement propice au développement infantile.

La psychiatrie périnatale s'est forgée autour de la clinique des troubles psychotiques, dépressifs, anxieux et du risque suicidaire chez la femme enceinte et en post-partum. Aujourd'hui, tout en restant fidèle à ce fil rouge princeps, elle élargit notablement son spectre dans une perspective de large prévention. La psychiatrie périnatale ne peut plus se contenter d'appréhender les seuls troubles psychopathologiques bruyants. Elle s'ouvre à la diversité des dysfonctionnements de la parentalité -des plus masqués aux plus explicites ; des plus légers aux plus lourds-. Cet élargissement est notamment le fruit d'une incessante interaction entre psychiatres d'enfants et d'adultes et psychologues impliqués dans la clinique interdisciplinaire en périnatalité.

⁴ <http://www.marce-francophone.asso.fr/meresenfant/adresses.htm>.

La psychologie clinique périnatale est une co-construction entre spécialistes du soma et de la psyché. Chez ces derniers, l'expérience partagée quotidiennement entre psychiatres et psychologues cliniciens impliqués dans l'animation des stratégies de prévention primaire et secondaire en périnatalité joue un rôle essentiel. Il est intéressant d'observer à ce sujet combien la clinique périnatale est une zone de grande créativité mutuelle entre psychiatres (d'enfants, d'adultes) et psychologues ce qui contraste nettement avec d'autres secteurs de la santé mentale !

2.1.2 Fondations théoriques de la psychologie clinique périnatale

Dans l'hexagone, la psychologie et la psychopathologie du très jeune enfant ont joué un rôle moteur dans la revendication identitaire de ce nouveau domaine. A l'interface de l'observation expérimentale et psychanalytique du bébé, la clinique de la première enfance s'est progressivement ouverte à la complexité de l'émergence de la psyché et de l'intersubjectivité. Le nouvel éclairage de la théorie de l'attachement de J. Bowlby (1969, 1973, 1986) et de ses successeurs, la remise en cause de l'indifférenciation primaire soi/autre du nouveau-né (STERN, 1989) et la prise de conscience capitale de la dimension interactive de son développement biopsychique postnatal entraînent un questionnement novateur sur son épigénèse périnatale.

Dans cette lignée, la psychopathologie périnatale francophone actuelle réunit, dans un espace référentiel original, les apports de la «psychanalyse développementale» (TYSON, P. et TYSON, R.L., 1996) du bébé et des recherches sur le processus de parentalité et ses troubles.

a) La psychanalyse développementale se situe au point de rencontre des travaux sur la genèse et les dysfonctionnements : des compétences du fœtus/bébé (BRAZELTON, 1989) et de leurs épigénèse interactive (COSNIER, 1984), de la relation d'objet et des liens d'attachement (GOLSE, 1999, 2006), de l'émergence du soi et de l'intersubjectivité (STERN, 1989 ; TREVARTHEN, 1993a, 1993b, 2007), de l'interaction fantasmatique parents/bébé (KREISLER et CRAMER, 1981 ; LEBOVICI ; STOLERU, 1983) et sa transmission inter et transgénérationnelle (LEBOVICI, 1994), de la triadification (FIVAZ-DEPEURSINGE et coll., 1995), du fonctionnement psychosomatique du nourrisson (KREISLER, 1992...).

b) Dans la lignée théorique des travaux anglophones fondateurs de H. Deutsch (1949), T. Benedek (1951), G. Bibring et coll. (1961) et D.W. Winnicott (1969), l'approche psychanalytique de la parentalité occupe une place centrale (MISSONNIER, 2003).

2.1.3 De l'influence de quelques pionniers

La psychologie clinique périnatale française a une dette importante à l'égard de cliniciens, au départ isolés, mais dont les actions innovantes ont ouvert des chemins devenus depuis emblématiques. De fait, l'identité actuelle de cette pratique est à situer dans la filiation des travaux des premiers psychanalystes intervenant d'abord en pédiatrie puis, ensuite, en maternité et en néonatalogie.

