

Congrès de périnatalité de Béziers
Le corporopsychique en construction. Conséquences sur la périnatalité
Pierre Delion
Vendredi 12 Avril 2013

Le bébé naît dans la continuité de sa vie prénatale, après avoir écrit son premier chapitre dans le giron maternel. Mais pour écrire son deuxième chapitre, il aura besoin de relire le premier, et surtout les dernières pages, pour entreprendre sa trajectoire vitale. En effet, si l'on retient l'idée que le bébé aérien se développe dans les interactions avec ses parents, c'est parce que l'on comprend implicitement qu'il a les moyens de s'y encorder (pour reprendre la jolie expression de Marie Françoise Livoir Petersen d'encordage émotionnel) avec les forces dont il dispose lors de ce début de vie. Plutôt que de disserter sur la vie psychique anté-natale, ce qui me semble pour le moment assez présomptueux, je préfère utiliser la notion de mémoire neuronale pour qualifier les inscriptions que le fœtus enregistre dans chaque expérience « sensationnelle », mêlant successivement les sensations tactiles, gustativo-olfactives, auditives et visuelles. Ces inscriptions lui serviront dès lors de bases à partir desquelles se repérer dans le monde aérien, notamment grâce aux interactions mais aussi en appui sur son patrimoine génético-neuro-développemental : bien sûr les parents jouent un rôle majeur dans le guidage des premiers temps du bébé, mais les moyens dont dispose déjà son organisme également. C'est ainsi que l'inscription dans sa mémoire neuronale de fœtus lui permet de reconnaître la voix humaine parmi d'autres bruits, et dans les voix humaines, celle de sa mère. Il s'agit pour lui d'un « air connu ». Mais s'il reconnaît la voix de sa mère parce qu'il a pu l'entendre en prénatal, il dispose d'autres moyens pour « connaître » le visage de sa mère par distinction avec celui des autres « objets » qui existent autour de lui : en effet, il est programmé génétiquement pour s'intéresser au triangle constitué par deux yeux et une bouche, ce qu'il va s'ingénier à faire dès les premiers jours après naissance. Puis revoyant plusieurs fois par jour le visage de sa mère, il va s'intéresser à ce triangle là plus qu'à d'autres. Nous voyons ainsi que les sensations visuelles ne suivent pas le même processus que celui de l'audition. Nul doute que cette différence comporte une importance dans le développement du bébé. En ce qui concerne le tactile, il est démontré que c'est le sens premier sur lequel vont venir s'appuyer les autres. Dans le ventre maternel, le fœtus est en position de flexion, dite position fœtale. Bullinger nous a appris à reconnaître le début de l'ajustement postural dans l'expérience du dépliement du fœtus en direction de la paroi interne de l'utérus, limité par elle, puis à son repliement résultant de la contraction tonique de l'utérus. Ce proto-ajustement met en œuvre le tactile du contact dos du fœtus paroi interne de l'utérus maternel. A cette période anténatale, les canaux semi-circulaires inscrivent la sensation des déplacements et de la gravité par l'intermédiaire du liquide amniotique dans lequel il est contenu. A la naissance, le bébé va désormais éprouver la pesanteur aérienne en direct, sans l'intermédiaire du corps maternel, et ses sensations tactiles vont être soumises à la même pression, écrasant le corps du bébé vers le sol. C'est cette co-variation qui lui fera sentir la différence avec la période anténatale. Cela va déclencher une réaction réflexe de son système nerveux qui le poussera génétiquement à lutter contre la pesanteur. De ce point de vue, toute la première année consiste pour le bébé à passer en revue les moyens mis à sa disposition par son organisme pour en arriver à se tenir debout puis à marcher « malgré » la pesanteur. Le grasping peut être vu comme une première défense archaïque contre l'effet de la pesanteur : je m'agrippe à tout ce qui

vient au contact de mes paumes. Mais les découvertes de Grenier sur les compétences du bébé, sa motricité libérée, peuvent aussi être comprises comme résultant de la suppression relative de la pesanteur sur la tête du bébé pour lui permettre de montrer des compétences qu'il ne pourrait pas montrer sans cet aménagement. Les premières angoisses archaïques décrites par Winnicott, et notamment son fameux « ne pas cesser de tomber », peuvent être comprises comme le paradigme des psychisations primitives du vécu de variation de la pesanteur s'appliquant au bébé devenu aérien par comparaison aux sensations du fœtus amniotique, avant qu'il ait réalisé que ses parents assuraient la fonction d'objet d'arrière plan primitif et de portage.

