Les cahiers du nouveau-né, n° 1-2

Naître…
et ensuite ?

Textes principaux de

Françoise Dolto
Dominique Girodet
Étienne Herbinet
Léon Kreisler
Michel Odent
Danielle Rapoport
Pierre Straus
Bernard This

Sous la direction de
Étienne Herbinet *

* Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris, spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

« LES CAHIERS DU NOUVEAU-NÉ »

Publication pluridisciplinaire « Les Cahiers du nouveau-né » sont ouverts à tous ceux qui se sentent *personnellement ou professionnellement* concernés par la naissance.

Accoucher, naître, est devenu beaucoup plus sûr que par le passé. Les professionnels qui jouent un rôle dans ces événements importants ont à réaliser un difficile équilibre : perfectionner sans cesse leur habileté qui reste essentielle dans ces métiers manuels, assimiler les progrès techniques efficaces, tout en se gardant bien d'étouffer la part de l'humain, la place ménagée à l'expression des émotions, à la genèse des relations.

Équilibre menacé, car le vertigineux essor technique contemporain pèse de tout le poids de sa logique interne pour faire pencher la balance vers l'excès, vers l'hyper-médicalisation.

C'est ainsi par exemple que des techniques utiles dans certains cas pathologiques précis tendent souvent, dans un souci de prévention mais par le biais d'extrapolations parfois hâtives, à être généralisées à l'ensemble des cas normaux où leur application peut alors avoir de sérieux inconvénients et même – paradoxalement ? – comporter des dangers propres.

De plus certaines de ces illusions modernes sont tellement séduisantes qu'elles peuvent convaincre le législateur de l'intérêt de leur généralisation, et le juge de la faute qu'il y aurait à ne pas les adopter.

Pour faire la part des choses dans cette complexité, une réflexion critique permanente est indispensable; la pluridisciplinarité, qui a ses exigences, ses difficultés (et aussi ses limites) permet de prendre le recul nécessaire.

C'est dans cet esprit que « Les Cahiers du nouveau-né » poursuivent leur réflexion, à la fois technique et humaine, à la fois critique et constructive.

Sommaire

Bernard THIS
« *Les Cahiers du nouveau-né* » ; *ouverture et... premier cri* 7

Étienne HERBINET
Naître... et ensuite ? 13

A propos de la projection du film de Michel Soulé, Myriam David et Geneviève Appell « *Entre mères et enfants* » 15

Léon KREISLER
La genèse de l'attachement maternel et ses avatars 17
L'éclosion de l'attachement 17
- Les anomalies psychologiques de la jeune mère 19
- Les sévices aux jeunes enfants 21
- Le prématuré — les nouveau-nés en péril vital 21

Le syndrome du jeune enfant maltraité :
Pierre STRAUS
1. *Exposé du problème*..... 27
Dominique GIRODET
2. *Identification précoce de la détérioration des relations parents-enfant*..... 35

Discussion des trois exposés..... 43

Étienne HERBINET
Violence, accouchement et naissance..... 51

Danielle RAPOPORT
Accueillir 65

Bernard THIS
Le père, le bain... le bambin..... 79

Michel ODENT
L'expression précoce du réflexe de fouissement..... 93

Françoise DOLTO 103
Heures et jours qui suivent l'accouchement, période sensible pour la dépendance de la mère aux dires des soignants
- Histoire d'un allaitement 105
- Histoire du petit schizophrène 108
- Les effets de la parole 111
- Phallisme et réceptivité 117
- Histoire d'un coma en Italie 119
- Relations mère-enfant pendant la grossesse 123
- L'écoute de l'accoucheur 125
- Pulsion de mort — pulsion de meurtre 128
- Importance des paroles autour du berceau 130
- Ma petite chérie dont les yeux sont plus beaux que les étoiles 132
- Changement de ton dans la discussion 137
- Pouvoir médical 145

Table ronde du 15 octobre 1977 (Modérateur : Jacques CHAVINIÉ)..... 151

Conclusion..... 205

Liste alphabétique détaillée des intervenants..... 207

Dans la même collection

Cahiers n° 1 et 2 : NAÎTRE... ET ENSUITE ?
sous la direction d'Étienne Herbinet.

Cahier n° 3 : D'AMOUR ET DE LAIT...
sous la direction d'Étienne Herbinet.

Cahier n° 4 : CORPS DE MÈRE, CORPS D'ENFANT
sous la direction de Danielle Rapoport.

Cahier n° 5 : L'AUBE DES SENS
sous la direction d'Étienne Herbinet et de Marie-Claire Busnel.

Cahier n° 6 : UN ENFANT, PRÉMATURÉMENT
sous la direction de Laurent Le Vaguerèse

Cahier n° 7: ORIGINES
sous la direction d'Anne Bouchart et Danielle Rapoport.

Cahier n° 8 : DÉLIVRANCES, ou le placenta dévoilé
sous la direction d'Anne Bouchart, Danielle Rapoport, Bernard This.

Comité de Rédaction de ce numéro

Anne BOUCHART - Catherine DOLTO -
Marianne HERBINET-BAUDOUIN
Étienne HERBINET - Jean-François HUSSON
Laurent LE VAGUERÈSE - Michel ODENT
Danielle RAPOPORT - Bernard THIS

Naître…
et ensuite ?

Version Internet, 2016

Naître… et Ensuite a été initialement publié en 1978 par les éditions Stock, à Paris.

Mais, après de nombreuses éditions, Stock a décidé d'arrêter la publication de ce livre et des autres numéros des *Cahiers du nouveau-né* en 2006.

Etant donné que nous recevons actuellement beaucoup de demandes pour cet ouvrage et qu'il n'en existe plus d'exemplaires neufs disponibles, nous avons décidé de le numériser et de le mettre gratuitement à la disposition des lecteurs sur l'Internet. Nous l'avions déjà fait sur ce même site internet pour le cahier n°4, *L'aube des sens*, qui est régulièrement téléchargé. Nous espérons pouvoir le faire ultérieurement pour d'autres numéros des *Cahiers*.

E. H. – Mars 2016

« Les cahiers du nouveau-né » : ouverture et... premier cri

Bernard THIS

Il est né, poings serrés, et son premier cri, aussitôt, s'est fait entendre, bouleversant. Mais dès qu'il fut posé sur le ventre de sa mère, caressé par ses parents, il a cessé de crier, respirant calmement. Et nous sommes « tout yeux, tout oreilles », émerveillés.

Dans le silence et la pénombre, le père et la mère se sont adressés à leur enfant ; voilà qu'il ouvre les yeux. Il sourira si votre voix se fait chantante, caressante. Ce premier sourire du nouveau-né, nous n'avons pas voulu le photographier. Pourquoi lui brûler la rétine avec un flash, à ce moment ?

Nous n'avons pas placé, en tête de ces Cahiers, un sourire de nouveau-né, mais une main prophétique. Avant toute parole, elle appelle, annonce, supplie : « Ecoutez- moi ! Je voudrais vous parler... J'ai quelque chose à vous dire! »

Main de nouveau-né, elle se dresse et s'adresse à ceux qui ont un cœur et se permettent encore d'éprouver quelque émotion. Elle est fragile, mais elle vous fera rêver d'une civilisation où la naissance serait un temps de fête : le père et la mère accueilleraient amoureusement, intensément ou paisiblement l'enfant, en un lieu de natalité, dans la sécurité médicale, entourés de tous ceux qui les aiment et les aident. Nos services, « ni cavernes ni casernes », seraient à leur service : l'intimité conjugale s'ouvrirait à sa dimension sociale, et l'amour, de poétique se ferait politique !

Hélas ! nous n'avons pas encore pu faire comprendre notre point de vue : certains disent même que nous voulons revenir au paléolithique, et faire fi de toutes les *techniques*. Nous voulons simplement que, dans des lieux de convivialité, *humanisées*, elles soient mises au service de celles qui viennent « donner la vie » à ceux qui ouvriront les yeux sur le monde, pour naître comme « parlêtres », nommés, sexués, amicalement accueillis.

Cette main d'enfant a déjà une histoire ; ce n'est plus le poing noué du premier cri. Le cordon ombilical, ayant cessé de battre, tranché par le père, l'enfant fut placé doucement dans l'eau du bain. Et là, le photographe a découvert l'*éveil* du nouveau-né.

Il observait la main et son épanouissement ; l'index reposant sur le pouce, ce fut l'envol des autres doigts, exquise légèreté de cette paume ouverte, si sensible. Et la fleur devenue papillon, l'index se séparant de l'opposant, pour reprendre un instant le contact, sur un poignet délié, la main s'est inclinée, redressée, virevoltant, s'envolant, quelle souplesse ! Le coude libéré, l'avant-bras s'étant élevé, l'épaule, dans une inspiration immense, avait accepté de s'ouvrir.

C'est à ce moment que l'œil du photographe a perçu l'index pointé, prise d'énergie ou de parole, impératif appel que le volume des autres doigts conforte ; il annonce, et nous prêtons l'oreille : « Ecoutez-moi... ce n'est pas avec des mots que je vais vous parler, en longues

phrases articulées. C’est avec mon *souffle* que je m’exprime, dans ce corps libéré. Si je vis maintenant à l’air libre, *donné à voir*, serai-je aussi *donné à entendre?* Et ce cri où le plus intime de moi-même s’extériorise pour que je m’y reconnaisse, dans une *ex-timité signifiante*, vous l’avez entendu et m’avez reconnu, vivant, sexué. Déjà vous me prénommez et me parlez. J’ouvre les yeux, je vous entends. Vous m’avez donné la vie et le miel chantant de vos paroles ! Vous pouvez me sortir du bain, j’ai bâillé dans un étonnant bien-être. Bien naître c’est cela, mais c’est aussi n’être pas sans connaître le sein maternel dont l'odeur m’inspire, m’attire et me fait désirant. Posé sur ma mère, bien au chaud, je découvre ce mamelon qui me sécurise et... je m’endors.

Que vient faire cette main en tête de ces Cahiers ? Vous pouvez comprendre qu’elle enseigne ceux qui savent observer. Nul besoin d'agiter l’enfant, dans tous les sens, pour étudier ses réflexes archaïques, en le lâchant dans le vide, pour observer sa réflexivité hurlante et angoissée. Un bon pédiatre en apprend infiniment plus en observant la main de l’enfant dans le bain, la détente du dos et des membres inférieurs : quand la mère joue avec l'enfant qui s’étire, elle lui saisit un pied qu’il retire aussitôt - l’autre pied s’avance. Nul besoin de le faire marcher, tête tombante, nul besoin de le « crucifier » sur le réflexe de Moro. L’examen du pédiatre ne doit jamais *faire hurler* l’enfant !

Cette main de nouveau-né, impérieuse, enseignante, nous apprendra-t-elle notre métier ? Qui sait ? Notre maître est l’enfant. Si nous savons nous « mettre à l’écoute », si nous ouvrons nos yeux et nos oreilles, oui, nous avons tout à apprendre de lui, dans une relation vivante et sécurisante. Nous allions dans la lune pour étudier des tas de cailloux, mais nous ne savions rien du nouveau-né ! Nous ne l’avions jamais vu sourire.

L’aventure de notre groupe de travail, c’est aussi la vôtre : accepter d’être à l’écoute de celui qui respire, à l’air libre, pour la première fois. Ce souffle - ψνχος - qu’il convient de libérer - λνειν - délier - vous comprenez pourquoi les psych-ana-lystes ne pouvaient l’ignorer : il centre notre première expérience, dans ce monde sensé où l’être naît pour s’exprimer.

Qu’est-ce que le G.R.E.N.N. ? Un *groupe d'étude* où des spécialistes venus d’horizons différents acceptent de confronter leurs expériences, parlant ensemble de ce qu’ils savent, de ce qu’ils recherchent, dans une perspective interdisciplinaire : obstétriciens, sages-femmes, psychologues, psychanalystes, sociologues, ethnologues, éthologues, spécialistes de respiration fœtale, de rythmes circadiens, d’électro-cardio-encéphalographie animale ou humaine, tous ceux qui ont quelque chose à dire acceptent de se soumettre aux tensions et pressions d’un groupe de travail, chacun se trouvant surpris mats non aliéné par l’écoute de l’autre. Depuis deux ans, nous nous réunissions dans le service du Dr P. Bertrand à Saint-Cloud. C’était le G.E.N.N. Il est devenu le G.R.E.N.N. - Groupe de recherches et d’études du nouveau-né en se constituant en association « loi 1901 ».

Ces Cahiers seront-ils placés dans les mains des nouveau-nés prématurément scolarisés ? Bourreaux, vous voulez déjà qu’ils apprennent par cœur vos leçons et « fassent » leurs devoirs ?

Dangereuse méprise ! les Cahiers seront dans nos mains ; nous sommes les écoliers ! Savez-vous ce que veut dire σχολη ? Le repos, le loisir, l’occupation des loisirs, l’étude, la relâche, la trêve, la lenteur, la paresse !

Voilà ce qu'est l'école, étymologiquement ! Nous *prendrons* donc *le temps,* tout à loisir : ces cahiers d'écoliers paraîtront lorsque nous aurons quelque chose à dire, ou à crier ; quand vous aurez, lecteurs, quelque chose à transmettre.

Nous aurions pu lancer un bulletin, une revue. Pourquoi des *cahiers?* Parce que nous voulons apprendre à *compter* avec l'enfant qui vient de naître : un, deux, trois, *quatre...* parents et enfant... un, deux, trois, nœud vivant, « pas de nœud sans trois ». Nous nous situons en quatrième position. Quatre, dans toutes les langues indo-européennes, c'était une succession de quatre consonnes : *TeTaReS.* Ce *quatre,* retrouvé dans *ca*dre, *carr*efour, *car*ré, *car*rière, *ca*dran, *car*tel, *car*illon, sonnera les heures de nos *quatr*ains, dans nos *squa*res et nos *qua*rtiers. Nous aurions pu choisir comme titre « Les *car*nets du nouveau- né », mais notre but n'est pas d'annoncer sur papier *quadrillé,* avec ou sans violence, la naissance des nouveau-nés. *Quatre* pages ou *quarante?* Pour répondre aux *escadrons,* es*cou*ades ou *quar*terons de lecteurs écartelés entre la Science et l'Amour, nous ferons paraître les réflexions de ceux qui savent encore s'étonner et s'émerveiller : θκνμαζειν : Interroger.

Nous n'étudierons pas l'enfant-chose, pesable, mesurable, sécable. Si nous voulons apprendre à *compter* avec l'enfant qui vient de naître, eutociquement, ce n'est pas pour le soumettre au règne du chiffre, dans un grand recensement : le massacre des Saints Innocents, c'est l'affaire d'Hérode ! Refusant d'étudier le nouveau-né comme une chose, nous interrogerons la relation que nous avons *avec lui.* Notre action-recherche-réflexion nous mènera peut-être à promouvoir quelques changements dans notre comportement à son égard. Sur cette relation nous pouvons agir ! On voit comment l'interdisciplinarité exerce ses effets, mobilisant incessamment les tensions d'un groupe de travail.

Que deviendra notre groupe, quand la réflexion-action se fera écriture vivante, germination incessante ?

Nous ne pouvons savoir d'avance. Pour l'instant, k G.R.E.N.N. est un lieu de réflexion pour toutes les équipes obstétricales qui acceptent d'accueillir amicalement les nouveau-nés... et leurs parents. L'avenir de ce groupe, déjà, ne dépend plus de nous, puisque vous êtes en train de lire ce premier Cahier. Ce qui est « à lire », lecteurs, c'est la légende des nouveau-nés. Redoublement de haine - (N-N) - ou d'amour ? Les nouveau-nés ouvriront peut-être un jour les yeux sur un monde neuf, nouveau, plus accueillant : le Réel y fera toujours irruption dans notre imaginaire idéalisant, nous obligeant à nous risquer dans la parole.

Naître... et ensuite ?

RENCONTRES DE L'HÔPITAL SAINT-VINCENT-DE-PAUL

17-18 JUIN 1977

15 OCTOBRE 1977

Conception et réalisation :
Étienne HERBINET

Sont intervenus lors de ces rencontres :

Jean BIENAYMÉ, Marie-José. BRETEAU, Marie-Claire BUSNEL,
Betty CASALA, Marie-Madeleine CHATEL, Jacques CHAVINIÉ,
Catherine DOLTO, Françoise DOLTO, Madeleine DUNAIS,
Dominique DUROUSSAUD, Christine FRANCOUAL,
Dominique GIRODET, Gérard HARDOUIN, André HENOCQ,
Marianne HERBINET-BAUDOUIN, Etienne HERBINET,
Jean-François HUSSON, Etienne JALENQUES,
Léon KREISLER, André LACROIX, Andrée LACROIX-COUTRY,
Roger LE LIRZIN, Laurent LE VAGUÉRÈSE, Jean-Paul MORIN,
Michel ODENT, Danielle RAPOPORT,
Claude REVAULT D'ALLONNES,
Pierre STRAUS, Denise TEYSSANDIER, Bernard THIS,
Michel TOURNAIRE, Gioia ZARA.

Une liste plus détaillée, permettant de situer chacun,
peut être trouvée à la fin du livre.

Naître... et ensuite?

Etienne HERBINET

« Naître... et ensuite ? » est le thème d'une rencontre de personnes, toutes concernées par la naissance, par l'enfant, mais avec des spécialités différentes. Accoucheurs et sages-femmes d'une part, pédiatres et puéricultrices d'autre part, psychologues, psychiatres et psychanalystes enfin, abordent avec leurs optiques personnelles le même sujet. Ils ont des interrogations, des connaissances, des méthodes et surtout un langage différents.

Pourquoi cette rencontre ?

La grossesse, l'accouchement, la naissance, le développement de l'enfant, sont des événements où se mêlent une multitude d'éléments (organiques, psychiques, affectifs, relationnels, etc.) pour former, indissociablement, un tout.

Lorsqu'un spécialiste aborde la globalité d'un événement comme ceux-là, sa formation - sa déformation - fait qu'il isole forcément ce qui l'intéresse, ce à quoi il est formé, ce pour quoi on le consulte. Il découpe dans le sujet *une* zone d'intérêt qui devient pour lui *la* zone d'intérêt. Et il traite cette partie en la séparant du tout.

L'accoucheur, par exemple, va isoler un intérêt qui est le fonctionnement des organes, la mécanique obstétricale, la sécurité lors de l'accouchement et de la naissance, et depuis une trentaine d'années la douleur de la femme qui accouche. Il va donc tout mettre en œuvre pour augmenter la sécurité de la femme et de l'enfant, et le « confort » de la femme qui accouche.

Mais un jour on s'aperçoit que, sans s'en être rendu compte, dans sa démarche logique et isolée, il a, pour des raisons de sécurité et parfois de commodité de fonctionnement du service médical, écarté, éloigné les uns des autres les êtres qui vivent ces événements :

- L'enfant, à peine né, est enlevé à sa mère, parce que l'on pense qu'il est plus sûr et plus commode de le mettre en pleine lumière, sur une table de réanimation où l'on pourra *systématiquement* lui donner certains soins[1].

- Après l'accouchement, en suites de couches, on trouve aussi plus sûr et plus commode que des spécialistes s'occupent de l'enfant à la place de sa mère qui n'en a pas l'habitude.

- De même les aînés, lorsqu'il y en a, ne peuvent pas rencontrer leur nouveau petit frère, ou petite sœur, parce qu'ils transportent peut-être des microbes dangereux pour les nouveau-nés.

Or ces séparations, créées de bonne foi par la logique interne du système médical, ne sont pas sans conséquences parfois importantes...

[1] II ne s'agit évidemment pas de nier l'intérêt des techniques de réanimation en salle de travail pour les nouveau-nés *qui en ont besoin.*

C’est justement ce que peuvent nous apprendre ceux qui considèrent le même événement d’un autre point de vue, avec d’autres interrogations, une autre expérience.

Si l’on accepte cette promenade qui passe par d’autres points de vue, on trouve un fil conducteur différent et l’on apprend à se laisser guider, dans une redécouverte de la grossesse, de la naissance et de 1’« ensuite », par l’élément relationnel et notamment par les relations parents-enfant, mère-enfant.

On découvre les distorsions possibles de ces relations et certains de leurs effets.

On apprend les conséquences que peuvent avoir, parmi bien d’autres facteurs, ces séparations que nous avons vues sur l’élaboration, dans leur spontanéité, des relations mère-enfant.

Et si nous avons pris comme exemple ce que peuvent apporter aux obstétriciens les professionnels des disciplines psychologiques, les informations peuvent évidemment circuler dans d’autres sens.

Certains pédiatres ne seraient peut-être pas partis en guerre contre la « naissance sans violence », s’ils s’étaient informés de la réalité de ce que cela peut être, auprès de ceux qui en ont une expérience pratique.

Il ne s’agit pas, dans cette démarche, de prôner une démédicalisation systématique qui aboutirait à un « retour à l’obscurantisme ».

Mais au stade de progrès technique où nous sommes, avec le morcellement des connaissances qu’il implique, cette démarche cherche à reconsidérer la globalité de ces événements naturels, à ne pas prendre la partie pour le tout.

Faute de quoi la partie s’hypertrophie inévitablement, comme le ferait une tumeur, avec une logique interne rigoureuse, mais malvenue car n’obéissant plus aux mécanismes de contrôle de l’ensemble.

Ce n’est pas non plus démédicaliser que de tenir compte de ce que pensent et perçoivent les « usagers » de nos services, parents et futurs parents.

Mais les échanges entre médecins et usagers de la médecine, et peut-être plus encore les échanges réels entre médecins de spécialités différentes, sont souvent difficiles... Certains des textes qui suivent en témoignent.

De telles communications d’informations, et de telles prises en considération du point de vue des autres, sont- elles possibles au prix d’un effort de langage et d’écoute ?

La « babélisation » de la médecine est-elle inévitable ?

Entre mères et enfants

Abordant d'abord 1'« ensuite » pour éventuellement mieux situer le « naître », s'imprégnant d'abord de la réalité quotidienne observée avec rigueur pour pouvoir passer à une certaine théorisation, cette réunion a commencé par la projection du film de Michel Soulé, Myriam David et Geneviève Appell :

Entre mères et enfants[1]

Dans ce reportage, la caméra se fixe sur de nombreux moments de la journée de quatre « ensembles » mère- enfant (enfants âgés de 7 à 12 mois) : repas, toilette, jeux, détente, sommeil, réveil...

Dans chacun des cas apparaît peu à peu tout le système *d'interactions* propre à la relation mère-enfant.

L'ensemble du film montre que ce qui se vit dans chacune des quatre familles est original, totalement différent de ce que l'on perçoit chez les trois autres. Ce témoignage filmé de la réalité est une illustration vivante et frappante de ce que concluaient déjà Myriam David et Geneviève Appell en 1966, au terme d'une recherche sur la relation mère-enfant :

> *L'étude montre comment chaque mère est plus ou moins ouverte et sensible aux diverses manifestations de la conduite et du développement de son enfant. Certaines sont accueillies, appréciées, valorisées et de ce fait renforcées ; ignorées, non perçues, non cultivées; activement prohibées et de ce fait inhibées ; non tolérées et donnant lieu à un conflit.*
>
> *Chaque enfant par son individualité s'offre à sa mère comme un « objet » qui, par sa nature, ses réactions, ses impulsions propres, provoque en elle remous et réponses suivant ce qu'elle est.*
>
> *Et c'est bien en fonction de ces mouvements de l'un à l'égard de l'autre que s'organise tout un jeu d'interactions, auquel l'enfant est constamment exposé; il y oppose des réactions qui sont siennes et qui à leur tour engendrent et orientent celles de sa mère. Ce sont ces interactions constantes qui aboutissent à ce pattern, moteur, formateur de sa personnalité.*
>
> *En définitive, ces observations en milieu naturel et l'étude des interactions mère-enfant qu'on y trouve permettent de saisir sur le vif comment les attitudes maternelles jouées directement et constamment sur l'enfant, en toutes circonstances, à travers un pattern qui leur est tout à fait personnel, contribuent à orienter le développement de la personnalité de l'enfant*[2].

---

[1] Film 16 mm couleurs, de 45 mn, 1974, diffusé par la cinémathèque de l'Association pour la promotion de l'hygiène mentale infantile dans le XIV' arrondissement de Paris, 23, rue Lalande, 75014 Paris.

[2] David (M.) et Appell (G.) : « La relation mère-enfant, étude de 5 " pattern " d'interaction entre mère et enfant à l'âge de 1 an » in *La Psychiatrie de l'enfant,* P.U.F., 1966, vol. 9, fasc. 2, p. 528.

Après la projection du film, le Dr Kreisler en a fait un bref commentaire.

L. KREISLER :

Le film que nous venons de voir a été conçu par les auteurs pour servir de base à une discussion. Le temps ne nous le permet pas. Je me bornerai donc à quelques remarques.

Pour répondre à une question souvent posée, il faut préciser que les quatre mères, représentées successivement dans des situations suggestives de leur relation, ont été choisies par les cinéastes parmi leur entourage ou leurs connaissances. Informés du genre du film, ils ont eu l'entière initiative des prises de vues. Le découpage et bien entendu les commentaires ont été réalisés par les auteurs.

Au-delà du plaisir des très belles images et de l'impression première ressentie, apparaît une foule d'événements dont on saisit d'emblée l'importance pour nous éclairer sur la dynamique de la relation entre la mère et le jeune enfant dans ses aspects à la fois généraux et particuliers. On est frappé par la grande différence de comportement de ces mères, et l'on perçoit comment, à partir de ces différences, l'organisation des bases de la personnalité de l'enfant peut se faire.

Une telle vision a une valeur d'enseignement certaine pour tous ceux qui approchent l'enfance, médecins, travailleurs sociaux, auxiliaires médicaux, étudiants en pédiatrie ou en psychologie, etc. A ce point de vue, c'est une véritable leçon d'observation clinique qui nous est donnée. Mais ce que je voudrais surtout souligner est l'aspect méthodologique de ce document filmé. Il repose sur l'*observation directe* de personnages et situations, avec le propos délibéré d'observer sans intervenir, d'observer des comportements spontanés.

Mise en honneur par C. Henry aux U.S.A., à partir d'enfants psychotiques observés dans leur famille, l'observation dite naturaliste a été longtemps l'objet de réticences, voire de méfiances. Une des objections, la plus souvent avancée, est le brouillage possible de l'information par la seule présence de l'observateur. L'expérience démontre qu'il n'en est rien. On constate en effet que les comportements des personnes observées se répètent selon des modèles d'une constance et d'une homogénéité remarquables et qu'ils sont par conséquent significatifs. Le film démontre que même l'œil de la caméra ne brouille pas les situations. La personnalité propre des quatre mères transparaît nettement au travers des images projetées, y compris les aspects assez inquiétants de la dernière d'entre elles. Bien entendu, la critique doit rester vigilante. Aussi pure et scientifique que soit l'intention des auteurs, la réalisation filmée ne peut échapper aux risques inhérents à toute production cinématographique - projecteurs et micros braqués sur les séquences estimées suggestives, découpage, etc. Il peut en résulter des exagérations et des déformations, des omissions aux dépens d'autres aspects de la relation et du développement de l'enfant.

Ces réserves ne retirent pas les avantages que l'on peut tirer d'une étude filmologique, outre la possibilité de repasser les images. L'expérience d'une deuxième ou même d'une troisième vision de ce film nous a prouvé qu'on y fait chaque fois de nouvelles découvertes. C'est bien d'un document scientifique dont il s'agit.

La genèse de l'attachement maternel et ses avatars

Léon KREISLER [1]

Nos connaissances sur la relation entre la mère et son enfant, l'attachement maternel et les conséquences de leurs anomalies, sont issues d'une quantité de travaux dont la seule bibliographie devrait être contenue dans un gros volume.

Résistant à la tentation d'exhiber l'amour maternel dans la littérature, l'art ou la philosophie, nous nous en tiendrons à quelques notations précises dont le choix pourrait paraître arbitraire si son intention n'était pas dictée par des buts pratiques.

Cerner l'instant de la naissance, dans la genèse de l'attachement maternel, c'est souligner son importance mais aussi ses limites, car il serait bien naïf de tomber dans l'illusion de croire qu'une naissance sans reproche suffit à assurer un amour maternel et filial sans bavure, pour une relation réciproque idéale.

Je vous proposerai donc d'abord un rappel de l'évolution des sentiments maternels pour décrire ensuite par des exemples certaines de leurs déviations dans leurs formes les plus évidentes.

L'éclosion de l'attachement

On a beaucoup épilogué sur les racines de l'amour maternel. La soudaineté de son irruption, ses similitudes d'une femme à l'autre, d'une ethnie à l'autre, ses parentés avec les comportements maternels d'autres espèces, suggèrent des racines instinctives. Certains ont même voulu les réduire aux conséquences prosaïques de quelque irruption hormonale. Il suffit de remarquer que l'attachement d'une mère adoptive est identique en tout point à celui d'une mère par le sang pour en déduire que les facteurs physiologiques, si importants soient-ils, sont bien insuffisants à tout expliquer.

Ces sentiments mettent la femme en situation de répondre à une véritable fonction - au sens physiologique du terme - dont l'aspect le plus élémentaire est la survie de l'enfant. On a compté que la proportion des accidents des jeunes nourrissons est beaucoup plus importante dans les milieux de recueil que dans le milieu familial. Réfléchissons aussi sur la multiplicité des mesures de protection matérielle nécessaires en crèche ou en pouponnière pour suppléer aux gestes qu'une mère accomplit spontanément sans y penser.

Oblativité, vigilance, intuition des besoins et des malaises de l'enfant pour y répondre au bon moment et convenablement, le nourrir, protéger son sommeil, saisir le sens de ses cris dans leurs diverses nuances, le prendre ou le laisser, le porter ou lui parler... On pourrait multiplier à l'infini les exemples des comportements qui font qu'une mère «suffisamment bonne» (Winnicott [2]) assure les bases du développement pour une personnalité ultérieure équilibrée.

---

[1] Les éléments permettant de situer chaque auteur peuvent être trouvés dans la liste alphabétique en fin de livre.

[2] D.W. Winnicott: *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969.

Le nouveau-né trouve son équilibre dans la satisfaction des besoins vitaux : la faim, le sommeil, le confort corporel. Ses satisfactions sont tirées de la mère dont il est totalement dépendant, dans une relation symbiotique. Plus proche du physiologique que du psychologique, le nouveau-né vit dans un univers corporel, nébuleuse psychosomatique, peut-on dire, qui englobe la mère et d'où vont émerger une à une les activités organisées et les fonctions mentales. La vie du nouveau-né est scandée périodiquement par la cadence des contacts et des soins maternels, dans une discontinuité rythmée qui organise la relation. Cet état primaire est protégé, nourri, entretenu par la mère dans la continuité de sa présence et l'adéquation de ses réponses - « à la manière des rayons solaires qui alimentent les piles du satellite » - pour le rassemblement et l'essor des premiers rudiments de la personnalité

Un instant dans une longue histoire

L'attachement maternel est l'aboutissement d'une longue évolution dont le début se situe à l'âge le plus tendre dans la relation initiale de la fillette avec sa propre mère, se poursuit dans la deuxième année où se met en place l'identité psychosexuelle féminine - car un bébé a conscience de son sexe dès avant le langage - puis tout au long de l'évolution œdipienne dans les phénomènes d'identification à la mère - les jeux à la poupée, au papa et à la maman - la période de latence, l'adolescence peuplée des fantasmes sur l'avenir amoureux et la maternité, les premières relations sexuelles...

Les caractéristiques psychologiques de la grossesse mériteraient à elles seules un long développement.

L'essentiel du mouvement psychologique de la grossesse est une inflexion régressive à tonalité narcissique. Les nouveaux investissements de la future mère se portent dans une double direction, d'une part, le corps propre devenu globalement l'objet d'une attention particulière, dans sa forme et ses modifications, d'autre part, l'enfant porté en elle. Les tendances régressives et les résurgences infantiles sont bien connues : labilité de l'humeur, caprices, « envies », besoin d'être entourée et choyée. Non moins évidents sont les sentiments de la femme enceinte pour l'enfant qui l'habite, perçu à la fois comme un complément indistinct du corps et déjà pourvu d'une existence propre.

Si l'on considère que la maternité constitue pour une femme l'étape ultime de sa maturation psychosexuelle et réalise ses aspirations les plus profondes, on conçoit qu'elle est imprégnée de tout un passé dont la grossesse et la naissance sont les moments de son actualisation.

L'instant de la naissance est celui d'une double rencontre, celle de l'enfant du fantasme avec l'enfant réel, celle de l'enfant imaginaire de la nuit des temps - chargé d'un passé d'aspirations mais aussi d'inquiétudes - en face de l'enfant de la réalité, l'enfant du jour, présent en chair et en os.

Instant de vérité, de satisfaction immédiate, ou au contraire de désillusion par les écarts reconnus, le sexe, la conformation, les ressemblances ou les dissemblances trouvées ou imaginées.

Une dynamique psychologique essentielle de cette phase résulte d'un mouvement régressif qui porte la mère à retrouver chez son bébé ce qu'elle fut autrefois, ce que sa mère fut pour elle à l'âge le plus tendre. Cette plongée régrédiente permet à la mère de s'identifier à son enfant, d'être en résonance avec lui, de sentir ce qu'il ressent dans un état que Winnicott [1] a pu qualifier de « folie maternelle », grâce auquel on peut supporter l'insupportable, une

[1] D.W. Winnicott : *De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit.*

servitude vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et percevoir intuitivement chez un bébé ses besoins ou ses malaises.

Evolution ultérieure

La relation d'une mère avec son enfant ne doit pas être comprise comme la juxtaposition parallèle de deux personnalités d'une évolution linéaire indépendante. L'un influence l'autre dans une interaction constante. L'influence de l'enfant sur sa partenaire est non moins essentielle que l'inverse.

Au fur et à mesure des semaines et des mois, l'amour maternel évolue, en même temps que l'enfant s'engage vers son autonomie. L'attachement devient moins exclusif et il est important qu'il en soit ainsi pour qu'elle redevienne pleinement femme, conjointe, mère de ses autres enfants, pour qu'elle retourne à ses intérêts personnels et professionnels. C'est aussi nécessaire pour elle et pour les autres que pour l'enfant lui-même. On connaît les conséquences sérieuses pour un enfant d'être maintenu en position régressive par une mère nostalgique du bébé qu'elle portait en elle ou du nouveau-né uni à elle dans la symbiose originelle.

Sans oublier le père

Ces vues seraient incomplètes si elles ne gardaient présent à chaque instant le père, partout et tout le temps, même s'il ne s'agit que d'une présence médiate au travers de l'imaginaire de la mère. L'exclusion du père, son maintien hors de l'univers de l'enfant, se trouvent à l'origine de maints états pathologiques, non des moindres

LES ANOMALIES PSYCHOLOGIQUES DE LA JEUNE MERE

Dans les suites de la naissance beaucoup de femmes traversent une période difficile par des décompensations dont toute une gamme peut s'observer, depuis les plus ténues qui sont d'une grande fréquence, jusqu'aux formes les plus sérieuses de la psychose puerpérale.

Nous nous arrêterons seulement aux manifestations les plus banales. Elles sont souvent méconnues ou mal interprétées. Elles peuvent être à l'origine de difficultés dans l'établissement des premières relations entre la mère et l'enfant.

Les décompensations transitoires

La plupart des décompensations sont à tonalité dépressive. Les signes les plus fréquents sont la fatigue avec un sentiment de découragement et de tristesse, trop souvent mis sur le compte du seul état physique. Mais plus fréquemment encore, l'attention est attirée par les inquiétudes sur l'état de l'enfant. Elles sont exprimées tantôt directement, tantôt par allusion, ou même par des remarques d'apparence ridicule : « il est agité », « il dort trop », « ses mains sont froides », « il respire mal ». Réflexions insistantes, ou au contraire épisodiques mais toujours chargées d'un contenu d'angoisse intense : l'anomalie, la maladie, la menace de mort.

Pour tous ceux qui approchent une accouchée il est important de savoir que de telles inquiétudes peuvent s'imprimer de façon durable sinon définitive dans l'esprit de la mère. Le soin apporté à l'examen médical du bébé devant elle, l'explication et la démonstration de

certaines particularités propres à l'état néonatal, la réassurance sur la qualité de l'enfant, peuvent faire beaucoup pour démystifier une idée aberrante et faire tomber l'angoisse.

C'est parfois au retour à la maison que la décompensation se produit. La femme se sent envahie par la panique devant ses responsabilités et la tâche qui l'attend. Saisie d'un sentiment de solitude souvent réel d'ailleurs, car dans les conditions de la civilisation urbaine qui est la nôtre, la femme est privée de ses attaches familiales, du soutien de sa mère, insuffisamment épaulée. Ces conditions doivent être prévues dès la maternité par l'assistante sociale. Une aide familiale, une puéricultrice à domicile, valent mieux que le discours, fût-il celui d'un psychologue.

Un autre phénomène important de la dépression est le sentiment horriblement pénible éprouvé par certaines femmes de ressentir leur enfant comme un étranger, de ne pouvoir le reconnaître. Cette impression d'un enfant étranger est interprétée comme la transcription de la différence ressentie entre l'enfant espéré ou imaginé et l'enfant réel.

Anxiété et surprotection

Toute mère est anxieuse et une certaine anxiété est nécessaire pour accomplir la fonction maternelle.

Cependant l'anxiété peut être pathologique dans des modalités d'expressions diverses. Une des plus sérieuses est la phobie d'impulsion : la femme est hantée par la crainte obsédante de nuire à son enfant, de le blesser, l'étouffer, le noyer. Sous un aspect moins pathologique, c'est le comportement très commun de ces mères qui manipulent leur enfant avec une précaution excessive au point de paraître maladroites. L'anxiété conduit souvent à la surprotection, à la sollicitude excessive et anxieuse caractérisée par une attention exagérée aux moindres manifestations de l'enfant, une interprétation erronée de ses besoins, une incohérence dans les soins, par exemple l'administration d'un nombre inconsidéré de repas, des changements de régimes intempestifs, des mesures de protection excessives...

L'agressivité

L'attribution à une mère de sentiments agressifs pour son enfant est une idée parmi les plus difficiles à recevoir, non seulement du public mais aussi de la part des observateurs les plus avertis des questions de la psychologie, tant nous sommes tous imprégnés par le mythe de la pureté de l'amour maternel. Parler d'agressivité évoque des sentiments répréhensibles qui résultent d'une confusion entre agressivité et agression. La tendance agressive est non seulement normale mais base essentielle de toute tendance affective. L'anomalie réside dans le passage à l'agression. On peut discerner toute la gamme de l'expression de l'agressivité, depuis la meilleure des mères qui avoue en riant avoir envie de passer son enfant par la fenêtre, de la plus normale et parfaitement contenue, jusqu'aux formes les plus sérieuses, de la plus indirecte comme l'anxiété ou la perfection excessive dans les soins jusqu'à la franche agression. Faire entendre à une mère qu'elle peut se permettre de penser à son agressivité, être autorisée à en parler, peut beaucoup la détendre pour le mieux de maintes situations.

LES SEVICES AUX JEUNES ENFANTS

Faire allusion à l'agressivité, c'est évoquer du même coup l'enfant maltraité et les conséquences pour un enfant de comportements maternels et paternels déviants dans leurs formes les plus meurtrières.

La connaissance de l'enfant maltraité, qui occupe dans la pathologie pédiatrique une place importante, peut être vue comme le résultat de la levée successive de voiles tendus devant nos yeux par notre répugnance à regarder ce qui nous dérange. Démythification psychiatrique, car les auteurs des sévices sont rarement des malades mentaux ou des délinquants sadiques bons à enfermer à l'asile. Démythification sociale qui a fait sortir ces enfants de l'imagerie d'Epinal, le père aviné, la mégère hirsute. Surtout démythification des idées reçues sur l'attachement maternel souvent compris comme le résultat d'un instinct inaltérable, hormis ses perversions elles-mêmes innées et instinctuelles.

L'unanimité des observateurs s'accorde à reconnaître que ces parents ont été eux-mêmes l'objet de soins maternels et paternels anormaux, qu'ils ont été durement malmenés dans leur enfance, parfois victimes de sévices ou en tout cas gravement frustrés, ou moralement maltraités. Dans le mouvement régressif qui caractérise l'investissement d'un enfant à sa naissance, les maltraitants rencontrent la haine, celle de la mère ou du père qu'ils ont eus, la leur propre vis-à-vis d'eux-mêmes. L'enfant identifié à l'agresseur devient objet de haine et d'agression. Ces parents sont ce que nous aurions pu être nous-mêmes si nous avions traversé pareilles conditions de l'enfance.

Leur personnalité est porteuse de sérieuses anomalies, marquées à la fois par l'absence de contrôle des instances agressives et par de graves déviances des sentiments d'un adulte à l'égard de l'enfant. Ces tendances sont souvent parfaitement silencieuses pour remonter et surgir dans leur réalisation brutale lorsque l'enfant paraît et avec lui le drame dont il est à la fois l'occasion et la victime.

Cette évocation serait incomplète si elle ne tenait pas compte des grandes variétés psychologiques de ces sujets et de la diversité des circonstances qui les font basculer dans le passage à l'acte. Parmi ces dernières, interviennent toutes les conditions qui peuvent faire obstacle à l'établissement des liens entre les parents et l'enfant. Conditions familiales ou sociales anormales, décompensation du *post-partum*, anomalie ou maladie de l'enfant obligeant une séparation immédiate ou ultérieure, etc.

L'enfant maltraité, comme tout phénomène de violence, ne découle pas d'une cause uniforme mais de la conjonction de facteurs tenant les uns à la personnalité des auteurs, les autres à l'environnement.

Parmi les enfants victimes d'abus, 20 % sont nés prématurés, parce que les circonstances de leur naissance ont défavorisé les premières relations avec des mères ou des pères psychologiquement prédisposés.

LE PRÉMATURE, LES NOUVEAU-NÉS EN PÉRIL VITAL

Le risque psychique des enfants issus de conditions néonatales difficiles fut longtemps inscrit dans le cadre exclusif des séquelles cérébrales et de la défectologie. C'est assez récemment que les facteurs psychologiques entrèrent en ligne de compte au fur et à mesure que, grâce aux progrès des techniques pédiatriques, les survies chaque jour plus nombreuses de nouveau-nés

en péril et de moins en moins touchés par une pathologie lésionnelle incitaient les observateurs à focaliser leur intérêt sur l'environnement psychologique immédiat et à découvrir son importance pour l'avenir.