C'est G. Raimbault qui inaugure cette voie dans les années 60. Le Pr P. Royer, qui dirigeait à l'Hôpital des Enfants Malades le service de pédiatrie néphrologique, lui demande de rejoindre son équipe. Cette collaboration, radicalement originale à l'époque, a abouti à la création de la première unité de recherche incluant des psychanalystes et des sociologues. La «clinique du réel» (RAIMBAULT, 1982) est née de cette rencontre de la psychanalyse et du médical pédiatrique.

Force est de constater combien la thématique de la mort de l'enfant est ici une diagonale institutionnelle et épistémologique dynamique. C'est la mort «prématurée» des enfants leucémiques qui conduit le Pr P. Royer à convier G. Raimbault (1985) dans son service. C'est encore la mort qui sera souvent décisive pour initier une réflexion psychologique interdisciplinaire en maternité et en pédiatrie.

En néonatalogie dans les années 80, M. Soulé (1984) à l'Institut de Puériculture explora «Les souhaits de mort en pédiatrie du nouveau-né». En maternité, la prise de conscience des ravages psychosociaux méconnus du deuil a insufflé une lente mais sûre modification des pratiques à partir des années 90 (DUMOULIN ; VALAT, 1997).

Mais la défense d'une réflexion clinique psychodynamique à la maternité a démarré en France une dizaine d'années auparavant avec notamment les travaux *interdisciplinaires* de la psychanalyste M. Bydlowski à Clamart dans l'équipe du Pr E. Papiernik (BYDLOWSKI ; RAOUL-DUVAL, 1978 ; BYDLOWSKI et CAMUS, 1988). De son côté, la psychanalyste C. Druon (1989) dans le service de médecine néonatale du Pr J.P. Relier à Port-Royal a adapté la méthode d'observation d'E. Bick (HAAG, M. ; HAAG, G., 1995) à la néonatalogie.

In fine, la réussite locale de ces pratiques innovantes et la diffusion des travaux, en témoignant via les publications et les congrès, vont constituer des points d'ancrage solides en faveur d'une prise de conscience de la nécessité d'une réflexion hexagonale sur une psychologie clinique périnatale cohérente.

3. Identité, frontières et intersections: une pratique préventive interdisciplinaire et en réseau

La psychologie clinique périnatale est 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.

Comme le montre bien son histoire, la psychologie clinique périnatale est issue d'une collaboration entre divers spécialistes réunis autour des parents et du fœtus/bébé. Elle n'est pas élaborée par les seuls spécialistes de la psyché (psychiatres, psychologues) mais bien, par un ensemble d'acteurs professionnels de formations distinctes.

Face à la mère, au père, au fœtus/bébé, l'amnèse 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...

L'interdisciplinarité -souvent dans sa féconde conflictualité (MISSIONNIER, 2009a)- est certainement d'un dynamisme très sûr pour s'engager dans cette voie de la continuité périnatale. La collaboration «somaticiens»/psychologues-psychiatres dans les équipes (mais aussi en libéral) offre une promesse d'unité si elle matérialise une orientation préventive commune. Cette collaboration ne signifie nullement sous-traitance aux «psys» de la part des «somaticiens» de tout ce qui touche au relationnel, à l'affectif et au traumatique. *A contrario*, 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 (type groupe Balint) seront la base de la métabolisation quotidienne des ondes de choc de la vulnérabilité en présence. En proposant, sans l'imposer, une interrogation plus ou moins formalisée sur le vécu des soignants, ce partage pluridisciplinaire permet d'y mettre du sens et de lutter contre l'inertie opératoire défensive du dualisme corps/esprit que le scientisme ambiant et des formations biaisées 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.

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 pluridisciplinaire 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.

4. 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, se tiendront à l'abri de la menace médicale insistante d'une protocolisation «prêt à porter», d'une logique préventive aliénante prédictive scientifique 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 les stratégies de santé publique d'une société étatisée pour devancer et accompagner les risques bio-psychiques 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» en périnatal 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'Eros et Thanatos.