Si je prends ce chemin pour entrer dans mon sujet, c'est pour mieux insister sur la façon dont je comprends le développement corporopsychique du bébé : un sujet conçu biologiquement par des parents, accompagné d'une conception psychique appelée par Piera Aulagnier « fantasme du corps imaginé » et qui va grandir pendant environ neuf mois dans le ventre maternel, avant « d'atterrir » dans notre écologie aérienne partagée pour continuer d'y déployer son organisme en interaction avec ses parents pendant toute sa petite enfance. Si les composantes biologiques semblent prévalentes lors des premiers temps, il est maintenant bien connu qu'elles ne suffisent pas pour « créer » un bébé « eudéveloppemental », sinon heureux. La combinaison complexe des facteurs biopsychosociaux est nécessaire pour permettre à l'enfant de prendre son envol. Le bébé qui naît va donc par voie réflexe entreprendre l'exploration de son environnement avec lequel il va passer un contrat attachemental qui peut comporter deux grandes options, sécuritaire ou insécuritaire, portées par ses parents et dont il pourra se nourrir de façon plus ou moins congruente. Nous savons en effet que tous les bébés qui se développent en milieu sécuritaire ne le deviennent pas, et inversement que tous les bébés se développant en milieu insécuritaire peuvent en réchapper. Mais à la théorie de l'attachement qui est seconde dans l'histoire de la psychopathologie, il faut ajouter la théorie libidinale qui a été découverte en premier. Le bébé investira sa mère avant de la percevoir (Lebovici) vient indiquer qu'une fois engagé le processus d'attachement, le bébé investit ses parents et son corps propre pour en faire des objets libidinaux. Nous avons ainsi trois grands systèmes qui se corrént successivement, la biologie (génétique et neurodéveloppement notamment), l'attachement qui se met en jeu de façon « réflexe » et la libido qui investit les objets avec lesquels le bébé partage ses expériences premières. Dans ces conditions, le corps devient le support des expériences du bébé dans un milieu interactif qui va le déterminer pour partie en lui permettant de les psychiser en les investissant.

Si l'on veut bien accepter ces prolégomènes modestes pour comprendre le développement du bébé, les politiques de périnatalité devront en tenir compte pour apporter au bébé et à ses parents les moyens d'un « eu-développement ». Chaque équipe de périnatalité va devoir conjuguer ses hypothèses de compréhension de ces grandes questions développementales, avec les moyens dont elle dispose pour mener à bien sa politique locale. D'ores et déjà, quelques éléments du plan périnatalité viennent conforter nos actions en proposant des aides, certes insuffisantes, mais néanmoins symboliquement déterminantes. C'est ainsi que l'entretien du premier trimestre est, quand il est pris au sérieux, un formidable outil pour accompagner les futurs parents dans leur fabrication du fantasme du corps imaginé. Il est maintenant établi que lorsqu'une future mère peut parler à ce stade de sa grossesse de ses inquiétudes angoissantes concernant les antécédents familiaux de psychose puerpérale ou de malformations ou de traumatismes divers survenus dans son entourage proche, le simple fait de l'avoir exprimé à un autre sujet donne à cette femme allant devenant mère

la possibilité de partager avec un professionnel des éléments de sa biographie médicale et psychique qu'elle ne portera désormais plus seule. Il est habituel que les personnes en difficulté ne souhaitent pas parler avec leurs proches de telles questions, alors que l'occasion qui leur est ainsi donnée en facilitera l'expression. De plus, quelques mois plus tard, il arrive que devant la survenue prévue ou imprévue d'évènements de vie plus ou moins corrélés avec les éléments inquiétants évoqués lors de l'entretien du premier trimestre facilite la possibilité de demander de l'aide à la personne à laquelle « on a déjà parlé ». C'est donc bien d'un travail d'accompagnement psychique qu'il s'agit lorsque ces dispositifs sont utilisés de façon ouverte et accueillante pendant la grossesse, réalisant ainsi un véritable dispositif de prévention des souffrances psychiques.