Il en résulte d'ores et déjà des déductions pratiques importantes pour l'organisation des soins périnataux et de leur suite en vue d'une prophylaxie mentale.

Non moins importantes sont les conséquences de ces études pour la compréhension de la genèse des sentiments maternels et paternels et des déviations qui peuvent les marquer sous l'influence des situations dramatiques qui entourent les premiers temps de la vie du bébé, s'inscrire définitivement dans leurs esprits au point d'infléchir durablement leurs attitudes éducatives. Car ces circonstances réalisent des conditions pour ainsi dire expérimentales d'anomalies de la relation précoce, telles qu'une grossesse écourtée par une naissance prématurée, l'éloignement de l'enfant pour une séparation immédiate parfois longue, la rencontre tardive de parents avec un enfant inconnu entourée du halo de l'angoisse, à un âge où dans les conditions habituelles une relation très élaborée s'est constituée.

Les états pathologiques les plus courants qui mettent un nouveau-né en danger sont : la grande prématurité, les agressions neurologiques, les souffrances respiratoires d'origines diverses, les incompatibilités sanguines fœto-maternelles, Rhésus surtout, les infections, les malformations dont beaucoup sont maintenant accessibles à la chirurgie néonatale réparatrice.

Tous nécessitent l'hospitalisation immédiate dans des centres spécialisés où sont mis en œuvre des moyens destinés à assurer la survie : vie en incubateur, assistance respiratoire et circulatoire, alimentation artificielle... Ils vivent en isolette parfois des semaines et même des mois, hors de tout contact humain suivi, soumis en outre à des conditions très anormales, lumière vive et continue des machines, bruits, gavage, traitements éprouvants, piqûres, prises de sang...

L'avenir psychologique de ces enfants est marqué par des anomalies dont la qualité et le nombre sont significatifs. Certaines d'entre elles se révèlent assez rapidement dans les deux premières années : retard de développement, marche, langage ; troubles psychosomatiques, anorexie, insomnie... D'autres émergent beaucoup plus tard au cours de la moyenne ou de la grande enfance : anomalies de comportement, instabilité, difficultés motrices, handicap pour la lecture ou le calcul, fragilité émotionnelle et vulnérabilité. La révélation retardée possible d'une pathologie issue de conditions néonatales anormales est un des points les plus marquants des recherches actuelles. Elle était restée longtemps méconnue faute d'études prospectives suffisamment prolongées.

L'inégalité du devenir d'enfants pourtant soumis à des conditions, équivalentes suggère l'importance des facteurs relationnels.

Dans une étude concernant une cinquantaine d'enfants hospitalisés après leur naissance dans le service de réanimation de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul [1], examinés eux et leurs parents avec un recul de cinq à sept ans, par des évaluations psychologiques approfondies, ce fut une surprise pour nous de constater que la plupart d'entre eux avaient pu sortir indemne d'états néonataux à haut risque ayant nécessité pour certains des hospitalisations allant jusqu'à trois, quatre mois et davantage. Leur personnalité ne se distinguait en rien de celle d'enfants ayant vécu dès la naissance dans leur famille. Ces enfants dont le destin a été favorable avaient

[1] Kreisler (L.), Bouchard (F.), Lalande (J.) et Le Loc'h : « Devenir psychologique des nouveau-nés traités en unité de soins intensifs », *Annales de pédiatrie*, 1978, *25*, n° 9, 509-518.

rencontré à leur arrivée chez eux des conditions marquées par une relation maternelle et paternelle adéquate.

A l'opposé, les évolutions préoccupantes que nous avons pu constater coïncidaient avec des conditions familiales ou sociales défavorables.

Ces constatations peuvent remettre en cause beaucoup d'idées reçues. Elles démontrent à tout le moins les extraordinaires capacités de récupération de jeunes enfants pourvu qu'ils trouvent dans leur famille des conditions convenables. Ces faits méritent d'être mis en comparaison avec les déviations psychopathologiques précoces des nourrissons élevés dans leur famille dans des conditions relationnelles déviantes [1].

Les parents face au nouveau-né en danger

Les réactions des parents sont d'une grande diversité et rien ne serait plus irréel que d'en dresser des tableaux schématiques. Il faut aussi se garder d'une dramatisation généralisée, car si tous sont ébranlés, beaucoup trouvent en eux-mêmes suffisamment de ressort pour surmonter leur désarroi.

Parmi les caractéristiques psychologiques de ces parents, la plus banale d'entre elles est l'angoisse et les comportements de surprotection qui en résultent.

Les réactions les plus sérieuses peuvent aller jusqu'à une altération grave des sentiments maternels et paternels.

De curieux cas d'indifférence pour l'enfant sont constatés, matérialisés par des comportements de rejet patent ou latent : éloignement de l'enfant, placement dans des institutions.

Ces sérieuses altérations de l'investissement font parfois suite à la réaction immédiate dite du « deuil anticipé ». En face du risque de mort de leur enfant, risque réel et annoncé ou imaginé, les parents évitent de s'attacher à lui et se comportent d'emblée comme si leur enfant était déjà mort. On conçoit l'importance de la parole du médecin dans cette conjoncture.

De l'absence d'attachement à l'agressivité ouverte et à l'agression, le pas est parfois franchi. L'enfant victime de sévices se trouve dans notre étude comme dans beaucoup d'autres.

Ces constatations ont conduit à rechercher la source des déviations et à les analyser dans leur relation aux différents événements.

La grossesse, s'il s'agit d'un enfant prématuré, est écourtée, amputée de sa dernière période dont on sait l'importance et la richesse pour la préparation à l'état de maternité. La grossesse qui n'a pas été menée à son terme laisse la femme dans un sentiment de vide, d'incomplétude. Il persiste en elle l'image d'un être anormal et incomplet.

L'enfant en danger arrive en rupture avec l'être idéalisé du fantasme et cristallise au contraire les pires craintes. En ces femmes reste gravée l'image d'un bébé fragile qui ne tient à la vie que par un souffle. Il est une chimère au double sens du terme, à la fois né de l'imaginaire et redouté par sa conformation inquiétante. Sur lui se fixent les fantasmes les plus inquiétants d'anomalie, l'infirmité, l'arriération, l'imaginaire de la mort.

---

[1] Kreisler (L.), Fain (M.) et Soulé (M.) : *L'Enfant et son corps. La clinique psychosomatique du premier âge,* P.U.F. 1978, 2' éd.

Après l'accouchement, l'enfant à peine entrevu est emporté au loin. Alors commence pour la mère la période pour elle interminable du séjour à la maternité à côté du berceau vide, seule à côté des autres qui ont leur bébé avec elles, dans l'attente des nouvelles.

Le séjour du nouveau-né dans le centre de néonatalogie est pour les parents une dure épreuve. Certes les séparations sont moins rigoureuses qu'autrefois. Les médecins n'interdisent plus au nom des exigences biologiques et du risque de contamination toute visite à la famille. De plus en plus souvent, les parents sont admis et même invités à visiter l'enfant, les mères à le toucher à l'intérieur de l'incubateur, ce qui peut participer beaucoup au processus de réparation.

L'arrivée de l'enfant à son foyer est un autre moment critique dont l'évaluation est de la plus haute importance dans l'infinie variété des réactions possibles, depuis l'adaptation immédiate ou presque dans une relation satisfaisante, jusqu'aux indices les plus inquiétants de l'indifférence, du rejet ou de l'angoisse qui augure une éducation ultérieure incohérente.

L'intervention du père est décisive. D'emblée il entre en scène assurant le rôle de « messager » entre l'hôpital et sa conjointe encore à la maternité, partagé entre sa propre angoisse et la nécessité de la rassurer. Nous connaissons maintes situations où l'enfant a pu s'en tirer grâce à lui, en face des défaillances de la mère.

Ou au contraire, blessé dans ses aspirations par l'enfant reçu comme un anormal et restant à l'écart, l'exclusion du père, son maintien hors du désir maternel, aboutit à une relation mère-enfant bloquée, fermée, qui obture son inscription dans l'univers symbolique de la famille.

Déductions

De l'ensemble des faits décrits, trois d'entre eux émergent :

l'importance de ces observations pour une meilleure connaissance des processus psychologiques de l'attachement et des anomalies qui peuvent en résulter pour la qualité ultérieure de l'investissement affectif dont l'enfant est l'objet ;

- la vulnérabilité de la période initiale au cours de laquelle les événements anormaux risquent de s'inscrire de façon profonde, voire définitive, dans l'esprit de la mère et des parents ;

- l'inégalité des réponses des parents, tantôt passagère, tantôt durable, au point de peser parfois longuement, sinon pour toujours, sur la relation ultérieure.

Parmi les nombreux facteurs relevés, semblent déterminants .

- la séparation parents-enfant précoce et prolongée ;

- la menace qui pèse sur la vie de l'enfant et le risque de séquelles ;

- la substitution temporaire d'une équipe soignante au couple parental.

La connaissance de ces si diverses circonstances a des conséquences pratiques qui méritent une réflexion pour un meilleur aménagement des périodes vulnérables, même si des progrès importants ont déjà été accomplis à ce point de vue :

- dans la grossesse à risque, la préparation psychologique de la future mère par l'équipe obstétricale ;

- lors de l'accouchement, la nécessité d'un contact même bref entre l'enfant et la mère, puis le soutien de celle-ci durant le séjour à la maternité ;

- au cours du séjour du nouveau-né au centre de prématurés ou à l'hôpital, l'aménagement des relations entre les parents et le personnel soignant, les contacts directs de l'enfant avec sa mère, le soutien psychologique, le raccourcissement des séjours, l'aménagement du retour au foyer pour éviter au maximum les placements ; l'évaluation des réactions pour une intervention psychologique éventuelle ;

- au retour au foyer, l'aide matérielle et le soutien par le pédiatre, la puéricultrice à domicile, l'assistante sociale, l'aide familiale ;

- dans la surveillance ultérieure de l'enfant, l'importance de l'attitude du médecin qui doit savoir exercer la vigilance nécessaire sans inquiéter la famille, surveiller tout en rassurant.

C'est dire l'importance d'une réflexion de la part de tous ceux qui sont appelés à intervenir : médecins, infirmières, sages-femmes, travailleurs sociaux.

D. GIRODET :

Vous n'avez pas fait de corrélation avec le diagnostic de départ ?

L. KREISLER :

Votre question va me permettre de préciser un certain nombre de conclusions concernant l'étude faite à Saint-Vincent-de-Paul sur le devenir psychologique des nouveau-nés traités en unité de soins intensifs.

Dans une enquête antérieure à la nôtre, portant sur le devenir de près de 400 enfants, nos collègues de la réanimation ont démontré que loin d'augmenter le nombre des handicapés, les techniques de réanimation ont une influence heureuse. Au fur et à mesure des années, à mesure que s'affinent les techniques, le nombre des séquelles est de moins en moins grand, et celles-ci sont de moins en moins lourdes. Le risque neuropsychique est très faible dans les maladies par incompatibilité sanguine, les anomalies d'ordre chirurgical et même les détresses respiratoires qui représentent la grande majorité de l'ensemble des cas. Les séquelles neuropsychiques sévères grèvent les détresses cérébrales. Encore les deux tiers de celles-ci échappent-elles à toute séquelle.

Notre étude qui a porté sur 48 cas concernait des enfants pour la plupart indemnes d'atteintes cérébrales organiques. Les troubles qu'ils présentaient étaient de nature essentiellement psychologique avec une majorité de troubles névrotiques. Leur compréhension posait une question fondamentale.

Ces anomalies psychologiques étaient-elles dues aux longues hospitalisations dans les conditions pénibles qui ont été décrites.

Fallait-il, au contraire, attribuer l'essentiel de la responsabilité aux attitudes éducatives et psychologiques de la famille ébranlée par le départ périlleux de leur enfant dans la vie ?

Parmi les influences d'environnement, deux ressortent par leur importance : la durée du séjour hospitalier initial, les caractéristiques familiales psychologiques ou sociales.

Les troubles croissent en fréquence avec la durée du séjour hospitalier compté dans sa totalité. Le raccourcissement au maximum des durées de séjour est donc un point essentiel du projet thérapeutique. La qualité et la gravité des troubles sont en grande partie fonction des conditions familiales et sociales. L'abord psychologique des parents, l'organisation des mesures destinées à éviter que ne s'inscrivent en eux des dispositions fâcheuses, est la deuxième donnée fondamentale pour la prophylaxie des déséquilibres ultérieurs de l'enfant.

L'hypothèse formulée est que le séjour hospitalier prolongé est un facteur de fragilité psychologique. L'enfant remis à ses parents à la sortie de l'hôpital est un enfant vulnérable, et sa fragilité est d'autant plus grande qu'il y est resté plus longtemps. Son sort ultérieur dépend des attitudes psychologiques et éducatives du milieu familial ainsi que des conditions sociales dont le rôle est majeur pour le devenir. Sans méconnaître l'importance des raisons qui tiennent à la personnalité propre des parents, beaucoup de leurs réactions sont induites par le danger néonatal et risquent de s'organiser de façon durable.

Légitimement soucieux de la protection du cerveau, préoccupation majeure des soins pour la prophylaxie des séquelles lésionnelles, le néonatologue doit être attentif aux autres incidences de la périnatalité pour la prévention du risque psychologique lointain.

D. GIRODET :

Et les arriérés mentaux...

L. KREISLER :

Les séquelles neuropsychiques sérieuses ont été évaluées dans l'étude précédant la nôtre. Il faut répéter que leur prophylaxie est un souci majeur en salle de travail à la maternité et en unité de soins intensifs.

La cohorte des enfants de notre recherche ne comportait pas d'encéphalopathes. Il y avait cependant trois cas de débilité.

Je m'en tiendrai à deux remarques :

1° Même en cas d'atteinte cérébrale authentifiée, on ne peut pas méconnaître le rôle aggravant et parfois déterminant de conditions familiales et sociales défavorables, ni oublier qu'à handicap neurologique équivalent le destin d'un enfant est grandement tributaire des conditions affectives et éducatives qui l'entourent.

2° Nombre de retards intellectuels ne reconnaissent pas une cause organique. Dans nos trois cas de débilité, on relevait la conjonction d'une longue durée de séjour hospitalier et de structures familiales anormales. Le seul véritablement arriéré était un enfant rejeté par sa mère, plusieurs fois placé en institution et plusieurs fois victime de sévices corporels.

La question de la débilité mentale est complexe. L'organique et le psychologique ne peuvent, dans l'étiologie, être opposés en termes manichéens.

Le syndrome du jeune enfant maltraité :

1 - Exposé du problème

Pierre STRAUS [1]

Le problème des mauvais traitements infligés aux jeunes enfants n'a rien de nouveau. L'infanticide direct ou « détourné » sous forme d'« exposition » et d'abandon des enfants nouveau-nés, les mutilations diverses imposées aux jeunes enfants, la brutalité des sanctions corporelles, furent largement répandus jusqu'à la fin du xix° siècle. Jusqu'à cette date, le jeune enfant déjà gravement menacé dans sa santé et son existence même par la multiplicité des affections néonatales et infectieuses et la méconnaissance des règles d'hygiène infantile était, également, l'objet de l'agressivité des adultes. Il n'était pas considéré comme une personne et sa situation, de ce fait, restait extrêmement périlleuse. C'est seulement conjointement aux progrès de l'hygiène, de la médecine, à l'élévation du niveau de vie et parallèlement à la restriction spontanée des naissances que le nourrisson et l'enfant jeune ont vu leur valeur reconnue en tant que personne, et c'est seulement de nos jours qu'il apparaît anormal et même scandaleux qu'une pathologie infantile soit induite par de mauvais traitements infligés volontairement à des enfants par leurs parents ou les adultes en ayant la charge.

C'est pourquoi si le nombre des enfants victimes de mauvais traitements apparaît aujourd'hui croissant, c'est essentiellement le fait d'un dépistage plus attentif.

Il est d'ailleurs pratiquement impossible d'aboutir à une estimation chiffrée du phénomène car la majorité des cas restent clandestins. On retrouve dans la littérature une quasi-égalité de garçons et de filles et ***presque toutes les études s'accordent pour souligner le jeune âge des enfants,*** la grosse majorité ayant moins de 3 ans, beaucoup étant des nourrissons ; mais comme il s'agit avant tout de statistiques hospitalières, il est probable que l'hôpital, accueillant les cas les plus graves, reçoit de ce fait les enfants les plus jeunes.

La majorité des ***lésions présentées*** par les jeunes enfants maltraités sont des lésions tégumentaires. Parmi celles-ci, les plus fréquentes et les plus banales sont des ecchymoses et des hématomes, c'est-à-dire des « bleus », qui n'ont comme caractère particulier que leur multiplicité et certaines localisations spécifiques : tronc, lombe, visage, cuir chevelu.

Les plaies sont très polymorphes et permettent parfois de suspecter l'instrument en cause : liens, ceinture, fouet ou martinet.

Les brûlures par ébouillantement sont le plus souvent accidentelles mais peuvent témoigner d'une négligence grave, voire d'une intention agressive. Les brûlures manifestement sadiques par fer à repasser, cigarettes, tisonnier, etc., sont beaucoup plus exceptionnelles.

[1] L'exposé du Dr Straus, illustré par la projection de nombreuses diapositives, a dû être notablement remanié par l'auteur pour pouvoir être lu. (N.D.L.R.)

Les fractures sont, après les lésions tégumentaires, les lésions les plus fréquemment retrouvées ; leurs caractères cliniques et radiologiques sont souvent particuliers chez le nourrisson et l'enfant de moins de 2 ans.

On décrit en particulier sous la dénomination de ***syndrome de Silverman*** un ensemble lésionnel constitué de fractures d'âges différents et négligées. Comprenant, à côté de fractures diaphysaires banales, des fractures minimes, parcellaires, situées à l'extrémité des os longs, ainsi que des décollements du périoste de ces os. L'intérêt de ces « arrachements métaphysaires » et de ces « décollements périostés » réside dans les mécanismes invoqués dans leur production : manœuvres d'extension ou de contention forcée, de striction ou de torsion des membres ou des articulations du jeune enfant.

Parmi les autres lésions traumatiques, il en est une qui constitue à elle seule la grosse majorité des cas graves, conduisant au décès de l'enfant ou à des séquelles définitives : c'est ***l'hématome sous-dural*** ; suffusion sanguine développée entre la boîte crânienne et le cortex cérébral et qui est dans la plupart des cas consécutive à un coup porté sur la tête, parfois accidentel mais parfois volontaire.

Les enfants maltraités présentent fréquemment des troubles de l'état général : hypotrophie staturopondérale, retard de croissance ou dénutrition plus ou moins sévère. Ces états peuvent être souvent rattachés à des négligences graves ou à un manque de nourriture.

Les troubles du comportement de l'enfant doivent être observés avec attention mais interprétés avec prudence. Celui- ci peut-être triste, apathique, terrorisé, esquissant des gestes de défense à chaque tentative d'approche, mais de jeunes enfants non maltraités peuvent avoir les mêmes réactions de désarroi au cours d'une hospitalisation ou d'un simple examen médical. Dans d'autres cas, l'enfant paraît trop « facile », affectueux, s'attachant indistinctement à toute personne entrant en contact avec lui. La régression affective que cache un tel comportement n'est pas toujours perçue. Enfin, l'enfant peut se présenter comme un véritable arriéré mental et il est souvent difficile de faire la part entre une débilité mentale constitutionnelle et les troubles induits par le passé de l'enfant : hospitalisations multiples ou placements en collectivité, attitude de rejet ou d'agressivité dont il a pu être victime de la part de son environnement.

L'enfant victime de mauvais traitements est un enfant en danger. Selon les statistiques, on estime de 3 à 10 % le taux de mortalité secondaire à des mauvais traitements. Certaines études notent 50 à 60 % de récidives quand aucune mesure de protection n'a été prise. Quant aux ***séquelles définitives,*** elles peuvent être neurologiques, orthopédiques, dysmorphiques à la suite de certains sévices corporels. Mais les plus graves et les plus constantes sont les séquelles psychologiques. Certains enfants restent des débiles mentaux, d'autres évoluent vers un état psychotique. De toute façon, l'épanouissement psychologique et affectif de l'enfant peut être compromis pour toujours Si le diagnostic de lésion traumatique est établi le plus souvent sans difficulté, ***le diagnostic de mauvais traitement est beaucoup plus malaisé.*** Lorsqu'il n'y a pas de flagrant délit et que les parents nient avoir maltraité leur enfant, la suspicion ne peut se fonder que sur le caractère et l'association des lésions, leur régression sans rechute dès la séparation de l'enfant et de son milieu familial et enfin la discordance entre les données de l'interrogatoire et les constatations cliniques.

Les circonstances exactes des mauvais traitements sont exceptionnellement connues. Cela n'a rien d'étonnant et s'explique d'autant mieux que tout le monde s'accorde aujourd'hui pour estimer que ***la seule attitude positive que doivent avoir les médecins et les travailleurs***

sociaux vis-à-vis des parents maltraitants est une attitude non culpabilisante qui, de ce fait, ne s'efforce pas avant tout d'obtenir des aveux. Cela ne tirerait pas à conséquence si cette attitude ne conduisait pas très souvent les médecins, les psychologues ou les travailleurs sociaux à « scotomiser » complètement les pulsions agressives des parents à l'égard de leur enfant et à mettre sur le compte d'accidents des brutalités manifestes.

C'est la raison pour laquelle nous avons pensé utile de présenter quelques observations dans lesquelles la gravité de la symptomatologie, la discordance entre les constatations cliniques et les données d'un premier interrogatoire, ont conduit à la mise en œuvre d'une investigation judiciaire dont l'opportunité est discutable sur le plan psychologique, mais qui a eu le mérite d'éclairer les conditions de survenue des lésions présentées par l'enfant.

1ère observation

Une fillette de 18 mois est hospitalisée dans un état impressionnant, couverte d'ecchymoses et de plaies. Elle présente en outre un volumineux hématome de la joue et des plaques d'alopécie du cuir chevelu.

Les clichés du squelette révèlent six fractures des membres, trois fractures de côtes, une fracture du crâne. Aucune explication de ces lésions n'est fournie à l'hôpital par les parents.

Ce n'est qu'à la suite d'un long interrogatoire de police que la mère finit par dire : « Je reconnais l'avoir giflée, je l'ai frappée sur la figure et sur les fesses, je la tire par les bras lorsque je la secoue ; un jour, je l'ai tirée si fort que le lendemain son bras était bleu... Je la prenais par les cheveux et la soulevais de terre. C'est en la débarbouillant que je lui ai écorché le nez... A la suite d'une gifle, elle a présenté une rougeur qui est devenue violacée derrière la tête, sa tête a dû cogner contre la porte. Lorsque je suis en colère, il m'arrive de la serrer très fort entre mes mains. Il y a huit jours, j'ai soulevé ma fille du sol pour la laisser retomber et depuis elle ne pouvait plus marcher. Je n'ai pas appelé le médecin car j'avais peur qu'il se rende compte de ce que j'avais fait. »

2ème observation

Un bébé de 4 mois est hospitalisé pour hypotrophie, ecchymoses multiples et déformation d'une cuisse. L'examen radiologique révèle l'existence de trois fractures de côtes, une fracture du crâne et neuf fractures des membres dont certaines sont anciennes.

La mère invoque tout d'abord, pour expliquer les ecchymoses, une chute de la baignoire.

Ce cas va être soumis à une enquête de police et pendant plus d'un an aucun aveu, aucune dénonciation de brutalités ne sera obtenue. Ce n'est qu'à la suite d'un entretien neuropsychiatrique que la mère a fini par déclarer : « Je me suis laissée aller à des colères non justifiées envers mon bébé sous l'effet de l'énervement excessif consécutif à ma fatigue et au surcroît de travail occasionné par ma deuxième maternité. Je m'irritais quand il criait, je l'attrapais alors par les bras ou les jambes et le secouais énergiquement. Sous l'effet de la colère je serrais ses membres assez fort dans mes mains.

« Il est arrivé aussi que dans mon énervement je cogne la tête de mon nouveau-né dans l'encadrement de la corbeille à langer qui n'est qu'un caisson en bois grossier.

« Une autre fois alors que je lavais le bébé dans une bassine, celui-ci dont la peau était devenue glissante m'a en partie échappé, je l'ai rattrapé à la volée par les jambes, j'ai vu ensuite apparaître un bleu à la jambe que j'avais serrée très fort. Il m'arrivait aussi de lui donner quelques fessées, quelquefois un peu fort lorsque j'étais agacée.

« Je reconnais avoir cherché à éluder par des réponses évasives certaines questions car je me sentais en effet un peu coupable. »

Ces deux observations ne présument naturellement pas que tout « syndrome de Silverman » soit lié à des décharges agressives aussi brutales, mais je pense qu'il est très important qu'elles soient présentes à l'esprit des médecins ou des travailleurs sociaux lorsqu'ils se trouvent en présence d'un jeune enfant et surtout d'un nourrisson présentant des lésions suspectes de mauvais traitements.

Je voudrais ajouter, au risque de paraître paradoxal, qu'il existe entre ces manifestations agressives spectaculaires et certaines manières de manipuler un enfant avec une brusquerie et une maladresse quasi intentionnelle, comme il nous arrive de le constater fréquemment en assistant à certains comportements d'une mère à l'égard de son nourrisson ou de son jeune enfant, une transition sans discontinuité.

Parmi les autres problèmes soulevés par les enfants maltraités, il paraît intéressant ici d'insister sur celui de la ***prématurité.***

Dans nos études, le pourcentage d'enfants prématurés est considérablement plus élevé que celui retrouvé dans la population générale. Il en est de même de la gémellité. Il semble donc qu'un facteur associe prématurité et mauvais traitements [1].

Il est probable que certains enfants prématurés présentent une fragilité osseuse qui les rend vulnérables à des simples maladresses de manipulation. Mais habituellement il existe également des difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant où interviennent à des titres divers le sentiment d'échec ou de culpabilité pour ne pas avoir réussi à mener à terme sa grossesse, une séparation souvent prolongée d'avec son enfant pour des raisons médicales, et finalement, lors du retour de l'enfant au foyer, des difficultés objectives liées à l'état d'hypertonie, d'agitation, d'anorexie, de retard psychomoteur, présentés par leur nourrisson.

Tous ces éléments peuvent entraîner de graves anomalies des sentiments vis-à-vis de l'enfant allant du désintérêt à l'hostilité franche, les brutalités survenant dans des excès d'impatience.

3ème observation

Un nourrisson de 8 mois est amené à l'hôpital par sa mère.

C'est un enfant hypotrophique pesant 4,300 kg. Son retard psychomoteur est très important puisqu'il tient à peine sa tête, ne sourit pas, et présente une attitude en flexion permanente des membres inférieurs avec rétraction tendineuse.

Un cliché du squelette révèle une série d'arrachements métaphysaires et des décollements périostés au niveau des deux membres inférieurs. C'est un jumeau prématuré pesant 1,300 kg à la naissance, resté deux mois au centre des prématurés, puis transféré dans un service de médecine pour des épisodes infectieux. Il n'a été repris par sa mère qu'à l'âge de 7 mois.

Des différents entretiens avec cette femme où nous avons évité toute allusion aux fractures et toute attitude accusatrice, on peut extraire les éléments suivants : elle a 44 ans, elle est mère de six enfants, deux aînés de 27 et 25 ans, deux enfants de 7 et 3 ans d'un second lit et les jumeaux de l'ami actuel. Elle est très mal logée. D'une enfance gravement perturbée on

[1] Si ce facteur, parmi d'autres, est retrouvé, rétrospectivement dans un groupe d'enfants victimes de mauvais traitements, cela ne veut évidemment pas dire que le fait qu'un accouchement survienne prématurément soit, en soi, un facteur important de risque. Ce point doit quand même faire réfléchir et notamment sur les conditions d'hospitalisation des prématurés et sur les facilités d'accès des parents à leur enfant hospitalisé (l'accueil des parents a très largement évolue dans de nombreux services).

retiendra que sa propre mère est morte au cours de manœuvres abortives alors qu'elle avait 13 ans et qu'elle a assisté à son décès. Son fils aîné est un délinquant. Les deux enfants de 7 et 3 ans sont « très sages » et durement élevés. La mère dit : « Je n'ai pas été assez dure avec les aînés, ceux-ci sont élevés à la baguette. » La dernière grossesse a été absolument refusée, ***elle ignorait d'ailleurs qu'elle attendait des jumeaux,*** si bien qu'à l'accouchement elle fut tellement surprise d'avoir le deuxième qu'elle n'avait aucun prénom à proposer et lui a donné celui de l'aide-soignante qui était là. Elle a très mal accepté l'hospitalisation du bébé, dit qu'elle était très mal reçue à l'hôpital, ne pouvait obtenir aucun renseignement, et personne ne l'a prévenue à la sortie des difficultés présentées par l'enfant.

En effet à son retour le bébé était très agité, anorexique, ne souriait pas, il était difficile à langer en raison de son hypertonie. La mère ajoute qu'elle est très brusque avec les enfants et n'aime pas les bébés. Lorsque la puéricultrice prend l'enfant dans ses bras, elle dit : « Moi je ne pourrais jamais prendre mon fils comme cela, il m'énerve. »

La mère accepte d'abord de faire suivre régulièrement l'enfant et de se faire aider par une puéricultrice, mais au bout de quelques mois elle réclame son placement et l'enfant sera confié à l'Aide sociale à l'enfance.

Nous soulignerons encore ici un autre facteur parce qu'il intéresse particulièrement les structures des consultations prénatales et des maternités : c'est ***la fréquence avec laquelle la première grossesse des mères maltraitantes a été une grossesse très précoce*** [1] (dans 35 % des cas avant 18 ans) ***et s'est déroulée le plus souvent dans des conditions particulièrement difficiles***, dans l'isolement, sans soutien conjugal ni familial et au milieu de difficultés sociales souvent considérables.

Cette première grossesse et cette première naissance apparaissent dans la plupart des cas comme déterminantes pour entraîner la jeune femme dans un processus de détérioration des relations mère-enfant ***si une aide spécifique ne lui est pas apportée dès cette période de grossesse ou après son accouchement.***

Parmi les nombreux autres facteurs qui peuvent prédisposer un enfant à être l'objet de mauvais traitements de la part de ses parents, nous voudrions insister sur un seul, parce qu'il est retrouvé avec une grande fréquence et parce qu'il engage souvent la responsabilité des médecins et des travailleurs sociaux.

Nos études révèlent la très grande fréquence chez les enfants maltraités d'une séparation d'avec leurs parents pendant les premiers mois ou les premières années de la vie. Cela surtout dans les cas où un enfant paraît électivement maltraité dans une fratrie.

Certes nous ne connaissons pas toujours les motivations exactes de ces séparations ou de ces placements.

Derrière certaines causes qui paraissent purement sociales ou médico-sociales, se masquent parfois des situations plus complexes : un rejet primaire d'un enfant ou une attitude ambivalente, ou encore un comportement passif traduisant un moindre investissement de l'enfant.

Cependant il paraît certain que la séparation favorise toujours une ***idéalisation de l'image de l'enfant séparé,*** des conditions de son retour et de l'image que les parents ont d'eux-mêmes en tant que « bons parents ».

[1] Même remarque que pour la prématurité. Voir note de la page précédente

La déception est d'autant plus grande que la réalité est très différente; presque toujours l'enfant présente des manifestations régressives à son retour qui le rendent objectivement difficile. Les problèmes matériels sont aggravés par le retour et les parents manifestent souvent, dans ce cas, une particulière intolérance à la frustration, surtout lorsque les conditions sociales sont mauvaises et qu'il existe des difficultés psychologiques dans les relations du couple.

Enfin, dans un pourcentage de cas qui nous paraît important, la séparation de l'enfant qui a été réellement imposée par des travailleurs sociaux ou des médecins pour des raisons médico-sociales (maladie de l'enfant ou de la mère, travail de la mère, difficultés sociales, trop mauvaises conditions de logement) a joué ***par son seul poids*** un rôle déstructurant dans les relations parents-enfant même lorsque la personnalité des parents n'apparaissait pas de prime abord comme pathologique ni rejetante à l'égard de l'enfant.

De la personnalité des parents maltraitants je ne dirai rien ici, puisque le Dr Kreisler en a longuement et excellemment parlé.

Je voudrais simplement terminer cet exposé par quelques réflexions concernant ***l'abord sociologique du problème.***

Pour la majorité des psychiatres et en particulier pour mon ami le Dr Kreisler, les facteurs socio-économiques ne tiennent pas une place importante dans le syndrome de ''enfant maltraité.

Il apparaît cependant dans la plupart des études que la majorité des enfants victimes de mauvais traitements appartiennent à des familles soumises à de mauvaises conditions de vie où se rencontrent à des degrés divers : l'insuffisance de ressources, le chômage, les logements surpeuplés, le déshéritement culturel, le déracinement, l'isolement au sein du groupe social. Certaines de ces familles sont caractérisées également par la fréquence de situations familiales anormales : l'instabilité des relations conjugales, les mères célibataires, les concubinages successifs avec enfants de plusieurs lits, la multiplicité des hospitalisations et des placements d'enfants, les nourrices clandestines de mauvaise qualité.

Le Dr Kreisler ne mésestime pas l'importance de ces conditions sociales défavorisées ou « marginales » chez les parents maltraitants, mais il fait observer à juste titre que la majorité des enfants issus de tels milieux sont cependant aimés et choyés, et c'est pourquoi il insiste sur l'importance des facteurs individuels que l'on retrouve dans les familles défavorisées où les enfants sont maltraités : l'alcoolisme, la débilité mentale, les troubles du caractère et du comportement, et surtout l'instabilité et les multiples changements d'emplois et de relations conjugales, et il emploie volontiers en parlant de ces situations le terme de « sociopathique ».

C'est sur ce point que nous nous trouvons en désaccord. En effet, rassembler sous le terme de sociopathique l'ensemble des situations sociales et familiales que nous venons d'énumérer revient au même que si l'on rassemblait sous le terme de « maladie mentale » l'ensemble des difficultés psychologiques relationnelles retrouvées chez les parents maltraitants. ***Or nous sommes tous d'accord pour dire que la majorité des parents maltraitants ne sont pas des malades mentaux***. Ce ne sont pas non plus dans leur majorité des cas sociopathiques, ***ce sont des gens qui sont accablés par leurs difficultés sociales,*** ce qui est tout à fait différent, et qui sont soumis à des contraintes de l'environnement extérieur dont les médecins, le personnel paramédical et les travailleurs sociaux n'ont pas toujours une exacte conscience.

A titre d'exemple, le surpeuplement de l'habitat au-delà d'un certain degré non seulement augmente le risque d'accident, mais abaisse le « seuil de tolérance » à l'encontre des manifestations d'activité ou d'agitation d'un enfant qui dans d'autres circonstances seraient considérées comme acceptables.

Il en est de même de l'épuisement d'une femme cumulant son activité salariée et ses tâches ménagères, ou du chômage qui laisse un homme à la maison dans l'inaction et le désœuvrement pendant des mois.

A un niveau plus profond, il existe une relation certaine entre la pauvreté culturelle et ***l'impossibilité de décharger son agressivité sur un mode symbolique ou verbal,*** l'utilisation de la violence étant dans ce cas le mode d'expression privilégié.

Enfin dans certains groupes ethniques ou sociaux, la sévérité des châtiments corporels est encore de tradition dans l'éducation des jeunes enfants sans que cela implique nécessairement un rejet affectif.

Les conditions de vie des enfants de ces milieux défavorisés posent d'ailleurs un autre problème aux médecins et aux travailleurs sociaux. Les frustrations d'ordre social, économique et culturel, les formes variées de ségrégation et de « marginalisation » dont ces enfants sont victimes, retentissent de façon directe et massive sur leur développement psycho-affectif et inhibent leurs possibilités d'épanouissement. Il est tentant d'en rendre responsables leurs parents, de les considérer en danger dans leur environnement familial et de suggérer un placement sous un prétexte médical ou social ; or l'expérience montre à l'évidence que ***ces séparations temporaires sont inopérantes, voire aggravantes à terme, car elles ne touchent pas au fond du problème*** qui est avant tout d'ordre social et culturel.

En conclusion, nous voudrions citer ici l'opinion du sociologue américain David Gil [1] qui a procédé à une des plus importantes études parues aux Etats-Unis sur les enfants maltraités. ***Il se demande si certaines manifestations excessives de réprobation et d'indignation à l'encontre des parents maltraitants ne servent pas d'écran*** pour éviter d'aborder le problème de la violence collective qui s'abat sur les enfants des milieux défavorisés sous forme de pauvreté, de frustration et de marginalisation. Il constate la facilité avec laquelle l'opinion publique et le monde médical se satisfont des interprétations d'ordre purement psychologique pour expliquer le comportement des parents maltraitants. La raison en est peut-être que si la maladie mentale et les troubles de la personnalité sont seuls en cause, il n'est pas nécessaire de prendre en considération les conditions sociales des familles dont l'importance est certaine mais qui remettent en question la responsabilité de la société tout entière.

Enfin, les parents tirent également bénéfice de cette interprétation psychologique dans la mesure où elle est sécurisante pour eux-mêmes. Si les parents maltraitants sont toujours des personnalités déviantes, la plupart des parents se sentent à l'abri du danger dans la mesure où eux-mêmes ne se considèrent pas comme des malades mentaux.

Comme je me suis longuement étendu sur l'importance des conditions sociales dans ce problème des enfants maltraités, je n'en suis que plus à l'aise pour mettre en garde contre une tendance qui se fait jour actuellement et qui consiste à proposer une ***grille de risques*** de survenue de sévices dans certaines familles en utilisant toute une série de facteurs comme l'âge de la première grossesse, la dissociation familiale, les antécédents psychosociaux des parents, les placements à l'Aide sociale, etc.

L'utilisation d'un tel instrument m'apparaît non seulement comme inefficace mais comme potentiellement dangereuse car elle aboutit simplement à sélectionner une population sur des critères d'inadaptation sociale, à renforcer sa ségrégation, et cela le plus souvent sans pouvoir lui apporter aucune aide valable.

---

[1] Gil (D.) : *Violence against Children,* Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1970.

Il apparaît au contraire que les seules structures susceptibles de dépister une population à risques et d'envisager une prévention précoce sont celles qui prennent en charge les femmes pendant leur grossesse et au moment de leur accouchement, que c'est à ce niveau qu'il devrait être possible d'envisager avec la future mère ou la jeune accouchée ses difficultés sociales (logement, conditions financières) et l'aider à résoudre les problèmes posés par sa maternité, par l'avenir de son bébé, ses conditions d'élevage, son mode de gardiennage

C'est dans ce cadre que les jeunes mères en difficulté devraient pouvoir exprimer une demande d'aide concernant leurs difficultés psychologiques, problèmes de couple, grossesse indésirée, rejet plus ou moins conscient de l'enfant, difficultés complexes pour élever l'enfant au foyer, cela dans une atmosphère de compréhension, de tolérance et d'aide individualisée.

C'est l'ensemble de ces informations ainsi qu'une observation attentive du comportement mère-enfant, voire du comportement du couple, qui pourraient permettre de saisir certains « signes d'alarme » et susciter pour certaines femmes une aide spécifique.

C'est cette approche du problème, qui vous intéresse ici tout particulièrement, que mon amie le Dr Dominique Girodet va maintenant vous exposer.

Le syndrome du jeune enfant maltraité :

2 – Identification précoce de la détérioration des relations parents-enfant

Dominique GIRODET

Je voudrais tout d'abord vous rapporter deux études récentes qui ont été faites justement pour attirer l'attention sur cette période périnatale comme période qui offre des possibilités de prédiction et de prévention des mauvais traitements. Mais là, je voudrais faire une précision : mauvais traitements étant entendu au sens large, c'est- à-dire allant des sévices caractérisés tels que le Dr Straus nous en a parlé, à l'abandonnisme, en passant par toutes les formes d'agressivité et de rejet qui témoignent d'une détérioration de la relation parents-enfant.

Une étude rétrospective anglaise

Une étude a été faite à Oxford par une pédiatre, le Dr Lynch [1]. Elle a étudié 25 enfants physiquement maltraités et elle les a comparés à leur fratrie, qui elle n'avait pas subi de mauvais traitements, en ce qui concerne la grossesse, les conditions de l'accouchement et la période néonatale. La fratrie totalisait 35 enfants.

- Le déroulement de la grossesse. Dans 60 % des cas la grossesse s'était déroulée de façon anormale pour les 25 enfants maltraités, et dans 20 % des cas la grossesse avait été anormale pour la fratrie. Etaient considérées comme grossesses anormales : des grossesses non déclarées et non surveillées, des grossesses pour lesquelles un avortement avait été envisagé mais non réalisé, des circonstances pathologiques qui obligeaient soit à des investigations complémentaires, soit à une hospitalisation de la mère, et enfin tous les problèmes émotionnels graves, tels que deuil, séparation, divorce, pendant la grossesse.

- L'accouchement. Douze fois l'accouchement ne s'était pas déroulé normalement pour la population des 25 enfants maltraités et deux fois seulement pour la fratrie. Le Dr Lynch a retenu comme accouchement pathologique : les durées de travail supérieures à 24 heures, les accouchements prématurés, et toutes les manœuvres obstétricales lourdes (excluant les forceps à la vulve).

---

[1] Lynch (M.) : « Ill, health and child abuse », in *The Lancet*, August 16, 1975;

Lynch (M.) et Roberts (J.) : « Predicting child abuse : signs of bounding failure in the maternity hospital », in *Child abuse and neglect, the International Journal*, 1977, vol. 1, n°2-4;

Lynch (M.) et Roberts (J.) : « Child abuse : early identification in the maternity hospital », in *Child abuse and neglect, the International Journal*, 1977, vol. 1, n° 1.

— La période néonatale. Dix des enfants maltraités avaient été séparés de leur mère pendant la période néonatale contre 2 uniquement sur les 35 enfants de la fratrie.

En résumé donc, cette étude qui est rétrospective souligne trois facteurs qui peuvent servir d'éléments de prédiction de la détérioration de la relation mère-enfant : les grossesses à problèmes ou non surveillées, les accouchements pathologiques et les séparations précoces.