4.1 Naissance de la prévention précoce

Selon les pionniers, M. Soulé et J. Noël (1989), le travail préventif auprès des familles «s'appuie sur trois idées forces : la notion de précocité, la prise en considération des règles de l'hygiène mentale infantile et la transdisciplinarité⁵, c'est à dire le mode de participation de tous les opérateurs médico-psychosociaux qui interviennent pour quelque raison que ce soit auprès des familles».

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 notions basiques sont indissociables de celles de risques et de vulnérabilité. Le risque évoque «l'incertitude de l'issue de la confrontation de l'enfant avec un stress environnemental ou intérieur» (SOULE ; NOËL, 1985) - et de vulnérabilité : «devant le même risque tous les enfants ne présentent pas finalement les mêmes troubles (...) les facteurs personnels jouent un rôle considérable et constituent ainsi une vulnérabilité plus ou moins grande».

La notion de vulnérabilité (ANTHONY et coll., 1980) illustre le fait que différentes personnes devant un risque donné ne présentent pas les mêmes troubles. La vulnérabilité 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. Cette idée trouve aujourd'hui avec le concept de résilience un essor qui mérite une analyse critique attentive. (CYRULNIK, 2000, 2001 ; MISSONNIER, 2007).

Mais, plus encore, c'est la confrontation avec les notions d'indicateur de risque et d'émergence de la demande masquée qui sera la plus féconde et qui pourra plaider en faveur d'une perspective convergente naturelle entre prévention médico-psycho-sociale et accueil conjoint parents ou substituts/enfant. «(...) Derrière les demandes ponctuelles», expliquent Soulé et Noël, apparaissent des situations ou des modes de comportement chez les parents ou les enfants dont l'expérience montre que l'entourage de l'enfant éprouve des difficultés à intégrer à la fois les exigences de ce dernier, les leurs propres et les contraintes sociales. Il s'agit donc en fait de conduites inadéquates, conventionnelles ou inadaptées.

⁵ Nous préférons le terme d'interdisciplinarité. A l'instar de la transmission générationnelle qui a été cliniquement décrite par E. Grangeon comme transgénérationnel et intergénérationnelle, la collaboration « inter » renvoie globalement à des échanges mutuels dont la nécessaire conflictualité sera source de débats symboligènes et d'accordages alors que la collaboration « trans » évoquera à l'inverse une relation dissymétriques bénéficiant peu ou pas d'une élaboration de ses antagonismes frontaliers.

C'est en cela qu'elles ont valeur de «clignotants» (SOULE et NOËL, 1985). La perception de ces clignotants explicites et implicites passe par la reconnaissance de la multiplicité des modalités d'expression de la souffrance psychosociale.

In fine, insistent ces auteurs, quand on parle d'indicateurs de risque, de «clignotants» et de demande masquée, 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. 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 rappelle 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» (SOULE et NOËL, 1985).

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 mais qu'il est primordial de ne pas 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» (SOULE et NOËL, 1985).

4.2 Critique de la raison préventive : de la suspicion la prévenance mutuellement éclairé

Dans un ouvrage sur la prévention en périnatalité qui témoigne d'une réflexion théorique, clinique et éthique d'une grande maturité, F. Molénat (2001), 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 F. 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 mentale⁶ périnatale qui place «l'usager au centre d'un dispositif à rénover⁷ ».

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 actuellement un terrain réflexif novateur et prometteur en ce sens (GOSME-SEGURET et coll., 2004).

Au crépuscule d'un siècle marqué par le triomphe de la médicalisation synonyme, en France, 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, 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 désinstitutionalisation 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

⁶ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, Rapport des Docteurs E. Piel et J.L. Roelandt : « De la psychiatrie vers la santé mentale ». Remis en juillet 2001.

⁷ Ministère 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.

procédures coutumières à la maternité sont-elles l'objet d'un authentique consentement *mutuellement éclairé*, gage d'efficacité symbolique (MISSONNIER, 2009)?