Un deuxième élément est important à ajouter à ce premier, c'est l'observation de la contagiosité extrême de l'angoisse parentale dans les interactions parents bébé. Lorsque le ou les parents ont pu se décharger d'angoisses pénibles dans le suivi entrepris dès avant la naissance de leur bébé, il est évident que cette transformation de l'angoisse en paroles partagées avec le professionnel diminue d'autant la quantité d'angoisse infiltrant les interactions parents bébé.

Un point est également essentiel à mes yeux, la complémentarité des approches qui permet de penser une complémentarité des prises en charge. En effet, lorsque j'insiste sur les aspects généticoneurodéveloppementaux du développement, ce n'est pas pour présenter un point de vue holistique, c'est pour au contraire défendre l'idée que chacun prenant en considération le domaine pour lequel il s'est formé, il a besoin du domaine de compétence des autres pour parvenir à une prise en charge globalisée de la triade parents-bébé. Le généticien apporte des compétences lorsqu'arrive un bébé présentant tel ou tel signe d'appel à sa discipline, mais il ne se mêle pas de donner son avis de généticien sur la souffrance psychique de la mère. Le psychologue prend en charge la souffrance psychique des parents traumatisés par un accident de réanimation, mais son action ne peut « prendre » que si les réanimateurs lui laissent une place d'allié de leurs pratiques réanimatoires. L'investissement de telle puéricultrice par les parents au détriment des autres ne doit pas être pris « au pied de la lettre » sur le plan de l'équipe et entraîner des rétorsions conscientes ou inconscientes vis à vis de cette puéricultrice sans soumettre cette difficulté à la réunion de travail institutionnelle ordinaire. Bref, je ne vais pas passer tous les éléments en revue, mais je voulais juste indiquer que si dans les équipes de périnatalité de mon hôpital, de mon service, de ma région, la logique de la complémentarité peut prévaloir sur les cloisonnements qui ne manquent pas de résulter de nos fonctionnements institutionnels habituels, eux-mêmes en rapport avec les angoisses importantes à traiter dans nos dispositifs, alors c'est un grand pas de fait dans la direction du processus civilisateur que nous devons à nos patients pour les aider eux-mêmes dans leurs tâches de parents. Nous savons depuis Freud que les trois métiers impossibles sont la psychanalyse, la politique et l'éducation des enfants. Mais cet aphorisme ne vaut que si l'on considère ces idéaux impossible sur le mode asymptotique, c'est à dire pour mieux s'en approcher !

Enfin, je crois qu'il est très important de reprendre là l'idée de Françoise Molénat d'une prévention en première ligne. Si nos rapports interdisciplinaires sont facilités par les dispositifs institutionnels que je viens de rappeler rapidement, il devient dès lors possible de jouer ensemble au jeu de la prévention bien comprise. La sage femme, le médecin généraliste, l'obstétricien peut assumer sa fonction psychologique de première ligne s'il sait qu'il peut parler de ses difficultés éventuelles dans des espaces consacrés à ces problématiques, ce que j'appelle la fonction Balint. Il n'enverra pas chez le « psy » toutes les femmes qui pleurent ou celles dont les bébés qui ne dorment pas ou ne tètent

pas. Par contre, expérimentant au fur et à mesure les relations qu'il contribue à dénouer en jouant son rôle de psychologue de première ligne dans le creux de son métier spécifique, alors il adressera au « psy » les patients pour lesquels il ne se sent pas assez compétent, et mon expérience me montre que les indications sont alors bien posées. De plus, lorsqu'il appelle son correspondant psy devant la maman qu'il veut lui adresser, le ton de sa voix, leur familiarité trempée dans des histoires cliniques communes, donne l'idée à cette maman qu'il ne s'agit pas de la « larguer » au premier psy venu, mais bien d'y trouver une ressource complémentaire. Le gain psychique est considérable non seulement pour la maman et le bébé, mais aussi pour l'ensemble du dispositif. C'est donc peu dire que pour moi la politique de périnatalité bénéficie des textes et circulaires mis à disposition récemment, mais que si on veut la faire vivre vraiment, il s'agit de s'en emparer pour y habiter ensemble et ainsi pouvoir accueillir authentiquement les parents et leurs bébés dans une véritable visée préventive et curative humanisante.