Une étude prospective américaine

Elle a en effet comme originalité d'être une étude longitudinale. Elle a été menée à la maternité de Denver dans le Colorado, par l'équipe du Dr Kempe [1]. Ils ont établi trois grilles de risques, l'une utilisable pendant la période prénatale, l'autre au moment de l'accouchement en salle de travail et la troisième en postnatal. C'étaient des grilles de risques de mauvais traitements, toujours au sens large. Ils ont appliqué ces grilles à 350 primipares et secondipares et ont abouti à l'établissement de deux populations, l'une dite à « haut risque » de mauvais traitements, et l'autre à « bas risque ».

La grille de risques utilisable en période prénatale concernait la situation matrimoniale des parents, leur désir de grossesse, leur désir quant au sexe de l'enfant, leur projet sur son élevage :

– Avaient-ils l'intention de l'élever à la maison, la mère arrêtant son travail ?

– Désiraient-ils le faire élever en institution, type crèche collective ?

– Le placer en nourrice ?

La façon dont eux-mêmes avaient été élevés dans leur propre enfance :

— Avaient-ils été élevés dans un milieu familial normal ou dissocié?

— Un milieu familial substitutif, ou en institution d'enfants ?

Elle concernait aussi l'environnement familial et social. Cette grille en période prénatale était remplie par l'obstétricien ou la sage-femme qui suivait la femme en consultation.

La grille en salle de travail était très brève. Il était demandé aux sages-femmes qui participaient à l'accouchement de répondre à trois questions types :

— Comment la femme regarde-t-elle son nouveau-né ?

— Que dit-elle ?

— Que fait-elle?

[1] Gray (J.), Cutler (C.), Dean (J.) et Kempe (C.H.) ; « Perinatal assessement of mother-baby interaction », in Helper (R.) et Kempe (C.H.), *Child abuse and neglect, the Family and the Community,* 1 vol., Cambridge (Mass.), éd. Ballinger, 1976;

Gray (J.), Cutler (C.), Dean (J.) et Kempe (C.H.) : « Prediction and prevention of child abuse », in *Child abuse and neglect, the International Journal,* 1977, vol. 1, n° 1.

Mais il est à noter que cette observation concernait spécifiquement le comportement de la femme avec son nouveau-né et non pas le comportement qu'elle avait pu avoir avant la naissance.

La grille de risques pendant la période postnatale était établie à partir du comportement de la mère avec son nouveau-né et des réflexions qu'elle pouvait livrer à l'équipe soignante, en particulier aux puéricultrices. Ensuite toutes ces informations étaient exploitées en fonction d'une cotation préétablie et aboutissaient donc à distinguer deux groupes, l'un dit à « bas risque » de mauvais traitements, l'autre dit à « haut risque ». Ils ont comparé trois groupes de cinquante mères : cinquante mères estimées à « bas risque » de mauvais traitements, cent mères estimées à « haut risque ». Ce groupe de cent mères était lui-même divisé en deux sous-groupes : l'un pour lequel aucune intervention particulière n'était faite pour aider ces femmes, elles étaient donc soumises au même type de surveillance et d'aide médico-sociale que la population générale; et les cinquante autres mères à « haut risque » qui faisaient l'objet d'une prise en charge très intensive de la part de l'équipe de recherche : des visites fréquentes soit du médecin, soit d'une puéricultrice visiteuse, des coups de téléphone fréquents de l'équipe de recherche pendant les premiers mois, et même ultérieurement.

Tous ces enfants appartenant à ces trois groupes ont été revus à l'âge de 2 ans à leur domicile par un pédiatre et un autre membre de l'équipe de recherche, et des compléments d'information ont aussi été obtenus en consultant un fichier central qui existe aux Etats-Unis, et où sont obligatoirement mentionnées toutes les formes de mauvais traitements certains ou soupçonnés par les travailleurs sociaux ou les médecins. Donc l'équipe de recherche tenait compte de ce qu'elle constatait à domicile, mais consultait aussi le fichier central au cas où certains faits n'auraient pas été mentionnés spontanément par la famille.

Ce qui est intéressant, c'est que les résultats de ce travail montrent qu'il existe une différence très significative en ce qui concerne la fréquence des mauvais traitements entre le groupe à « haut risque » et le groupe à « bas risque ».

Quant à la comparaison entre les deux groupes à « haut risque », l'un avec intervention de l'équipe de recherche et l'autre sans intervention, elle montre de façon significative que l'intervention est efficace au niveau de la gravité des mauvais traitements : il n'y a par exemple jamais eu une nécessité d'hospitaliser un enfant pour mauvais traitements dans le groupe avec intervention, contrairement à ce qui s'est passé dans le groupe à « haut risque » sans intervention.

En conclusion, l'ensemble de ces trois études en période prénatale, au moment de l'accouchement et en postnatal permet d'isoler avec une grande fiabilité une population à risques, mais ce qui est plus intéressant et qui se rattache directement aux préoccupations des obstétriciens aujourd'hui, ***c'est qu'il semble que ce soit la grille de risques au moment de l'accouchement en salle de travail qui soit la plus fiable, puisque sa fiabilité elle-même regroupe la fiabilité de l'ensemble des trois grilles réunies.***

Les réflexions suivantes sont tirées de mon expérience de pédiatre d'une maternité hospitalière

Je ne peux m'empêcher d'être frappée par la disproportion qui existe entre l'investissement déployé actuellement en matière de dépistage de la grossesse à haut risque obstétrical, ce dont

on ne peut que se féliciter- il n'est pas question de revenir en arrière - et l'absence quasi totale d'évaluation du risque psychosocial.

Pendant la grossesse

Au cours des consultations prénatales, est-ce qu'il ne serait pas possible :

- de rechercher les facteurs que toutes les enquêtes sur les mauvais traitements ont soulignés comme étant des facteurs de risques ; à savoir les antécédents personnels et familiaux de la femme et de son conjoint (il n'est pas question de ne faire porter l'intérêt que sur la mère) : s'agit-il de parents qui ont eu une enfance pathologique, élevés dans des institutions, dans des familles totalement dissociées, qui n'ont aucun soutien familial?

- d'évaluer un petit peu la situation de la femme actuellement au cours de sa grossesse : est-elle seule? est-elle mariée? est-elle séparée de son mari ? est-elle très jeune ? s'agit-il de grossesses rapprochées ?

On pourrait aussi profiter de la consultation prénatale pour voir le projet que la mère a sur l'enfant à venir. Je suis toujours très troublée, aussi évident que cela puisse nous paraître, de ce que certaines femmes semblent ne pas réaliser qu'une grossesse débouche sur un enfant à élever. Cela peut paraître aberrant, mais c'est une constatation fréquente. On pourrait donc, au cours des consultations prénatales, voir si la grossesse était désirée, non désirée mais acceptée, voir si la femme a envisagé un avortement mais ne l'a pas fait réaliser, si elle compte allaiter son enfant, si elle doit garder une activité professionnelle, ce qu'elle pense choisir comme mode de garde à la fin de son congé de maternité. Et dans des cas extrêmes, qui heureusement sont rares mais qu'il ne faut pas méconnaître, lorsque le rejet à l'égard de l'enfant paraît massif, je pense que c'est dès les consultations prénatales qu'il faut faire réfléchir la mère sur la possibilité qui lui est offerte de signer un consentement à l'adoption de son enfant quand celui-ci sera né.

En résumé, pour être schématique, je dirai, quitte à choquer certains obstétriciens ici présents, qu'à mon sens les consultations prénatales se résument beaucoup trop à la seule appréciation de la H.U [1].', des B.D.C.[2], des M.A.[3]

L'accouchement et les jours qui suivent

Je ne parlerai pas des efforts faits et à faire pour améliorer les circonstances de l'accouchement, ce qui me paraît un préalable essentiel aux bonnes relations mère- enfant, mais il me paraît absolument dénué de tout sens de faire naître un enfant « sans violence », si par la suite on interdit à la mère de le toucher lorsqu'il crie et qu'elle en éprouve le désir. Cela me paraît absolument perdre tout son sens. Non seulement actuellement le comportement des mères avec leur nouveau-né, que ce soit en salle de travail ou en postnatal à distance de l'accouchement, est exceptionnellement observé, mais le personnel soignant : médecins, sages-femmes, infirmières, auxiliaires de puériculture, est trop peu formé à l'observer et souvent même constitue une entrave à une relation que la mère voudrait naturelle entre elle et son enfant. On voit encore trop couramment des mères se faire réprimander parce qu'elles osent prendre leur enfant dans leurs bras en dehors des heures de tétées, parce qu'elles veulent connaître le poids du jour, parce qu'elles sont anxieuses et posent des questions qui semblent

[1] Hauteur utérine
[2] Bruits du cœur
[3] Mouvements actifs du bébé

stupides ; on leur fait souvent comprendre qu'elles vont « donner de mauvaises habitudes » à cet enfant, que moins elles y toucheront, plus elles auront la paix, etc.

Il arrive que des pères se voient refuser le droit de prendre leur enfant dans les bras ou soient priés de sortir lorsque leur femme allaite. Ce sont des situations que l'on voit encore.

Or l'observation du comportement des mères me paraît d'une très grande richesse, et elle devrait permettre un travail préventif et éducatif à une condition essentielle, c'est que cette attitude n'aboutisse pas à une ségrégation et à étiqueter avec une sorte de jugement moral les bonnes et les mauvaises mères, ce qui serait le contraire du but recherché.

Etant donné l'éclatement de la famille élargie, et du fait que la famille est maintenant très nucléaire, je suis frappée de ce que la plupart des jeunes mères n'aient jamais touché un nourrisson, et encore moins un nouveau-né; elles se retrouvent chez elles sans soutien familial, inexpérimentées, anxieuses. Elles ont de plus l'impression toute nouvelle d'être « clouées » chez elles par ce nouveau-né. Qu'on ne s'étonne donc pas de voir des états dépressifs du *post-partum* graves, vécus avec une grande culpabilité. Ces états dépressifs, même s'ils sont légers, sont aussi très mal vécus par la jeune mère, car elle ne répond plus alors à l'imagerie de la maternité heureuse.

Ne pourrait-on pas profiter de ces huit jours privilégiés en maternité, pendant lesquels les femmes sont déchargées de tous soucis matériels, pour favoriser les contacts parents-enfant, faire une éducation sanitaire et sociale et aider les mères qui ont des difficultés à les exprimer ? Sous des prétextes d'hygiène excessifs, on a créé un véritable mur entre la mère et son nouveau-né. Celui-ci est vécu comme un objet qui appartient à l'équipe médicale et qui sera déposé au bout de huit jours dans les bras d'une mère anxieuse et inexpérimentée.

Ne pourrait-on, comme cela se fait déjà dans quelques maternités, laisser les enfants dans la chambre des mères, laisser celles-ci les prendre quand elles le désirent, les laisser les changer au début avec l'aide et sous les conseils d'une puéricultrice, et après absolument seules ; permettre aux pères de prendre leur enfant, de donner le biberon, de le changer aussi s'ils le désirent ? Faire des groupes de mères pour leur donner des notions simples de puériculture, les informer en matière de contraception, leur donner aussi des notions simples sur le développement psychomoteur de l'enfant, ce qui pourrait éviter, de la part de certaines mères, des réponses inappropriées à certains comportements de l'enfant ? (Je pense par exemple à des mises sur le pot très précoces : certaines mères, dès le sortir de la maternité, mettent leur enfant sur le pot parce qu'elles ont repéré que celui-ci avait des selles très régulières. Certaines pensent bien faire et agissent par simple ignorance ; pour d'autres, cela peut traduire une rigidité éducationnelle; de toute façon, cela peut être repris en groupe.)

De même le problème du choix du mode de garde devrait pouvoir être abordé. Elles devraient pouvoir exprimer très librement les sentiments « négatifs » qu'elles peuvent ressentir, ce qui permettrait une certaine déculpabilisation.

Enfin, lorsqu'un comportement anormal est remarqué par les auxiliaires de puériculture au cours de soins, par le pédiatre ou par la sage-femme, il devrait pouvoir être repris avec la mère.

Il est regrettable que le premier examen pédiatrique ne soit pas toujours pratiqué en présence de la mère, car il me paraît d'une très grande richesse. Alors que la plupart des mères s'émeuvent, s'extasient des réactions de leur progéniture, je suis toujours frappée par certaines mères qui ne peuvent s'empêcher d'émettre des jugements négatifs du type : « il est nerveux », « il est paresseux », « il a un sale caractère ». Cela peut très bien n'avoir aucune signification pathologique, et traduire une banale anxiété, mais cela peut être aussi une première manifestation de rejet. Je pense que ces réflexions devraient pouvoir être reprises

avec la mère pour essayer d'appréhender un peu ce qu'elles cachent, et dans certains cas permettre de déboucher sur une consultation spécialisée.

De même, les relations entre la mère et le père, ainsi que les réactions de ce dernier face à son nouveau-né, devraient faire l'attention du personnel soignant. (J'ai souvenir d'un père qui, chaque fois que son nouveau-né pleurait, devenait absolument livide et sur un ton d'agacement émettait un « chut », ton qu'on se serait attendu à voir utiliser envers un animal domestique pour essayer de le faire taire. Ce même père n'avait jamais touché son nouveau-né pendant le séjour à la maternité et sortait chaque fois que sa femme donnait le sein. Je pense que ce type de comportement aurait gagné à être repris, d'autant que la mère paraissait très anxieuse et très isolée.)

Enfin, il est quand même très suspect qu'une jeune accouchée n'ait aucune visite pendant son séjour à la maternité, et cela devrait être relevé par le personnel soignant.

Les mois qui suivent l'accouchement

Il reste maintenant la consultation postnatale. Je trouve que c'est aussi une période où devrait pouvoir être appréciée la relation mère-enfant, et je suis frappée qu'au cours de beaucoup de consultations postnatales, l'existence de l'enfant n'est même pas mentionnée. On ne s'intéresse souvent qu'à l'involution utérine. Il suffirait en fait de peu de chose pour faire parler la mère pendant des heures (il faudrait plutôt l'arrêter) sur cet enfant qui monopolise toutes ses pensées, tout son temps, et qui vient de changer radicalement toute sa vie et celle du couple.

A propos du consentement à l'adoption

Avant de conclure, je voudrais faire un petit chapitre à part sur les mères célibataires, étant donné la fréquence des anciennes mères célibataires dans nos populations d'enfants maltraités. Certes, ***il n'est pas question ici de considérer la situation des mères célibataires comme étant en elle- même un facteur de risque de mauvais traitements ou de difficultés relationnelles mère-enfant***, car beaucoup de mères seules assument remarquablement bien leur maternité. Je ne voudrais parler que des mères célibataires jeunes, immatures, ayant toujours connu des situations de frustrations affectives, souvent dans des situations socio-économiques graves, et qui sont l'objet d'une espèce de ségrégation ou d'un rejet, soit de la part de leur famille, soit de la part de la société environnante. C'est surtout chez ce genre de femmes que je suis étonnée de l'absence de conscience que la grossesse débouche sur un enfant à élever. Elles n'ont souvent pas réfléchi à la façon dont elles allaient assumer cet enfant, et elles n'imaginent pas les difficultés qu'elles vont rencontrer.

Nous savons trop bien par expérience que ces enfants risquent à l'âge de 2 mois, c'est-à-dire à la fin du congé de maternité, ou lorsque la mère débutera une activité professionnelle, de commencer une longue carrière à l'Aide sociale à l'enfance, carrière qui risque en effet de durer toute leur enfance, et les relations mère-enfant risquent d'en être très sérieusement compromises. Un comportement autre que celui de l'indifférence et de l'absence de projet que l'on rencontre parfois est celui du rejet massif de l'enfant. L'avortement n'a pu être envisagé pour de multiples raisons : déni de la réalité, reconnaissance trop tardive de la grossesse, désir de conserver une grossesse qui est vécue comme valorisante.

C'est dès les consultations prénatales qu'il faut essayer de percevoir et laisser s'exprimer ce rejet. Je crois qu'il ne faut alors pas hésiter à les informer de la possibilité qui leur est offerte de signer, dès la naissance, un consentement à l'adoption de l'enfant. Je pense que les faire

parvenir à cette décision au moment du séjour à la maternité est parfaitement illusoire : elles ont vu naître l'enfant, toutes leurs voisines ont un bébé dans les bras, toute la structure environnante les culpabilise et les en dissuade. Avec ce type de mère, j'ai essayé d'aborder à chaque fois très prudemment cette solution, en la présentant de façon très positive, sans prononcer le mot « abandon » ; jamais elles n'ont accepté mais j'ai appris par l'intermédiaire des services sociaux que, dans tous les cas, elles avaient en fait réalisé un abandon dans des conditions catastrophiques, c'est-à-dire ***un abandon de fait*** ne permettant pas l'adoption de l'enfant, ou bien dans les « meilleurs cas » elles ont fini par signer ce consentement à l'adoption, mais à 1, 2, 3 ans ou même plus, ce qui est très préjudiciable, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

En guise de conclusion

Je dirai que pour aboutir à une prédiction et à une prévention de la détérioration des relations parents-enfant au niveau de la structure maternité, il faut à mon sens que s'effectue une véritable révolution dans les mentalités, dans la formation et dans l'information du personnel médical et paramédical. Il serait temps que la mère et l'enfant ne soient plus considérés comme des objets de technique obstétricale et pédiatrique, mais comme des personnes dont les problèmes doivent être envisagés à la fois sur un plan médical et en fonction de l'environnement psychosocial. Une telle évaluation nécessite un travail d'équipe.

Le risque social est sûrement le plus facile à aborder et il serait nécessaire que toute Maternité hospitalière bénéficie d'un travailleur social à temps plein qui ait un entretien avec toutes les mères.

En revanche, le risque psychologique est sûrement plus difficile à aborder et je pense qu'il ne faut absolument pas psychiatriser la grossesse. Il serait très préjudiciable que toutes les femmes enceintes aient un entretien avec un psychiatre; c'est à l'équipe médicale, médecin ou sage- femme qui suit la femme d'aborder, au cours des consultations prénatales, le risque psychosocial.

Pendant le séjour à la maternité, je crois que ce n'est plus du tout le fait de l'obstétricien seul ou de la sage- femme seule, mais de l'ensemble du personnel soignant, et là les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture ont à travers leur écoute et leur sensibilité à ces problèmes une attitude qui est déterminante pour la mère et la relation qu'elle noue avec son nouveau-né.

Actuellement, le dépistage d'une mère ayant des problèmes psychosociaux au niveau de la maternité est exceptionnellement fait[1]. Lorsque les problèmes sont massifs, il y a habituellement pendant le séjour à la maternité une attitude de rejet de la part du personnel soignant, attitude qui renforce la marginalisation de la mère, son sentiment d'échec, son absence de confiance en soi, autant de choses qui majorent sa chance d'être une mère « maltraitante ». Mais une bonne évaluation et même l'amélioration d'une détection primaire n'ont de sens en fait que si elles s'inscrivent dans une politique générale de prise en charge de ces problèmes, aussi bien par le médecin praticien que par les services médico-sociaux de secteur. Bien sûr, il n'est pas question ici de méconnaître l'insuffisance de sensibilisation à ces problèmes et le manque de personnel et d'équipement locaux qui rendent difficiles et

[1] En l'an 2016, au moment où nous reprenons ce livre pour le mettre à disposition sur l'Internet, nous savons bien que les séjours en Maternité après l'accouchement sont actuellement généralement très brefs, un jour ou deux, ce qui ne permet évidemment pas de constater d'éventuelles difficultés sociales ou psychologiques de la mère et de pouvoir commencer à l'aider. C'est d'ailleurs le même problème pour constater d'éventuelles difficultés de mise en route de l'allaitement qui ne se révèlent que dans la solitude du retour à domicile. (Note d'Etienne Herbinet)

aléatoires ces prises en charge. Mais déjà, à l'heure actuelle et dans l'état actuel des choses, on pourrait faire un effort de coordination et de partage des informations entre la maternité et les services médicosociaux extérieurs à l'hôpital.

Discussion après les exposés de Kreisler, Straus et Girodet

E. HERBINET :

A propos de dépistage de risques psychologiques pendant la grossesse... Si par exemple on suit la grossesse d'une mère célibataire et qu'elle nous apprend — c'est fréquent — que son ami, le père de l'enfant la quitte. Si l'on raisonne en notion de risque, est-ce qu'on n'aura pas alors tendance à la confier au psychologue, à s'en décharger sur le psychologue, obnubilé par le « risque », alors que la difficulté dépend peut-être plus d'une réalité : le départ de l'ami, que d'une anomalie psychologique.

En bref, cette notion de risque ne comporte-t-elle pas intrinsèquement des conséquences nuisibles ?

D. GIRODET ;

Moi je ne crois pas qu'il faut avoir recours comme ça au psychiatre dès que l'on repère un problème. C'est très mythique et ça conduit toujours à l'échec. Le fait d'être une mère célibataire, ça n'est pas un facteur de risque à soi seul : il faut voir si cette femme a un environnement familial et amical qui existe ou si elle est strictement isolée. Je crois que ce qui est important, c'est de la faire parler de cet isolement ou au contraire du type de soutien dont elle peut bénéficier... Il faut arriver à entrevoir si, une fois que l'enfant sera né, elle sera dans une situation insurmontable ou pas.

L. KREISI.ER :

Le terme de psychiatrisation, dans son assonance quelque peu péjorative, recouvre en fait beaucoup de confusions qu'il faut lever sous peine de susciter de mauvaises querelles. Votre remarque suscite en fait l'importante question du rôle du psychiatre ou du psychologue dans l'équipe médicale, qu'il s'agisse d'un service d'obstétrique, de pédiatrie ou de tout autre. La plupart des services sont maintenant pourvus de représentants de notre discipline. Encore faut-il ne pas en faire un mauvais usage, c'est-à-dire les confiner dans le rôle et l'image qu'on se fait d'eux encore trop souvent. Il est certes logique d'adresser au spécialiste pour une évaluation ou une prise en charge les sujets atteints de troubles qui relèvent de sa compétence. Mais une telle demande ne doit pas aboutir à un clivage. Attitude fâcheuse dont le résultat serait la mise à distance du patient hors du champ de l'obstétrique ou de la pédiatrie.

La préoccupation du psychiatre n'est pas, croyez-le bien, de tout fourrer dans le sac de la psychiatrie ou de la psychanalyse. Son but n'est pas de se voir attribuer un nombre croissant de patients.

Le progrès va au contraire dans le sens d'une résolution, par le médecin lui-même, de la plupart des problèmes d'ordre psychologique qui s'offrent à sa pratique.

Pour ce faire il doit être intéressé par ces problèmes et apte à les aborder, c'est-à-dire convenablement informé et surtout formé à un tel abord.

On touche du même coup un des aspects fondamentaux du rôle de l'équipe psychologique dans l'équipe médicale auprès des médecins et de tous ceux qui l'entourent : sages-femmes, infirmières, puéricultrices, etc.

Pour médiate qu'elle soit, cette action est sans doute la plus importante.

B. THIS

On a étudié les mères, les pères. On pourrait aussi bien étudier le corps médical ! « Je m'accuse » d'avoir, pendant des mois, tous les matins, dans un service de chirurgie infantile, cassé des tibias (fracture en bois vert sur un trépied triangulaire). Le patron m'avait appris à le faire : je faisais l'anesthésie et, lorsque l'enfant était assez endormi : crac ! On me disait : « Vas-y encore plus fort, qu'on entende craquer. »

Je ne faisais que ça, à longueur de matinée. Pour terminer on m'offrait toute une série de prépuces à découper, qui n'avaient nul besoin d'être opérés. Cela se faisait il n'y a pas si longtemps et je me demande si cela ne se passe pas encore ainsi dans certains services

De telles pratiques font problème : un psychiatre ne peut y être insensible.

G. ZARA :

Vous avez parlé tout à l'heure, dans la genèse des sévices, de la naissance prématurée des enfants. Peut-être cela fait-il un traumatisme chez la mère, et qu'ensuite, dans son anxiété, elle peut devenir agressive.

Mais ne pourrait-on pas dire qu'à l'inverse, si l'enfant naît prématurément, c'est peut-être aussi du fait d'un facteur psychologique chez la mère ?

L. KREISI.ER :

Vous soulevez la question importante et discutée de l'intervention possible de phénomènes psychosomatiques à l'origine de l'accouchement prématuré. Ce problème recouvre de nombreux aspects ; je me bornerai, pour ne pas être trop long, à relever deux d'entre eux.

Le premier, qui est mal élucidé, concerne les motivations conscientes ou inconscientes de rejet qui pourraient entraîner des modifications humorales ou neuroendocriniennes pour aboutir à l'expulsion.

Le second, beaucoup plus évident, rejoint les aspects médico-sociaux dans l'étiologie de la prématurité, qui, d'un avis unanime, comptent parmi les plus importants Or à côté des négligences médicales soulignées par P. Straus et D. Girodet, dues à une insuffisance d'infor mation ou à des facteurs d'ordre socio-économique, on pourrait multiplier les exemples de négligences ou de soi- disant telles de la part de parturientes tout à fait informées et d'un niveau socio-économique satisfaisant, voire élevé, qui accumulent les risques pour leur grossesse, faisant fi de tous les conseils ou même les défiant sous des prétextes divers. Sans compter le nombre non négligeable de naissances prématurées qui sont en fait des interruptions volontaires manquées.

Quoi qu'il en soit, il est sûr que l'enfant né prématuré est parfois le résultat d'attitudes de rejet, et il importe de le savoir dans l'abord psychologique de la mère.

CATHERINE DOLTO :

Il y a une chose dont on n'a pas parlé, ou alors j'ai mal entendu. Pour les femmes qui battent leurs enfants... Quels avaient été leurs contacts à elles, comme nouveau- né, avec leur mère?

D'autre part, on n'a pas paru se poser la question, à propos des enfants qui ont été en couveuse, et dont on a cherché à préciser l'évolution psycho-affective, de savoir quelles mères ces enfants deviendront. Qu'est-ce que ça sera, ces mères-Ià ?

L. KREISI.ER :

Dans mon exposé j'avais souligné une constatation importante faite par l'unanimité des observateurs : les parents des enfants maltraités ont été très souvent eux- mêmes dans leur enfance victimes de conditions dramatiques marquées par des violences morales et physiques.

Quant au devenir, en tant que parents, des enfants ayant été après leur naissance en unité de réanimation ou en centre de prématurés, il n'a pas fait, du moins à ma connaissance, l'objet d'études systématiques. Néanmoins nous avons dans notre expérience des parents qui ont été de grands prématurés et qui sont d'excellents parents. D'autres ont pu moins bien tourner. Une partie importante du problème est dans cette différence.

UN PARTICIPANT :

Dans l'abord du problème des enfants victimes de sévices, je trouve que la notion de grille de risques est assez effrayante.

L. KREISLER :

Ce qu'a dit Straus pour critiquer les « grilles de risques de mauvais traitements » est très important.

Je crois qu'il est dangereux de penser qu'il suffit de rechercher des facteurs de risques puis de remplir un dossier en mettant des croix dans des cases et d'en déduire un « score de risque », pour résoudre le problème,

Dominique Girodet a parlé d'études qui insistent sur l'étude du comportement maternel à la naissance ou peu après : regarde-t-elle son enfant ou non ? que dit-elle ? etc. Je pense que ce sont des notations qui sont importantes mais qu'il y a un danger de rigidité. L'observation des comportements peut fournir des informations précieuses mais ne doit pas, à mon sens, se terminer par une addition de points.

D. GIRODET :

Ce qu'il ne faut surtout pas, c'est que cela aboutisse à l'étiquetage des mères en bonnes ou mauvaises mères. Ça serait absolument dangereux.

B. THIS :

Il faudrait, me semble-t-il, reprendre *Le Cri primal* de Janov, dans lequel on montre bien, mais j'ai oublié les noms de ceux qui ont fait ces travaux, qu'il y a une corrélation entre les assassins et leur modalités de naissance difficiles. Quand un être humain a engrammé, comme ça, des sensations de naissance extraordinairement difficiles, plus tard il ne peut que les exprimer, et reproduire la violence subie.

L. KREISLER :

Je voudrais répondre à Bernard This qu'il faut autant se garder des idées reçues que des impressions subjectives. Vous avez fait tout à l'heure l'évocation pleine d'humour du rôle du bourreau auquel on vous astreignait quand vous étiez étudiant, à fracturer des tibias et à faire tomber des prépuces.

Vous nous suggérez maintenant le destin de meurtrier qui pèse sur l'avenir des enfants dont la naissance a été difficile. On ne peut pas vous suivre sans réticence dans de telles voies. Il est évident qu'il faut tout faire pour éviter à un enfant des traumatismes éprouvants. Les interventions et hospitalisations comportent certes des risques psychologiques : ils ont fait l'objet de nombreuses réflexions ; de grands progrès ont déjà été faits, des améliorations restent à faire pour y parer. La question du traumatisme et de ses répercussions psychologiques est fondamentale. Elle ne peut pas être réglée en termes simplistes. A conditions équivalentes, les réactions des enfants sont très différentes. Tel réagira sérieusement à une situation apparemment anodine. Tel autre se tirera sans dommage de conditions très éprouvantes. Je veux évoquer une fois de plus les enfants de la réanimation.

Au surplus il faut éviter de confondre le niveau étiologique avec le niveau pathogénique. Rattacher un état mental à une circonstance ponctuelle est toujours périlleux. Ce serait méconnaître les inégalités des réponses selon les enfants. Le traumatisme joue en fonction de l'état antérieur de l'enfant qui le reçoit (1'« après-coup » de la conception psychanalytique).

Ce serait méconnaître les extraordinaires possibilités de récupération de l'enfant et ignorer aussi l'influence ultérieure du milieu. L'impact du traumatisme qui touche l'enfant frappe à égalité les parents, quoique indirectement, et c'est en grande partie de leurs réactions que va dépendre le développement de l'enfant.

Dans un domaine d'interprétation difficile et aussi riche d'incidences pratiques, la prudence, la critique, la modestie de l'observateur sont essentielles.

Comprenez-moi, je n'attaque en aucune manière le fond de votre pensée, mais les mésusages qui pourraient en être faits.

G. ZARA :

Il y a une chose qui m'a beaucoup intéressée, dans l'expérimentation que vous avez rapportée, c'est que les enfants maltraités ont été comparés à leur fratrie. Il m'intéressait de savoir si l'on a pu observer les frères des enfants maltraités dans l'optique du retentissement psychologique de ce qui se passe sur l'autre enfant.

P. STRAUS :

Il est exact que dans notre recherche sur les enfants maltraités nous nous sommes livrés à une étude longitudinale - dont le recul, pour certains cas, dépasse actuellement quinze ans - dans le but d'observer le devenir de ces enfants et de leur famille.

Dans ce travail, nous nous sommes efforcés de comparer l'enfant signalé comme maltraité avec ses frères et sœurs. Certes, les conditions de cette étude ne me permettent pas de répondre à votre question qui est, si je comprends bien, l'influence d'une mauvaise relation parentale à l'égard d'un enfant sur le comportement des autres enfants de la famille.

En revanche, cette étude nous a permis de minimiser une notion qui traîne un peu partout : celle de 1'« enfant- cible ». Il est exact que dans un certain nombre de cas un enfant peut être

l'objet d'une agressivité élective de la part de ses parents, en raison de son statut particulier (enfant d'un premier lit, enfant adultérin), en raison d'un handicap spécifique ou des séparations qu'il a pu subir d'avec son milieu familial. Mais ce qui nous a frappés, lorsqu'on dispose, comme ce fut notre cas, d'un recul de plusieurs années, c'est de constater que les frères et sœurs se trouvent souvent dans une situation aussi mauvaise et parfois plus mauvaise encore que celle de l'enfant signalé comme maltraité et qui a été l'objet de mesures de protection. Il ne semble donc pas qu'au sein d'un groupe familial, la règle soit l'agressivité élective à l'égard d'un enfant. Ce qui n'a rien de surprenant, si l'on admet que certains traits de la personnalité parentale induisent des difficultés spécifiques dans l'établissement des relations parents-enfant. Dans ces cas, il n'y a pas lieu de penser que ces difficultés ne se retrouveront pas à l'occasion d'autres grossesses et d'autres naissances.

UNE JEUNE FEMME :

Mais dans le comportement des parents « normaux », il y a parfois de l'agressivité. Ici c'est tout de même très différent, mais il est certainement difficile de cerner certaines frontières.

L. KREISLER :

Votre réflexion soulève la question théorique de l'agressivité par rapport aux comportements maternels aberrants. Nous y avions réfléchi avec P. Straus[1]. Elle a fait l'objet d'approfondissements notamment de la part de Michel Soulé[2]^. Elle touche au problème général du passage

de *l'agressivité* (qui fait partie de tout sentiment humain) *à l'agression,* qui, elle, est pathologique. .

Le plus surprenant est que l'objet de l'agression est électif et qu'il s'agit d'un enfant, ce qui renvoie au problème des avatars de l'attachement maternel. Ses anomalies se situent tantôt dans des déviations profondes de la personnalité, marquées par une curieuse anaffecti- vité (les frigides de l'amour maternel de M. Fain), tantôt dans des décompensations épisodiques souvent dues à des circonstances particulières et qui font que la mère est plus ou moins longtemps Incapable d'opérer le mouvement d'investissement qui caractérise l'attachement maternel.

P. STRAUS :

Pour illustrer le propos du Dr Kreisler, je voudrais présenter un fait clinique.

Un jour de 1964, je reçois à l'hôpital une fillette de 18 mois, dans un état pré-agonique, d'une dénutrition extrême, pesant 4,500 kg et ayant perdu 50 % du poids de son corps. Elle venait d'être découverte par la police venant pour effectuer une saisie, seule, dans une pièce obscure, couverte d'excréments, abandonnée sans soins, sans nourriture et sans boisson depuis plus de huit jours.

La mère est appréhendée sur les lieux de son travail. Voici quelques phrases de son interrogatoire : « J'ignore dans quel état est ma fille que j'ai laissée sans aucun soin depuis

---

[1] Kreisler (L.) et Straus (P.) : « Les auteurs des sévices sur les jeunes enfants - Contribution à un abord psychologique », in *Arch, franç. péd.*, 1971, 28, p. 249-265.

[2] SOULÉ (M.) et coll. : *Mère mortifère, mère mortifiée,* 1 vol., E.S.F., 1978.

plus de huit jours [...]. Depuis l'emprisonnement de son père, elle ne voulait plus manger... je ne l'alimentais qu'avec du lait froid, car le gaz et l'électricité ont été coupés depuis un mois, je ne pouvais donc plus rien faire à la maison et je ne voulais plus y retourner. » Interrogée sur l'état de l'enfant : « Je la voyais dépérir aussi je n'osais plus venir la voir depuis quelques jours. »

Or, voici succinctement l'histoire de cette mère :

Cette jeune femme a été élevée par sa propre mère et les amis successifs de celle-ci, jusqu'à l'âge de 13 ans. Non acceptée dans le milieu familial, rejetée et maltraitée, elle avait une place à part par rapport au reste de la fratrie. Elle en apprend la raison à l'âge de 13 ans, où sa mère lui révèle brutalement qu'elle est la fille d'un soldat allemand.

Elle est retirée à sa famille, placée en institution, fait une tentative de suicide, elle renoue cependant des contacts avec sa mère qui l'entraîne à boire. Elle subit une désintoxication à 16 ans, revient chez sa mère, où elle dort sur une chaise longue dans la buanderie.

Elle est finalement mise à la porte sans nourriture et sans ressources et est à nouveau admise dans un foyer. Elle fait une nouvelle tentative de suicide à 18 ans. Elle mène ensuite une vie dissolue, se met en ménage avec un ami dont elle a une fille et se retrouve à nouveau seule avec son enfant.

Or, cette femme, qui a été incarcérée, s'est toujours préoccupée avec constance du sort de sa fille, pendant mais également après son emprisonnement, demandant constamment de ses nouvelles, la réclamant avec insistance dès sa sortie de prison et se heurtant à un refus délibéré de l'A.S.E. de lui permettre de renouer des contacts avec sa fille, bien que tous ceux qui l'aient approchée aient été convaincus de la sincérité de ses sentiments.

On peut penser que, chez cette jeune femme, l'état d'isolement où elle s'est retrouvée à la naissance de son enfant a ravivé une fois de plus son histoire personnelle d'enfant continuellement rejetée et bafouée. Incapable sans support affectif d'investir à son tour sa fille, elle a reproduit avec elle ce qu'elle avait vécu, la laissant dépérir comme elle avait voulu mourir elle-même à plusieurs reprises devant le rejet de sa propre mère.

Cet exemple montre bien toute la difficulté qu'il y a à cerner l'ambiguïté des relations entre une mère et son enfant, ce qui peut la conduire à un comportement tellement aberrant que tout l'environnement ne peut la considérer que comme un monstre.

M. DUNAIS :

On a parlé d'abandon. J'ai cru comprendre que vous demandiez à certaines femmes de signer un papier pour accepter l'adoption de leur enfant. Je dois dire que cela me surprend beaucoup parce qu'on a l'impression qu'il n'y a aucun espoir, qu'elle est condamnée cette femme, en fait.

D. GIRODET :

De toute façon on ne leur demande pas de signer un papier aussi froidement que ça. On les informe d'une possibilité qu'elles ont. On ne prononce plus jamais ce mot « abandon », qui est probablement très culpabilisant, mais il est question du « consentement à l'adoption » de l'enfant.

Ce qui est très important aussi, c'est de comprendre que ce n'est pas parce qu'elles sont obligées à cette solution actuellement, qu'elles ne seront pas capables un jour ou l'autre d'être mère et d'assumer un enfant. Et cela, il faut le leur dire à ce moment-là.

M. DUNAIS

Je crois quand même que l'amour maternel n'est pas quelque chose qui existe abstraitement. C'est un sentiment qui vient avec l'enfant, qui s'épanouit peu à peu à son contact. Et vous leur demandez de prendre leur décision avant qu'elles aient eu ce contact...

L. KREISLER :

Il faut se défier d'une telle conception délibérément optimiste. Elle repose sur le mythe de la pureté de l'instinct maternel, d'un amour maternel sur lequel on peut compter en toutes circonstances.

Les plus anciens d'entre nous ont connu les méfaits de la politique d'autrefois basée sur le principe d'éviter à tout prix qu'une mère n'abandonne son enfant.

A l'arrière-plan de cette politique se profilent des milliers d'enfants gardés de droit, mais physiquement et moralement abandonnés, voués à une carrière de placements itératifs avec toutes les conséquences désastreuses que l'on connaît.

Aux droits de l'adulte sur l'enfant, il faut opposer les droits de l'enfant à une vie normale.

Droits de l'enfant qui, chose curieuse, n'ont pas fait jusqu'ici l'objet d'un statut légal, comme Pierre Straus le rappelle souvent.

Précisons qu'en cette affaire notre attitude n'est en aucune manière celle d'un juge qui sanctionne et réprime. Notre rôle est d'évaluer, dans une situation donnée, si la mère a le désir authentique de garder son enfant, quelles sont ses capacités d'attachement, et de tout faire pour éviter qu'un enfant ne s'engage dans un avenir de malheur.

D. GIRODET :

Je vais peut-être beaucoup vous choquer, mais il faut faire prendre conscience à ces femmes qu'en signant ce papier, elles font un acte d'amour.

M. DUNAIS

Je ne sais pas... Mais il ne faut pas se tromper!

D. GIRODET :

De toute façon c'est la femme qui prend sa décision. Et nous ne devons pas l'influencer.

P. STRAUS :

Je pense que le Dr Girodet a parfaitement raison. Informer une femme de la possibilité qu'elle a d'abandonner son enfant, ce n'est pas la conditionner. C'est bien plutôt toute la structure de la maternité qui cherche à la conditionner dans son rôle de bonne mère et qui considère l'amour maternel comme quelque chose d'indiscutable et d'inné. Il ne s'agit donc pas de pression, mais tout simplement d'accorder à la mère une liberté de choix et de lui donner une sorte d'autonomie dont elle ne dispose pas actuellement dans la structure de la maternité.

Violence, accouchement et naissance

Etienne HERBINET

« *Naissance sans violence...* »

L'*image est peut-être fausse.*

Autour d'elle en tout cas, se déploient des polémiques fondées sur des confusions, des ignorances, des préjugés.

Mais cette image a entraîné des sages- femmes, des accoucheurs à essayer de modifier, d'humaniser l'accueil du nouveau-né, et inévitablement l'ambiance de l'accouchement.

Et cela mérite d'être considéré sans a priori.

Les polémiques, les confusions

Ce que l'on appelle « naissance sans violence » fait actuellement l'objet de polémiques violentes, d'affrontements brutaux entre ceux qui sont pour au nom de quelque chose comme la qualité de la vie, et ceux qui sont contre au nom de quelque chose comme la sécurité et la science.

Ces polémiques ont un côté stimulant, vivant, mais, dans le milieu médical, le ton est souvent cassant, l'avis définitif, formel, menaçant, condamnant toute tentative de modification de climat autour de la naissance.

Or si, parmi d'autres, et à la suite de Leboyer, nous avons essayé à Saint- Vincent-de-Paul de modifier l'accueil du nouveau-né, c'était pour voir si cela apportait quelque chose, si cela servait à quelque chose. Et cela a été fait avec prudence, par paliers, en étant vigilants à l'apparition d'éventuels dangers.

C'est dire que le sujet est actuellement de l'ordre d'une recherche.

Recherche rendue nécessaire par des notions qui ont été rappelées ce matin, notamment l'importance de ce qui se passe dans les tout premiers instants de la relation enfant-parents pour la vie ultérieure de l'enfant.

Recherche rendue opportune du fait du retard - fréquent en médecine - de l'évolution des connaissances humaines sur l'évolution des connaissances techniques.

Il s'agit donc d'une recherche.

Et l'on voudrait interdire une recherche ?

Etat d'esprit inhabituel en médecine... *Et au nom de quoi ?* Au nom de quelles certitudes ? Quelles certitudes rationnelles pourrait-on avoir aujourd'hui dans le domaine des relations affectives à la naissance, domaine si inexploré par la raison, lieu de croisement, de rencontre

de tant d'affects, de connaissances et d'ignorances provenant de disciplines si différentes (médicales, sociologiques, ethnologiques, psychologiques, philosophiques, politiques, etc.) ? Cette difficulté, cette fragilité des connaissances et des certitudes en ce domaine peut faire penser que c'est un autre moteur qui pousse les contradicteurs à la polémique.