5. La psychologie clinique périnatale: une prometteuse potentialité heuristique !

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 dans l'hexagone. Même si des moyens accrus ont été accordés à la prévention médico-psycho-sociale en périnatalité, elle mériterait aussi une adhésion plus franche 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 s'inscrire dans un cheminement épistémologique ouvert résolument interdisciplinaire et dynamisé par la recherche, 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 deux 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 cette contribution, je voudrais me focaliser sur les racines de la force heuristique de cette clinique de l'origine. Elle 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 introductif des thématiques princeps:

- La conflictualité du travail interdisciplinaire 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 post-

natal) 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 réviviscence des conflits 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 (MISSONNIER, 2009).

- 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/foetus/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 pelures d'oignon 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.

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 (1999) a nommé «l'appareil psychique groupal» qui «accomplit un travail psychique particulier : produire et traiter 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.

L'unité en présence sur la scène de la clinique de l'origine est celle classique, de la tragédie, une dans sa temporalité, sa géographie et son action. Or, face à la potentialité du tragique à «exciter la terreur ou la pitié» (Le Petit Robert, 1993, p. 2285), il semble qu'un de nos mécanismes de défense les plus spontanés, en tant que membre de l'équipe de maternité ou de chercheur, soit celui de l'isolation qui consiste en l'occurrence à se centrer sur les seules réactions des récepteurs des annonces sans souci des attitudes et du vécu des émetteurs, c'est à dire de nous-mêmes. L'enjeu de la prise de conscience de cette position protectrice est primordiale car elle permet de jeter les bases d'un territoire commun interactif et empathique entre interlocuteurs, tous acteurs à des places distinctes, d'une même tragédie, une «situation où l'homme prend douloureusement conscience d'un destin ou d'une fatalité qui pèse sur sa vie,

sa nature ou sa condition même» (*Le Petit Robert*, 1993, p. 2285). Destin ou fatalité, voilà bien résumées les issues possibles de cette représentation collective qui aboutira, selon, à un oracle prédictif condamnant l'auditoire impuisant à l'inexorable morbide (*fatum*), ou, au contraire, ouvrant sur une révélation synonyme de récits et de projets (*destinatum*) porteur d'anticipation et de vie.

Corne d'abondance trônant au firmament de l'étalage culturel, l'institution Maternité enfante, *in fine*, 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, prématurité, annonce de handicap, violences institutionnelles, détresse psychosociale...), le contraste est parfois abyssal.

Au cœur de l'intrication d'Éros et de Thanatos, la clinique périnatale met en scène spectaculairement la rencontre de nos forces vives, notre *créativité* avec le vertige de notre *vulnérabilité*. La psychologie clinique périnatale relève le défi d'explorer la réalité somato-psychique de cette scénographie individuelle et collective et d'en soutenir la symbolisation à travers des dispositifs pertinents. Un sacré chantier !

Autor

Sylvain Missonnier. Psicanalista, membro da Sociedade Psicanalítica de Paris-SPP (Paris-França), coordenador do Laboratório Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (PCPP EA4056), do curso de Pós-graduação Cognition, comportement, conduites humaines (ED2616) da Université Paris Descartes Sorbonne (Paris-França), prof. de Psicologia Clínica da Perinatalidade da Université Paris Descartes Sorbonne (Paris-França). Email: syl@carnetpsy.com . Site internet : www.rap5.org.

Tramitação

Recebido em 19/01/2016

Aprovado em 11/05/2016

Referências

ANTHONY, E.J. ; CHILAND, C. ; KOUPERNIK, C. *L'enfant dans sa famille*. Paris: PUF, 1980.

- ANZIEU D. La psychanalyse au service de la psychologie. *Nouvelle revue de la psychanalyse. Regards sur la psychanalyse en France*, 20, p. 59-75, 1979.
- BENEDEK, T. Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, p. 389-417, 1959.
- BIBRING, G. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic study of the child*, v. 16, n. 9, 1959.
- BOWLBY, J. L'attachement. In: _____. *Attachement et perte*. Paris: PUF, 1978. v. 1. _____. *La séparation, angoisse et colère*, vol 2. In: _____. Paris: PUF, 1978. _____. (1986). L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné. *Devenir*, p. 7-31, 4, 1992.
- BRAZELTON, T.B. Les compétences comportementales du nouveau-né. In: BYDŁOWSKI, M. La transparence psychique de la grossesse. *Etudes freudiennes*, p. 135-142, 1991.
- BYDŁOWSKI, M. ; RAOUL-DUVAL, A. Un avatar psychique méconnu: la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspective psychiatrique*, n. 68, p. 321-328, 1978.
- BYDŁOWSKI, M. ; CAMUS, C.H. Recherche psychanalytique dans une maternité hospitalière. *Revue de medecine psychosomatique*, n. 14, p. 19-30, 1988.
- COCO, U. ; MAZET, P. Un précurseur de la psychiatrie périnatale, Louis Vincent Marcé. In: COSNIER, J. Observation directe des interactions directes ou les bases de l'épigenèse interactionnelles. *La psychiatrie de l'enfant*, v. 2, n.1, p. 107-126, 1984.
- COX, J.L. ; HOLDEN, J. *Perinatal Psychiatry. Use and Misuse of the Edinburgh Post-Natal Depression Scale*. London: Gaskell, 1994.
- CYRULNIK, B. (Dir.). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain, hommes et perspectives, 2000.
- _____. *Les vilains petits canards*. Paris: Odile Jacob, 2001.
- DRUON, C. Laide au bébé et à ses parents en réanimation néonatale. *Devenir*, v. 1, n. 4, p. 47-74, 1991.
- DEUTSH, H. *La psychologie des femmes*, Paris: PUF. T. 1 et T. 2, 1949.
- DICTIONNAIRE LE PETIT ROBERT. Édition Le Robert, 1993, p. 2285.
- DIATKINE, R., SOULE, M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF, 1985.
- DUGNAT, M. et coll. *Troubles relationnels père-mère/bébé: quels soins ?* Toulouse: Erès, 1996.

- DUGNAT, M. et coll. L'hospitalisation mère-bébé, *Spirale*, n. 10, 1999.
- DUMOULIN, M., VALAT, A.S. L'enfant mort en maternité : les rites d'accompagnement de l'échographie aux funérailles. In: FRYDMAN, R. ; FLIS-TREVES, M., *Mourir avant de naître*. Paris: Editions Odile Jacob, 1997.
- FREUD, S. Lettre du 30 janvier 1899. In: *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Paris: PUF, 2007.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E., CORBOZ-WARNERY, A., FRENCK N. L'approche systémique. In: FAVA-VIZIELLO, STERN, D.N., BIRRAUX, A. *Modèles psychothérapeutiques au premier âge*. Paris: Masson, 1995.
- FAVEZ-BOUTONNIER J. *La psychologie clinique: objet, méthode, problèmes*. Paris: CDU, 1959.
- GOLSE, B. *Du corps à la pensée*. Paris: PUF, 1999.
- _____. *L'être bébé*. Paris: PUF, 2006.
- GOSME-SEGURET, S. (Dir.). *Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*. Ombres et lumières. Toulouse: Érès, 2004.
- GUEDENEY, N., FERMANIAN, J., GUELFY, J.D., DELJOUR, M. (1995). Premiers résultats de la traduction de l'*Edinburgh post-natal Depression Scale* sur une population parisienne, *Devenir*, v. 7, n.2, p. 69-92.
- HAAG, M., HAAG, G. L'observation du nourrisson selon Esther Bick (1901-1983) et ses applications. In: LEOVICI S. ; DIATKINE R. ; SOULÉ M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF, 1995.
- KREISLER, L., CRAMER, B. Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, v. 24, 1, p. 223-263, 1981.
- KREISLER L. *La psychosomatique de l'enfant*, Paris: PUF, 1992.
- LAGACHE, D. *L'unité de la psychologie*. Paris: PUF, 2004.
- _____. Psychologie clinique et méthode clinique. *L'évolution psychiatrique*, n. 1, 1949b.
- LEBOVICI S., STOLERU S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Les interactions précoces. Paris: Le Centurion, 1983.
- LEBOVICI, S. L'homme dans le bébé. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, p. 661-680, 1994a.
- LEBOVICI, S. ; WEIL-HALPERN, F. *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF, 1989.

- LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULÉ M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF, p. 253-263, 1995.
- LECANUET J.P., GRANIER-DEFERRE C., SCHAAL B. Les perceptions fœtales. Ontogénèses des systèmes et écologie fœtale.
- MAHLER M., PINE F., BERGMAN A. *La naissance psychologique de l'être humain*. Symbiose et individuation, Paris: Payot, 1980.
- MAZET, P. ; LEBOVICI, S. *Psychiatrie périnatale*. Paris: PUF, 1998.
- MISSONNIER, S. *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse: Érès, 2003.
- _____. Incertitude, anticipation et résilience de vie/de mort à l'aube de la vie. In: J. AÏN (Ed.). *Résilience, réparation, élaboration ou création*. Toulouse: Érès, 2007.
- _____. De la complémentarité des somaticiens et des psychistes ou l'agora de Babel. In: A. CICCONE, MOLENAT F., TOUBIN, R.M. Vers des réseaux de soins précoces. In: DUGNAT, M. et coll. *Troubles relationnels père-mère-bébé*. Quels soins ? Toulouse: Eres, 1996.
- MOLENAT F. *Naissances: pour une éthique de la prévention*. Érès, 2001.
- PERRON R. (Dir.). *La pratique de la psychologie clinique*. Paris: Dunod, 1997.
- RAIMBAULT, G. *La clinique du réel*. Paris: Seuil, 1982.
- _____. *L'enfant et la mort*. Paris: Dunod, 1985.
- ROUSSILLON, R. Définir la clinique. *Colloque sauvons la clinique*. Paris: 5 juillet, 2008.
- _____. La naissance de la méthode et les processus de l'associativité focale. *Libres Cahiers pour la psychanalyse*. sous presse, 2009.
- SAMACHER R. (Dir.). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris: Bréal, 1998.
- S. KORFF-SAUSSE, S. MISSONNIER, R. SCELLES (Ed.). *Handicapés ... : Soi, l'autre, autrui*. Toulouse: Érès, 2009a.
- _____. *Devenir parent, naître humain*. La diagonale du virtuel. Paris: PUF, 2009b.
- SUTTER A.L.; BOURGEOIS, M. *Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale*. Paris: PUF. 1996. Colections Nodules.
- SOULÉ, M. Les souhaits de mort en pédiatrie du nouveau-né. In: _____. *Mère mortifère, Mère meurtrière, Mère mortifiée*. Paris: ESF, 1984.
- SOULÉ, M. ; NOEL, J. La prévention médico-psycho-sociale précoce, dans. In: LEBOVICI, S.,

SOULÉ, M. ; NOEL, J. ; FRICHET, A. Le travail préventif auprès de la famille en faveur du très jeune enfant. In: LEBOVICI, S., WEIL-HALPERN, F. *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF, p. 751-759, 1989.

TREVARTHEN, C. The self born in intersubjectivity: the psychology of an infant communicating in Neisser U. (Dir). *The perceived self, ecological and interpersonal sources of self-knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 121-173, 1993a.

_____. The function of emotions in early infant communication in early infant communication and development. In: NADEL J., CAMAIONI L. *New perspectives in early communicative development*. London: Routledge, p. 48-81, 1993b.

TREVARTHEN C. ; AITKEN K.J. *Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique*, *Devenir*, v. 4, n 15, p. 309-428, 2003.

TYSON, P. ; TYSON, R.L. *Les théories psychanalytiques du développement de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF, 1996.

WINNICOTT, D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1969.