Le sujet en effet n'est pas seulement scientifique, mais affectif, passionnel.

La naissance soulève en chacun des passions, des émotions. Elle est lieu de projections. Chacun de nous a, à sa manière, un projet pour l'*enfant*, imagine des dangers pour lui, souhaite des améliorations, voit quelque chose à corriger du côté des *parents* ou encore de la *nature*.

Par ailleurs, dans cette dénomination même de « naissance sans violence », il semble y avoir une confusion, un contresens, un piège à sens, qui fait que chacun, passionnément, ne parle pas de la même chose que l'autre.

La confusion liée au terme de « naissance sans violence », ou : le mot « sans » a-t-il un sens ?

Lorsqu'on lit le livre de Frédéric Leboyer [1], on est plongé dans une ambiance d'étouffement, d'angoisse, d'inconfort, de violence. Dès les premières vraies contractions de l'utérus maternel, c'est un long calvaire qui commence pour l'enfant : sa naissance.

Car la naissance ici, ce n'est pas le moment précis où l'enfant pénètre dans notre monde aérien. C'est toute une durée, une tranche de temps qui correspond au travail, à l'accouchement de la mère. Nous reviendrons sur cette violence de la naissance. Mais ce que l'on attend alors, c'est la solution promise par le mot : *sans*. Ce mot « sans » qui, par une sorte de négation magique, devrait retourner la situation comme il semble la retourner dans quelques autres titres ou dénominations actuelles :

- « préparation à l'accouchement *sans* douleur [2] » ;
- « préparation à l'accouchement *sans* crainte [3] » ;
- « pour un nouveau-né *sans* risque [4] ».

Dans le livre de Leboyer, on attend donc la solution promise : quand la naissance va-t-elle cesser d'être violente ? Il faut attendre longtemps puisqu'il faut attendre qu'elle finisse, que l'enfant, enfin, soit né, et que devenu accessible on puisse faire quelque chose : *l'accueillir d'une manière différente.*

Mais la naissance elle-même n'est pas modifiée : si elle était violente, elle le reste; il n'y a pas de « sans ».

Alors en évoquant un accueil différent du nouveau-né, plus humain, plus amical, moins violent, il ne faudrait plus parler de naissance sans violence. Car discuter sur ce terme c'est s'exposer à ce que celui qui rejette ou met en doute la description dans le livre de Leboyer des tourments de l'enfant, rejette du même coup, dans le même mouvement, cette modification de l'accueil du nouveau-né.

---

[1] LEBOYER (F.) : Pour une naissance sans violence, Le Seuil, 1974

[2] Ecole russe post pavlovienne, méthode adaptée et introduite en France par Lamaze vers 1952.

[3] READ (D.): Childbirth without fear, 1944.

[4] MINKOWSKI (A.) : Pour un nouveau- né sans risque, Stock, 1976.

Actuellement, tous ceux qui ont une pratique de cela préfèrent parler de l'« accueil du nouveau-né ». Néanmoins la formulation « naissance sans violence » reste la plus employée dans le public et il y a des raisons à cela. Et ces raisons tiennent peut-être à des confusions d'une autre nature, des confusions qui, cette fois-ci, sont inhérentes à notre fonctionnement psychique.

Tout part encore des mots...

Nous avons été frappés, après une centaine de réunions récentes avec des femmes enceintes, par le fait que leurs questions concernant la naissance sans violence étaient pratiquement toujours posées de la même manière, avec les mêmes mots, les mêmes « erreurs ».

« Pratiquez-vous la ***méthode*** de la naissance sans violence ? » Ou encore : « Que pensez-vous de la ***méthode*** de la naissance sans violence ? »

Or Leboyer n'a jamais parlé de méthode, et la plupart de ceux qui l'ont suivi insistent précisément sur le fait que ce n'est pas une méthode mais un état d'esprit. Et pourtant, ce mot de méthode revient avec insistance, avec ténacité. Pourquoi?

C'est un premier point.

Deuxième point : une confusion remarquablement fréquente entre les mots « naissance » et « accouchement »

« Pratiquez-vous la méthode de l'***accouchement*** sans violence ? » est une formulation qui revient souvent. Est-ce seulement un manque d'information, une information approximative prise au vol ? Ou bien y a-t-il une raison à ce flou dans le lieu où est vécue la violence ; l'enfant ? la mère ? la mère et l'enfant ?

Cette question peut être posée car s'il y a une impression qui revient souvent quand une accouchée récente parle de son accouchement, c'est justement celle de violence, de violence énorme vécue dans son corps :

> « C'était tellement violent qu'on ne savait pas si c'était de la douleur ou du plaisir. »

Une autre :

> « C'est d'une brutalité... J'avais l'impression d'avoir le corps coupé en deux. »

Au séminaire de Reims [1], Mme Vittoz a fait part d'une constatation analogue :

> « C'était une espèce de force énorme, intense, qui partait de l'intérieur de son corps et qu'elle avait de la peine à maîtriser, parce qu'elle se sentait dépassée par cette force, dont elle pensait qu'elle pouvait être par moments accompagnée d'une douleur... »

Dans les récits, la douleur est exprimée d'une manière variable dans l'expérience du corps. La notion de force-violence semble avoir plus de constance.

Troisième point *:* le livre de Leboyer irrite, exaspère beaucoup de lecteurs. Les femmes enceintes, en revanche, y sont souvent plus réceptives. Elles le comprendraient, elles le sentiraient et le liraient plus facilement.

---

[1] Séminaire de psychoprophylaxie obstétricale, Reims, 25 juin 1977. Comptes rendus dans les n“ 70, 71 et 72 du *Bulletin officiel de la Société française de psychoprophylaxie obstétricale* (32, avenue du Général-Leclerc, 30000 Nîmes),

On pourrait tirer argument de cela et dire que c'est un signe d'authenticité de l'expérience décrite, d'une vérité qui ne serait perceptible qu'intuitivement.

Mais il me semble qu'on pourrait interpréter ce fait différemment.

L'expérience d'accoucheur montre qu'une crainte peut être rencontrée chez les femmes qui vont ou qui sont en train d'accoucher : c'est celle de faire souffrir l'enfant par le fait justement de la violence, de la force incontrôlable de leur corps. « J'avais peur, en poussant, d'écraser la tête de mon bébé. »

Ce n'est pas à moi de préciser l'ambivalence de ce sentiment, je ne sais pas non plus s'il est fréquent ou rare, mais il existe.

D'où, peut-être, l'intérêt porté par les futures mères à un livre qui décrit les tourments de l'enfant dans leur corps pendant qu'il naît, à un récit qui rencontre leur propre préoccupation.

Ainsi, au terme de ces trois points s'explique peut-être, d'une certaine façon, l'emploi des mots : « Avez-vous une *méthode,* un truc, pour que l'enfant que je porte naisse *sans* que la violence de mon corps ne le fasse souffrir, lui ? Cela m'éviterait de redouter que je puisse être une mère dangereuse, une mère qui peut occasionner de la douleur à l'enfant. »
(Question imaginaire, bien entendu.)

Eh bien non, nous n'avons pas de truc, il n'y a pas de méthode miraculeuse. La seule chose que l'on puisse proposer c'est de tenir compte de la sensibilité de l'enfant, de ne pas rajouter de la violence gratuite, et de le laisser se réconforter tranquillement parmi ses parents, après sa naissance.

Pour ce qui est de la naissance elle- même, de ce que vit ou subit l'enfant pendant le travail et l'accouchement de sa mère, on peut penser que moins cet accouchement est lutte du corps contre lui-même, plus il peut être « souplesse », plus il est eutocique, moins la naissance elle-même sera violente pour l'enfant. (Violente à tous points de vue : on sait sur un plan très technique que l'excès d'agitation maternelle favorise l'hypoxie [1] fœtale.)

Plusieurs moyens, très différents mais qui ne s'excluent pas obligatoirement, tendent vers ce but : préparations à l'accouchement, analgésies diverses notamment péridurale.

Ainsi on ne peut pas dissocier artificiellement la naissance de l'accouchement. On ne peut pas non plus dissocier la manière dont on accueille le nouveau-né de la manière dont on reçoit les parents. Et enfin, des modifications du climat autour de la naissance s'accompagnent inévitablement des modifications de la préparation à l'accouchement.

Où en sommes-nous actuellement à Saint-Vincent-de-Paul dans notre recherche ?

Qu'en est-il de notre expérience ?

Cet accueil plus humain, moins violent du nouveau-né était-il définitivement réservé à quelques cliniques privées ? Une maternité de l'Assistance publique pouvait-elle s'y essayer sans qu'apparaissent les dangers redoutables dont on nous menaçait ?

L'équipe de Saint-Vincent-de-Paul, lorsqu'elle est arrivée en octobre 1976, avait déjà travaillé ailleurs, à la maternité Baudelocque (Pr Lepage), et c'est là qu'elle avait subi sa lente gestation, qu'elle avait eu des débats contradictoires et enflammés lors de la projection du film de Leboyer. Qu'elle avait reçu Bernard This et Danielle Rapoport et que, jour après jour,

[1] Moindre oxygénation sanguine

discussion après discussion, peu à peu, des sages-femmes avaient essayé, discrètement, pour voir ce que c'était...

Lors de notre arrivée à Saint-Vincent-de-Paul, toutes n'étaient pas convaincues, mais lors du démarrage de ce service neuf, l'accord s'est fait pour essayer de mettre en œuvre d'une manière habituelle l'esprit de cet accueil moins violent du nouveau-né, de même que nous avions décidé de démarrer la préparation à l'accouchement en nous démarquant quelque peu des méthodes classiques. Le Pr Chavinié, chef du service, adepte depuis toujours de l'accouchement dans le calme, était favorable à toute modification pouvant entraîner une amélioration « humaine », à condition, naturellement, qu'elle ne se révèle pas comporter des dangers.

Que faisons-nous en pratique (en sachant que chaque sage-femme a ses idées, et donc sa manière de faire) ?

Une « naissance type »

Le père est naturellement admis en salle de travail. Admis, mais non forcé.

Le travail et l'accouchement se déroulent bien entendu comme avant : surveillance fœtale par monitorage, analgésie péridurale si la femme l'estime nécessaire. Rien n'est changé à la conduite obstétricale.

Sauf le calme.

Le silence nécessaire lorsque l'enfant est né s'est, par habitude, par contagion, étendu à la période prénatale. On ne *crie* plus : « Poussez, madame », on le *dit.* On n'entend plus autant de boîtes métalliques se fracasser bruyamment par terre.

Le rideau de la fenêtre est baissé. Le Scialytique [1] éclaire le périnée. L'enfant va naître. Dès que les bosses frontales sont sorties, la lumière, devenue inutile, est déplacée. Le reste du corps est doucement extrait, et, *dans le même mouvement,* l'enfant est posé directement sur le ventre de sa mère. A plat ventre, car c'est comme ça qu'à l'expérience il est mieux, qu'il est le plus stable, et cette stabilité rassure sa mère : il ne risque pas de tomber. Il a déjà poussé ou il pousse son premier cri, il tousse pour se débarrasser d'un peu de liquide, puis il respire librement.

On vérifie la qualité des battements cardiaques au niveau du cordon que l'on pince et coupe (notre pédiatre Christine Francoual nous a demandé de ne pas trop attendre). La lumière du Scialytique est posée sur une de ses fesses, cela ne l'éblouit pas et permet de bien surveiller sa couleur (il rosit) et de s'assurer rapidement de son intégrité corporelle.

Sa mère le tient tranquillement ou le caresse, cela dépend.

Dès que l'on est bien certain de sa couleur, de sa respiration, de sa tonicité, de son rythme cardiaque, on recouvre son corps, par-dessus les mains de sa mère, avec un linge chaud pour qu'il ne se refroidisse pas, et on attend calmement, silencieusement...

Les parents le regardent, en parlent, lui parlent. Le père, souvent mieux placé, s'aperçoit que son enfant ouvre timidement ses yeux.

Le placenta se décolle, on guide sa sortie. S'il y a une épisiotomie, rien n'empêche de la recoudre, si la mère est calme, en lui laissant son enfant sur le ventre.

[1] Projecteur utilisé dans les salles d'opération et dans les salles de travail

Nous n'avons pas encore l'expérience du bain, tout ne peut pas se faire d'un seul coup. Malgré les réticences, il faut espérer que la curiosité sera un moteur suffisant pour l'essai [1]

Lorsque tout est terminé, lorsque la mère peut quitter la position d'accouchement et être allongée, l'enfant est examiné soigneusement, pesé; les soins du cordon sont faits.

Il est remarquable que l'enfant supporte beaucoup mieux sans crier à ce moment-là tous ces gestes, si l'on est doux, qu'immédiatement après la naissance. Lorsque, à ce stade, un enfant crie, il y a toujours une raison : on l'a allongé sur le dos sur une table dure et froide recouverte d'un simple champ, on a recherché un peu brutalement ses réflexes, on l'a déplacé un peu trop rapidement pour le peser, ou encore on a effectué un geste douloureux mais nécessaire.

Mais ceci est la naissance « idéale », cela ne se passe pas toujours comme ça...

Il y a des enfants qui continuent à crier sur le ventre de leur mère. C'est souvent parce qu'elle n'est pas musculairement détendue, que son ventre est dur. Il suffit souvent de lui soutenir la tête, ou qu'elle la pose, pour que l'enfant cesse immédiatement de crier.

Certains enfants hurlent parce que leur mère, ayant ses raisons d'être plus anxieuse qu'une autre, le soulève à bout de bras, le retourne, le regarde « sous toutes ses coutures » pour être certaine de son intégrité physique. Une autre prend avec son enfant un contact affectueusement brutal.

Sur ce point, contrairement à ce que laisse entendre Leboyer, nous laissons faire : elle est sa mère et ce sont leurs relations qui comptent. Si son anxiété la pousse à le soulever, à le détailler, à tout compter, tant pis s'il crie... si elle est rassurée. De cette assurance l'enfant bénéficiera sans doute plus tard.

Il y a des mères qui ne veulent pas du contact immédiat de leur bébé sur leur ventre. Si elles ne veulent pas faire connaissance avec lui comme cela, on le met doucement ailleurs. Bien souvent, dix minutes plus tard, elle le prendra...

Et puis, bien entendu, il y a des enfants qui nécessitent dès leur naissance un geste médical immédiat, une simple désobstruction par exemple. Si elle est nécessaire, il n'est pas question de la différer. Nous y reviendrons.

Voici donc, schématiquement, notre expérience pratique. Mais la question qui se pose maintenant est : pourquoi faites-vous cela ? Sur quoi, mis à part ce que vous a transmis Leboyer, cela repose-t-il ?

A quoi ça sert ?

Une réponse qui me remplit d'aise, et qui déjà me paraîtrait satisfaisante si elle était exacte, serait : « à rien ».

Cela ne sert à rien. C'est un acte gratuit. Cela n'a pas d'utilité scientifique.

C'est : ne pas bousculer l'événement, c'est prendre son temps. C'est comme la musique, par exemple : ça n'a pas d'utilité mesurable.

[1] Les premiers bains ont été donnés dans la nuit du 18 au 19 juin 1977, celle qui a suivi ce colloque.

Mais je crois que cette réponse est fausse, et il apparaît que des *conséquences favorables peuvent être trouvées à cette modification de l'accueil du nouveau-né.*

D'abord sur un plan technique

Le Pr Thoulon de Lyon nous a dit, entre deux séances du séminaire de Reims, qu'il ne croyait pas à la « naissance sans violence » [1], mais que, lorsqu'il faisait une césarienne, il gardait souvent l'enfant qu'il venait de faire naître sur le ventre de sa mère endormie, et qu'il le massait, pas du tout pour lui faire plaisir, ajoutait-il, mais pour éviter qu'un enfant, *s'il n'en avait pas besoin*, ne subisse toutes les manœuvres habituelles de « réanimation », gestes qui, à son avis, entraînaient trop d'apnées secondaires. D'autre part, une étude de Fournier et collaborateurs à Strasbourg, étudiant le rythme cardiaque fœtal après la naissance, montre un retour statistiquement plus rapide à la normale chez des enfants nés en « climat Leboyer » [2]

Ces études se multiplient actuellement, témoignant donc de la vitalité de la recherche dont nous parlions au début.

Très différentes sont des études sur le développement psycho-affectif des enfants

Il y a d'abord l'enquête de Danielle Rapoport [3] qui porte sur 120 enfants que Leboyer a aidés à naître, et qui ont été vus à l'âge de 1 an, 2 ans et 3 ans. Cette enquête montre que ces enfants sont (sauf exception naturellement) plus indépendants, autonomes, qu'ils ont moins de petits troubles psychosomatiques comme les coliques des trois premiers mois [4], et que d'autre part leurs mères disent « qu'ils ne posent pas de problème, qu'elles ont eu de la chance avec cet enfant-là ». Ces mères ne demandent pas de recettes d'élevage, bref elles ont confiance en elles.

Cette enquête est parfois attaquée, niée par des gens qui se comportent comme s'ils ne l'avaient pas lue mais en avaient seulement entendu parler.

Si on la lit, on constate :

- qu'il n'y a pas de biais de recrutement [5] ;
- qu'il n'est pas décrit de comportement type, de « bébé Leboyer type » ;
- que le quotient de développement n'est introduit que pour répondre à des objections qui ont été faites, pour montrer que cette manière de faire n'est pas plus dangereuse pour le cerveau des enfants que la manière habituelle.

Il y a donc une différence de comportement observable plusieurs mois après la naissance. Cette différence sera probablement mieux précisée ultérieurement.

Une question peut être posée alors :

---

[1] Ceci se passe au début du mois de juin 1977.

[2] Fournier (J.-C.), Burgun (P.), Bock (A.), Louis (D.) et Renaud (R.) ; « Etude du rythme cardiaque instantané du nouveau-né dans les 50 premières minutes de vie » congrès de Biarritz, novembre 1976.

[3] Rapoport (D.) : « Pour une naissance sans violence » : résultats d'une première enquête, in *Bulletin de psychologie,* numéro spécial psychologie clinique, 19751976, XXIX, 322, 8 13

[4] Kreisler (L.), Fain (M.), Soulé (M.) . *L'Enfant et son corps,* P.U.F., « Le fil rouge », 1974

[5] Pour préciser l'influence d'un facteur existant inégalement dans deux populations, il est nécessaire que les populations soient comparables, « appariables ». Une différence de *recrutement* des deux populations pourrait *biaiser* l'étude statistique.

D'où provient cette différence?

- S'agit-il d'une différence due à une modification du *vécu même de l'enfant?*
- Ou bien est-ce par l'intermédiaire d'une différence dans la manière dont s'établissent les premières *relations mère-enfant, parents-enfant* [1] *?*

Envisageons les deux points, en sachant que nous abordons un terrain plus incertain

Que vit l'enfant pendant sa naissance ?

La douleur, l'angoisse, la violence, le « traumatisme » de la naissance ont été évoqués, décrits par plusieurs auteurs, notamment Rank [2], Janov [3], Leboyer. L'expérience qu'ils rapportent est soit une expérience directe de revécu de la naissance par psychanalyse, soit une expérience indirecte à travers ce que rapportent leurs patients. Ceux qui n'ont pas fait de telles expériences n'en savent rien, et il est normal de mettre de telles expériences en doute comme le fait par exemple remarquablement Almodovar [4].

Tout ceci est une voie de recherche intéressante, mais dans le fond, peu importe. Peu importe pour guider nos gestes, car il est évident que le nouveau-né perçoit, et l'observer dans ce nouveau climat où il n'est plus submergé de stimulations nous en apprend suffisamment pour guider notre comportement. *Si nous regardons attentivement, nous apprenons un à un quels sont les facteurs qui font crier l'enfant, les facteurs qui l'empêchent d'ouvrir les yeux ou de se détendre.*

(Cela ne veut évidemment pas dire qu'il faut s'abstenir de faire un geste qui fait crier l'enfant mais qui est indispensable à sa sécurité.)

Mais pourquoi tant de sollicitude pour l'enfant ? C'est que la naissance est le début d'une suite ininterrompue de choix offerts à l'adulte : faire ou ne pas faire crier l'enfant, le laisser crier la nuit pour qu'il fasse ses poumons ou le prendre, et voir ce dont il a besoin.

Nous ne parlons pas du tout de l'enfant plus âgé qui ne saurait vivre sans limites et sans frustrations *à sa mesure* ; il s'agit ici du nouveau-né, stade de besoins vitaux et d'impuissance radicale, et le laisser crier ne peut pas provoquer d'apprentissage mais seulement quelque chose de l'ordre de la peur. Et la peur, à ce stade, est un frein à l'autonomie, à l'indépendance future.

L'accueil amical et attentif du nouveau-né est le début d'une manière de concevoir l'enfant ; va-t-on ou non le considérer dès le début comme un sujet ?

C'est-à-dire : *veut-on faire quelque chose de l'enfant ou veut-on lui permettre de parvenir à lui-même ?*

En fait, le vrai centre de la polémique me semble pouvoir être situé là.

---

[1] Point d'importance si l'on considère l'importance capitale de ces premiers instants, soulignée ce matin par Kreisler, Straus et Girodet

[2] Rank (O.) : *Le Traumatisme de la naissance*, Payot, 1968.

[3] Janov (A.) : *L'Amour et l'enfant*, trad. Rabinovitch, Flammarion, 1977.

[4] Almodovar (J.-P.) : « Mythes et réalités de la naissance », in *Le Groupe familial*, 1976 (71), 21-29.

Les relations mère-enfant, parents-enfant

Souvent, après l'accouchement, les mères qui ont déjà d'autres enfants nous disent avec étonnement la différence, nous disent que ce n'était pas comme ça la dernière fois : qu'elles ne l'avaient pas eu sur le ventre, qu'on l'avait emmené tout de suite, qu'elles l'avaient à peine entrevu ; et elles prononcent parfois ce grand mot : *vol.*

A rapprocher du fantasme d'échange d'enfant : cette crainte qu'on leur donne un enfant qui n'est pas le leur.

A rapprocher aussi de ce dont on a beaucoup parlé : cette impression de perte qui existerait pour la femme au moment de l'accouchement, de séparation, d'amputation, de manque, de vide, qui ne serait pas sans rapport avec certains états dépressifs des suites de couches.

Bien sûr, l'accouchement c'est quelque chose en plus : l'enfant, mais il semble que cela puisse être aussi quelque chose en moins.

Si dans le même mouvement l'enfant naît et est mis sur le ventre de la mère, alors au moment même de la perte arrive l'enfant réel avec qui elles peuvent prendre contact sensuellement : il est là, *sur* le ventre.

Dans le même mouvement : perte d'une chose et arrivée d'une chose qui est en même temps la même et différente.

Rencontre, juxtaposition possible de deux images, retrouvaille. Il est possible que toute coupure introduite dans la continuité de ces deux phénomènes, par la disparition même très brève de l'enfant, pour raison de soins, ait son importance en ne permettant pas un certain ajustement, en introduisant une dissociation.

Une étude très précise est en cours en Suède [1] une étude d'éthologie de la relation mère-enfant, tenant compte de 70 facteurs. Cette étude qui n'est pas tout à fait achevée montre déjà une différence importante dans la qualité de la relation entre le groupe où l'enfant est immédiatement enlevé et celui où les mères gardent leur enfant pendant deux heures. Il n'y a en revanche que peu de différence entre le groupe où les mères gardent leur enfant pendant deux heures et celui où l'enfant est gardé en permanence. Les résultats obtenus prouvent déjà l'*importance des tout premiers instants de la relation.*

L'accouchement est pour la mère, pour 1es parents, une expérience personnelle dont beaucoup d'éléments ne sont pas conscients.

Il est surprenant que certains accouchements que l'équipe obstétricale pourrait considérer comme « mauvais » (agitations, cris, comportement bizarre, etc.) peuvent être ressentis d'une manière totalement différente et très positive par la mère à qui l'on demande naïvement le lendemain comment ça s'est passé. Il se vit là, dans cette expérience, des choses qui ont un sens, et un sens qui échappe en partie à ceux qui le vivent, et qui échappe totalement aux spectateurs de l'équipe obstétricale.

Les parents ont avancé sur un chemin qu'on ne connaît pas. Cela veut dire, à mon sens, que si l'on peut beaucoup aider à ce moment-là, on n'a pas le droit de suggérer un modèle de comportement.

Et cela aussi bien au moment de l'accouchement qu'à celui de sa préparation.

---

[1] Knut Larsson et coli., université de Göteborg, département de psychologie, Fack. Suède (étude non encore publiée, communication de M.-C. Busnel)

Cette préparation à l'accouchement ne consiste pas seulement en un enseignement, elle peut être l'occasion de laisser une place à la parole des futures mères et des futurs pères à un moment de leur vie qui est particulièrement riche et sensible.

C'est ce que nous avons tenté de faire. Nous ne pouvons pas décrire ici cette tentative de changement de la préparation ni ses difficultés, mais elle est proche de celle que décrit Galacteros à Reims [1].

Les objections

Si la majorité des parents sont satisfaits par ces modifications de climat autour de l'accouchement et de la naissance, si un certain nombre de travaux font penser qu'elles ont des avantages, si ces avantages peuvent trouver des justifications rationnelles, pourquoi les maternités où l'on a tenté de mettre en pratique ces modifications sont-elles si peu nombreuses? Pourquoi la progression du nombre de ces lieux est-elle si lente ? C'est peut- être qu'il existe des objections à cette manière de faire...

L'objection de la sécurité :

Cette manière de faire serait dangereuse. C'est l'objection la plus immédiate, la plus tranchée, la plus menaçante. Notre expérience hospitalière nous a conduits à nous demander ce qui, dans cette modification des gestes, pourrait entraîner à une augmentation du risque, puisqu'il ne s'agit pas de modifier la naissance mais l'après- naissance : rien n'empêche de surveiller la grossesse comme on l'entend et l'accouchement comme on l'estime nécessaire. Cela n'exclut pas l'éventuelle surveillance électronique, cela n'exclut pas d'éventuelles analgésies, cela n'exclut pas les extractions instrumentales si elles sont nécessaires.

Simplement, lorsque l'enfant est né, on ne se précipite pas immédiatement et systématiquement sur lui comme naguère pour le désobstruer, le ventiler, le tester, lui mettre des gouttes dans les veux...

D'abord, s'il va bien, ce qui est quand même le cas le plus fréquent, on le laisse tranquille.

- étant entendu que la sage- femme, que l'accoucheur connaissent leur métier, et qu'ils sont donc capables de dépister l'anomalie ;
- étant entendu qu'il n'est pas question d'empêcher l'enfant de pousser son premier cri, mais qu'ensuite ce qui lui est nécessaire c'est de respirer ;
- étant entendu qu'un enfant qui a inhalé un peu de liquide teinté sera immédiatement désobstrué, c'est évident ;
- étant entendu qu'il ne s'agit pas de « faire l'accouchement dans le noir », mais de faire en sorte que la lumière soit suffisante pour le surveiller, mais suffisamment dosée et orientée pour ne pas l'aveugler;
- étant entendu que si, par exception, il a une détresse immédiate - et cela se perçoit immédiatement - tous les moyens nécessaires seront mis en œuvre avec la même célérité qu'auparavant.

[1] Séminaire de Reims, 2-5 juin 1977, op.cit., n° 70 p. 34.

Tout en ce domaine est affaire d'adaptation, d'évolution. Par exemple, il faut penser au refroidissement possible de l'enfant humide sur le ventre de sa mère. Il n'y a pas une solution possible à ce problème, il y en a de nombreuses. Chacun en fonction de ses possibilités, de ses locaux, trouvera *sa* solution efficace.

D'ailleurs, il va être temps de cesser de se justifier, l'expérience pratique prouve que ce n'est pas dangereux Citons une étude récente : « Les observations que nous avons recueillies lors de 400 naissances sans violence nous ont permis d'acquérir la certitude que cette façon de procéder ne joue aucun rôle quant à la mortalité, et qu'elle influencerait plutôt dans un sens favorable la morbidité néonatale : on ne constate en particulier aucune anomalie de la température, de la glycémie, de la bilirubinémie et du taux des infections cutanées... » Et cela est signé à la fois par un accoucheur et par un pédiatre [1].

Les chiffres de Michel Odent sont également très rassurants.

Seulement, nous dit-on, est-ce que vous avez pensé que cette méthode pourrait être utilisée par des accoucheurs douteux pour rattraper une clientèle qui s'amenuise ? Je ne crois pas que cela soit un bon argument, mais il ne m'appartient pas d'en discuter.

Deuxième objection :

> « Il naît, vous le mettez dans l'eau, vous cherchez à prolonger la douceur prénatale, mais enfin il va bien falloir qu'il naisse un jour ! »

Ou encore :

> « Vous allez en faire des mous, des faibles, des ramollis, de ces enfants entourés de tant de douceur... »

Dire cela c'est déjà reconnaître que le nouveau-né est sensible. Pour le reste chacun jugera, mais nous avons précisé que pour nous, l'accueil moins violent pouvait faire reculer des sensations de l'ordre de la peur, de la crispation, et l'enquête déjà citée de Rapoport montrait plutôt des enfants plus indépendants, plus autonomes.

Troisième objection : la taille des services hospitaliers

« Cette manière de faire est possible quand on fait un, deux ou trois accouchements par jour, mais dans nos maternités parisiennes où on " tourne " à 2000 ou 3000 par an, c'est bien difficile. C'est bien difficile d'entourer de tant d'attention chaque naissance lorsqu'il y en a dix par jour ! »

C'est vrai.

C'est donc que nos maternités sont trop grandes pour qu'il y survive le sens de la mesure humaine. Créons donc de petites maternités (où l'on dépensera moins d'énergie en communications).

Pour que ces maternités puissent bénéficier des progrès techniques modernes, de la disponibilité permanente d'un anesthésiste, d'un pédiatre, d'une banque de sang, d'un bloc opératoire, d'un laboratoire, groupons plusieurs de ces maternités à l'échelle humaine (pas plus de 800 à I 000 accouchements par an) autour d'un bloc technique central et efficace.

---

[1] Wesel (S.) et Van Geffel (R.) : « Trente mois d'expérience de la " naissance sans violence " », in *Enfant*, 1977, n"4. P. 297-312.

Cela, de plus, permettrait de comparer réellement [1] plusieurs « manières de travailler » différentes : l'une par exemple tenant compte des derniers acquis de la technologie moderne, l'autre tenant compte de certains facteurs psychosomatiques, la troisième...

Quatrième objection :

La seule, la vraie, à mon sens : On change ici de registre, on accepte que l'émotion survienne, vive, avec sa force. On ne se retranche plus derrière la technique médicale pour s'abriter de la tempête émotionnelle, pour s'isoler du corps de l'autre. C'est une protection que je ne critique pas, que je ne cherche pas à démonter, elle est peut-être indispensable pour pouvoir exercer le métier de médecin. Tout médecin s'en sert probablement. Mais c'est peut-être alors qu'il faut que le médecin accepte de se reculer un peu.

Qu'il reste l'indispensable technicien disponible en réserve, mais qu'il n'impose pas un écran technique là où il n'est pas nécessaire.

C'est là, à mon avis, un problème réel, qui explique peut-être les résistances, la lenteur de progression, les régressions parfois même à l'intérieur d'un service hospitalier comme le nôtre.

Il y a un autre type de résistance, et si l'on dit que la foi déplacerait des montagnes, on pourrait ajouter que les montagnards n'ont rien à craindre : la force de l'habitude est la meilleure garantie de la constance de nos paysages. Tout cela fait que l'avenir de ce mouvement reste inconnu. Espérons que la curiosité l'emportera sur la force de l'habitude...

Boutade en guise de conclusion

Parmi ceux qui cherchent à changer notre manière de vivre, nos rapports sociaux, il y a ceux qui pensent qu'il faut d'abord modifier les structures pour permettre un meilleur épanouissement des humains. Et il y a ceux qui pensent que c'est seulement d'abord l'homme qui peut changer et qu'en suite pourront s'établir spontanément de nouvelles structures.

Mais changer l'homme est-ce une affaire d'éducation ?

Au dernier congrès de Reims, Cheynier constatant que la grossesse était bien trop courte pour que la psychoprophylaxie puisse modifier l'état d'esprit des femmes enceintes, pensait qu'il fallait s'y prendre plus tôt [2].

A la puberté, c'était déjà trop tard.

A l'école, c'était déjà bien tard...

D'autre part, ce matin, Kreisler, Straus et Girodet nous ont dit que par une espèce de répétition, génération après génération [3] beaucoup de parents « maltraitants » avaient été eux-mêmes, dans leur prime enfance, l'objet de soins pour le moins défectueux.

Cela a été retrouvé expérimentalement chez le singe : une petite femelle singe séparée dès sa naissance de sa vraie mère singe, et élevée au contact d'une « mère artificielle » (en fil de fer

[1] En évitant les biais de recrutement.
[2] Séminaire de Reims, 2-5 juin 1977, op.cit., n° 70 p. 34
[3] (à moins qu'un effort tendu vers l'opposé...)

ou en peluche), est, devenue adulte, strictement incapable de s'occuper normalement des petits singes qu'elle met au monde, incapable de répondre à leurs besoins [1].

Ainsi chez le singe, mais aussi chez l'homme, le comportement des parents vis-à-vis de leurs enfants est le reflet, la « copie » de celui qu'avaient leurs propres parents vis-à-vis d'eux-mêmes lorsqu'ils étaient petits.

Et de plus, nous avons vu, notamment à la suite des études de Rapoport et de Knut Larsson, l'importance toute particulière des premiers moments de la relation : juste après la naissance.

Alors rêvons...

Si par un accueil plus humain, plus naturel, plus viscéralement naturel du nouveau-né ; par le respect de la première prise de contact entre l'enfant et sa mère, l'enfant et ses parents, quelque chose change ;

Si quelque chose change dans ce moment, qui, d'une manière difficile à concevoir, compte beaucoup pour plus tard, et notamment pour la capacité d'être parent ;

Alors, cette petite fille qui vient de naître, que nous venons d'accueillir « amicalement », plus tard, dans quelque vingt ans...

Lorsqu'elle accouchera...

Post-scriptum

Au moment de remettre le manuscrit à l'éditeur, j'ai découvert un livre passionnant : *L'Attachement* (colloque imaginaire organisé par R. Zazzo, Delachaux et Niestlé, 1974).

J'en cite deux extraits (p. 40-41 et p. 32-33).

Le premier complète ce que nous avons dit des expériences de Harlow :

> « Les femelles " orphelines " (qui, en conséquence des expériences d'isolement total institué par Harlow, n'ont jamais connu l'amour maternel ni aucune sorte d'affection) sont insensibles aux mâles qu'on leur présente et quand elles deviennent mères (par fécondation artificielle) elles ignorent leur enfant ou le brutalisent ou même, si l'on n'y prend pas garde, le tuent. A sa grande surprise, Harlow constate que le petit singe ne se laisse pas rebuter ni décourager par les coups : il s'accroche au dos de sa mère, il tente d'établir le contact avec son ventre, avec sa poitrine ; il lutte jour après jour, semaine après semaine, mois après mois. Autre surprise : l'indifférence et la brutalité de la mère décroissent ; à partir du quatrième mois, dans la plupart des cas, la partie est gagnée. Le contact est établi. Et la mère, en quelque sorte séduite par son enfant, est guérie de sa " psychose ". Beaucoup de nos mères orphelines, dit Harlow, ont eu un deuxième et même un troisième bébé. Celles dont les sentiments maternels avaient pu être libérés par

[1] Harlow (H. F.) . « The nature of love », in *American Psychologist, 13,* 1958, p. 673-685
Harlow (H. F.) et Harlow (M, K.) : *Désafférentiation expérimentale clinique,* Masson, 1965 (trad., dans *Revue ps. som.,* 1966, t. VIIIl, n° 1).
Voir aussi Verlet (D.) ; « Les mères artificielles », *in* revue *Science et Avenir,* déc. 1962, n° 190, p. 819 (Cité par THIS (B.) : *Naître,* Aubier-Montaigne, 1972, rééd. 1978)

les efforts de leur premier petit, par leur contact, furent pour les enfants suivants des mères bien adaptées dès la naissance ou peu de temps après.

- « Du côté *enfant*, cette observation souligne la nature primaire de l'amour, la force irrépressible du besoin d'attachement.

- « Du côté *mère orpheline*, cette même observation rappelle que l'attachement est la condition première de ce qui sera plus tard l'équilibre sexuel et l'adaptation sociale. Enfin la psychothérapie involontaire exercée par l'enfant sur la mère orpheline illustre, une fois de plus, *le rôle fondamental du contact corporel, du lien charnel à autrui* [1]. »

Deuxième extrait, probablement déformé par le fait de le séparer de son contexte ;

> « Ainsi, il paraît assez bien démontré que l'enfant humain s'attache à sa mère et à son entourage par des mécanismes analogues ou semblables à ceux que l'on connaît chez l'animal ; d'autre part, que la rupture des liens, que la carence des soins maternels provoquent chez l'animal des troubles semblables ou analogues à ceux que l'on connaît chez l'enfant humain.
>
> « La jonction est établie avec toutes ses conséquences. Ce qui ne signifie pas une réduction de l'homme à l'animal...
>
> « ... On est bien forcé d'admettre comme hypothèse la plus solide et la plus raisonnable [...] que certains modèles du comportement animal sont valables pour la *prime enfance* [1] de l'homme. »

Le même R. Zazzo, p. 54, nuance cela, à propos de l'engouement pour l'éthologie, science « à la mode » : « L'utilisation *aveugle* [2] des concepts de l'éthologie conduirait à un nouveau délire de la science. »

Ce que nous apprend le premier extrait, éclairé par le second, est, à mon sens :

- à rapprocher à ce que nous avons appris des enfants battus ; notamment p. 21 et p. 48 ;

- à rapprocher de ces séparations, parfois introduites par les soignants, évoquées p. 32 et p. 36.

[1] C'est moi qui souligne.
[2] C'est moi qui souligne

Accueillir...

Danielle RAPOPORT

A l'occasion de ces journées, il m'a été proposé de vous parler de l'accueil du nouveau-né en relation avec l'enquête que j'ai effectuée sur les enfants qui, justement, avaient été « accueillis sans violence » par le Dr Leboyer [1] Mais je ne voudrais pas rompre le mouvement de tous ces échanges, très riches et très intéressants, qui se déroulent actuellement ici, et avant de parler de cette enquête, je voudrais faire deux ou trois remarques qui recouperont d'ailleurs l'exposé prévu.

Ce que je retiens tout d'abord, c'est ce que vous avez dit, madame, à propos des moments d'émotion que vous aviez ressentis. Vous êtes, je crois, sage-femme. Vous savez, toutes les sages-femmes que j'ai rencontrées en France depuis trois ans autour de la naissance sans violence ont vécu ainsi cette expérience : tout à coup, elles ont découvert de nouvelles émotions, un changement, lequel pour moi est très important, car c'est sur lui que tout repose. Lorsque, par exemple, le Dr Herbinet dit : « On ne fait pas encore le bain, mais on pourra peut-être le faire », c'est, effectivement, que, tant qu'on n'a pas « senti » l'expérience du bain pour le nouveau-né à côté de sa mère et de plus en plus souvent de son père, tant qu'on n'a pas eu cette émotion, on n'éprouve pas le besoin de faire le bain. Il ne s'agit pas de méthode, de faire ceci ou cela, mais de ce que l'on ressent et de se sentir bien à agir ainsi. Alors, seulement, et en quelque sorte dans cet état d'esprit, je suis pour le bain.

Deuxième remarque : il m'a semblé qu'on a beaucoup parlé jusqu'ici des parents et de vous, de nous, en tant que professionnels... mais très peu du bébé, du nouveau-né. Etienne Herbinet me disait : « *Après tout, on ne sait pas ce qu'il sent, on risque de procéder par projections, par adultomorphisme, par pure imagination...* » Certainement, mais de moins en moins quand même. On commence à savoir beaucoup de choses sur le jeune enfant, et aussi sur sa vie intra-utérine ; on commence de mieux en mieux à comprendre ou entrevoir ce qui se passe pour lui, et, pour ce qui est de la naissance sans violence, la différence on la voit, on l'observe... pour peu qu'on le veuille. Il suffit de reprendre brusquement l'enfant, il hurle aussitôt ; de s'y prendre avec douceur, avec lenteur, il se détend. Passé le premier cri de la vie, qui prouve que « la machine fonctionne, mais les hommes ne sont-ils que des machines », pour citer le Dr Leboyer ; effectivement, passé le premier cri, il semble bien que les hurlements du nouveau-né aient une signification de malaise, et nous disent que l'enfant n'est pas bien... pour peu qu'on veuille écouter. Dès qu'il est détendu, qu'il ne crie plus, nous le sentons bien et, comme vous l'avez dit, nous nous sentons bien « avec » lui. *C'est cela la différence, une question de bonheur, de bien-être, ou de chagrin.* Ce n'est rien d'autre. Peut-être n'est-ce pas scientifique; encore que... En tous les cas, ça se ressent ou ça ne se ressent pas. Mais dès qu'on l'a vécu, c'est irréversible, on ne peut plus faire autrement, on ne peut pas ne pas en tenir compte, et je voudrais justement vous donner *quelques expériences*

[1] Rapoport (D.) : « Pour une naissance sans violence » : résultats d'une première enquête, in *Bulletin de psychologie*, numéro spécial psychologie clinique, *op cit.* p 552-560.

personnelles à propos de l'accueil, qui vous montreront combien cela ne concerne pas seulement le nouveau-né et les maternités, mais bien notre civilisation et son évolution, depuis qu'on commence à savoir ce qu'est un petit enfant et ce qu'il peut ressentir :

- *1961 : les crèches de la Protection maternelle et infantile de Paris.* Je téléphone à un des services administratifs de l'économat, en tant que nouvelle psychologue, pour obtenir des jeux dans une section où, à l'époque, tous les enfants de 18 mois à 3 ans étaient mélangés. Il me fut répondu que « si des enfants de 2 ans savaient déjà jouer, on pouvait les passer à la garderie proche qui avait des jeux et une jardinière, et que c'était une chance ». J'explique qu'à 18 mois un enfant a besoin de jeux, qu'à 6 mois, un enfant joue... On raccroche : « Bon, ça suffit comme ça, au revoir mademoiselle. » Puis advinrent des changements de personnes, un médecin-chef attentif à ces problèmes, des directrices regroupant leurs actions avec des psychologues... Vous connaissez la suite : qui pourrait imaginer actuellement une crèche sans jeux, y compris chez les nourrissons...? De même il y avait les sacro saintes sections nourrissons, moyens, grands, où l'on passait à âge fixe ; en trois ans, un enfant de crèche avait dû établir une relation adaptée à parfois huit, dix, onze personnes. Actuellement, les sections sont décloisonnées. L'enfant n'est pas brutalement coupé de la personne avec qui il a établi une relation privilégiée [1].

De même, un jour, des parents n'ont plus compris qu'il leur soit interdit de rentrer dans les salles, que leur rôle se limite à déposer l'enfant qu'on leur rendait nu, qu'il fallait même parfois, dans certaines crèches, qu'ils sonnent pour manifester leur présence. Vous imaginez les sursauts des enfants, à chaque coup de sonnette, et leur attente figée. Et puis, Mai 68, des crèches sauvages, et les parents des crèches « classiques » qui se mettent à parler avec les berceuses, qui entrent dans les salles sans que rien de dangereux n'arrive, qui participent à la vie de leur enfant dans rétablissement, des réunions... Qui peut imaginer une crèche, actuellement, sans communication personnel-parents ? On a parlé des morts subites des nourrissons en crèche. Actuellement, l'accueil d'un nouveau bébé dans une crèche se fait avant la reprise du travail de la mère, de façon progressive, en sa présence, durant quelques jours. Voilà un autre accueil... On n'y pensait pas; et puis un ensemble de circonstances, un courant de réflexions, la rencontre de certaines personnes convaincues, et voilà qu'on y pense, qu'on agit, qu'on le vit et le partage ; un plaisir partagé par toute une équipe, et tout est changé.

- *Prenons un autre exemple : les services de pédiatrie.* Il n'était pas pensable, il y a quelques années (et actuellement encore dans certains services), de permettre aux parents de rentrer ans les boxes des nourrissons : ils ne pouvaient les voir qu'à travers les vitres [2]. A cause des microbes. Malgré tous les progrès effectués contre la contagion microbienne, l'interdit pesait. Pourtant, on a calculé que parfois, en une matinée, une douzaine de personnes passent auprès de ces enfants : externes, internes, infirmières, élèves, étudiants, psychologues !... et celui qui vient laver les vitres ! Eux n'ont pas de microbes, seule la mère en a !

Mais si nous parlons sérieusement, nous savons que le personnel hospitalier, plus résistant aux antibiotiques, est justement plus dangereux que la mère pour l'enfant, sur le plan de la

---

[1] Sur ces expériences, on peut se référer à Rapoport (D.) et Choppy (M.-C.) : « Rôle et fonction des psychologues cliniciens : réflexions sur quinze années d'expérience en crèche », in *Bulletin de psychologie,* numéro spécial psychologie clinique, III, 1978 (à paraître).

[2] Voir aussi à ce sujet le chapitre « La première enfance » du Dr Myriam David dans *I.es Séparations de ta naissance à ta mort,* Privat, 1976.

contagion microbienne. Face au respect du lien mère-enfant, pourtant le plus naturel qui soit, on est en pleine aberration, en plein alibi... en pleine résistance à des changements. Et puis... tout à coup, des concours de circonstances, la rencontre de personnes convaincues, un courant de réflexions, des chefs de service plus ouverts que d'autres, et les boxes des nourrissons s'ouvrent aux mères [1]

J'ai participé à cette époque à de nombreux groupes de sensibilisation des infirmières. Je peux vous dire qu'actuellement, ce sont celles qui étaient le plus hostiles alors à la présence des mères auprès des bébés qui en prônent à présent les bienfaits, devenus pour elles évidents. Elles ne se souviennent même pas, pour la plupart, de ce qu'elles me disaient, du genre : « Vous êtes bien gentille, mademoiselle Rapoport, mais vous ne vous farcissez pas notre boulot, et avoir les mères, ou les pères, sur le dos en plus !... »

C'était vécu ainsi « avant », et cela a été vécu autrement dans la pratique quotidienne. Ainsi, dans les salles de travail, pour ce qui concerne notre sujet aujourd'hui, c'est peut-être, par-delà les problèmes de mentalité, la question d'avoir essayé, et d'avoir vécu l'introduction de cette petite différence, si importante sur le plan psychologique. En fait, on est ici au cœur du problème, au vrai sens du mot cœur; on est encore, en 1977, par rapport à l'accueil du nouveau-né, au moment précis où la dimension affective et psychologique commence seulement à faire son entrée, *où cette nouvelle approche fait encore peur,* car on craint qu'elle n'entraîne trop de changements d'habitudes sécurisantes. Qu'on utilise alors le même type de défense, de résistances, que celles dont j'ai parlé pour les crèches ou la pédiatrie, n'est plus pour étonner, et prendra un jour un simple sens historique. Simplement, dans la mesure où des gestes professionnels, une manière d'appréhender ces gestes est mise en cause, on peut comprendre ces résistances. Nous pouvons peut-être nous interrompre déjà ici, après ces quelques remarques.

G. ZARA :

Vous parlez de la dimension affective, mais c'est peut- être aussi la remise en question d'une certaine conception de la médecine, de la manière dont on conçoit la façon d'être vis-à-vis des patients et patientes.

D, RAPOPORT :

Je crois que quelque chose de différent pour chacun, et de personnel, rentre en jeu. Pour les infirmières dont je vous parlais, certaines avaient l'impression que les mères allaient juger leurs gestes, les surveiller. Pour le médecin, ce sera autre chose, et cela dépend aussi de l'ensemble du groupe avec lequel on travaille.

En ce qui concerne le nouveau-né, je voudrais approfondir certains points. Certes, on ne sait pas encore tout sur la naissance et les semaines qui suivent. Mais à la naissance, alors que le bébé de l'homme est complètement immature, tout est déjà en place pour qu'il devienne mature. Alors dire qu' « *à la naissance, ça n'a pas d'importance* », *c'est comme si on disait* « *c'est à 15 mois qu'un enfant marche, avant, pour la marche, il ne se passe rien,* c'est trop tôt », comme si auparavant, la station debout, l'appui plantaire, le contrôle du tronc, le

[1] Sur cette période et ces expériences, on peut se référer au numéro spécial consacré à l'enfant hospitalisé de la *Revue de neuropsychiatrie infantile,* numéro spécial févr.-mars 1978, sous la direction du Dr Kipman. Et également au film *Enfants en pouponnière* de Jeanine Levy et Danielle Rapoport, distribué par le service du Film de la Recherche scientifique, 96, boulevard Raspail, 75006 Paris.

contrôle de la tête, n'allaient pas intervenir pour permettre la marche... un jour ! De même, avant que le cri ne soit « maman » ou des cris-appel, douleur, colère, peur, que les parents vont si bien différencier, il y a *des* cris ; de même pour le sourire qui n'est pas immédiatement sourire-réponse au sourire ; mais dire qu'il ne se passe rien... *Dans cet enfant, nouveau-né qui hurle ou s'apaise, on a déjà là toutes les ébauches, les prémices des expressions émotionnelles et relationnelles en devenir.* Et si on accepte d'y être attentif, on ne s'y trompe pas.

Cela a d'ailleurs été un des points les plus importants de mon enquête : le dire des mères par rapport à cet accueil de leur nouveau-né témoignait du fait que, d'emblée, immédiatement, il avait existé en tant que personne, en tant que sujet. Ce n'était plus ; « Je ne sais pas, on me l'a presque de suite enlevé, je ne l'ai presque pas vu », mais une description extraordinairement intense, non pas de leur accouchement, mais de la naissance de leur enfant. On doit peut-être ici apporter quelques précisions : Le Dr Leboyer qui, je le rappelle, est un obstétricien expérimenté, pratiquant dans des salles de travail tout à fait traditionnelles, médicalisées, avait observé, lorsqu'il a commencé à accueillir différemment les nouveau-nés, que les mères s'inquiétaient de ne pas les entendre pleurer. Il a donc décidé de les prévenir : « Votre bébé va naître ; vous savez, un nouveau-né ressent déjà des tas de choses; auparavant, il était dans votre ventre ; nous allons prendre certaines précautions pour qu'il se sente bien à l'arrivée dans notre monde », et il leur parlait de cet enfant, des conditions de cet accueil. Ainsi, tout l'intérêt de cette femme était alors centré sur cette arrivée. De ce calme, de ce respect de la mère et de l'enfant, de cette *hospitalité*- et Dieu sait que, dans notre civilisation, l'hospitalité est quelque chose de rare - toutes les mères interrogées en ont été frappées.

Je dois préciser, car la question m'est souvent posée, que *ces mères ne représentaient pas un* « *groupe privilégié* » ; contrairement à ce qui est toujours dit, ce n'était pas une sorte de « sélection » qui avait « choisi » d'accoucher avec le Dr Leboyer en connaissance de cause : dans notre enquête, nous avons interrogé les mères qui étaient venues accoucher de nuit, un peu « en catastrophe », alors que le Dr Leboyer était de garde ; *elles ne le connaissaient pas auparavant,* ou ne l'avaient vu qu'une fois, par hasard, lors d'une visite prénatale, en remplacement. Mais l'entretien que celui-ci avait avec elles au moment de leur accouchement, le climat les environnant, ont eu bien entendu un certain impact. Tout devenait centré sur ce bébé qui va venir ; ce n'était plus le désir du père, de la mère, ou ceci, ou cela, mais une sorte d'arrêt, d'écoute, mise en place : « *Attention, nous attendons quelqu'un, nous allons l'accueillir.* » Peut-être aussi s'introduisait la dimension du rite, dont vous avez parlé tout à l'heure, et ici, la restriction d'une certaine liberté par rapport à ce qui est fait ailleurs [1] pour s'effacer devant le bébé. Mais c'est là que le mot « accueil » prend *tout* son sens. Et il est certain que, dans l'entretien que j'ai eu avec ces mères, la place prise par l'enfant était d'emblée considérable, par rapport à l'accouchement. Personnellement, j'avais entrepris cette enquête car je m'occupais alors des conditions d'amélioration psychologiques des structures de soins, et cette expérience m'avait intéressée avant la parution du livre [2] et du film [3], et indépendamment de toute controverse. Mais, devant la polémique soulevée, j'ai posé des questions complémentaires : « Est-ce que la pénombre, le silence, vous ont gênée, est-ce que le bain vous a inquiétée ? » Je l'ai écrit; les mots « merveilleux », « respect », sont revenus sans cesse. Autre facteur qui me paraît très important, c'est ce que le nouveau-né lui-même provoque chez la nouvelle mère : un nouveau-né qui hurle, qui est recroquevillé, crispé et hypertendu, ne déclenche pas chez elle la même sécurité que ce nouveau-né calme, comme

[1] Aux Lilas ou à Pithiviers, par exemple.
[2] LEBOYER (F.) : Pour une naissance sans violence, Le Seuil, 1974
[3] LEBOYER (F.) : *Naissance*, publié au Seuil audio-visuel – 29 rue Guénégaud, 75006 Paris.

étonné des nouvelles expériences sensorielles qui l'assaillent, mais dont on respecte la fragilité.

Nous avons vu, dans le film de ce matin et dans les nombreux échanges qui se sont succédé, que la mère a, à sa disposition, un certain nombre de modalités relationnelles possibles vis-à-vis de son enfant, et que cela va déterminer tout un pattern, un modèle de comportements entre l'enfant et elle; mais on comprend aussi alors combien sa relation au nouveau-né immédiate, primaire, peut être modifiée par l'état de celui-ci, et ce qui peut d'emblée s'instaurer, et parfois se figer [1].Ce mot d'interrelation me paraît ici un mot clef, car il s'agit des interrelations primaires, fondamentales, non plus au niveau de la sécurité physique - si importante, mais ce n'est pas mon propos - mais au niveau de la sécurité psychologique évidente dans le dépouillement de mon enquête, et nouvelle ! J'ai d'ailleurs été frappée alors par le nombre de pères qui sont venus à ma convocation, alors qu'ils n'avaient pas assisté à l'accouchement; certains étaient déçus de me voir, parce qu'ils auraient aimé rencontrer surtout le médecin dont leur femme avait tant parlé. Certains étaient entrés au moment du bain et un mécanisme d'identification aux bras du Dr Leboyer a dû jouer, car beaucoup ont dit : « Nous avons fait pareil, c'était merveilleux de voir ce tout-petit baigné comme ça, dans les mains de ce docteur... »

Je ne voudrais pas me répéter, reparler de cette toute petite différence qui fait le bonheur ; d'ailleurs, à la fin de mon article, j'avais parlé de « bien naître » et de « bien- être », plutôt que de bonheur, *car c'est un mot qu'on n'ose plus employer.* La dernière fois que j'ai relevé ce mot dans un article d'hygiène mentale, c'est en 1959, dans un article de Lebovici sur la prévention [2]. Vous voyez tout ce que nous réprimons au nom d'un vocabulaire scientifique, car en fin de compte, ce qui touche au plus haut point les gens, sur un plan émotionnel, c'est bien tout cela. Et pour des parents qui ont un enfant si détendu, dans un tel climat, il est certain que se déclenchent d'autres processus relationnels et un autre investissement narcissique, pour reprendre ici des termes psychanalytiques. Il n'est donc pas étonnant que ces parents aient exprimé le désir de « faire quelque chose » pour que cela soit connu et généralisé.

A présent, je voudrais revenir sur un autre aspect de la publication de mon enquête, concernant une certaine idéalisation, d'une part, et concernant le développement et le devenir de ces enfants, d'autre part. Il est exact que j'ai trouvé que ces enfants avaient un bon développement psychomoteur, et j'ai tenu à le publier car, partout dans la presse au cours de cette polémique, des médecins s'étaient, eux, permis de dire, sans aucun effort d'information personnelle : « *Les débiles mentaux aussi sont souriants.* » Alors, je ne vois pas pourquoi, puisque, au moins, pour ce qui me concerne j'avais pris la peine d'examiner ces enfants, je n'aurais pas donné le résultat de mes observations. Pourtant, je vais vous redire ce que j'ai publié, car cela me paraît très important et illustrer tout à fait le film de ce matin et ses commentaires : après un certain âge, il n'y a pas un seul bébé, un seul enfant qui a ressemblé à un autre enfant ; il n'y a pas une typologie *bébé-enfant Leboyer.* Nous l'avons vu ce matin : dans l'infinité des interrelations possibles qui s'établissent entre parents et enfant, va se sélectionner petit à petit un modèle unique, propre à chaque couple mère-enfant, qui ne peut

[1] Nous retrouvons ici certains aspects de la recherche d'Irène Lezine, parue dans *La Psychiatrie de l'enfant* (P.U.F. 1975, vol. XVIII, fasc. 1, p. 75-146) : « Observations sur le couple mère-enfant au cours des premières expériences alimentaires. »

[2] Il s'agit d'un article sur « La prévention en santé mentale chez l'enfant », paru en 1959 dans *La Psychiatrie de l'enfant,* vol. II, fasc. 1, P.U.F.

ressembler à aucun autre, y compris dans la même fratrie [1]. L'hérédité, la constitution, l'apport personnel de l'enfant, les réponses des parents, vont immédiatement entrer en jeu. Dans la population que j'ai étudiée pour cette enquête, les cas difficiles dont j'ai parlé étaient le reflet de la pathologie parentale. Le bébé de l'homme naît, je l'ai dit, totalement immature, donc dépendant de l'autre, de ce qu'on va faire de lui à partir de son apport personnel. Cependant, on ne peut nier que les racines sont là, les fondations, et que même s'il y aura après le soleil, la pluie, les éléments extérieurs, ici, lors de cette naissance, quelque chose commence et se crée qui semble facilité : un moment de bonheur est favorisé et respecté, qui va retentir ; jusqu'à quel point, nous l'ignorons, mais nous ne pouvons le dénier, l'annuler, l'empêcher. Les sages-femmes de cette clinique d'ailleurs ne s'y trompaient pas, qui reconnaissaient dans la nursery, parmi tous les autres, un nouveau- né qui avait été « accueilli » par le Dr Leboyer. Et devant cette constatation, devant l'émotion dont vous parliez tout à l'heure, devant le respect d'un plaisir partagé, il ne s'agit pas de chiffres à fournir, mais d'une question qui est résolue déjà pour de nombreuses équipes, de nombreuses maternités, comme cela l'a été dans des crèches ou dans des services hospitaliers. Comme cela d'ailleurs l'était déjà en partie... Simplement, l'éclairage a été mis plus particulièrement sur cette dimension. Par exemple, on peut dire qu'il n'y a plus cette phobie, cette peur de toucher un tout petit bébé, après un tel contact, après la vision du bain. Mais cela va plus loin. Ainsi, les puéricultrices de nombreuses maternités - et le Dr Henocq qui assistait en particulier à une réunion qui a eu lieu à la maternité de Mont-Saint-Aignan, proche de Rouen, est là pour le confirmer - de nombreuses puéricultrices se souviennent combien la mise au sein était difficile lorsqu'on avait laissé de trop longues heures le bébé sans nourriture; elles se souviennent des difficultés pour la mère, pour l'enfant... et pour elles-mêmes, des maux de reins dont elles souffraient ! Elles témoignent volontiers à présent qu'on laisse longtemps le bébé sur le ventre, et qu'on le voit remonter, parfois aidé par sa mère, jusqu'au mamelon (et le Dr Michel Odent vous parlera des nouvelles observations faites à la maternité de Pithiviers quant au réflexe de fouissement), elles témoignent combien, alors, *la mise au sein devient aisée.*

A. LACROIX :

Une petite remarque, madame. Vous êtes extrêmement sympathique et enthousiaste, et je suis tout à fait d'accord avec ce que vous venez de dire. Mais, malgré tout, avant, il y a cinquante ou cent ans, il y a eu des milliers de sages- femmes, de médecins, qui accouchaient leurs clientes, qui les connaissaient bien, qui vivaient dans une atmosphère qui n'était pas du tout déshumanisée - cette déshumanisation dont vous parlez, que vous soulignez à juste titre - mais qui accueillaient très gentiment l'enfant, bien avant les techniques nouvelles.

Donc, si vous voulez, cet enthousiasme que vous avez est tout à fait naturel si vous n'avez connu que ce type de déshumanisation dont vous avez parlé. Mais les accoucheurs d'autrefois, croyez bien qu'ils étaient pleins d'humanité et de gentillesse...

D. RAPOPORT :

Vous avez connu cette période où les sages-femmes connaissaient bien leurs clientes, accueillaient très gentiment l'enfant, entouraient la mère d'une atmosphère qui n'était pas du

[1] Voir à ce sujet l'article de Myriam David et Geneviève Appell . « La relation mère-enfant, étude de 5 " patterns " d'interaction entre mère et enfant à l'âge de 1 an », paru dans *La Psychiatrie de l'enfant, op. cit.,* p. 445-531 - et dont nous rejoignons ici les conclusions. (D. Rapoport.)

tout déshumanisée. Mais il est vrai aussi que beaucoup de médecins ou de spécialistes de votre génération crient et demandent qu'on réintroduise un peu d'humanisation dans les structures de soins actuelles. Et croyez bien que *ce n'est pas incompatible* avec une médicalisation lourde. Je travaille personnellement dans des services de pédiatrie dont certains sont hyper technicisés [1] : les parents y sont constamment présents, il y a des chambres pour les mères, une salle de classe, des jeux partout ; les enfants, pourtant très malades, sont habillés de leurs vêtements personnels chaque fois que c'est possible [2].Pourquoi ce qui est fait dans ce domaine dans certains services de chirurgie devient impossible dans un autre service de chirurgie de la même spécialité' Parce qu'on change d'hôpital, de chef de service, de surveillante ? Alors que, vous avez raison, c'est évident, cette chaleur humaine existait. Ce que je regrette c'est qu'il faille encore tant se battre pour cette évidence.

A. LACRO1X

Mais il ne faut pas pour autant créer une sorte de mythe, avec des recettes, des procédés.
Vous comprenez ? Ça je m'en méfie !

D. RAPOPORT

Il ne s'agit pas de recettes, de procédés, mais d'un état d'esprit. Je vois que vous avez en main le livre de Leboyer, vous trouvez qu'il y a beaucoup de recettes dans ce livre?

A. LACROIX :

Ce livre, d'abord, je le trouve horriblement pessimiste. Moi, si je croyais Leboyer, je ferais une césarienne à toutes les femmes, car faire subir un martyre, tel qu'il le décrit, à l'enfant au cours de l'accouchement, c'est atroce. Alors vraiment, s'il croit tout cela... Si je croyais cela, je ferais une césarienne à toutes les femmes pour éviter cette souffrance à l'enfant. Car, lisez : « Elles l'écrasent, elles l'étouffent... Un bloc de terreur... Il s'enfonce dans cet enfer... Il n'est plus que haine... »
C'est affreux de faire subir ça à un bébé si on v croit.

D. RAPOPORT

Ecoutez, je crois effectivement, lorsqu'on regarde les visages des nouveau-nés, que la naissance est quelque chose de tout à fait différent d'un bébé à l'autre. Certains bébés naissent d'ailleurs très paisibles et roses; d'autres semblent plus marqués par tout ce travail. Ce n'est pas cela qui me « terrorise » ; ce que je refuse, c'est le drame qu'on *rajoute* à l'enfant, les souffrances qu'on lui impose ensuite inutilement. Que la naissance soit par nature plus ou moins difficile pour l'enfant, toute l'histoire de l'être humain est de passer par la frustration et la satisfaction. Nous savons que ce qui va structurer l'être humain, c'est cette lutte entre le plaisir et le déplaisir ; entre la faim et la satisfaction ; entre le manque et le rempli ; entre le sommeil et la veille. *Il ne faut pas protéger l'enfant de tout; il faut le protéger des agressions*

---

[1] Rapoport (D.), Weil-Halpern (F.) et Griscelli (C.) : « Problèmes psychologiques posés par le développement de jeunes enfants élevés en enceinte stérile » (« bébés bulles ») conférence tenue dans le cadre du séminaire du Pr De Ajuriaguerra, Collège de France, janvier 1978 ; et article à paraître dans *La Psychiatrie de l'enfant* en 1979.

[2] Voir *Le Monde de l'Education*, oct. 1977 : « Pour une nouvelle conception de l'hospitalisation de l'enfant », et l'enquête de Michèle Saltiel sur l'école dans l'hôpital.

inutiles, artificielles, surajoutées, à un âge où il ne peut les surmonter. Que la biologie de l'espèce humaine le fasse passer par là est une chose ; que nous y rajoutions d'autres souffrances est inutile. Ce n'est pas une césarienne que je préconise, c'est de mettre en place un autre climat d'accueil, c'est tout...

A. I.ACROIX :

Une autre remarque, madame. Très souvent, des jeunes femmes viennent chez nous et demandent la *méthode Leboyer*, après avoir lu un article dont vous êtes responsable, avec cette arrière-pensée que ces enfants seront plus intelligents que les autres. Alors, il y a des gens qui viennent me voir, en me demandant une recette qui leur permettra d'avoir un enfant qui ira un jour à Polytechnique !

D. RAPOPORT :

C'est vraiment très fâcheux ! Cependant, je répète que je ne vois pas pourquoi je ne dirais pas ce que j'ai observé : ces enfants étaient bien développés, légèrement au-dessus de la moyenne. Effectivement, lorsque le Dr Leboyer s'est adressé à moi pour savoir ce que devenaient ces enfants, à aucun moment nous n'avions dans la tête d'envisager des chiffres - vous pensez, il a horreur de ça. Mais il se trouve que je suis psychologue et que j'utilise, entre autres, une méthode d'observation du développement et du comportement des enfants bien connue, qui s'appuie sur le matériel du baby-test d'Odette Brunet et d'Irène I,ezine [1]. C'est un merveilleux matériel d'observation dont j'ai une grande habitude ainsi que mes collègues, qui est un excellent outil de comparaisons et que les enfants adorent car il y a une mallette de jeux dans laquelle ils peuvent fouiller !... Bien sûr, je notais scrupuleusement ce que les enfants faisaient, leur comportement...

Lorsque j'ai lu quels arguments on utilisait pour empêcher toute vulgarisation possible de la naissance sans violence, à savoir que « les débiles mentaux aussi étaient souriants », je crois qu'on peut comprendre que cela ait provoqué chez moi le désir de témoigner que : « Non, ils ne sont pas débiles. » *Je n'ai pas dit qu'ils ont un quotient à 140, qu'ils sont plus intelligents que les autres, qu'ils vont aller à Polytechnique ! J'ai écrit : leur quotient de développement psychomoteur moyen est de ¡06. Bon, ils ont un bon développement.*

A. LACROIX :

Oui, mais ils sont dans un environnement bien particulier. Ce sont des gens qui sont *a priori* attentifs pour leur enfant...

D. RAPOPORT :

Mais non! Pas du tout. Pas pour ce qui concerne la population de mon enquête. Je vous redonne quelques précisions, si vous le voulez bien. J'ai commencé cette étude en 1973, bien avant la polémique, sur le lieu même où le Dr I.eboyer avait travaillé. Il s'agit d'une clinique conventionnée du nord de Paris et l'échantillon représentatif de la population d'un millier d'enfants « nés sans violence » et de mères que j'ai étudié appartenait à un niveau socio-économique et culturel tout à fait moyen, pas du tout privilégié. Le contenu des entretiens témoigne d'ailleurs d'un vocabulaire pauvre, limité sur le plan du langage, quoique très riche et chaleureux émotionnellement, donc pas du tout un échantillon choisi. Les parents eux-

[1] BRUNET (O.) et LEZINE (I.) : Le développement psychologique de la première enfance, P.U.F., rééd. 1971.

mêmes percevaient que leur enfant était bien développé, allait bien. Ils n'ont eu aucune demande à formuler à la psychologue que j'étais, et disaient spontanément ; « On a de la chance avec cet enfant. Par contre, ma sœur, ma cousine, ma voisine, vous pourriez voir son enfant... » Ce qui est curieux, c'est que ce que j'ai écrit des premières interrelations mère-enfant qui se passaient mieux, cela n'est jamais repris ni utilisé. Que ce soit des futurs parents ou des médecins ; on préfère me faire dire que j'ai écrit qu'ils sont plus intelligents que les autres !

M. TOURNAIRE :

C'est un point très important ; vous aviez présenté les résultats de votre enquête à Baudelocque, devant un public moins amical, plus critique que celui d'aujourd'hui, et au terme de ces résultats, vous aviez dit qu'on ne pouvait pas en tirer de conclusions ; vous aviez dit n'avoir pas démontré que les « enfants Leboyer » avaient une intelligence supérieure.
Vous êtes bien d'accord avec cela ?

D. RAPOPORT :

Une intelligence supérieure [1] ?... Non, non, on ne peut pas du tout dire que ce sont des enfants plus *intelligents.*

Non, encore une fois, ce qui m'a le plus frappé, c'est une absence de demande des parents par rapport à fa pathologie courante. Vraiment, aucun de ces parents ne m'a demandé quoi que ce soit pour son enfant.

M. TOURNAIRE :

Mais ceci est d'ordre anecdotique...

D. RAPOPORT

Oui c'est vrai, je suis au niveau de l'anecdote. Le bonheur c'est toujours anecdotique.

M. TOURNAIRE

Vous êtes épanouie, vous avez sans doute eu une naissance « sans violence »... Le drame actuel est que votre enquête - et vous dites vous-même que vous ne pouvez pas conclure - est utilisée; elle a été utilisée notamment par le *New York Times* [2]

D. RAPOPORT

Mais je ne veux pas non plus que *vous* l'utilisiez autrement. Non, vous me prêtez quelque chose que je n'ai pas dit ; vous dites : « Dans votre enquête, vous dites que vous ne pouvez pas conclure. » Je vous dis : « si, j'ai conclu beaucoup de choses ! »

---

[1] A propos de cette confusion, voir p. 74 et 75 la distinction entre Q.D. et Q.I.
[2] Allusion à un article dont nous n'avons pas trouvé la référence, (N.D.L.R.)

M. TOURNAIRE :

Mais quoi ?

Est-ce que votre petit nombre d'« enfants Leboyer » permet de conclure ? Enfin, la psychologie a des méthodes, des méthodes statistiques en particulier. Vous avez utilisé une méthode qui doit vous permettre de voir s'il y a, ou s'il n'y a pas, de différence significative. Avez-vous fait ces tests statistiques? Ils existent...

D. RAPOPORT .

Eh bien, ma conclusion est qu'ils ont 106 de quotient de développement psychomoteur, et que ceci est supérieur à la moyenne générale qui est de 100.

M. TOURNAIRE :

Cette différence est-elle statistiquement significative ?

D. RAPOPORT ;

Mais, de toute manière, je ne voudrais pas que l'on utilise cela comme conclusion pour défendre cet accueil différent du nouveau-né. Je vous redis ce que j'ai déjà dit tout à l'heure, que ce quotient de développement n'était mentionné que pour répondre à une objection, celle de la possible débilité des enfants, c'est-à-dire celle du danger redouté par certains de cette manière de faire.

M. TOURNAIRE :

Vous savez, je suis assez acquis à cette « méthode », mais ce qui est grave, c'est que cet article, du *New York Times* je crois, affirmait en titre (d'un journaliste sérieux, et les Américains sont toujours sérieux) : « Les enfants Leboyer sont plus intelligents que les autres »

D. RAPOPORT :

C'est désolant.

M. TOURNAIRE :

Oui, absolument, mais ce qu'il est important de dire, même devant un public favorable comme celui d'aujourd'hui, c'est que votre enquête ne vous permet pas de donner des conclusions aussi formelles.

D. RAPOPORT :

Absolument. Non seulement elle ne permet pas de donner des conclusions aussi formelles, mais ça n'était même pas le propos. En effet, pour préciser un peu cela, j'ai « testé » entre guillements, psychométriquement parlant, des enfants *avant 3 ans*, c'est-à-dire avant l'entrée à l'école maternelle. Je n'ai donc pas « testé » l'intelligence, mais le développement psychomoteur. Et l'on sait très bien qu'il n'y a pas de pronostic possible de l'intelligence ultérieure de l'enfant et de l'adolescent à partir de son quotient de développement psychomoteur. Ce que l'on sait, c'est que lorsqu'un jeune enfant obtient entre 100 et 110 de

quotient de développement (Q.D.), il a de bonnes chances, dans un milieu stimulant, de continuer à faire de bonnes acquisitions, d'avoir plus tard un bon quotient intellectuel (Q.I.). Mais vous savez *combien le chemin est long, pour le petit de l'homme, de l'intelligence sensorimotrice à l'intelligence opératoire,* et ce ne peut pas être testé à 3 ans ! Dans ce cas, l'article du *New York Times* est stupide, mais comme est stupide de dire que le Dr Leboyer fait des accouchements « dans le noir » ou qu'« il empêche les nouveau-nés de crier » ! On a éprouvé le besoin de dire peut-être beaucoup de stupidités, parce que cette nouvelle approche a déclenché des passions. Bien, je reprends donc position : tout-petits, ce sont des bébés plus éveillés, mieux dans leur peau, qui jouent avec une remarquable autonomie, une sorte de sécurité de base; dire qu'elle vient de la naissance... Je ne crois pas que cela vienne « seulement » de la naissance, mais de toutes les réactions en chaîne que le climat qui entoure la naissance sans violence entraîne, et qui font empreinte.

E. HERBINET

Mais dans cette histoire, c'est peut-être les journalistes américains qu'il faut mettre en cause. Les journalistes sont responsables de ce qu'ils écrivent. Je pense à un article récent de la presse féminine [1] où, à côté de réflexions et de témoignages intéressants, il y avait de telles imprécisions, de telles exagérations, notamment sur la manière dont était présenté le monitoring, que du coup, tout l'ensemble perdait toute crédibilité, et même ce qu'il y avait d'intéressant.

M. TOURNAIRE ;

Pour résumer cela, je dirais que ce n'est pas une méthode mais un accueil particulier du nouveau-né. S'il y a eu une révolution en obstétrique en France dans ces dernières années, je suis désolé, mais je ne pense pas que cela soit cette façon d'accueillir les nouveau-nés. La vraie révolution a été, par une évolution des organisations et des moyens, notamment de surveillance pendant la grossesse et le travail, d'obtenir une importante diminution de la mortalité périnatale [2]*, et du nombre de handicapés qui évolue sensiblement parallèlement.

Je crois que là est le point important.

D. RAPOPORT :

Je suis tout à fait d'accord sur ce point. Je travaille en pédiatrie. Je connais donc comme vous les dégâts d'une mauvaise obstétrique, et avec la même révolte, et la bataille dans ce domaine n'est pas encore gagnée. *Mais je viens parler ici d'une autre bataille, qui n'est pas incompatible : celle du respect de la dimension psychologique.* Peut-être est-ce une question qui ne regarde pas les médecins. Je parle de chagrin et de bonheur. Peut-être ne l'ai-je pas encore assez dit ici ! Et s'il ne s'agit pas de révolution dans l'obstétrique, c'est qu'il ne s'agit peut-être pas effectivement d'obstétrique...

---

[1] *Marie-Claire,* n° 298, juin 1977.

[2] Mortalité du fœtus pendant les trois derniers mois de la grossesse et pendant la première semaine après la naissance

M. ODENT :

Jusqu'à présent, l'obstétrique avait un but unique : assurer la survie, faire en sorte que le passage du milieu intra-utérin vers le milieu extérieur se fasse dans les meilleures conditions thermodynamiques possibles. Et grâce au progrès technique, bien sûr, la mortalité périnatale a diminué, de même que les handicaps. Mais il y a une autre évolution, et maintenant les buts de l'obstétrique évoluent encore : il n'y a pas que la survie, il y a aussi la transmission de la vie tout court. Il faut s'interroger sur ce que c'est que transmettre la vie, et cela revient aussi à s'interroger sur la transmission, par exemple, de la capacité d'éprouver le plaisir... On peut se demander, par exemple, si ce n'est pas à sa propre naissance qu'une petite fille apprend à mettre au monde ses enfants. C'est important !

G. HARDOUIN :

A condition de ne pas remettre en cause les acquis techniques.

M. ODENT :

Bien sûr !
Non seulement c'est conciliable, mais c'est complémentaire.

G. HARDOUIN :

Pour vous peut-être, mais quand on lit certains journaux féminins, et je pense à l'article auquel il a été fait allusion tout à l'heure, on est dans une situation où la sécurité risque d'être remise en cause.
C'est ça le danger.

M. ODENT

On parle de mortalité périnatale, mais il ne faut pas oublier que ce qui grève le plus la mortalité, c'est la *prématurité.* Et la meilleure prévention de la prématurité, c'est de faire en sorte que la grossesse puisse être vécue comme quelque chose d'heureux. Et, à notre échelle, que peut-on faire? C'est peut-être transformer complètement les maternités, faire en sorte que ce ne soit pas seulement des endroits où l'on vient comme on viendrait pour une maladie : se faire examiner, traiter, se faire informer. Ça pourrait être tout à fait autre chose.

Et je suis en train de penser à ce que nous faisons actuellement : la dernière acquisition à Pithiviers, c'est un piano, et les femmes enceintes viennent aussi pour chanter à la maternité. *(Rires.)*

M. TOURNAIRE :

Je connais un endroit où, à côté de la salle d'accouchement, il y a... un bar! *(Rires.)*

Mais je voudrais finir ce que j'ai commencé tout à l'heure.
Ce que vous prônez est louable si c'est fait dans de bonnes conditions de sécurité. Je crois que le danger est de donner *comme seul élément important* cet accueil du nouveau- né. On voit très bien où cela conduit, cela conduit à un retour à l'accouchement à domicile. *(Rires.)*

D. RAPOPORT :

Oui, mais cela dépend de quel accouchement à domicile.
Regardez les statistiques hollandaises !

M. TOURNAIRE :

La Hollande est un cas tout à fait particulier. Des accouchements ont lieu à domicile (et ils se réduisent de plus en plus) parce qu'il n'y a pas assez d'hôpitaux actuellement. Il y a en Hollande des conditions techniques de surveillance qui sont supérieures à celles que l'on rencontre habituellement en France. Il y a en permanence une ambulance avec une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre, qui sont prêts à se rendre dans les dix minutes au chevet d'une femme qui accouche. Ce ne sont pas les conditions qu'il y aurait en France, c'est certain! *(Rires.)*

D. RAPOPORT :

Pourquoi pas ?

UNE JEUNE FEMME :

Les accouchements à domicile en Hollande baissent de 2 % par an.

D. RAPOPORT :

Mais on parle sans arrêt de dangers. Il n'y a pas, *a priori,* de régression à craindre. Nous essayons simplement d'introduire ici une petite fleur.

M. TOURNAIRE :

Je crois que votre fleur est bienvenue! *(Rires)*

N.D.L.R. - *Suit une discussion confuse, impossible à transcrire, sur les oscillations d'un extrême dans l'autre, sur les excès : vague écologique, et à l'opposé, hyper-médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, sur les microbes, sur la vision simpliste qui consiste à considérer les microbes sans raisonner en termes d'équilibre microbes-hôtes, microbes familiaux-anticorps familiaux, microbes des selles de l'enfant - anticorps spécifique du lait maternel, etc.*

Un participant pose une question sur F. I.eboyer; on entend : « Pourquoi n'exerce-t-il plus? »

D. RAPOPORT

C'est toujours difficile de répondre en se substituant à quelqu'un qui n'est pas là. Un ensemble de circonstances, je pense. D'abord, à la parution du livre et du film, la levée de boucliers était telle, cela pouvait aller très loin professionnellement. Moi-même, j'ai reçu des menaces venant de milieux médicaux. Partir, c'est aussi se mettre à l'abri des accusations montées de toutes pièces, des calomnies. Mais il y a eu aussi l'accueil du monde entier, les demandes de conférences, de démonstration. Peut-être aussi des facteurs personnels : à la parution du livre, ce qui lui importait c'était surtout de convaincre, et non de faire des

accouchements et encore des accouchements. Et enfin, toute une évolution personnelle, au niveau d'une réflexion psychanalytique, philosophique, culturelle, dont lui seul pourrait parler.

Aussi, je laisse à présent la parole au Dr Bernard This, qu'il n'est pas nécessaire de présenter longuement ; médecin, il a été en contacts très proches avec l'obstétrique et s'est beaucoup intéressé à tout ce qui se passe autour de la naissance; psychanalyste, il a publié deux livres : *Naître,* paru chez Aubier-Montaigne en 1972, deux ans avant le livre du Dr Leboyer, et, récemment, chez le même éditeur : *Naître... et sourire.* Ces deux titres se passent de commentaires, et correspondent, je crois, tout à fait bien avec la journée d'aujourd'hui.

Le père, le bain...
le bambin

Bernard THIS

– Pourquoi, sitôt nés, voulez-vous les remettre dans l'eau ? Si c'est une question de température, nous avons des tables chauffantes et des isolettes ! Nous les plaçons toujours, quelques heures, dans cet appareil, bien au chaud : oxygénés, ils y respirent, à l'abri des microbes, et ils ne sont pas exposés aux chutes hypothermiques. Ils y sont bien, je vous assure, et pour que leurs parents puissent les voir, s'ils le désirent, nous avons installé un circuit de télévision ! Vous voyez que dans nos services de pointe la psychologie n'est pas oubliée ! Tous les nouveau- nés devraient être placés, dès la naissance, dans de tels appareils : un personnel spécialisé pourrait les surveiller et, si nécessaire, enregistrer en permanence température, rythme cardiaque, tension, activité cérébrale.

– Isolé, dans son isolette, beau gadget, il est séparé de sa mère, de son odeur ; il est exposé, en pleine lumière, sur un support *rigide*, le cœur et la respiration de la mère ne sont plus perçus !

– On peut les enregistrer, si vous voulez, pour les lui faire entendre !

– Les mouvements de la mère ne se font plus sentir, il n'est plus au contact de sa peau. Il n'entend plus la voix de son père; les caresses, les sourires, l'amour, tout est *stérilisé !* Vous êtes sûrement rassurés, mais les parents ont le sentiment que vous leur avez volé leur enfant.

– Mais ils ne savent pas s'en occuper ! Nos puéricultrices spécialisées ont l'habitude. Elles sont très douces, vous savez ! Elles peuvent intervenir dès qu'elles ont observé la moindre anomalie.

– Placez sur le poignet de vos puéricultrices des appareils d'enregistrement et observez leurs mouvements saccadés : elles sont pressées, parfois débordées, irritées et souvent fatiguées. Quand vous êtes en week-end, le samedi et le dimanche, vous n'êtes pas là pour observer ce qui se passe !

Tout mouvement d'élévation, tout *déplacement trop rapide,* est perçu par l'oreille interne et... la tension musculaire augmente. Ne parlons pas des cris : l'enfant hurle dès qu'il est manipulé par certaines ou certains. Je n'évoque qu'incidemment le réflexe de Moro [1] et les examens de routine. Nos mains sont expertes et diligentes, nos gestes assurés, nous débitons des actes ; les « enfants- paquets » en font les frais, mais nous avons bonne conscience ; notre efficacité, notre intelligence, notre technique, font de nous les protecteurs de la vie, nous sommes au service de l'intégrité des corps.

– C'est évident, « mieux vaut prévenir que guérir ». 11 faut donc surveiller attentivement, être toujours informé de ce qui se passe, ne jamais faire confiance à la nature. La nature c'est la souffrance, c'est le mal. Une indéniable cohérence philosophique passe par la conscience, l'intelligence, la technique. Le médecin doit être informé à tout moment : le

[1] Le réflexe de Moro est un réflexe archaïque qui existe normalement chez le nouveau-né et qui disparait ensuite. La mobilisation brusque de la tête entraîne une réponse qui comporte successivement : écartement et ouverture des bras puis mouvement d'embrassement.

contrôle électro-cardio-myo-encéphalographique est indispensable dans un service d'obstétrique, digne de ce nom : nos statistiques de mortalité le prouvent.

– Les laboratoires ont mis au point des appareils compliqués, l'informatique règne, la cybernétique dirige nos interventions, mais... ne trouvez-vous pas que nos services se *déshumanisent* rapidement quand la science nous sécurise ? Cette déshumanisation, certains ne la perçoivent pas. Puisqu'ils se consacrent à la protection des nouveau-nés, leur action est forcément bénéfique.

Dans les grands services, la surveillance des *nouveau-nés* est techniquement parfaite, scientifiquement irréprochable, on voit mal ce que l'on pourrait faire de plus. Mais dans ces services, l'accueil du père se réduit à sa plus simple expression : « Revenez dans une heure ou deux, on vous donnera des nouvelles. » On le met à la porte. Qu'il aille fumer ailleurs !

L'accueil du nouveau-né est lié à l'accueil au père ; l'un ne va pas sans l'autre. C'est un fait d'observation courante. C'est pourquoi j'ai choisi aujourd'hui ce titre : « Le père... le bain » pour vous parler de ce qui se passe dans les services, hôpitaux et cliniques, qui ont découvert qu'ils étaient *au service* de l'enfant et de sa famille. Père, mère, enfant, unité familiale, ensemble vivant trinifié, voilà ce qui centre notre action, voilà ceux que nous accueillons quand le couple fête sa créativité, dans un lieu de parentalité amoureuse.

Pourquoi le bain donné par le père ? Je n'ai peut-être pas assez insisté, dans *Naître... et sourire,* sur les modalités concrètes de cet accueil du nouveau-né. *Naître...* points de suspension... *et sourire* insistait sur les mythes de la naissance. *Naître... et sourire,* je regrette parfois ce titre. En écrivant ce livre, je pensais l'intituler *Les Cns de la naissance,* mais les lecteurs d'Aubier-Montaigne m'ont affirmé que les femmes enceintes avaient horreur des cris ! J'aurais dû l'intituler *Sourire... et naître,* pour laisser entendre que l'enfant sourit *in utero.*

– Ah ! quelles preuves en avez-vous ?

– Aucune! et j'espère qu'il n'y en aura jamais... *(Rires.)* Par échographie ou avec des miniaturisation photographique, on pourrait introduire dans l'utérus quelques appareils d'enregistrement. Mais, cette expérimentation humaine, ne comptez pas sur moi pour la réaliser.

Alors, le père... le bain... le bambin. Comment mettre le père dans le coup ou dans le bain ? Ce n'est pas sur ce jeu de mots que j'ai pris mon départ. Vous voyez *bein* que... vous voyez *bien* que... *(Rires.)* Premier lapsus ! je ne l'ai pas fait exprès, même s'il m'exprime. Vous voyez *bien* qu'au moment de l'accouchement il n'est question que de la mère, les lieux où les enfants naissent sont des *maternités* plus que des *natalités.* L'enfant y est vécu comme un être passif, *expulsé* par sa mère.

Du père, épisodique, il n'en est pas question. On lui reprochera même de vouloir donner son nom !

Nous sommes en 1977. En 1952, quand j'ai commencé à m'intéresser aux problèmes obstétricaux, le père n'était pas toléré, dans les services publics. Quand, dans un congrès de psychoprophylaxie (Strasbourg, 1963), j'ai parlé du père, en disant que ce qui comptait ce n'était pas la présence du corps mais la *présence symbolique,* la façon dont la sage-femme et le médecin parlaient à cette femme de son mari, quand j'ai dit que le père pouvait, s'il était là, couper le cordon, on m'a coupé le micro... je n'avais plus le droit de parler. Il est vrai que j'avais dit que le chien de Pavlov n'expliquait pas la psychologie de la femme enceinte !

Le père étant forclos, on ne l'évoquera qu'en se moquant de sa triste figure de tyranneau déchu. Ça c'est révolutionnaire !

Petit à petit, ça change : le père entre dans la clinique ou l'hôpital. Il y a encore des maternités où il est refoulé, interdit, indésirable : il n'apporterait que des complications ! Les épidémies de fièvre puerpérale, c'est le père, bien sûr ! Il serait temps, pour les parents, de prendre la parole ; ils ont leur mot à dire. Les hôpitaux ne sont pas des casernes. Si la discipline est « la force principale des armées », elle ne devrait pas être la vertu première des couples créatifs : la fécondité n'est pas d'abord « au service des armées » pour « *produire* de la chair à canon ». Les services publics seraient-ils au service du public ?

– Soyons sérieux, le « laisser-aller », le « laisser- faire » n'aboutirait qu'à la pagaille; l'anarchie en ce domaine serait criminelle, il faut bien qu'une hiérarchie existe. Il faut prendre les décisions qui s'imposent, dans l'intérêt de tous. La hiérarchie est de compétence : ceux qui expérimentent, ceux qui ont le savoir et la technique, prennent leurs responsabilités. Une femme enceinte vient consulter un spécialiste : elle lui fait confiance !

– Bien sûr, mais il n'en reste pas moins que, de nos jours, les parents s'étonnent. Dans certaines maternités, la sécurité médicale étant respectée, la technique étant à la disposition des usagers, le père est accueilli comme il convient. Dans d'autres, il est toujours indésirable ! Je connais une maternité où le père est admis « sous condition » : il signe un papier déchargeant la responsabilité de l'hôpital, et il s'engage à obéir à la sage-femme, en restant assis sur une chaise qu'il ne doit pas quitter : on lui mettrait presque une chaîne au pied pour l'attacher à la tête du lit! Dans de telles conditions est-il accueilli ? C'est un gêneur, quoi qu'on en dise.

Dans certains services, ce qui compte c'est la *mère et le médecin*, l'accouchée et l'accoucheur. On « chauffe la colle » de cette relation exclusive, le médecin est le « tout- puissant », sujet supposé tout savoir. Sauveur divinisé ; le libérateur de la femme officie, le père n'a rien à faire : il n'a qu'à se faire oublier. Après tout, n'est-il pas responsable d'avoir mis sa femme dans cet état ?

Notre hypothèse de travail, ou notre observation journalière, c'est que l'accueil du père et l'accueil du nouveau- né sont liés : ils ne vont *pas l'un sans l'autre.* Lisez le numéro de la *Revue de médecine psychosomatique*, printemps 1976, et les articles rassemblés par D. Kipman et D. Rapoport : M. Bidlowski, A. Farge, E. Herbinet, M. Odent, F. Cahen, J. Planckaert et O. Poure, Cl. Revault d'Allonnes, A. Bouchart, N. Florence ont montré que dans les maternités où l'on ne veut compter que jusqu'à deux (l'accoucheur et l'accouchée), le rêve c'est d'éliminer le père et d'en prendre la place. Quand la structure médicale ne se vit pas au service de la triade familiale, en *quatrième position*, indispensable présence, disponible, prête à répondre à tout appel, elle se croit obligée d'intervenir à tout moment.

Dans certains services publics ou privés, ça se passe différemment, et les couples le savent bien. *Sans renier la technique* et la surveillance obstétricale, l'équipe hospitalière se fait *conviviale :* la naissance retrouve alors sa dimension poétique et politique. Nos rêves se réalisent, c'est une fête pour le couple qui accueille l'enfant, mais les assistants n'y sont pas indifférents ; ils se réjouissent eux aussi. Merci, amis obstétriciens, sages-femmes souriantes, merci ! Ce qui m'enchante c'est d'apprendre que dans vos lieux de convivialité, la mortalité prénatale a *considérablement* diminué. Qu'on ne vienne donc pas nous parler des dangers de cet accueil.

Voulez-vous, avec moi, visiter une maternité accueillante? Vous entrez : le médecin est là, dans le couloir, parlant avec les uns et les autres, disponible pour toute intervention de haute technicité. Il nous fait un signe amical, nous pouvons avancer; c'est là-bas, au bout du couloir. Pourquoi n'est-il pas, en salle de travail, au chevet de la parturiente, au premier plan? Il sait

que la sage- femme n’a pas besoin de lui ; il reste en retrait : le déploiement de force peut *inhiber le* père et la mère. Tout a l'air (le se passer de façon satisfaisante. Un homme en blouse blanche me fait signe de la tête. Est-ce l'assistant dit chef de service ? C'est un barbu, il a l'air compétent et discret : la jeune femme pousse, il l'encourage, la tête apparaît... Elle se repose, il lui sourit, la sage-femme écoute les bruits du cœur et sourit à la mère. Pas de cris inutiles, pas d'ordres invigorants. *Vas-y !*. Elle s'est redressée, elle pousse; du geste et du regard il l'encourage, mais pourquoi ce tutoiement? Serait-ce le père? Mais oui, un médecin ne serait pas plus efficace; il a participé aux séances de préparation de la naissance, il est calme, pas de cris intempestifs. La sage-femme est à ses côtés, discrète, amicale ; elle ne cherche pas à rivaliser avec lui. La tête apparaît... « circulaire » ! la sage-femme s’occupe du cordon, mais le père est là, l’enfant naît dans les mains du père, qui, délicatement, le pose sur le ventre de sa femme. Rien d'extraordinaire ! Mais voilà un couple qui vit et *s'exprime.* Le père ému se penche sur l’enfant et c’est lui qui dit ; « *Ma* petite fille... *ma* petite fille... tu es *ma* toute petite fille. » Il s’est adressé à sa fille, mais le possessif était tel que la mère n’a su que dire : « Non, c’est *ma* petite fille, ma petite fille à moi ! » Elle n’osait pas encore la caresser, tant elle était étonnée, mais elle la revendiquait déjà. Devais-je intervenir et moraliser ? « Allons, ne vous disputez pas cet enfant; c’est *votre* enfant à tous les deux ! » Convenait-il de faire un peu de morale parentale ou conjugale ? Nullement ! La sage-femme d’ailleurs se taisait, laissant le couple aller aussi loin qu’il voulait, vivant et exprimant comme il l’entendait son émotion.

La mère, ayant pris doucement possession de sa fille, la caressait, timidement me semblait-il. « C’est ma petite fille, une petite fille qui a bien fait souffrir sa mère. » Puis, elle ajoutait, se rendant compte qu'elle parlait de sa petite fille, à sa petite fille en troisième personne : « Oh oui ! tu peux dire que tu as fait souffrir ta *jolie maman.* » Mes oreilles ont dû bouger quelque peu, je me disais : « Quand même, elle exagère, pourquoi dit-elle cela? Elle ne paraissait pas souffrir, elle souriait tout le temps, elle n’avait pas été déchirée. Pourquoi ces reproches à sa fille? »

J’avais envie d’intervenir, mais je m’en suis abstenu. La sage-femme est restée silencieuse, dans une attente respectueuse. Chapeau ! Je ne comprenais pas pourquoi cette jeune mère avait parlé ainsi, mais elle avait sûrement ses raisons.

Une demi-heure plus tard, j’étais assis à côté d'elle : elle m'y avait invité du regard. « C’était long », me dit-elle. « Oui, vous poussiez, mais j’avais l’impression que vous ne pouviez pas pousser, vous vous reteniez. » Avais-je raison de lui parler ainsi? Elle m’a répondu : « Oui... oui... je... je... je ne pouvais pas.. je ne pouvais pas *y aller.* » C’était l’enfant qui devait y aller ! Je lui ai demandé : « Et vous, comment êtes-vous née ? - Oh ! ne m’en parlez pas ! Ma mère m’a dit : “ Ne me parle *jamais* de ça ! ” » Evidemment, c’est elle qui avait déchiré sa mère. Sa fille ne l’avait pas déchirée au passage, on n’avait pas fait d’épisiotomie ! Qui donc parlait par sa bouche, quand elle s’adressait à sa fille ? A qui aurions-nous fait de la morale si nous étions intervenus ? A la *grand-mère*, qui n’était pas là, mais qui ne cessait, bien que morte, de parler par la bouche de sa fille. Quelque chose se répétait, insistait. Moraliser, c’est refuser de comprendre ce qui se dit, à notre insu, c’est couper la communication, interdire que « ça parle ». Etonnez-vous, après avoir bâillonné l’inconscient, que les humains n’aient plus recours, pour s’exprimer, qu’à des symptômes physiques, des troubles somatiques. En laissant cette femme libre de parler comme elle l’entendait, à son enfant, nous lui avions finalement permis de comprendre que sa propre mère venait de prendre la parole.

Je m’aperçois que je suis apparemment loin du sujet, le père et... le bain.

Revenons-y en évoquant les relations du bain et du bagne; étymologiquement, c'est la même chose. A Livourne, le « bagne » c'était la forteresse : les caves se trouvaient au-dessous du niveau de la mer, on y enfermait les esclaves turcs !

Balneum, le bain; balnéatique, tout ce qui concerne le bain, les activités balnéaires. Ce qu'il faut noter c'est qu'en grec, le gland se nomme βκλκνος, le bain βκλκνειον !

Le sexe de l'homme est donc défini comme le petit « baigneur », le corps de la femme étant perçu comme le lieu où l'on se baigne. Vous pensez tout de suite aux eaux amniotiques, où vous avez nagé, en temps utiles. Ferenczi décrivait le coït comme un retour aux eaux originelles, la mer primordiale « Thalassa »

– Revenons donc, à partir de cette confusion du gland et du bambino, à notre interrogation initiale : pourquoi, sitôt né, sorti de l'eau, voulez-vous le remettre dans l'eau ? Voudriez-vous annuler sa naissance, la nier?

– Naître c'est respirer, à l'air libre, la fonction respiratoire est à ce moment essentielle : une *dominance respiratoire* s'établit. Quand le père et la mère caressent leur enfant, avec tendresse, émotion, l'enfant ressent ces caresses comme bienfaisantes : elles l'aident à respirer. N'oubliez pas qu'il a une sensibilité « à fleur de peau » ; vos caresses le sécurisent. Si vous retirez vos mains de son corps, cessant de le couvrir de votre amour, il hurle. Vous le caressez, il cesse de crier aussitôt. Magie de ces mains qui l'aident à respirer, et à se réchauffer : il découvre avec vous les nouvelles limites de son corps. L'équipe médicale rassurée constate que sa fonction respiratoire s'est épanouie : on n'a pas eu besoin d'intervenir médicalement pour le désobstruer ou libérer ses voies respiratoires ; la sage-femme n'a pas eu besoin de le ranimer, il a crié vigoureusement, mais les mains du père et de la mère sont, aussitôt, venues calmer ses cris. Sur le ventre de sa mère, dans ce berceau mobile, chaud, odorant, il est là, respirant calmement, replié sur lui-même. Vous ne l'avez pas encore couché sur le dos, pour déplier sa colonne vertébrale. Vos mains passent de sa tête à ses fesses, glissent sur son corps étonné : ce n'est plus son corps qui glisse à travers le corps de sa mère ; il connaît un repos mérité, inspirant cette odeur maternelle qui le sécurise. Le père, au bout de quelques minutes, demande ce qu'il faut faire du cordon. « Est-ce le moment de le couper? - Percevez-vous encore les battements du cordon ? Non ! Il est temps de poser une pince et de faire un nœud sur le cordon ombilical. » Une coupure, d'une main assurée, vient alors séparer l'enfant, non de sa mère, comme on le dit trop souvent, mais de cette *partie de lui-même* dont il n'a plus besoin. « Endotomes », nous sommes, dès la naissance, séparés de cette livre de notre chair qui a nom : placenta. La condition de notre vie « à l'air libre » c'est d'être séparé de ce qui nous faisait vivre jusque-là. Il faut payer le prix du passage : une part de nous-mêmes doit mourir, une violence doit s'exercer. Il n'y a pas de naissance sans violence : une coupure doit être portée sur le cordon ombilical, entre l'enfant et son placenta. Sacrifié, ce vieux compagnon des profondeurs va mourir, disparaître. L'enfant n'a plus besoin de lui, *double* [1] qui le protégeait, le contenait, le faisait vivre.

Vous entendrez, fréquemment, dans les milieux médicaux comme partout ailleurs, décrire la naissance comme une séparation mère-enfant. La « dyade » serait à ce moment scindée, le corps de l'enfant serait alors séparé du corps de la mère. Il n'en est ainsi que lorsque le médecin, la sage-femme, la structure médicale, séparent la mère de son enfant, au nom de la science, au nom d'un mythe qui sacrifie l'enfant sur l'autel de l'hygiène et de l'asepsie. Collyre dans l'œil, poids et mesures, tubage œsophagien, examens divers, tout ceci doit être

[1] En Afrique, le placenta est désigné parfois comme le jumeau de l'homme.

fait loin du regard de la mère : l'enfant ne cesse de crier ! Mais nous agissons ainsi pour son bien, et dans son intérêt.

Nous nous moquons des tribus de « sauvages » qui, dans des pays arriérés, se soumettent aux rites de la couvade (le père se couche quand la femme accouche, s'identifiant à une parturiente pour vivre sa paternité), nous nous moquons de tous ces interdits alimentaires qu'il convient, dans l'intérêt de l'enfant, de respecter, mais nous ne nous rendons pas compte de ce fait que notre couvade à nous, civilisés, se cache, sous couvert de science, dans ce *rapt* exercé par la structure médicale : « Nous savons mieux que vous ce dont cet enfant a besoin ; nous avons fait des études de puériculture et de pédiatrie. Nous prenons votre enfant et nous nous en occupons, au nom de la Science. » Vous aimez votre enfant ? Confiez-le à cette supermère, à ce médecin, à cette nurse, à cette infirmière qui sait mieux que vous ce dont il a besoin.

Je ne voudrais pas revenir à l'âge des cavernes, la mortalité des adolescentes y était abusive, mais je ne voudrais pas que les techniciens oublient que la science, règne du chiffre, n'est pas faite pour le bonheur de l'homme. « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme. » Tout dépend donc de celui qui l'utilise. Quand on demande à un bon cavalier ce qu'il pense des éperons, il répond souvent que cet instrument peut être dangereux : « C'est comme un rasoir dans la main d'un singe, tout dépend de l'usage. »

Séparer l'enfant de sa mère, pour le placer dans une nursery, c'est rompre les liens cutanés et olfactifs, auditifs et visuels. C'est souvent l'exposer à n'entendre que les cris perçants des nourrissons esseulés et abandonnés. Ils ont des oreilles et ils n'entendent point, ceux qui se sont habitués aux cris des nouveau-nés. Ces *hurlements* sont familiers, « on s'y fait, on oublie vite ». Ils sont bien vivants. Ça nous rassure. « Criez, malheureux nouveau-nés, écorchez-vous, mutuellement, la voix et les oreilles, traumatisez-vous réciproquement. Que votre angoisse se multiplie. Dans la nursery, où la nurse se rit de toute humanité, on ne vous entend déjà plus. » Le soir, avant le coucher du soleil, les oiseaux piaillent, assourdissants : ces cris freineront le développement des ovaires des femelles volatiles, mais les humains les percevront à peine.

« Quand il crie, ça lui fait les poumons... C'est sa façon de se dégourdir les jambes... Il faut bien qu'il manifeste sa présence, c'est sa façon de s'exprimer... et puis songez que dans cette nursery, quand il crie, sa mère peut se reposer. Elle n'a plus de soucis à se faire, elle peut dormir et récupérer. » Cris de rage, hurlements de détresse, appels vains. Nous avons vu ce matin des images insoutenables d'enfants battus, terrorisés. Il serait peut-être nécessaire de vous faire entendre quelques bandes sonores : vos oreilles s'ouvriraient et vous découvririez que nos maternités sont, parfois, concentrationnaires, abusivement.

Vous trouvez que j'abuse, que je fais de la littérature ? J'ai simplement ouvert mes yeux et mes oreilles. Regardez si vous voulez quelques films datant des beaux jours de l'accouchement sans douleur, les parents exultent, les médecins jouent les grands prêtres et... hop! voyez valser les nouveau-nés. « C'est une fille », une ascension rapide vous « envoie en l'air » pour que tous les assistants contemplent votre anatomie. Le cordon coupé, on s'empare de vous, votre tête, lamentablement secouée, pend douloureusement ; vous hurlez, mais tout ne fait que commencer ; les puéricultrices se sont emparées de vous : astiqués, coiffés, habillés, vous ne cessez de hurler, mais tout est pour le mieux; votre mère vient de réussir merveilleusement son accouchement, avec « mention très bien », votre père est en train de la féliciter; mais vous, vous êtes abandonnés, aux mains des nurses les plus expérimentées; leur efficacité est redoutable.

Si l'on a, peu à peu, abandonné le bain du nouveau-né, au début de ce siècle, c'est parce que des nurses enragées l'avaient transformé en une terrifiante opération de récurage. J'ai vu frotter, « briquer » des nouveau-nés, couverts de cette substance blanche qui s'appelle *vernix*

caseosa. De roses qu'ils étaient, les nouveau-nés astiqués devenaient rouges... de colère ! Avaient-ils besoin d'être nettoyés ? Avides de propreté, obsédées par la crainte des microbes, certaines femmes nettoyaient 1' « enfant du péché » avec une vigueur insoutenable. Mieux valait abréger ces souffrances et, très légitimement, on décida de supprimer le bain. Si la naissance est une souffrance, nous devons tout faire pour l'abréger ; mais, si souvent, croyant bien faire, nous ne savons qu'en rajouter, oubliant que ce qui importe c'est le *plaisir* du nouveau-né. Vous avez entendu ce mot étrange, j'ai parlé du *plaisir!* Mais 3,250 kg de chair humaine, insensible, aveugle, peuvent- ils ressentir du plaisir ? C'est bien là le problème. « Le nouveau-né sous-cortical n'a pas de cortex, il n'a que des réflexes... il n'a pas de mémoire, il ne voit pas, n'entend pas... ce n'est pas encore un être humain, puisqu'il ne parle pas ! »

Certains décrivent le calvaire du nouveau-né, et le massacre des Saints Innocents, mais leurs descriptions n'embarrassent pas les obstétriciens : « Ce sont des psychiatres, autant dire des fous. Ils font de l'adultomorphisme, utilisant abusivement un langage réservé à l'adulte, pour traduire un vécu dont nous ignorons tout, mais qui, sans doute, n'est pas si redoutable puisque le nouveau-né s'endort, somme toute, facilement, dans les heures qui suivent sa naissance. »

Qu'un obstétricien s'allonge sur un divan, c'est son droit le plus strict ! A l'écoute de l'inconscient et de ce qui se vit dans son corps, il arrive parfois qu'il éprouve une angoisse intolérable, lui coupant le souffle. Il revit sa naissance, retrouvant les tensions musculaires et les sensations de cet âge. Alors, il parle, et scandalise. Vous me direz que ce qui est revécu, trente ou quarante ans plus tard, ce n'est pas la naissance, c'est une angoisse diffuse, l'écho déformé de ce qui s'est passé en salle de travail ; après coup, tout peut être remanié, amplifié, surchargé. Qu'importe d'ailleurs ces témoignages plus ou moins fidèles de nos premiers endolorissements, ils ne peuvent vous convaincre, puisque vous n'avez pas entendu les cris de ceux qui s'allongent sur un divan. Très légitimement vous me ferez remarquer que je m'éloigne de mon sujet ; l'enfant, le bain... (Dans la salle, des voix ajoutent.. « le père ».) Oui, le bain... le père. Vous voulez mettre le père, dans le bain. Pourquoi ? Pourquoi pas ?

Elle est allongée, l'enfant est sur son ventre. On vient d'amener la baignoire. Il prend l'enfant délicatement et le place tout doucement dans le bain. Que se passe-t-il ? Que voyez-vous ? L'enfant s'épanouit et cesse de geindre.

Vous avez peut-être observé des anémones de mer, à marée basse : rien d'extraordinaire. Mais si vous plongez quelques mètres sous l'eau vous découvrez la fleur animale, gracieuse, légère, ondulante. Il en est de même pour l'enfant qui vient de naître. Naître c'est connaître la *pesanteur,* être écrasé par elle. L'enfant qui vient de vivre cette expérience pour la première fois déplace difficilement ses membres ; sa sécurité fœtale abolie, il découvre que ses membres pèsent lourdement, il fait froid, l'air pénètre dans ses poumons, mais il faut respirer, ramer de la cage thoracique et du ventre. En criant l'enfant se contracte, expire, mais il ne peut que difficilement inspirer. Placez-le dans l'eau, tout change. Il flotte, il retrouve cette sensation de légèreté qui était sa sécurité. Il peut appuyer ses pieds sur quelque chose de solide, les parois de la baignoire. Il retrouve une *sécurité de base* qui lui permet de se sentir à l'aise, respirant librement. Naître c'est respirer avec plaisir à pleins poumons. Ce n'est pas forcément être au sec, hors de l'eau. Si le bain « libidinise » la fonction respiratoire, il est alors indispensable de replonger l'enfant dans l'eau : il vous voit ; étonné, calme, il y ouvre de grands yeux, parce que vous avez pris soin de diminuer l'intensité de l'éclairage; il vous voit pour la première fois. Il vous entend, reconnaît votre voix, vos paroles, vos caresses, l'eau que vous faites couler sur sa tête, sur son front, toutes ces stimulations non anxiogènes viennent renforcer l'activité du centre respiratoire dominant. Il est heureux, « comme un poisson dans l'eau », et vous observez que sa respiration se fait plus rapide. Son plaisir se traduit par une

respiration plus légère. Ecoutez- la, en lui prêtant l'oreille de votre cœur; faites attention au ronronnement respiratoire : son « bien-être » évident vous prouvera que le bain est indispensable à sa sécurité fonctionnelle; pour bien respirer, il faut, dans un bain, retrouver sa sécurité de base. La fonction respiratoire doit être « libidinisée » précocement, dans une relation sécurisante, si nous voulons que l'enfant soit doté, dès la naissance, d'un dynamisme respiratoire qui lui permettra, à partir de ce végétatif triomphant, d'investir rapidement la fonction digestive, dans une motricité expressive et jubilante. Mais nous n'en sommes pas encore là. Votre enfant vient tout juste d'amerrir ; étonné, caressé par la chaleur du bain, il vient d'ouvrir les yeux.

Ce n'est pas ce moment que vous choisirez pour le photographier, en lui flanquant dans l'œil un coup de projecteur ou l'éclair d'un flash. Le bain a cet avantage qu'il occupe le père, qui ne peut, à ce moment, filmer ou photographier le chérubin ! Vous remarquerez que je m'abstiens de vous donner à voir de belles images de la naissance ; elles sont dans mon cœur ou dans le vôtre et cela nous suffit. Respectons la naissance. Pourquoi voudriez-vous brûler la rétine de cet enfant, au moment où il ouvre les yeux. Aimeriez-vous qu'un tremblement de terre jette votre enfant sur le sol quand il y fait ses premiers pas ? Eprouvez-vous le besoin de le lancer en l'air, au moment où il vient d'atterrir dans vos mains, au sortir du ventre maternel ? Vous ne l'envoyez pas au plafond, pour marquer un but, ou pour manifester votre émotion, parce que vous éprouvez la nécessité d'un accueil respectueux, plus calme, moins exubérant. Vous sentez bien qu'un géant qui vous lancerait au sommet de la tour Eiffel ne vous sécuriserait nullement : serait-ce orgastique? Vous seriez quelque peu contractés.

La naissance n'est pas un « donné à voir ». Hélas ! Depuis que *l'homme* est entré dans la chambre de l'accouchée, dans la « salle de travail », tout doit être déterminé par son regard : la parturiente est couchée sur le dos (abomination!), elle doit mettre son enfant au monde dans une position qui permette à l'homme d'exercer un contrôle visuel, en pleine lumière - projecteurs, illuminons la scène de notre voyeurisme scientifique ! Si pour surveiller le périnée vous aviez besoin de toutes ces lumières, ne pourriez-vous maintenant, s'il vous plaît, tourner vers le mur vos Scialytiques, afin de ménager une douce pénombre qui permettra peut-être à l'enfant d'ouvrir ses yeux sur un monde apaisé ? Merci ! En mettant une sourdine à cet incendie lumineux, vous faites des économies d'énergie : ce ne sont que des économies de « bouts de chandelles », mais vous ne ravagez pas la rétine de nos enfants. Dans l'île de Pâques, et en Egypte ancienne, les nouveau-nés vivaient avec leur mère dans une relative obscurité, pendant plusieurs jours ou semaines ; on éclairait progressivement le lieu du « séjour », on lui « donnait le jour » avec ménagement. L'œil s'habituait à l'obscurité et pouvait voir les étoiles, en plein jour, ce dont nous serions bien incapables, notre aptitude à distinguer les objets dans l'obscurité, à voir dans la nuit, ayant mystérieusement disparu, au cours des âges, avec le feu qui ravage les yeux.

Ayant mis l'accent sur le « donné à voir », nous avions négligé le « donné à entendre ». Nous ne savons plus écouter la respiration du nouveau-né : un pédiatre musicien viendra peut-être nous apprendre les rythmes respiratoires de la naissance; tout est à découvrir en ce domaine, à condition d'avoir de l'oreille et du cœur. Si la naissance est un ressenti, dans le corps, un bien-être sécurisant, plus qu'un donné à voir, il ne nous est cependant pas interdit d'ouvrir les yeux sur ce spectacle émouvant : une femme allongée sur son lit contemple son enfant qui flotte dans l'eau du bain. Le père est là, tout à son affaire, soutenant la tête et le dos de l'enfant.

Pour que votre regard ne s'épuise pas dans une vaine contemplation, assistants émerveillés qu'une étoile a menés jusqu'ici, dans la nuit, je vais, succinctement, vous indiquer ce que mon œil observe, quand, berger de la Nativité, j'analyse la « séquence du bain ».

D'abord les mains. Vous l'aviez placé, poings serrés, coudes au corps, épaules nouées, dans l'eau du bain. Vous allez voir comment la tension musculaire « fond » dans l'élément liquide.

Observez ses doigts qui se déplient, sa main qui s'ouvre : le petit doigt s'écarte, l'index vient rejoindre le pouce, délicatement. Le poignet s'assouplit, la main-fleur apparaît. La main de Bouddha, c'est la main du nouveau- né baigné. L'Inde baignait les enfants, nous n'avons rien inventé. Depuis des millénaires, l'iconographie nous le prouve, le nouveau-né est amicalement placé dans l'eau du bain, élémentaire politesse, divine surprise, accordée par les dieux de la naissance. Mais que le poète se taise et que l'observation scientifique décrive ce qui est observé : la main ouverte, offerte aux jeux de l'eau, le coude rapidement entrouvert s'écarte du corps souplement, quand l'épaule est libérée, et quand les membres supérieurs s'animent. Observez cette main qui vient se poser sur le bras de celui qui le baigne, à la recherche des limites de son corps, et des objets du monde Que s'est-il passé? Les muscles fins se sont déliés les premiers ; les courts leviers au niveau des épaules se sont détendus dans un second temps. Quand la détente musculaire gagne le tronc, la respiration se modifie. Les membres inférieurs vont-ils entrer en activité à leur tour ? Il faut d'abord que le dos de l'enfant se déplie, que le bassin s'anime, qu'une ondulation latérale se précise.

Bien sûr, vous n'aviez jamais eu l'occasion d'observer comment la colonne vertébrale se déplie, puisque au moment de la naissance vous posiez l'enfant, entre les jambes de sa mère, sur une table chauffante. Il était, par vos soins, couché brutalement *sur le dos*. Brutalement, oui bien sûr, puisque d'un seul coup vous avez déplié cette colonne vertébrale qui n'avait, jusque-là, jamais connu qu'une courbure, un enroulement discret; l'être fœtal replié sur lui-même n'était qu'interrogation, méditation, et vous vous permettez d'aplatir d'un seul coup sa colonne vertébrale, prouvant ainsi que vous n'avez jamais souffert de sciatique. Tant mieux pour vous ! Mais pouvez-vous concevoir qu'en mettant à plat ce nouveau-né, en plaquant ses jambes sur la table, pour mesurer 50 cm, ou pour peser ses 3,500 kg, vous l'insécurisez inutilement? Ne pouvez-vous lui accorder quelque repos après l'épreuve qu'il vient de subir ? Vous entendez bien ses hurlements ! La Ligue des droits de l'homme n'est-elle pas concernée par ces cris et cette violence inutile ? Il est si facile de le placer dans un bain et, sans se presser, de le laisser se détendre naturellement, agréablement. Vous êtes pressés? Débordés? Utilisez les compétences, les parents ne demandent qu'à vous aider : l'expérience nous montre que dans certains hôpitaux on sait utiliser les bonnes volontés disponibles ; le père n'est pas ce débile apeuré que l'on se plaît à caricaturer, dans quelques services « de pointe », particulièrement déshumanisés.

Mais revenons au bain : quand la tension musculaire vertébrale diminue, quand la nuque s'assouplit, les membres inférieurs s'animent. Vous voyez alors la main de la mère s'avancer : elle caresse la plante d'un pied, qui se retire aussitôt. La mère ignore peut-être l'existence des réflexes d'opposition, elle croit qu'il joue en retirant son pied et en avançant l'autre. Elle prend le pied qui lui est présenté, quand la motricité joue librement dans l'eau. Il faut avoir vu les nouveau-nés danser dans l'élément liquide, ondulant des hanches, pour découvrir la joie du bain. N'oubliez pas, si vous êtes « tout yeux, tout oreilles », d'écouter ce qui se murmure, se dit, se chante, écoutez la musicalité des premières paroles. Quand je parle du bain, je n'envisage pas seulement l'élément liquide, je laisse entendre que les paroles, élément subtil, touchent, caressent le corps dénudé de l'enfant ; le « bain de paroles » est essentiel. Nous humanisons les enfants, en leur parlant, d'une voix caressante. La voix du père semble jouer un rôle important dans cette sécurisation de l'enfant. Pour comprendre la spécificité de son action, il nous faut revenir aux premières perceptions auditives de la vie fœtale. Vous avez sans doute entendu parler des travaux de J. Feijoo [1] et de M.-C. Busnel. On pensait qu'm

[1] Dr Jean Feijoo - 83700 Saint-Raphaël.

utero, les aigus se transmettaient plus facilement que les graves. Il n'en est rien, les aigus ne seraient pas perçus, mais les graves le seraient : ils exerceraient un effet sécurisant [1]

Si vous demandez à une femme enceinte de 8 mois de s'allonger pour écouter une musique sophronique, par l'intermédiaire d'un casque d'écoute, et si vous faites entendre à l'enfant, à travers la paroi du ventre maternel, pendant 12 secondes, une bande sonore où les graves prédominent (le basson de *Pierre et le Loup*, par exemple), il suffit de répéter une dizaine de fois l'expérience, le basson de Prokofiev est engrammé ; une « marque » auditive, une « empreinte » musicale est enregistrée, « gravée », liée à la détente maternelle. Vous avez entendu parler de la *marque visuelle* post-natale; les éthologues ont montré son importance : l'oisillon se fixe, en quelques secondes, sur l'être vivant qui s'occupe de lui, au moment de son éclosion. Si c'est Lorenz qui l'assiste au moment de la sortie de l'œuf, l'oie cendrée se fixe définitivement sur l'homme : elle le suivra toute sa vie. C'est le phénomène de la *Prägung*, de la marque post-natale.

Il y a une *marque auditive prénatale*, mais les éthologues ne s'en étaient pas occupés. L'enfant à qui vous avez fait entendre régulièrement le basson de *Pierre et le Loup*, s'il naît dans une maternité classique, où les gens sont débordés, bousculés, énervés, n'est pas accueilli avec les égards qu'il convient, on pare au plus pressé : il hurle, c'est classique, les yeux fermés, les poings noués. Comment voudriez-vous qu'il en soit autrement ? Si vous lui faites entendre le basson de *Pierre et le Loup*, il cesse aussitôt de crier, se détend, respire calmement, ouvre les yeux.

La psychoprophylaxie fœtale c'est cela : aider l'enfant à vivre sa naissance dans la sécurité transférentielle d'une musicalité vocale. Si vous lui chantez une berceuse dans les dernières semaines de sa vie fœtale, au moment où la mère s'exerce à la relaxation, cette berceuse foetalisée, magiquement, exercera ses effets, dès la sortie du ventre maternel. A condition, bien sûr, que nous respectiez sa sécurité de base !

On s'est demandé si cette marque fœtale pouvait avoir des effets prolongés. On a donc demandé aux parents de ne pas faire entendre à l'enfant le basson de Prokofiev pendant plusieurs semaines ou mois. Au bout de 3 – 6 – 9 – 12 - 18 mois, on a fait entendre à l'enfant, dans sa chambre, du Bach ou du Beethoven, sans effet notable; il écoute un instant mais ne manifeste pas d'émotion. Si vous lui faites entendre le basson de *Pierre et le Loup*, il s'immobilise, regarde l'appareil émetteur et sourit. Une petite fille a même ramassé sa poupée pour l'offrir à celui qui lui avait permis de retrouver les sons perçus quand elle était dans le ventre maternel.

Je comprends que Michel Odent, dans son service, fasse chanter les parents [2] : qu'ils apprennent des berceuses, qu'ils les « fœtalisent », et ce sera la *fête* quand l'enfant les entendra, après sa naissance, quand ses parents chanteront pour le bercer, et l'endormir.

Cette même berceuse, entendue pour la première fois, après la naissance, n'exercera évidemment pas les mêmes effets, si elle n'a pas été « fœtalisée ».

Pourquoi vous raconter tout cela ? Pour vous permettre de comprendre les effets de la voix paternelle, plus riche en graves qu'en aigus. Si la voix du père sécurise l'enfant (et pourquoi pas la mère), vous comprenez pourquoi nous attachons de l'importance à sa présence, au moment de l'accouchement. Ce n'est pas une lubie de psychologue, c'est une nécessité

---

[1] Voir le cahier du nouveau-né n° 5 : *L'Aube des sens*, codirigé par Marie-Claire Busnel et téléchargeable sur ce même site internet..

[2] Voir à ce sujet les travaux de Marie-Louise Aucher qui a travaillé sur ce point avec Michel Odent : *L'homme sonore*, Epi, 1977 ; *Les plans d'expression*, Epi, 1977 ; L'aube des sens p. 179, Stock, 1981. (N.D.L.R.)

logique : sa présence sécurise l'enfant et la mère. Il est donc indispensable qu'il participe à la naissance de son enfant, en lui donnant son premier bain.

Bien sûr, cette fête est familiale et le médecin à ce moment s'efface. Je dois dire que certains médecins m'ont confié : « Quand je vois venir une femme sans son mari, je me dis : chic, c'est moi qui baignerai l'enfant! » C'est vous dire le plaisir que certains éprouvent à ce moment, quand ils rendent à l'enfant ce service d'une détente dans l'eau du bain.

Nous avons laissé l'enfant dans l'eau. Quand faut-il le sortir ? Quand il s'est détendu, quand il s'est mis à bâiller. Ce bâillement donne le signal de la sortie, il nous indique que l'enfant est prêt à passer dans la serviette douce et chaude qui l'attend à la sortie. Certains enfants se détendent rapidement, d'autres se crispent et pleurent quand on veut les retirer prématurément. Il est évident que nous avons tout à apprendre du nouveau-né; une observation détaillée, minutée, de son comportement, nous sera très précieuse : les pédiatres, en observant l'enfant dans son bain, en apprendront infiniment plus sur lui qu'en se livrant à la recherche des réflexes archaïques, le nouveau-né nous réserve bien des surprises, nous savons si peu de choses. C'est ainsi que j'ai découvert qu'un enfant est capable de sourire dans les minutes qui suivent sa naissance. S'il n'est pas abusivement manipulé, s'il se sent en sécurité, il est capable d'une attention extraordinaire : vous lui parlez, il ouvre les yeux. Approchez-vous de lui, offrez-lui votre visage souriant. Inclinez la tête pour le saluer par son nom et par son prénom. Quand vous regardez son ventre, il aperçoit vos cheveux ; vous relevez la tête, il retrouve votre regard, et le blanc de vos yeux. Votre visage est à quarante centimètres du sien. Coucou ! Vous inclinez la tête : « Ah ! la voilà ! » Vous lui dites bonjour d'une voix chantante ; vous lui parlez en utilisant la voix de tête et les aigus : « Oui, oui, oui. Oh ! le beau petit bébé ! Oh ! qu'il est gentil ! » Et ensuite vous utilisez les graves « Oh ! la la ! bonjour, bonjour. Oh ! la la ! », en laissant résonner gravement votre voix sur tout son corps. Ce que vous dites, vous ne vous en souviendrez pas ! Qu'importe, vous lui parlez, vous vous adressez à lui, vous dites tout ce que votre cœur vous inspire. Au bout de quelques instants son regard devient attentif, extraordinairement présent. « Oui, oui, oui, tu es gentil », votre voix caresse son corps, les aigus sont perçus au niveau du visage, les graves au niveau des membres inférieurs. Son corps est touché par votre parole, vous le sentez si sensible. Mais que se passe-t-il ? Ses yeux se plissent, ses lèvres semblent s'animer. Continuez votre conversation, il va vous sourire, vous obtiendrez son premier sourire à l'air libre, un sourire extraordinaire qui illuminera votre journée et peut-être même toute votre vie.

Ce sourire, je ne l'ai pas systématiquement observé parce que je ne cherche pas à répéter une expérience, mais quand j'y pense j'en suis encore tout réchauffé ; un nouveau-né qui sourit c'est tellement étonnant. Vous vivez votre journée avec des ailes, le monde est beau, les hommes et les femmes sont frères et sœurs en humanité, le miracle vient d'avoir lieu : illuminé, vous souriez et les humains vous sourient.

Le premier enfant qui m'a accordé son sourire hurlait parce que la puéricultrice le manipulait brutalement. J'ai pris contact avec lui, en lui parlant, en lui montrant ma langue ; une langue qui sort d'une bouche, pour un nouveau-né, c'est quelque chose d'étonnant : c'est fascinant. Il arrive même qu'un réflexe précocissime de protrusion linguale apparaisse : ça veut dire qu'il tire la langue, quand vous lui tirez la langue. Il ouvre la bouche. Il vous imite, donc il vous voit, et cela dès les premières heures de son existence postnatale. Cet enfant, brutalisé par sa nurse impatiente, étonné par ma mimique et mes paroles, avait très rapidement cessé de crier. Nous avions « pris langue », il me regardait étonné ; il avait souri. La nurse est revenue, elle s'est emparée de lui pour l'habiller, pour l'astiquer, pour brosser ses cheveux. Oh ! mes pauvres amis : « Tout ce que vous ferez aux plus petits des enfants, c'est écrit dans les

Evangiles, c'est à Dieu que vous le ferez! » Pauvres de nous. Pitié, grâce! Nurse cruelle, je dois vous pardonner, mais il hurlait, ce tout- petit. Quand elle l'a abandonné sur la « table de soins », je me suis approché : « Mon pauvre vieux, tu vois, c'est ainsi, elles ne sont pas toujours détendues, les nanas ! Elles sont parfois pressées et énervées. Alors ça valse. » Que lui ai-je dit ? J'ai dû tenir des propos misogynes, mais j'étais horrifié par un comportement si brutal... « Ne t'en fais pas, on s'y habitue, ça passe, on oublie... » J'ai repris le contact avec *l'homo linguens,* il a ouvert les yeux, puis la bouche, et il m'a souri !

Je dis bien : « il m'a souri », ce n'était pas un sourire réflexe, un sourire aux anges ; je n'avais fait que lui parler. Depuis ce jour, son sourire m'habite, me réconforte, m'anime. Quand le sourire fulgure, incendiant le visage de l'enfant, on ne pense plus à rien. Indicible émerveillement. J'en parle de-ci de-là, à mes amis, leur demandant de ne jamais faire des expériences sur le sourire de la naissance. Pas de photos, pas de statistiques, pas d'expérimentation ! Rien qu'une relation qui prend sens, entre deux êtres humains.

Alors le père, le bain, le bambin, vous voyez où ça nous mène ? A cette interrogation sur le père. Qu'est-ce qu'un père ? Il n'y a pas de père sans la parole. Autrement, on ne dirait pas « père ». Ce signifiant nous fait être, il nous représente comme sujet pour un autre signifiant. Le géniteur n'est pas forcément le père. On a prétendu que l'humanité avait fait un immense progrès, en passant du matriarcat au patriarcat, quand par un raisonnement logique la fonction du père fut reconnue. Mais la paternité n'est pas de l'ordre du raisonnement; elle est liée à la nomination : « Tu es mon fils, je suis ton père, et je te donne mon nom, en tant que responsable, capable de répondre à ton appel. Ce n'est pas n'importe quel nom que je te donne, c'est celui qui me fut transmis, avec la vie. » Etre père, ce n'est pas *avoir* un enfant, c'est « *être* avec ». « Elle est ta mère et elle est ma femme. Et nous sommes tes parents, et nous sommes réunis, un instant, trois têtes heureuses d'être ensemble ; nous nous embrassons et nous t'embrassons, notre enfant. »

Pendant des millénaires, hommes et femmes se sont battus pour savoir qui possède la puissance créatrice. L'homme ? La femme ? Ni l'un ni l'autre, mais « l'un et l'autre ». *Pas l'un sans l'autre.* C'est la rencontre amoureuse, le couple qui peut être créatif ou pas. Mais jamais le père n'est celui qui possède un enfant comme on possède une chose, il est simplement celui qui a donné son nom pour être responsable devant la loi et les hommes, coresponsable pour un temps défini, de la vie de cet enfant.

Le père, dans l'Antiquité, était toujours celui qui « adoptait » l'enfant. Au moment de la naissance, l'enfant était déposé *sur la terre,* c'était le rite de l'*humi positio.* Le père, c'était celui qui le prenait, l'élevait et le déposait sur ses genoux : *gonu. Gen. Gon. Gignosco* - connaître - *naître* - *nature* - *nation;* avec ou sans le « g » initial, c'est la même racine.

Je vous expliquerai peut-être un jour comment l'Akkadien, le Sémite et l'Arabe désignaient le genou : *birqu, berek.* La baraka c'est la bénédiction du père qui vous a placé sur ses genoux ! Le père se réfère au langage, à la parole, à la nomination, à la dimension symbolique, beaucoup plus qu'à la dimension biologique [1].

Qu'est-ce que Naître ? Est-ce sortir du ventre maternel ? On peut respirer à l'air libre et n'être pas encore né ? Eh oui, le cordon ombilical fut tranché, mais l'enfant est resté dans l'orbe, dans le monde du désir maternel, si le « Nom du Père » n'est pas venu se *dire* entre l'enfant et sa mère, pour *inter*dire la confusion originelle. Précisons que dans notre esprit, le « Nom du

[1] Cf. *Le Père : acte de naissance,* Bernard This. Le Seuil, 1980.

Père » n’est pas seulement le patronyme, c’est la fonction paternelle dans ses effets métaphoriques.

Naître c’est donc n’être comme parlêtre *qu'exposé* au symbole, offert à la parole, parlé plus que parlant. Ce n’est pas avoir la maîtrise de la parole. En ce moment, je ne maîtrise rien. Ça parle, je suis traversé par la parole, vous me faites parler et je me laisse aller. Je parle, mais qu’est- ce qui parle à travers cette bouche ? Vous me direz : c’est Bernard This. Bon ! Mais ce nom et ce prénom n’expliquent pas tout. Ce qui se dit à un moment donné de l’histoire pourrait être dit par quelqu’un d’autre : un autre aurait pu parler du « père et du bain » mieux que je ne l’ai fait.

Si ça se dit, c’est que notre civilisation peut l’entendre. Nous découvrons que la violence ne doit pas obligatoirement régner dans les lieux de natalité ; nous découvrons enfin qu’il peut y avoir du plaisir pour les pères, les mères, les enfants, les médecins, les sages-femmes, la naissance n’étant que la suite logique de ce qui s’est passé neuf mois plus tôt. Si la crise obstétricale c’est la découverte du sens des *symptômes* somatiques ou sociaux, et si l’inconscient ex-siste, l’obstétrique ne peut plus être considérée comme une application de la balistique, science qui fait passer un obus à travers l’âme d’un canon. L’accueil du nouveau-né est un progrès extraordinaire de notre civilisation; l’humanisation de la naissance ne pouvait fleurir qu’au moment où la science rendait possible cette sécurisation des mères, des pères et des obstétriciens. L’opposition *technique-psychologie* est dangereuse, inutile, surannée, puisque, enfin, la technique se met au service de la vie, pour un meilleur accueil des nouveau-nés, pour une naissance heureuse.

L'expression précoce du réflexe de fouissement[1]

Michel ODENT

Le phénomène Leboyer est un vaste phénomène sociologique : avant Leboyer, seuls quelques précurseurs s'étaient interrogés sur l'importance des toutes premières expériences du nouveau-né, sur l'importance des premiers instants de la relation parents-enfant ; depuis Leboyer, personne n'échappe à cette interrogation.

Ce phénomène rappelle l'avènement de l'éthologie : avant Lorenz, il était banal d'observer des animaux ; mais s'est seulement depuis Lorenz que la méthode éthologique est devenue une riche source d'enseignement. Entre Leboyer et Lorenz, il y a plus qu'une association d'idées; c'est en effet parce que Leboyer nous a aidés à transformer radicalement les conditions de la naissance que nous sommes devenus des éthologues du couple mère-enfant dans la période périnatale. La méthode éthologique est une façon parmi d'autres d'entrevoir l'importance des premières expériences du nouveau-né.

Nous mettrons en exergue l'une des premières expériences du nouveau-né, qui nous semble particulièrement significative, particulièrement riche en incidences proches et lointaines. Il s'agit de l'expression précoce du « réflexe de fouissement », de ce réflexe qui permet au nouveau-né de chercher, de trouver et de sucer le mamelon. Lorsque le climat est favorable, ce réflexe peut parfaitement s'exprimer 20 à 30 mn après la naissance. En fait, il s'agit bien plus que d'un réflexe, il s'agit d'un schème de comportement très complexe qui témoigne d'un certain degré de coordination de la part du couple mère-enfant.

Mais, jusqu'à présent, dans le contexte des maternités du monde industrialisé, le nouveau-né a surtout été observé indépendamment de sa mère, et les neurophysiologistes ont essentiellement décrit des « réflexes ». Ainsi l'école française d'André-Thomas et .Saint-Anne- Dargassies a fait des études approfondies du réflexe de marche automatique, du réflexe d'allongement croisé, du « grasping reflex », du « réflexe des points cardinaux » (la stimulation labiale entraîne un mouvement des lèvres et de la langue vers le point stimulé), mais n'a guère étudié le « réflexe de fouissement » dans sa globalité.

L'une des premières descriptions connues du comportement de fouissement est celle de Gamper (1926), qui distinguait le réflexe d'orientation orale et le réflexe de préhension du stimulus. Gamper, qui avait étudié des monstres anencéphaliques, savait que le réflexe de fouissement correspondait au niveau mésencéphalique. Le psychanalyste Spitz, et Prechtl, disciple de Lorenz, eurent recours ultérieurement à la méthode cinématographique. Les descriptions d'Ingram et de Peiper sont également bien connues.

Aujourd'hui, depuis que le phénomène Leboyer a déclenché un nouvel intérêt pour les premières expériences du nouveau-né, quelques obstétriciens ont chaque jour l'occasion d'observer ce réflexe en salle de naissance, c'est- à-dire 20 à 30 mn après l'accouchement.

---

[1] Cette étude a été possible grâce à l'aménagement, à côté de salles classiques, d'une salle de naissance différente, dépourvue de tout mobilier médical, la « salle sauvage ». Cet environnement facilite de façon considérable ces expériences psychosexuelles que sont l'accouchement, la première tétée... (M.O.)

Nous avons pu analyser les différentes composantes du climat qui permet une première tétée précoce. Pour retrouver un tel climat, pour le composer, il suffit de se souvenir que dans ce réflexe de fouissement, tous les organes des sens, toutes les fonctions sensorielles sont impliqués :

- D'abord la *peau*, le premier des organes des sens, celui d'où dérivent tous les autres. Un contact étroit mère-enfant est nécessaire. Le nouveau-né ne trouvera le sein que s'il a été placé sur le ventre de sa mère, peau contre peau. Il trouvera le sein si la peau a été stimulée par des caresses. Il semble important que les mains du nouveau-né soient libres et puissent se poser sur le sein de la mère ; elles doivent pouvoir jouer, avoir une action.

- Ensuite l'*olfaction.* Il est vraisemblable que l'odorat joue un grand rôle à cet instant, qu'il représente un des meilleurs guides en direction du mamelon, qu'il est peut- être un des premiers moyens d'identification de la mère. La conclusion pratique, c'est que dans les salles de naissance, il importe de composer un climat olfactif favorable ; il importe donc de supprimer toutes les odeurs violentes, parasites, assez banales en milieu hospitalier; il importe aussi que le nombre de personnes en salle de naissance soit aussi restreint que possible.

- *L'audition* est également Impliquée. Le nouveau-né ne trouvera le sein que si la salle de naissance est calme, que si les bruits intenses et discontinus sont éliminés, que si le principal stimulus auditif est la voix de la mère. Nous avons l'impression, en faisant abstraction de ce que nous enseignent les scientifiques, que c'est la voix de la mère qui joue le rôle de principal stimulus ; pour ces raisons également, il importe que le nombre de personnes soit restreint dans les salles de naissance.

- La *vue* enfin. Tout se passe comme si le nouveau-né avait besoin d'ouvrir les yeux lors de cette première tétée. Or, le nouveau-né, encore inadapté à nos lumières violentes, ne peut ouvrir les yeux que dans la pénombre.

Le comportement maternel, parfaitement complémentaire, est largement influencé par les conditions environnementales et par les conditions de l'accouchement ; ainsi toutes les drogues ocytociques ou analgésiques peuvent perturber la chaîne des complexes réactions neuroendocriniennes qui aboutissent à la première tétée.

L'incidence proche ou lointaine d'une première tétée précoce, ou plutôt d'un climat favorable à une première tétée précoce, s'affirme chaque jour davantage :

- Nous avons remarqué que si la première tétée n'a pas eu lieu précocement, en salle de naissance, si cet instant a été « manqué », bien souvent, il y aura une phase de latence de plusieurs heures, pendant laquelle le réflexe ne s'exprimera pas. Nous avons retrouvé cette notion dans la littérature russe (Archavsky).

- Dans la salle de naissance, le plaisir que ressent la mère en voyant son bébé, en le touchant, parfois aussi le plaisir qu'elle ressent lors de la stimulation du mamelon, favorisent la sécrétion d'ocytocine posthypophvsaire indispensable à un facile décollement du placenta ; sans doute n'est-ce pas un hasard si notre taux de délivrance artificielle est inférieur à 5 %.

- Il est possible qu'une première tétée précoce stimule la motricité du tractus digestif et freine ainsi l'action des enzymes intestinaux qui reconvertissent la bilirubine conjuguée en bilirubine libre; ainsi pourrait s'expliquer une diminution du nombre des ictères nécessitant des soins pédiatriques [1]

- Une première tétée précoce apporte la garantie que le colostrum sera absorbé précocement et complètement. Les propriétés spécifiques du colostrum sont de mieux en mieux définies : apport d'anticorps (essentiellement I.G.A.) et autres substances anti-infectieuses; composition originale en acides aminés provisoirement essentiels ; composition particulière en glucides avec taux importants d'oligo-saccharides, qui jouent également un rôle dans la prévention des infections intestinales en favorisant le développement du *lactobacillus bifidus.* On ne peut pas envisager la prévention des infections néonatales sans envisager le rôle du colostrum, sans parler de cette première tétée précoce.

- D'une façon plus générale, l'expression précoce du réflexe de fouissement est la garantie d'un allaitement maternel de bonne qualité. Certes, nous n'ignorons pas l'importance des facteurs individuels; il n'en reste pas moins que les facteurs environnementaux sont importants au moment de la naissance et qu'il y a des maternités où l'on allaite - et où on allaite bien - et des maternités où l'on allaite peu - et où l'on allaite mal.

Notre perspective d'éthologues du couple mère-enfant dans la période néonatale nous conduit à avoir une attitude très marginale parmi les défenseurs habituels de l'allaitement maternel :

- Il ne devrait pas être possible de parler d'allaitement maternel en faisant abstraction des conditions de la naissance.

- L'heure n'est plus aux plaidoyers rationnels en faveur de l'allaitement maternel, culpabilisants pour les rares femmes qui ont de profondes raisons de ne pas allaiter.

- Ce qui importe aujourd'hui, c'est de banaliser des conditions de naissance telles que la plupart des nouveau- nés pourront trouver rapidement le sein de leur mère, et que la plupart des femmes pourront allaiter dans de bonnes conditions.

- Enfin, toute étude du réflexe de fouissement chez l'être humain, être doué de langage, aboutit à une interrogation sur la signification de la première tétée en tant que premier moyen de communication : il n'est pas possible d'échapper au fait que la bouche, organe de l'expression verbale, est aussi l'organe de la succion...

B. THIS :

On parle une langue, et cette langue est indispensable pour ce réflexe de fouissement.

M. ODENT :

Je ne me suis pas étendu sur le livre de Spitz *{No and Yes),* mais le thème de l'ensemble du livre, c'est cela : le réflexe de fouissement en tant que premier moyen de communication. Spitz rapporte des observations de nourrissons qui n'ont pas investi la zone orale pour

[1] Voir note 3 p. 99 et note p. 100

l'alimentation. C'est le cas d'enfants ayant une atrésie de l'œsophage [1] et nourris par gastrostomie [2]. Ces enfants, qui n'ont pas investi la zone orale pour l'alimentation, n'ont pas investi la bouche, ni même la tête, pour communiquer : pour exprimer le refus, ils ne tournent pas la tête, ils font un geste avec la main. Je suis étonné que l'on ait si peu parlé du réflexe de fouissement en France. Récemment ma fille, qui est en deuxième année de médecine, m'a dit avoir étudié en neurophysiologie les réflexes archaïques ; elle n'avait pas entendu parler du réflexe de fouissement ! Si l'on pouvait étudier le nouveau-né indépendamment de sa mère, comme s'il n'y avait pas une symbiose mère-enfant qui se poursuivait pendant un certain temps.

B. THIS :

Chez l'enfant qui vient de naître, on étudie les réflexes, et cela se termine habituellement par une crucifixion : la recherche du réflexe de Moro [3].

A aucun moment on ne pense que le réflexe de fouissement est quelque chose d'essentiel ; alors que chez un petit poulain, par exemple, on sait qu'au bout de tant de secondes, il sera debout, et qu'au bout de tant de minutes, il sera venu téter sa mère ; c'est chronométré ; ce sont des patterns que l'on a parfaitement repérés dans le monde animal... mais pas chez les humains.

M. ODENT :

On préfère étudier des réflexes archaïques qui sont des curiosités phylogénétiques comme le réflexe de Moro dont parle Bernard This, mais on ne pense pas à étudier un réflexe qui traduit une fonction essentielle.

UNE VOIX :

Il n'y a pas si longtemps, on faisait jeûner les enfants vingt-quatre heures [4].

UNE AUTRE VOIX : Quarante-huit !

LA PREMIERE VOIX

Je voudrais demander aux pédiatres ce que l'on fait maintenant, d'une part, et, d'autre part, je voudrais soulever le problème de l'atrésie de l'œsophage.

---

[1] Malformation rare qui consiste en une interruption de la continuité de l'œsophage. (Les notes sont de la Rédaction.)

[2] Communication chirurgicalement créée entre l'estomac et la peau permettant de nourrir l'enfant en attendant la cure chirurgicale de l'atrésie.

[3] Le réflexe de Moro est un réflexe archaïque qui existe normalement chez le nouveau-né et qui disparaît ensuite. La mobilisation brusque de la tête entraîne une réponse qui comporte successivement :

- écartement des bras et ouverture des mains ;
- puis mouvement d'embrassement.

[4] Cette question sera abordée en détails dans le Cahier du nouveau-né n°3, « D'amour et de lait... » dans une interview du Pr Henri Lestradet

A. HENOCQ :

Tout cela est très intéressant, mais je voudrais d'abord dire à Bernard This que nous ne crucifions plus les enfants lors de l'examen neurologique. Il y a une polémique qui dure encore à propos de la sonde œsophagienne systématique [1].

Nous avons 3000 accouchements par an, c'est-à-dire qu'en cinq ans j'ai vu 3 atrésies de l'œsophage : la première de diagnostic assez tardif, les deux autres de diagnostic précoce avec bien entendu une excellente survie. Je pense que lorsqu'on a un petit recrutement, l'atrésie de l'œsophage peut apparaître comme un problème marginal, alors qu'il n'en est pas de même lorsque le recrutement est plus important.

M. ODENT :

Avec un recrutement plus faible, mais avec un recul de quinze ans, on peut avoir une expérience similaire.

A. HENOCQ :

Je crois qu'il y a, en effet, un problème de diagnostic précoce, mais c'est un faux problème.

M. ODENT :

Une atrésie de l'œsophage, cela se flaire !

A. HENOCQ :

C'est un problème dans la mesure où l'on n'est pas seul à faire des diagnostics, et je pense

que ce n'est pas la même chose de passer la sonde tout de suite, ou plus tard, après le bain. Je ne me lancerai pas dans la polémique. Il y a des sages-femmes chez nous qui ne veulent plus passer la sonde. On arrive très bien, avec une vigilance accrue, à flairer très tôt ce qui est anormal.

M ODENT :

Surtout lorsque l'on est dans un silence religieux, que toutes les attentions sont centrées sur le nouveau-né. C'est une malformation aérodigestive, et, lorsqu'on est en présence d'un nouveau-né qui ronronne bien, surtout s'il n'y avait pas d'hydramnios[2], on est en droit d'être rassuré... et encore plus s'il trouve le sein de sa mère une demi-heure plus tard.

B. THIS :

C'est une évolution vers une séméiologie fine qui est en train de s'établir.

---

[1] Le Dr Henocq fait allusion à une manœuvre qui consiste à passer une sonde molle dans l'œsophage de tous les nouveau-nés pour dépister une éventuelle atrésie de l'œsophage, avant toute alimentation.
Insistons sur le fait que pour que cette manœuvre ait de la valeur, il faut être certain que l'extrémité de la sonde soit dans l'estomac, ce qui peut se faire en injectant un petit peu d'air par la sonde et en auscultant la région de l'estomac. Ce dernier point n'est pas toujours pratiqué, ce qui ôte toute valeur de dépistage à un geste fait à moitié.

[2] Excès important de volume du liquide amniotique.

A. HENOCQ :

Lorsqu'on s'intéresse au nouveau-né dans cette perspective différente, on devient beaucoup plus clinicien, on observe infiniment mieux les nouveau-nés.

M. ODENT

La moindre petite gêne respiratoire sera plus facilement reconnue qu'autrefois.

A. HENOCQ ;

C'est un autre regard sur l'enfant. Et lorsqu'on peut supprimer certains gestes trop systématiques (bêtement rassurants pour le médecin), c'est une autre perspective. Il y a un sujet intéressant dont nous avons discuté récemment avec Victor Courtecuisse de Créteil. Lorsque je suis arrivé à la maternité du Belvédère à Mont-Saint- Aignan, qui est une avancée vers l'Ouest de la psychoprophylaxie obstétricale, on m'a regardé comme la peste, en tant que pédiatre ancien chef de clinique. Nous avons commencé par avoir une discussion sur la vitamine K1 et les collègues m'ont demandé de ne pas les ennuyer avec cela; et j'ai rangé ma vitamine K systématique; nous n'avons pas pour cela plus de maladies hémorragiques du nouveau-né qu'ailleurs. Nous discutions avec Victor Courtecuisse, au sujet des hématémèses [1] précoces du nourrisson, et nous avons conclu que dans les milieux pédiatriques on retenait de plus en plus souvent dans leur déterminisme les reflux gastro-œsophagiens avec ulcères peptiques, etc.

B. THIS :

C'est la sonde ?

A. HENOCQ :

Je n'en sais rien... peut-être.

B. THIS :

Je remarque que pour un enfant qui aura une atrésie de l'œsophage tous les quatre ans, tous les enfants devront avaler cette sonde...

A. HENOCQ :

On est en train de démanteler cette maladie hémorragique du nouveau-né, et cela doit nous faire réfléchir sur la valeur de certains gestes systématiques.

D. RAPOPORT ;

On a dit à l'instant que certains examens pouvaient être différés d'une demi-heure ou une heure. Vous verrez tout à l'heure dans le film comment, à un moment donné, on introduit quelques gouttes dans les yeux de l'enfant, et vous verrez qu'à cet instant l'enfant est tellement détendu qu'aucun geste ne peut l'agresser, parce qu'il n'a plus peur, et on se dit en

[1] Régurgitation de sang d'origine digestive

effet qu'il n'y a pas urgence ; si l'on ne s'est pas précipité sur le nouveau-né, on peut faire certaines choses différemment [1].

M. ODENT :

En ce qui concerne les gouttes dans les yeux systématiques, il est bon de préciser qu'en Angleterre cela ne se fait plus depuis vingt ans.

UNE VOIX :

Et à Pithiviers ?

M. ODENT :

A Pithiviers non plus. *{Rires.)*

UNE VOIX

Galacteros [2] nous a montré des films de bains d'enfants : après le bain, l'enfant avait faim.

M. ODENT :

Nous suivons tous les mêmes démarches et Galacteros nous a montré à Reims qu'il venait de découvrir aussi ce qu'était l'expression précoce du réflexe de fouissement. Tout cela ne pouvait pas être connu, jusqu'à présent, dans le contexte habituel des maternités occidentales.

A. HENOCQ :

Nous avons fait la même constatation que vous en ce qui concerne les ictères. Je n'ai pas très bien compris votre explication sur le milieu intestinal.

M. ODENT :

Pourquoi ?

A. HENOCQ :

Je n'ai pas compris et je crois que c'est faux. On pourra en rediscuter. Mais je crois qu'il y a une chose indiscutable, c'est que pour la glycuroconjugaison hépatique [3]...

---

[1] Danielle Rapoport fait allusion au film d'Alexandre et Marc Henry Wansberg : *Heureux comme un bébé dans l'eau,* qui était inscrit au programme « sous réserve » et qui, pour des raisons techniques, n'a pu être projeté.

[2] Praticien lyonnais qui est à la fois accoucheur et psychiatre.

[3] Rappelons que la bilirubine provient de la destruction de l'hémoglobine des globules rouges, qu'elle se trouve d'abord dans le sang sous forme libre insoluble, non éliminable, et qu'elle est transformée (glycuroconjugaison hépatique) par le foie en bilirubine conjuguée, soluble, éliminable par la bile qu'elle colore en jaune. Le retard, fréquent chez le nouveau-né, de ce mécanisme hépatique peut provoquer un ictère (jaunisse) dit physiologique qui est passager.

M. ODENT :

Nous ne nous situons pas au même niveau.

A. HENOCQ :

... pour que la glycuroconjugaison hépatique se fasse, il faut de l'énergie, et pour qu'il y ait de l'énergie, il faut des calories ; donc, pourquoi pas le lait dès la première heure ? Nous avons fait les mêmes remarques que vous, mais je ne comprends pas vos explications.

M. ODENT :

Je ne comprends pas que vous ne compreniez pas.

Lorsque je dis ; il y a dans l'intestin du nouveau-né un enzyme qui transforme de la bilirubine conjuguée en bilirubine libre..., ce n'est pas de moi, c'est connu.

Lorsque je dis : s'il y a une stase intestinale, cet enzyme pourra avoir une action importante, c'est aussi facile à comprendre.

Et, enfin, lorsque je dis : si la motricité du tube digestif est rapidement mise en jeu, il se formera moins de bilirubine libre, c'est le corollaire.

A. HENOCQ :

Oui, d'accord.

M. ODENT :

J'ai annoncé cela timidement, mais cela me paraît évident.

UNE VOIX DANS L.A SAI.I.E :

Il y a d'autres facteurs qui entrent en jeu, comme la section précoce ou tardive du cordon.

M. ODENT :

11 y a un très grand nombre de travaux, dans la littérature mondiale, au sujet du clampage précoce ou tardif du cordon et ses incidences sur les taux d'hémoglobine [1], l'hématocrite, etc. Chez nous le clampage tardif est une vieille habitude (douze ans), mais c'est seulement depuis deux ou trois ans que nous avons remarqué une diminution assez significative, semble-t-il, du nombre d'ictères nécessitant des soins pédiatriques.

B. THIS :

La déshydratation de l'enfant ne peut-elle pas entraîner des mécanismes de ce genre ?

---

[1] Un clampage tardif du cordon entraîne en règle une augmentation du nombre des globules rouges de l'enfant (polyglobulie) via un supplément de passage sanguin du placenta vers le cordon et le bébé. En détruisant son éventuel excès de globules rouges, l'organisme produit de la bilirubine qui peut entraîner un ictère (voir note page précédente). Michel Odent suggère donc que la mise en route précoce du transit intestinal serait un mécanisme de compensation, en diminuant la bilirubine sanguine libre

M. ODENT :

On a aussi établi une corrélation entre l'utilisation des ocytociques pendant le travail et la fréquence des ictères, A propos, j'ai omis de signaler tout à l'heure que l'utilisation pendant le travail de drogues ocytociques (de même que l'utilisation de drogues analgésiques) gênera la première tétée précoce, en interférant vraisemblablement sur tous les réflexes neuro-hormonaux alors mis en jeu.

UNE VOIX :

Là où je travaille, nous ne connaissons pas le réflexe de fouissement, nous ne donnons pas de bain, mais, ayant lu il y a deux ans dans un article que la faim du nouveau-né était d'autant plus importante que la naissance était plus proche, nous mettons le nouveau-né immédiatement au sein. Nous avons observé tous les avantages que vous signalez, hormis l'ictère. Nous avons observé la bonne rétraction de l'utérus, dans les heures qui suivent...

M. ODENT :

C'est un tout...

Bibliographie

André-Thomas et Saint-Anne-Dargassies (S.) : *Etudes neurologiques sur le nouveau-né et le jeune nourrisson,* Paris, Masson, 1952.

André-Thomas et Saint-Anne-Dargassies (S.) : *The neurological Examination of the Infant,* Little Club Clinics in Developmental Medicine, n° 1 (Suppl, to *Cer. Palsy Bull.,* 1960).

Archavsky (I.A.) : « Immediate Breast-feeding of newborn Infant in the prophylaxis of the so-called physiological loss of weight » (text in russian), in *Vopr. pediatri.,* 20 (1952), p. 45-53.

Gamper (E.) : « Ban und Leistung eines menschlichen Mittelhirnwesens, II », in *Ztschr. f. d. ges. Neurol, et Psychiat,* CIV, 1926.

Ingram (T.T.S.) : « Muscle tone and posture in infancy », in *Cer. Palsy Bull.,* 1959, n° 5, p. 6-15.

Leboyer (F.) : *Pour une naissance sans violence.* Le Seuil, 1974.

Odent (M.) : « Le phénomène Leboyer. A propos de l'expérience de Pithiviers », in *Revue française de médecine psychosomatique,* avril 1976.

Odent (M.) : « The early expression of the rooting reflex », 5th International Congress of psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Rome, 1977, Academic Press.

Peiper (A.) : *Cerebral function in Infancy and Childhood,* New York, Consultants Bureau (The International Behavorial Sciences Series), 1963.

Prechtl (H.F.R.) : *Die Entwickhring der friihkindlichen Motorik I, II, III. A motion picture.* Institut für den wissenschaftlichen Film, Goettingen, 1955.

Saint-Anne-Dargassies (S.): « Neurologicr development of the infant. The contributions of André-Thomas », in *World Neurol.*, 1960, vol. I, n° 1.

Spitz (R.) : *No and Yes. On the genesis of human communication*, New York, International Universities Press, Inc., 1957.

Heures et jours qui suivent l'accouchement, période sensible pour la dépendance de la mère aux dires des soignants [1]

Françoise DOLTO

Je suis Françoise Dolto. Pour celles et ceux qui ne me connaissent pas, je suis psychanalyste comme Bernard This et je me suis occupée, très tôt, des cas dont la psychanalyse ne s'occupait pas, puisque la psychanalyse, au début, ne s'occupait que des névroses dites œdipiennes, c'est-à-dire des enfants qui parlaient vers 4, 5 ans. C'est grâce à Mme Morgenstern, la première psychanalyste que j'ai rencontrée chez Heuyer, quand j'étais externe des hôpitaux ; elle avait commencé à voir des enfants *mutiques*, pas encore des enfants autistes, mais des enfants mutiques, fortement phobiques et obsessionnels, qui avaient encore une expression gestuelle et une relation à la mère. A l'époque on ne s'occupait pas d'enfants qui n'avaient pas le langage du regard qui rencontrait le regard de l'autre, mais depuis, la psychanalyse s'est occupée de névroses et des psychoses avec des enclaves plus archaïques, et nous avons maintenant l'expérience d'enfants qui semblent avoir hérité de tout le poids du refoulement des deux parents, et qui nous apportent dans leur analyse *les problèmes de leurs parents quand ils étaient tout petits*, avant d'apporter les leurs. Une des surprises du travail psychanalytique avec leurs enfants, c'est de voir les parents et les aînés se rétablir, en même temps que ce petit que nous soignons ; nous ne voyons, sur lui, qu'une modification de sa dysharmonie physique, des proportions bizarres avec lesquelles il arrive ; c'est le physique, le soma, qui change, et s'harmonise à tel point que, dans la société, on le croit physiquement transformé. Les gens n'y comprennent rien, ceux qui ne l'ont pas vu depuis un an ; mais il n'a pas encore changé quant à sa communication à lui. Et c'est à partir du moment où les parents... comment on peut dire ?... L'enfant se fait, dans son silence, *le psychanalyste des parents* ; c'est-à-dire qu'il leur permet de venir dire au psychanalyste ce dont ils étaient incapables au début de l'analyse de leur enfant; peut-être même parce qu'ils l'avaient totalement oublié. A l'occasion du travail de cet enfant, ils viennent, de temps en temps, communiquer, parfois parce qu'un souvenir leur est brusquement revenu, parfois à l'occasion d'un rêve qu'ils voudraient comprendre parce qu'il les a bouleversés ; ils revivent, ils font leur propre psychanalyse, par la médiation de leur enfant.

C'est une des choses que je voulais vous dire, parce que ce n'est pas connu encore de beaucoup de gens; nous n'avons pas encore assez non plus d'analyses que nous pouvons communiquer de la sorte, parce que, le difficile, dans notre métier, c'est de communiquer de notre vivant, et de communiquer des cas de gens qui sont actuellement vivants. Et le problème

[1] *Nous insistons de nouveau sur le fait que ce texte, transcrit a partir de l'enregistrement au magnétophone de la matinée du 18 juin 1977, n'a volontairement pas été réécrit, mais simplement corrigé dans certains détails. On y trouvera donc la spontanéité de la parole (N.D.L.R.)*

est très délicat, de camoufler, de... comment dire ? de truffer une observation, pour qu'elle ne soit pas une rupture de secret professionnel et qu'en même temps elle enseigne aux autres psychanalystes ; et surtout qu'elle enseigne dans la théorie de la relation du problème du « dispatching » de la libido dans une famille.

Parce que c'est cela qui se passe, ce sont des *interactions dialectiques* et dynamiques dans les familles, et certains enfants en sont marqués, non pas en leur propre nom mais au nom de ce qu'ils ont hérité, et qu'ils portent comme poids d'interdit de communiquer, et c'est alors leur corps (leur *habitus)* qui le manifeste et le signifie.

Pourquoi vous dire cela ? C'est parce qu'il y a, chez l'enfant qui naît (suivant la place qu'il a dans sa famille, suivant le rôle qu'il a eu, au moment de sa conception, dans les relations de ses parents, et par rapport aux difficultés des parents avec leurs parents et avec les aînés), un impact de l'inconscient des parents au moment de sa conception qui le marque au cours de sa gestation, il est comme le *médicament de cette famille.* Médicament, non parce qu'il les guérit, mais parce qu'il se fait, pour ainsi dire, l'éponge de leurs problèmes, et cette éponge vivante, après, est marquée de *l'interdit du désir en son propre nom,* grâce à quoi les autres vivotent assez bien, au moins comme ils vivotaient à partir du moment où cette conception a été la parole obturante entre les parents qui ont décidé tout de même de concevoir ce bébé, ou tout au moins, s'il est conçu, de le garder, alors qu'il est le lieu de rencontre des zones d'ombre et de non-dit de leur vécu émotionnel l'un par rapport à l'autre. Parfois même, il a été conçu dans la rencontre non exprimée des pulsions de haine - ceci n'est pas dit en péjoratif - des pulsions de haine, des pulsions de mort réciproques. Non pas des pulsions de non-vie de chacun, mais des pulsions d'agressivité qui ne pouvaient pas se dire et qui étaient réveillées par le monde extérieur, autour d'eux, ou qu'ils subissaient de ce monde extérieur. Cet enfant a hérité de tout cela (Enfants de viols, enfants subis d'étreintes dites légitimes.) Ça, il faut le savoir. Je ne peux pas actuellement vous donner des observations, ceci se fait à travers le travail des enfants marqués à la naissance par des difficultés auxquelles leurs psychanalyses nous permettent de remonter, et d'aider, par cela, toute la famille qui croit qu'elle ne souffre que de l'anomalie de cet enfant.

C'est en faisant parler l'anomalie de cet enfant, en l'écoutant plutôt, puisqu'il ne parle pas encore, en l'écoutant, en comprenant ce qu'il donne à entendre par ses comportements, que l'anomalie de cet enfant cède ; l'anomalie dynamique de cet enfant se révèle comme pouvant faire parler les parents de ce qu'ils n'avaient jamais pu dire, et c'est après, alors que ce soma s'étant rétabli dans ses proportions, dans son équilibre « bio-végétatif », que quelqu'un de la famille peut venir parler : à ce moment démarre la parole chez cet enfant. C'est un long travail... Malgré mon âge, je ne sais même pas si je pourrai aller jusqu'au bout de ces cas, ça sera les jeunes qui reprendront, et comprendront cette relation incroyable, dans l'inconscient, où chacun de nous, en naissant, est déjà pour ses parents un langage, un langage voué au silence, pour que le reste de la famille puisse continuer d'avoir langage les uns avec les autres, ou en tout cas avec la société; d'une façon dynamique. Un seul est sacrifié pour tous.

Cette « névrose » (c'est un mauvais mot d'ailleurs, mais enfin au début, on a commencé comme ça), la « névrose familiale » a été une des recherches de Laforgue. Au début, ça faisait hausser les épaulesde la plupart des psychanalystes : la « névrose familiale », qu'est-ce que c'est que ça ? On ne croyait qu'à la névrose d'un individu, au moment du complexe d'Œdipe.

Je vais vous raconter quelques histoires, pour vous montrer la fragilité, en même temps que la fantastique richesse de la dynamique libidinale, au moment de la naissance, tant pour la mère

que pour l'enfant ; vous verrez le travail qui peut être fait, ou n'être pas fait à la naissance, par les personnes de l'entourage auxquelles la mère est si sensible et, à travers la mère, le bébé, le nouveau-né.

Hier, This vous a parlé de cette femme qui reprochait à son enfant de l'avoir fait souffrir, alors que justement il ne l'avait pas fait souffrir, et qu'il s'agissait de sa propre naissance, où elle avait fait souffrir sa mère : elle reprochait à son enfant ce que... peut-être même, sa mère ne lui avait pas dit; peut-être lui avait-elle dit... Qu'importe. Il fallait que son amour pour cet enfant, sa relation profonde à cet enfant reprenne la relation profonde qui s'était passée entre elle et sa mère et qui se faisait autour de la souffrance, alors qu'elle, elle n'avait pas souffert. Et c'était nécessaire à cet enfant d'entendre ça pour entendre l'authenticité de sa mère.

Je n'étais pas là hier, mais ma fille m'a raconté ce que This vous avait raconté, et j'ai trouvé très intéressant que vous ayez entendu cela, parce que nous sommes tout le temps, justement, avec cet apparent poids que les enfants reçoivent en parole de leurs parents, et qu'il est nécessaire qu'ils reçoivent, parce que c'est la façon dont les parents ont avec eux une relation d'amour-haine, d'haine-amour, relation libidinale vraie de communication d'énergie et de reconnaissance :

« Oui, il est bien génétiquement relié à moi comme moi j'ai été génétiquement reliée à ma mère. »

Et ce génétique passe à travers des affects qui *doivent être dits,* même s'ils sont faux. Du moins faux pour les gens qui les écoutent, parce qu'ils ne correspondent pas à la réalité de ce qu'on a constaté, comme c'était le cas dans cet accouchement sans difficultés, qui réveillait chez cette femme, dans sa relation à son enfant, l'accouchement très difficile qu'elle avait fait subir, si l'on peut dire, et qu'elle avait subi en même temps vingt-cinq ans avant

Histoire d'un allaitement

Voilà une autre histoire, elle s'est passée au début de ma vie médicale. J'étais externe à Bretonneau, à l'époque, chez Pichon, c'est là que j'ai fait ma thèse, et j'allais en salle de garde deux fois par semaine.

Quelques personnes connaissent peut-être cette histoire, c'était pendant la guerre, et j'entends en salle de garde qu'une femme de la maternité a accouché d'un superbe enfant et qu'elle a eu une montée de lait formidable. Quelle veine ! C'était si difficile d'avoir du lait de femme ; la plupart des femmes, traumatisées par le départ de leur mari, par la guerre, par les restrictions, n'avaient pas de lait ! Voilà une femme qui va pouvoir nourrir deux ou trois enfants ; on est en train de voir avec la surveillante si on ne pourrait pas la garder, à la maternité, pour donner du lait de femme. Bref, la récupération d'une bonne laitière !...

On parle de ça... et je reviens, le lendemain ; on me dit ; « Vous ne savez pas ce qui s'est passé ? Dès qu'elle a donné à téter à son bébé, plus de lait. Son lait s'est coupé. » Alors j'ai dit : « Je pense que c'est psychosomatique. » Vous voyez la rigolade d'une salle de garde : « C'est psychosomatique. » Il doit y avoir quelque chose. Si cette femme pouvait parler ! Elle avait une telle montée de lait ! C'est une superbe créature, son bébé est splendide, il s'est passé quelque chose, il faudrait qu'elle arrive à le dire ; c'est sûrement psychosomatique ; il ne faut pas mettre ce bébé au biberon, il faut qu'elle parle. Alors on me demande :

« Est-ce que vous pouvez venir ?

- Oui, demain, si vous voulez, demain, ou après- demain, mais vous qui êtes l'interne, essayez déjà de parler avec elle : qu'est-ce que c'est, pour elle, de nourrir, sa relation à sa mère... »

Je m'en vais là-dessus, avec la bonne rigolade de tout le monde. «Ah! ces psychanalystes !... le lait qui serait psychosomatique... » Enfin !... nous sommes en 1941.

Le lendemain, je reviens. Hurlements, avant même que j'arrive, j'entends que je suis annoncée. J'arrive, et tout le monde, vous voyez ce que c'est que les tonus de salle de garde, hurle... Je me dis : ça y est, je ne pourrai plus revenir dans cette salle de garde, c'est trop fort, je leur en ai fait trop avaler, il y a trop de résistance. J'étais très, très embêtée parce que c'était bien agréable d'avoir un bon déjeuner, ils se débrouillaient très bien, dans les hôpitaux, pendant la guerre.

Mais ce n'était pas de l'agression, c'était une réception en mon honneur; on m'a raconté l'histoire suivante... Je dois dire que moi, j'ai trouvé ça impressionnant; je n'aurais pas osé. Vous allez voir ce qui s'est passé.

L'interne était tellement embêté, qu'il s'est dit : « Pourquoi pas, après tout ?... » Les autres ont discuté, paraît-il jusqu'à cinq heures de l'après-midi, après ce déjeuner, de ce que j'avais raconté. Ce que c'est quand on parle de psychanalyse, dans un milieu qui a une forte résistance. Ca réveille !...

Quand il est revenu dans son service, il a parlé à la surveillante de la maternité, et il lui a dit : « Voilà ce qu'une de nos consœurs psychanalystes nous suggère... » Et je leur avais déjà passé ma thèse ; ils savaient que j'étais farfelue, et que j'avais écrit des choses qui étaient farfelues.

Alors, qu'est-ce qu'a fait la surveillante ? Ah! c'est formidable ! Elle a tout fait elle-même, elle a fait la psychothérapie. Elle est allée voir cette jeune femme, et elle lui a posé des questions, enfin, elle lui a parlé : « Mais voyons, votre maman..., ce si beau bébé... » ; enfin, elle l'a narcissisée pour commencer, et la jeune femme s'est mise à sangloter :

« Je ne peux pas, je ne peux pas le nourrir, je ne peux pas...

– Pourquoi donc, pourquoi donc ?

– Ma mère m'a abandonnée à la naissance, j'ai jamais rien su de ma mère.

– Comment ! une si belle petite fille que vous deviez être, comme votre petit garçon, mais c'est pas possible ! »

Et elle a sangloté dans les bras de la surveillante.

Ensuite la surveillante, et c'est là qu'elle fut extraordinaire... elle lui a mis le bébé dans les bras, et lui a dit :

« Eh bien, moi, je vais vous donner le biberon qu'on aurait donné au bébé ; je ne veux pas donner le biberon au bébé, je veux le donner à sa petite maman chérie. »

Elle a materné cette femme, elle lui a donné le biberon, que la femme a su téter, tout en lui disant des mots de tendresse... cette jeune femme pleurait, se mettait dans le giron de la surveillante :

« Eh ! vous êtes ma maman, vous m'avez réconciliée avec mon bébé... »

Car, en même temps depuis qu'elle n'avait pas voulu lui donner à téter, elle ne voulait pas de ce bébé ; elle n'osait pas, il a fallu la narcissisation de cette surveillante pour que, narcissisée, elle puisse reprendre ce bébé dans ses bras, et le réinvestir. Et pendant les trois heures passées

entre les deux tétées à donner au bébé, à qui on ne donnait que de l'eau avec la cuillère, le lait est remonté, et elle est devenue une des meilleures nourrices du service de maternité de cette pouponnière de Bretonneau.

Cette histoire, je dois dire que, personnellement, je n'aurais jamais osé faire ce qu'a fait cette surveillante...

Les psychanalystes, on écoute, on écoute ; on penserait que si elle avait bien pleuré sa maman, ça aurait suffi. Eh bien, chapeau à cette surveillante qui a su « faire » ce qu'il fallait, psychologiquement, humainement, en ayant compris bien plus loin, et plus profondément que nous.

La communication était passée par la parole de cet interne qui avait transmis ce que j'avais dit, mais la surveillante, elle, a fait ce que nous appelons un véritable *transfert* sur cette jeune femme qui lui a confié sa douleur d'avoir été abandonnée par sa mère. Je ne sais rien de cette surveillante, peut-être, elle aussi, avait-elle souffert d'un abandon ?

Quoi qu'il en soit, c'est une histoire qui fait penser que le lait appartient au bébé puisqu'il le fait surgir dans la poitrine de sa mère. Des modifications humorales se font en même temps que l'accouchement, mais le bébé est là pour entretenir la montée laiteuse, si la mère aime ce bébé, si le bébé n'est pas rejeté par elle. C'est tout un ensemble, ce n'est pas seulement le « non-biberon » donné à l'enfant, et la « maternance » de la surveillante sur cette jeune femme, c'est aussi l'idée que la surveillante a eue de mettre le bébé dans les bras de cette femme, cette femme qui, déjà préconsciemment, et avec culpabilité, ne pouvait pas aimer son bébé ; qu'est-ce qui se serait passé en elle, si elle avait aimé son bébé, dans le sens où nous disons aimer, c'est-à-dire positif ? Il se serait passé qu'à ce moment-là elle reprochait en gestes, encore plus à sa mère, de l'avoir abandonnée, c'est-à-dire qu'elle détruisait, en elle, ce qui avait construit la belle femme maternelle qu'elle était. Elle ne pouvait aimer cet enfant que si une femme, en lui permettant de dire sa douleur, recevait cette douleur, ne blâmait pas sa mère, lui disait qu'elle était belle et que sa mère devait être belle, et lui disait que le bébé était très beau, faisait ainsi le troisième terme de la situation triangulaire : le bébé entre deux adultes accordés. Elle se sentait de nouveau avec ce nouveau-né revivre son enfance; mais, voilà une femme qui pouvait entendre et admettre que sa mère ait agi comme elle avait agi avec elle, mais qui stoppait le processus d'identification, en lui permettant par transfert de retrouver une relation maternelle positive, rapidement comme ça, et de pouvoir entendre, alors dans son corps, la demande de l'enfant et y répondre, au lieu d'abandonner cet enfant et de le détacher d'elle en ne lui donnant pas à téter.

Cette histoire, vous la garderez dans votre mémoire, et pourquoi pas, dans votre cœur, vous y penserez quand vous voudrez, c'est une histoire vraie.

J'ai rencontré, dans des congrès, une ou deux fois, des gens qui étaient dans cette salle de garde, dont je ne me souvenais plus d'ailleurs, et qui, me reconnaissant, disaient ; « Ah ! vous ne vous rappelez pas, l'histoire, la fameuse histoire du lait qui remontait chez la femme abandonnée par sa mère ? » Je dois dire que la première fois qu'on me l'a rappelée, je l'avais oubliée. Il s'est passé tant d'histoires, comme ça, au début de ma compréhension psychanalytique ! On en oublie toujours, mais les gens s'en souviennent. Depuis qu'on me l'a rappelée, je me suis dit : mais elle est à raconter, elle fait réfléchir aux processus de l'inconscient, et aux médiations nécessaires pour qu'une souffrance, enfin, puisse porter ses fruits, en n'arrêtant pas la dynamique de la vie aux effets de la souffrance, mais à la compréhension corporelle du dépassement de cette souffrance.

La vie entre les humains, c'est le dépassement de la souffrance que nos parents ont éprouvée à notre propos, ou que nous avons éprouvée à propos de nos parents ; un enfant tout neuf, nous devrions pouvoir agir pour qu'il soit tout neuf aujourd'hui et demain, et ceci grâce à l'entourage de la femme enceinte, pendant qu'elle est en fin de grossesse, au moment où elle accouche, et les jours suivants, période si sensible pour la femme, période de mutation.

Histoire du petit schizophrène

Une autre histoire qui, cette fois, est l'histoire d'un petit garçon, que j'ai vu à 13 ans... Quand il est arrivé à Bichat où j'ai eu à faire sa psychothérapie, il était catalogué « schizophrène » depuis longtemps.

C'était un enfant tellement phobique qu'il ne pouvait pas voir un grattoir ou une paire de ciseaux sans être tremblant, en lui-même égaré ; cependant, comme parfois les schizophrènes, il ne se débrouillait pas mal dans l'espace : sans avoir l'air de rien regarder, il ne se faisait pas écraser par les voitures. Il était l'aîné de trois. Il venait à son rendez-vous régulier, hebdomadaire avec moi, et les séances se passaient, dont je vous fais l'économie.

J'arrive à la fin, c'est-à-dire aux événements importants. Je savais qu'il était insomniaque, mais ça faisait partie de son ensemble d'hyperinstabilité et d'état phobique, douloureux à voir. Un bruit dans la rue, même dans un espace qu'il connaissait, et il sautait, et regardait partout. Naturellement, non scolarisé.

Au cours d'une dernière séance précédant ce qui va se passer, lui montrant, avec du modelage, qu'on pouvait approcher le grattoir, j'ai réussi à ce qu'il essaie de toucher ma propre main avec le grattoir, ce qui lui faisait aussi peur que si c'était lui qui était touché par ce grattoir. En aidant sa main à piquer avec le grattoir sur le dos de ma main. Il me regardait, je lui dis : « Mais oui, ce n'est pas à toi que ça fait du mal, et ça ne m'en fait même pas à moi. » Alors, il a essayé, et il a fait des petites marques, et puis, il regardait... tout va bien, tout va bien, et à un moment, rassuré, contemplant des petites marques, tout à fait indolores, que ce grattoir, par l'intermédiaire d'une main, qui n'osait pas, me faisait, je profite de ce moment d'inattention, et je fais la même chose à sa main... Il me regarde... il dit :

« C'est ça ? »

Je dis :

« Oui, pas plus que ça.

– Ah !... »

Un moment de silence, et se passe alors une scène que je n'oublierai jamais tellement elle m'a bouleversée ; deux voix sont sorties de cet être humain, deux voix.

> N.D.L.R. - *Françoise Dolto imite alors un dialogue sans paroles compréhensibles où se répondent deux voix : une voix jeune, aiguë et suppliante, à laquelle répond une voix plus grave, plus âgée, autoritaire, semblant interdire.*

Et les paroles c'était ;

« Salope, non tu l'auras pas, salope, non, non, non !...

– Si, maman, je veux le garder, maman, maman, maman, je veux le garder. »

J'y comprenais rien, et comme c'était un enfant de la guerre, qui était né en 41, je me suis dit : c'est un enfant qu'on a dû placer pendant la guerre, qu'on a dû reprendre, et la mère ne se

souvient pas qu'il y a eu des scènes avec une vieille dame, qui voulait garder son petit-fils ; et il s'est passé au-dessus de son berceau des choses épouvantables entre une voix jeune et une voix vieille. L'enfant est parti là-dessus, un peu égaré, l'heure était terminée. Je lui ai dit au revoir. Il est parti, un peu moins zombie peut- être, mais toujours zombie : « Dans huit jours ! »

« Dans huit jours ! »

Le lendemain, coup de téléphone de la mère :

« Ah ! madame, il faut que je vous parle, il s'est passé des choses, il s'est passé...

– Il s'est passé des choses graves ?

– Non, non, pas des choses graves, mais il faut que je vous voie...

– Bon, d'accord.

– Je ne peux pas attendre huit jours.

– Je préfère que vous ne veniez pas le jour de votre fils. »

Elle vient donc chez moi et me dit ;

« Vous savez il est rentré, il a mangé à toute allure, et il est allé se coucher ; il a dormi de midi jusqu'au lendemain midi sans s'arrêter, et j'allais... j'étais étonnée... Je vous ai dit qu'il était insomniaque, mais il n'a jamais dormi plus d'une heure à la fois, jamais, *jamais;* et depuis que je le connais...

– Bébé aussi ?

– Oui, bébé aussi, et puis grand garçon, toujours circulant, et de temps en temps tombant de sommeil pour une heure.

– Depuis ?

– Mais depuis, il est très bien, il est très calme, il est tout différent. »

Alors je lui ai dit : « Ecoutez, il y a quelque chose d'important qui s'est passé dans la dernière séance, il ne vous en a pas parlé ? Il ne peut pas vous en parler sans doute. » Elle dit : « Non, il ne m'a rien dit du tout, quand je lui parle de vous, il dit le jour où il doit revenir, c'est tout. » D'habitude, je ne romps pas le secret professionnel, mais là c'est trop important : « Il y a quelque chose que vous ne m'avez pas dit, vous m'avez caché quelque chose, volontairement ou involontairement, je n'en sais rien; ou vous ne vous êtes pas souvenue. » (C'est ce problème dont je vous parlais tout à l'heure, de l'enfant qui fait dire des choses qu'on ne veut pas dire.) Et je lui dis : « Voilà, on dirait qu'il a assisté à une dispute autour de son berceau ; une voix jeune se dispute avec une voix vieille, la voix vieille refuse à l'enfant de retourner avec la voix jeune. Est-ce que, pendant qu'il était petit, vous l'avez confié à une nourrice, à votre mère, à votre grand-mère qui voulait garder cet enfant ? Est-ce qu'il y a eu des disputes entre deux femmes ? »

Je vois la femme qui se couche sur la table, comme ça...

« Ah ! madame, ne me dites pas ça... » Grande crise d'hystérie.

– Il n'y a rien de tragique, souvenez-vous, peut-être...

– Ah ! me dit-elle.

– Mais oui, on a des disputes avec ses parents, ça arrive.

– Ne me dites pas ça ! »

Et elle se calme...

« Mais alors, il faut que je vous dise tout ?

– Oui, il est temps...

– Eh bien, madame, c’est quelque chose que personne ne sait, il n’y a que moi qui l’ai entendu.

– C'est quoi ? De quoi s’agit-il ?

– Eh bien, je ne vous l'ai pas dit, nos trois enfants sont des enfants adoptés, lui il est l’aîné; et ce sont des adoptions clandestines, je suis allée dans la clinique, avec un coussin, sous mes robes, et on devait inscrire le bébé à mon nom, pendant qu’une femme qui accouchait était soi- disant entrée pour curetage. »

(Elle a fait ça pour ses trois enfants, ce qui est la meilleure manière d’adopter les enfants, d’ailleurs pour tous les enfants que j’ai vu adopter comme ça, ça marche très bien ; celui-là c’était un cas particulier, les deux autres étaient superbes. Il y a passation des pouvoirs ; la mère est d’accord, elle vient pour ça, et il n’y a pas d’histoires d’administration qui se met « entre ».)

Alors, quoi qu’il en soit, celui-là, elle était entrée pour ça, on lui avait donné la chambre à côté de la femme qui venait d’avoir ce bébé. Et ce qui s’est passé, c’est que cette jeune femme qui avait 16 ans au moment de la conception, 17 ans au moment de la naissance, cette jeune femme voulait garder le bébé. Elle était orpheline de père ; il était mort quand elle était toute petite. Fille unique; elle était élevée par une mère absolument draconienne, et avait eu ce bébé avec son professeur de français, qui avait déjà cinq enfants, et qui aimait cette jeune fille, qui avait d’ailleurs dit à sa mère qu’il paierait devant notaire et il s’y engageait, qu’il voulait qu’elle garde ce petit parce que c’était un enfant de leur amour, qu’il ne pouvait pas le reconnaître, les lois du pays de langue française dans lequel il vivait n’autorisant pas, à cette époque, à reconnaître un enfant adultérin ; il voulait s’en occuper toujours, car c’était authentique l’amour qu’il avait pour cette élève.

Mais la mère n’a rien voulu savoir, la clinique tout entière était bouleversée, essayant... On a laissé l’enfant plus longtemps avant de l’inscrire, on a retardé l’inscription en espérant que la petite pourrait emmener son bébé, on proposait une maison maternelle pour qu’elle soit séparée de sa mère, mais il n’y avait rien à faire, et finalement on a inscrit l'enfant sur l'état civil, an non de celle qui était la mère adoptive, que j'ai vue. Elle n'avait rien dit à son mari, en revenant, tellement elle était bouleversée. Elle a gardé ce secret, pour elle, jusqu'au jour où il est sorti, par l'enfant, ce qui lui a permis de m'en parler.

La suite c'est intéressant, qu’est-ce que ce garçon a fait comme métier ? Il est devenu tailleur et, naturellement, il n’était plus question pour lui, de faire des études à présent. Guéri de sa phobie des épingles, des choses piquantes et des couteaux, c’est ça qu’il a choisi.

C’est d’ailleurs curieux de voir par exemple que les bègues - j’en ai eu un certain nombre en analyse - choisissent, quand ils sont guéris, des métiers où la parole joue un très grand rôle, c’est très curieux. Enfin lui, il avait la possibilité d’exercer plusieurs métiers manuels ; il a dit à ses parents qu’il voulait être tailleur, c’est-à-dire couper, coudre, piquer.

Alors... ces engrammes, comme une bande magnétique ? Quand il est revenu, huit jours après, j'ai essayé de lui en parler; je n'avais fait aucune interprétation, j’avais reçu ce qu’il avait dit, bouleversée de ce psychodrame à deux voix, où il était égaré, en racontant ça.

Il m’a dit : « Moi, mais... je t’ai rien dit, qu’est-ce que c’est que ça, qu'est-ce que c’est que ça ? », quand je lui redisais les paroles qu'il avait dites. « Je sais pas, je sais pas. » Et c'était visible qu'il ne savait pas. Il s'est mis à faire des modelages, tout à fait tranquille, et les voitures pouvaient faire des embarras bruyants, il ne sautait plus, il n'était plus affolé, il ne croyait plus que ça allait défoncer la fenêtre, le bruit qui se faisait à l'extérieur, et que les piqûres allaient le faire mourir. Plus rien... C’était un enfant calme, et qui dormait. Il avait retrouvé son sommeil.

Je crois que c’est très important, d'ailleurs, l'insomnie, comme signe de... comment dire ?... de «décohésion » précoce entre soi et soi, si je peux dire, ce qu'était l’angoisse de ce petit. Théoriquement, il y aurait énormément à dire. C'est une histoire qui montre à quel point quelque chose qui n’a pas été repris par la parole est là, jusqu'à ce que ça soit dit.

Il est vraisemblable que si la mère avait pu parler à ce bébé quand il était petit, et parler avec un psychanalyste de tout-petits (comme maintenant nous sommes plusieurs à voir des enfants de 9, 14, 15 mois, qui veulent mourir, qui se laissent mourir), si ces paroles que la mère savait avaient pu être redites à cet enfant en lui racontant son histoire, je crois qu'on n’aurait pas eu un enfant schizophrène; il aurait eu ce début de sa vie partagé, par la parole, avec quelqu’un avec qui il aurait eu un transfert, et qui aurait eu un transfert avec sa mère, cette situation à trois serait rétablie dans une parole vraie qui aurait débarrassé l’enfant de cet interdit de vivre, apparu avec cet événement, quand il avait été arraché, entre une mère qui l’aimait, et une autre qui l’aimait aussi; elle l’aimait d’ailleurs tellement, authentiquement, cette femme qui l’avait adopté, et qui avait été tellement bouleversée par ce qui s’est passé, qu’elle lui avait laissé le prénom que la jeune maman voulait lui donner, ce qui certainement est quelque chose qui a dû l’aider à rester en vie.

Naturellement, c’était le prénom du fils du personnage Important de ce pays, comme on disait le fils du roi. Il devait porter le prénom du fils du roi, parce que cette jeune femme, n’ayant pas eu de père, avait, vis-à-vis de cet amant dont elle avait eu cet enfant, une relation qui était tout autant une relation de *fille* à *père* qu’une relation *d'amante* à *amant.*

Dans un cas pareil, d’ailleurs, l’adoption est indiquée, mais comment la faire ?... Elle est indiquée parce que c’est l’enfant « incestueux » d’une fille absolument pas encore libérée de sa mère, et qui s’est mise dans une situation barrée au départ, doublement barrée, barrée du côté de cet amant d’âge à être son père, et barrée du côté de sa mère aussi.

On pourrait dire que cet enfant portait le problème de sa mère. Eh oui, il le portait ; on ne l’avait pas libéré en lui racontant son histoire, dès qu’il était petit.

Les effets de la parole

Si nous racontons aux tout petits enfants leur histoire vraie, nous les en guérissons. J’en ai pour preuve les enfants tout petits, les enfants de l’A.P. qui viennent maintenant à Trousseau, enfants du centre d’adoption, qui sont abandonnés : le peu qu’on sait de leur histoire, et surtout le fait de leur adoption, le fait qu'ils ont vu à telle date, pour la dernière fois, leur mère, pour la dernière fois, leur père, leur est dit en le remettant dans l’ensemble des mots qui recouvrent l’espace, le lieu, la saison, l’époque, tout ce qui peut *faire vérité,* dans ce qui leur est dit.

Et cet enfant, qui refuse de manger, qui est lové sur lui- même et qui veut mourir, retrouve le regard qui plonge dans votre regard pendant que vous lui parlez de son désir de mourir; et il regarde sa berceuse, qu’il n’avait pas regardée pendant je ne sais plus combien de temps. Il

rentre à la pouponnière, et il mange. Il mange une nourriture régressive, par rapport à son âge, mais il redémarre, en quelques jours, jusqu'à son âge d'aujourd'hui.

Ce qui bouleverse d'ailleurs tellement les berceuses ! Certaines disent : « Moi, je ne peux pas venir, je vomis tout l'après-midi de vous avoir entendu parler comme ça ; on n'a pas idée de parler comme ça à un tout-petit, on ne lui dit pas des choses comme ça ; lui dire des choses sur son père, sur sa mère qu'il a eus, qu'il a connus, sur son désespoir, d'avoir été abandonné par eux, et qu'ils ne reviendront jamais, et parler de la mort à un enfant ! » D'ailleurs, ce désespoir n'arrive que quand ils perdent le dernier lien à la visite de leur mère, mais quand la berceuse qui a vu leur mère change d'enfants ; quand elle change de groupe, il la perd, et il perd quelquefois plus encore ; c'est arrivé, quand il y a *rencontre de perte :* en même temps qu'il perd cette berceuse (qui a parlé avec sa mère lorsqu'elle était venue et donc faisait situation triangulaire avec lui), il perd un ou deux des petits qui l'entouraient dans le groupe où il était. Son espace humain en est transformé. Tout ça réuni, il ne peut pas... il ne peut pas survivre à ce *rester tout seul.* S'il y a encore un lien médiateur, un relais, il peut supporter l'absence, je crois qu'il y en a beaucoup qui sont touchés, comme ça, du changement de berceuse... surtout du changement de berceuse dont on ne les prévient pas : un beau jour, sans avoir parlé à leur personne, quel que soit leur âge, la berceuse change, on ne leur dit pas pourquoi. Et puis, si en même temps il se trouve que le lit d'à côté, et un autre lit, de deux enfants qui parce qu'ils ont été adoptés sont partis, sont vides, et si on met n'importe quel nouveau bébé (sans les avoir prévenus, d'ailleurs), et qu'il faut continuer à appeler du même nom, tout le monde, ça n'est pas possible, et ces enfants tombent dans un « incognito », par rapport à eux-mêmes, qui est une perte de sentiment d'exister en croisement d'espace-temps, relié à son image du corps; ils entrent dans la psychose, la psychose qui est ce qu'on appelle, en psychanalyse, la *pulsion de mort,* ce qui ne veut pas du tout dire une *libido qui se retourne sur l'individu pour le détruire,* non, c'est une *libido sans objet et sans sujet,* qui s'éparpille comme ça, par manque de désir et d'amarre pour lui, le sujet, égaré. Finalement, il s'épuise de n'avoir pas de rencontre, faisant écho à ce qu'il éprouve, pour revenir rendre l'individu cohésif - son sens à retrouver - ce qui ne se peut que par un dire vrai sur ce qu'il éprouve.

Les pulsions de mort, c'est l'individu qui est sans relation avec le monde extérieur : le sujet meurt de n'avoir pas de relation. Le corps vivrait bien, mais il ne peut plus rien, quand c'est trop précoce dans la vie ; il ne peut plus vivre parce qu'il n'a pas été construit, « complet ».

Les pulsions de mort, chez quelqu'un de 6 ou 7 ans, ça peut très bien se vivre avec, au maximum de la narcolepsie ; mais chez un bébé, ça ne peut pas se vivre, parce qu'il n'existe pas encore, si l'autre, qui le connaît, ne le fait pas se reconnaître jusqu'au moment où il est structuré, œdipien, c'est-à-dire dans ses pulsions génitales. Les pulsions de mort, chez un bébé, c'est comme s'il se détruisait. S'il ne se détruit pas, il est détruit par l'absence de possibilité de s'incarner davantage. Il est déraciné, et il meurt, par perte d'appétit, de péristaltisme. L'angoisse en augmentant le rend insomniaque.

Mais la parole, c'est ça qui est incroyable, c'est la « parole vraie » qui peut, par l'imaginaire probablement, restituer sa structure symbolique, dans la vérité de la relation à qui lui parle de lui, de ce qu'il souffre, de son histoire.

Bien sûr, ça ne pourrait pas être une bande magnétique qui lui dirait son histoire, il faut que ça soit dans une relation et pas seulement dans une relation à lui, mais dans une relation triangulaire, c'est-à-dire une relation à lui en même temps qu'à une autre personne, celle qui actuellement donne des soins à son corps et écoute ; que ce soit cette personne ou que ce soit une autre de son entourage nourricier. Par exemple si sa berceuse dit : « Moi je peux pas écouter Dolto, ça me fait vomir tout l'après-midi, alors, j'envoie la petite stagiaire. » Pourquoi pas la petite stagiaire ? Je dis à l'enfant : « Elle remplace Taty Truc, parce que Taty Truc, ça

la rend malade ce que je te dis, mais elle est très contente que je te soigne puisque tu vas mieux, et la petite stagiaire, tu vois, elle, ça ne la rend pas malade, et elle est très contente que je te dise tout ça... »

Toutes les personnes sont les médiatrices d'une autre plus importante : celle qui l'aimait tellement, mais dans son estomac ; alors lorsqu'on parle à son « nourrisson », en lui parlant vrai, ce qu'elle n'aurait pu faire, elle en vomit (elle renvoie le bébé avec l'eau du bain), ce qui ne l'empêche pas d'être très gentille avec lui pour les soins maternels. Une fois qu'elle a vomi, elle va d'ailleurs beaucoup mieux. Il y a beaucoup de façons d'être maternelle.

C'est très bien que les berceuses aiment avec leur estomac, et qu'elles avalent leurs enfants, puisque les enfants sont en âge d'avaler la personne. Pourquoi pas, quand ils vont bien ? Ils en verront d'autres, et puis, il faudra bien qu'ils se détachent d'elles, et qu'elles s'attachent à d'autres. C'est ça la vie des bébés, qui passent de main en main, mais ça ne fait pas toujours des enfants autistes ; ça ne fait pas toujours des enfants qui veulent mourir. Il y a tout un système de signifiants qui se passe : ils n'ont plus de quoi vivre, alors que cette personne donne de plus en plus de quoi vivre ; mais bien qu'elle donne de plus en plus de quoi vivre, comme en même temps elle ne donne pas de paroles, ça ne peut pas les soutenir dans une grande épreuve.

Bien sûr, il y a des enfants qui sont plus sensibles que d'autres ; je crois que, dès l'origine, le capital humain est ainsi fait qu'il y a des enfants qui vont pouvoir supporter des épreuves psychiques en se rattrapant sur la bouffe, qui pour eux est signifiante de la relation, corps à corps, avec cette personne; mais il y a des êtres humains déjà différenciés mentalement. Ils ont tous besoin de relation émotionnelle et de paroles, mais il y en a qui y sont plus sensibles ; nous voyons cela chez les bébés très tôt. C'est cela que je voulais vous dire en vous racontant l'histoire de ce petit schizophrène, que j'ai vu longiligne et fin, une peau d'une sensibilité formidable.

Bien sûr, ça n'arrive pas à n'importe qui ; son frère adopté, que j'ai vu, était un bon pycnique [1] brun, avec une bonne peau très solide, pas du tout fine. Et simplement, il avait fait pipi au lit jusqu'à 5 ou 6 ans - ça arrive aussi dans les familles où les enfants ne sont pas adoptés - et puis il réussissait bien. C'est pour vous dire que chaque enfant a son capital spécifique, dont le psychisme est certainement la métaphore de ce que nous voyons de physiologique, ce que nous pouvons appréhender par sa typologie première. La sensibilité de sa peau, les réactions du regard, la rapidité de perception, la discrimination sensorielle, olfactive, auditive, gustative, tactile, enfin, toutes ces choses qu'on peut observer, extrêmement tôt chez les bébés, et qui sont constitutives de leur personnalité potentielle. Voilà ces deux histoires : la dernière pour vous montrer ce qu'un garçon avait porté toute sa vie, parce que l'on n'avait pas dit ce qui s'était passé au début.

M.-M. CHATEL :

Peut-on vous demander de préciser ce qui vous donne la conviction qu'on peut parler, de cette façon, à l'enfant ?

F. DOLTO :

Ce qui me donne cette conviction, c'est l'effet de cette parole, l'*expérience des effets de cette parole.* Au début, c'est d'ailleurs comme ça que je suis venue à la psychanalyse des enfants ;

[1] Morphologie ramassée, courte.

à l'époque on n'enseignait que la psychanalyse d'adultes, et nous nous comportions avec les enfants exactement comme avec les adultes. Au début, il n'y avait pas de « playthérapie [1] », il n'y avait rien du tout. C'était une table, et non pas un divan pour l'enfant : il n'était pas allongé. Et voilà : « Si tu es embêté et que tu veux parler, tout ce que tu veux dire, tu peux le dire avec des mots, avec un dessin, avec un modelage, et même en te taisant. Si ça parle dans toi, moi j'écouterai, en me taisant aussi. » C'est tout.

Et puis, les enfants faisaient de la psychanalyse, ils se sortaient de leurs affaires, c'est comme ça que j'ai écrit ma thèse, stupéfiée, vraiment stupéfiée que cette méthode fût si opérationnelle. Comment se fait-il qu'ils guérissent ? Qu'est-ce qui s'est passé ? Je prenais des notes de ce qui se passait, de ce que j'en percevais, et alors c'est peu à peu qu'ils se transformaient. Après coup je relisais mes notes pour essayer de comprendre le processus de ces transformations.

Avec les petits, c'est pareil ; mais il faut *dire*, aux petits, c'est la différence ; il faut du déclaratif, pour les petits, du déclaratif de ce que les parents nous disent. C'est une chose étonnante, qu'une « bande magnétique » remonte, comme ça, chez un enfant ; il ne l'avait pas intégré avec son intellect mais il a pu le verbaliser ; et il a fallu tout ce travail pour comprendre de quoi il s'agissait.

M.-C. BUSNEL :

Je voudrais vous demander une précision. Quand vous dites : « Il faut leur parler de... », c'est à des enfants de quel âge ?

F. DOLTO :

Je ne sais pas... 8 jours... 15 jours.

Par exemple, l'enfant qui ne peut plus téter sa mère, la soi-disant anorexie du nouveau-né...

Bien sûr, c'est dans les bras de la mère, c'est dans une situation triangulaire, mais tout ce que la mère dit, je le redis à la personne de l'enfant. La mère disant : « Mais, vous pensez bien, il ne comprend pas, pourquoi lui parlez- vous ?... »

J'ai parlé avec des pédiatres, qui travaillent maintenant avec moi, et qui ont essayé ce qu'ils ont cru au début être un truc, en se disant : « Elle est complètement farfelue, mais on va essayer... pourquoi pas?... »

Et alors, surprise, chaque fois qu'ils parlent à la personne de l'enfant, lui disant ce que la mère vient de dire, au lieu de parler *de* l'enfant, avec la mère, sans s'adresser à lui personnellement il y a une transformation complète des rapports de ces médecins à ces bébés. Il n'est jamais trop tôt pour parler à un être humain. C'est un être de parole, dès la vie fœtale, et moi, je comprendrais très bien qu'une mère et un père parlent à la personne du fœtus qui est dans l'utérus de la mère. Peut-être, c'est un fantasme chez eux, peut-être... En tout cas, l'effet de cette parole est telle... c'est pas du tout une parole de psychanalyste...

Enfin, maintenant qu'à *France-Inter*, vous le savez, je fais ces émissions, combien de lettres sont venues confirmer la stupéfaction des parents qui se sont dit : « On va tout de même essayer. » Par exemple : l'insomnie d'un enfant, c'est grave. Tout un immeuble en résonne. On le berce, on le secoue, on le tape, on le drogue... Oui, il faut voir les complications de la vie, ce que ça peut faire un enfant qui crie toute la nuit, le père qui travaille, la mère qui

[1] Thérapie par le jeu ; l'enfant utilise les jouets qu'on met à sa disposition pour exprimer ses conflits inconscients. (N.D.L.R.)

travaille, ils sont obligés de le bercer toute la nuit pour que les voisins ne les flanquent pas à la porte. Quelle fatigue ! Alors, ils disent : « On peut toujours essayer de faire ce qu'elle dit : ça ne peut pas faire de mal. » Et résultat : l'enfant se met à dormir tranquillement parce que la vérité lui est dite ; on lui a dit de quoi il souffrait, il voulait dire quelque chose en criant et en dérangeant ses parents, on a su reconnaître son désir, il est sécurisé. Qui que nous soyons, je crois qu'à notre naissance nous sommes dix fois plus intelligents qu'à l'âge où nous croyons l'être, à 20 ans... Nous avons tout en nous. L'intelligence, après, elle se distribue sur de multiples désirs, intérêts. Enfin, c'est comme une partie d'échecs, tout est possible au départ, et puis en cours de partie, il n'y a déjà plus beaucoup de pions : faut vraiment veiller au grain pour qu'on aille un peu plus loin, et gagner la partie, surtout si l'adversaire, en face, est malin.

C'est ça, cette parole : jamais trop tôt pour « parler *vrai* ». Ce qui est arrivé à cet enfant, ou ce que quelqu'un nous dit de lui. On vous dit quelque chose devant l'enfant, il faut reprendre : « Tu entends, ton père dit ça, mais toi peut-être as-tu vécu cet événement autrement que lui le dit. » Parler à sa personne, en lui laissant la place pour une réponse que nous n'entendrons pas puisqu'il n'a pas la parole pour parler, mais qu'en désir il émettra, en réponse non audible. Mais le désir et le sujet sont là. Appelé à l'être, il se structure, se construit, conscient - enfin, comment dire ; *cohésif;* je voudrais dire plutôt cohésif avec lui-même, et accueilli humain, accueilli « être de parole », en filigrane, parole qui ne peut pas encore être dite puisqu'il n'a pas l'appareil émetteur de langage, construit dans le larynx et la bouche; mais il s'exprime. Et d'ailleurs beaucoup de choses que nous disent les mères sont des choses que les enfants sentent, et les choses que les enfants sentent et signifient, sont des choses que la mère sent. Il y a une communication, mais on oublie que l'enfant a aussi son mot à dire.

On sait déjà que l'enfant est *dans le désir de ses parents*, c'est presque devenu la tarte à la crème. Mais ce que l'on ne sait pas, c'est que l'enfant a lui-même *son désir propre* qu'il veut nous manifester, et que la seule manière de le reconnaître sujet c'est de parler à sa personne, et de lui laisser un temps de réponse que nous écoutons avec notre cœur, avec notre peau, avec... et puis : « Oui, ben oui, tu as raison. Tu es malheureux, nous ne pouvons pas faire autrement, ta maman est obligée de travailler, moi je suis obligé de dormir, et tu es très, très malheureux, mais nous ne te reprendrons pas dans notre lit, ta mère ne te reprendra pas dans ses bras. Il faut que tu dormes. » Cela dit, en même temps qu'on reconnaît la souffrance de l'enfant, il « se trouve » ; voilà comment je peux vous répondre...

De même, quand un enfant est devenu complètement patraque depuis quelque temps après la mort de la grand-mère maternelle, ou du grand frère... tout ça, ce sont des réponses, des témoignages que je reçois, à *France-Inter*. Je le savais déjà, mais pas sur une si grande échelle, et avec des gens qui ne sont pas du tout en psychanalyse, avec le « tout-venant » de la vie quotidienne. Et les témoignages : « Cet enfant qui était complètement patraque va beaucoup mieux depuis que je lui ai dit la vérité, que sa grand-mère était morte et que j'avais eu beaucoup de peine, et que j'avais cru qu'il était trop petit. » (Il faut toujours réparer comme ça : « J'avais pensé que tu étais trop petit pour qu'on te le dise, mais je vois maintenant que tu es assez grand. ») Il faut parler de la peine que toute la famille a eue, de sa peine à lui, et aussi parler de cette mort. Si l'enfant en parle, on lui dit la vérité et puis, quinze jours, trois semaines après, l'enfant qui a paru ne rien entendre parle de la mort de sa grand-mère, demande des explications.. et les parents répondent ce qu'ils savent, ou disent qu'ils ne savent pas. Et quand ils ne savent pas, ils disent :

« Je ne sais pas.

– Et alors, moi j'ai peur de mourir...

– Tout le monde a peur de mourir, pas seulement toi. »

On dit la vérité, au lieu de s'angoisser de ce que dit l'enfant, et la patraquerie disparaît, tout rentre dans l'ordre. Il est un interlocuteur à qui on a dit la vérité, à des questions que lui se posait et qu'on évitait de lui faire savoir, pour soi-disant ne pas le traumatiser. Mais on traumatise par le silence, on traumatise par le non-dit beaucoup plus que par le dit. Entre le non-dit et le dit, même d'une chose gravissime, il vaut mieux dire la chose gravissime. Et la chose qui va peut-être faire énormément de peine à l'enfant, il faut la dire... Quand les parents s'en vont, sans rien dire, ça laisse des séquelles dans la vie de l'enfant et, dans l'avenir, l'abandonnisme, alors qu'ils n'ont jamais été abandonnés, l'abandonnisme grave, comme névrose, chez des enfants dont les parents, très attentifs pourtant, *partaient toujours pendant qu'ils dormaient pour qu'ils ne pleurent pas de leur départ*, quand ils étaient obligés de les laisser chez quelqu'un. Ça fait des névroses gravissimes d'abandon, beaucoup plus que chez l'enfant qui sait qu'il a été abandonné, réellement.

La névrose d'abandon, c'est le « non-dit » de ce qui est fantasmé par les parents comme abandon, et qu'ils supposent trop pénible à supporter, qu'il faut lui éviter. Vous voyez, là, c'est difficile à penser pour des gens qui se disent : « Mais non, l'abandon, c'est une mère qui a lâché son enfant, qui a été adopté, ou qui est dans une maison de l'Assistance publique toute sa vie. »

Pas du tout. Ceux-là ne font pas de l'abandonnisme, *jamais*. Ils font parfois des réactions paranoïaques, ils ont parfois des impossibilités d'être parents de leurs enfants, mais ils ne font pas de l'abandonnisme.

L'abandonnisme, c'est le fantasme d'abandon, qui n'a pas été dit. Au nom de ce fantasme, les parents ne peuvent pas dire à leur enfant : « Nous te laissons », pour telle ou telle raison, et le laisser brailler en disant « nous ne pouvons pas faire autrement, nous t'aimons beaucoup mais c'est comme çà, mais nous reviendrons à telle heure ! » Et alors dos mots étant dits sur la souffrance, ces mots font que cette souffrance est humanisée puisque les parents peuvent la dire et qu'eux n'en souffrent pas trop, puisqu'ils la disent. C'est viable dans la relation d'amour toujours ambivalente des parents et des enfants ; le résultat en est du positif, au service de la vie de leur enfant. Et ça, ça doit se passer dans les paroles. Voilà.

G. HARDOUIN :

Je vous demande une petite précision concernant l'abandon dans la deuxième histoire : c'est quelques jours après la naissance ?

F. DOLTO :

C'est quarante-huit heures; à la quarante-huitième heure c'était « engrammé ». Cette femme, je lui ai dit : « Mais vous êtes sûre que vous n'en avez parlé à personne ? » Elle m'a répondu : « Jamais ce n'est sorti, vous pensez, je n'aurais jamais pu raconter ça, c'était tellement épouvantable. »

Elle avait été tellement bouleversée, c'était la chambre à côté, toute cette clinique avait été bouleversée, et même... elle disait : « Ce petit, je vais lui laisser, je voudrais le lui rendre, une fois... » Cette femme, c'était son premier enfant adopté, elle avait une anomalie anatomique, elle était sans vagin, c'était une femme extrêmement maternelle, au point de vue affectif.

Aussi, il n'y avait pas du tout chez elle - c'est très intéressant d'ailleurs pour la question de l'adoption - il n'y avait pas du tout chez elle cette revendication de maternité comme chez certaines femmes adoptantes. Elle n'était que reconnaissante aux mères qui n'avaient pu élever leur enfant, et c'était vraiment comme si elle prenait un relais ; c'est très rare de voir

une mère a l'évocation du changement de prénom, dire : « Puisque cette petite maman voulait lui donner ce prénom-là, il aura ce prénom-là. »

Et aussi, c'est très rare qu'une femme ait garde ça pour elle. Et je crois, en effet, ayant connu son mari, qu'il aurait été, lui, le mari, terriblement troublé par une histoire pareille, car, comme elle disait : « Mon mari est un grand sensible. Moi, j'aurais pas pu lui raconter, c'était trop épouvantable. »

C'est ça que ça pose comme problème cette « bande enregistrée », enregistrée mais non comprise, puisqu'il ne s'en est pas souvenu du tout. L'ayant dit, c'était fini ! Mais fini aussi, tout ce qui, avec ces paroles, s'inscrivait d'interdit de pacification de l'individu. On dirait que, quand les choses sont parlées, il ne reste que la paix du corps. *Sinon le corps parle, à la place de* ce qui ne peut se dire, ce qui aurait à être dit, et qui est anti-vie. Or, il y avait de l'anti-vie symbolique dans ce qui s'est passé : la grand-mère... Mais, il s'est passé aussi, comme nous l'avons vu dans la conception, une histoire, qui était une histoire œdipienne transférée. L'enfant « incestueux », même par fantasme, est marqué d'interdit dans une civilisation comme la nôtre, comme dans toutes les civilisations. Mais dans une civilisation où les pulsions sont l'objet de tant de rebondissements (après leur refoulement, et leur symbolisation après refoulement) que ce n'est pas possible qu'un enfant fantasmé incestueux au départ, et qui se fantasme lui-même comme incestueux, puisse s'en sortir, si ça ne lui est pas dit, pour que le fantasme, étant mis en paroles et partagé avec une autre personne, soit de ce fait rédimé, par rapport à cette culpabilité inconsciente profonde. « Puisque ça peut se dire en paroles, mon corps n'a plus besoin de jouer l'interdit d'être vivant. »

B. THIS

C'est quand même très difficile à comprendre cette relation entre ce que vivent les parents et ce que l'enfant incarne dans son existence. Je prends un exemple qui me vient à l'esprit.

Une petite fille, pendant la guerre, est cachée, dans un trou, au fond d'une cave. Bombardement : ceux qui l'hébergeaient sont tués. Elle sera sauvée. Vingt ans plus tard, elle se marie; un enfant naît, qui ne pensera qu'à se cacher. Et ne parler que de trous, dans les murs, dans la terre, dans sa tête. Sa mère, en psychothérapie, retrouve le souvenir de cette période cauchemardesque ; elle se cogne la tête contre les murs, en hurlant : « Non, non, non ! » Séances terribles, angoisse intense. Comment avait-elle pu oublier ? L'enfant, qui paraissait débile, en sera transformée : « Je suis en train de sortir du tunnel. » Elle interroge sa mère : « Comment naissent les bébés... et moi... comment je suis née ?... »

Ce qui me sidère, ce n'est pas que cette mère ait pu oublier ce qui s'est passé, quand elle avait 5 ans, c'est que le refoulé ait pu agir sur l'enfant ! Et quand la mère élabore l'angoisse de cet âge, sa fille se libère de ses angoisses, à son tour.

Phallisme et réceptivité

M. TOURNAIRE

Est-ce que ce n'est pas une caractéristique des schizophrènes d'être enfermés... ?

F. DOLTO :

Question intéressante... Les schizophrènes ne sont pas toujours enfermés dans des trous. Ils sont ou bien trou, ou bien uniquement phallisme. Et c'est justement parce que ça n'est pas croisé au temps de leur histoire dans un espace qu'ils deviennent schizophrènes.

Nous sommes tous à la fois des trous et des protrusions, grâce auxquels nous prenons contact.

Les hommes, davantage phalliques, et les femmes davantage trous.

A cause de la vie, à partir du moment de la connaissance de la vie génitale. Mais ceci c'est fonctionnel, à cause de notre corps, et il y a métaphore dans notre psychologie, de ces données du corps propre, et du sexe, dans la forme qu'il a, chez l'homme et chez la femme.

Mais le schizophrène, qu'il soit homme ou femme, n'est pas plus dans l'un que dans l'autre.

Il y a des schizophrènes qui ne sont qu'agression, leur corps n'est qu'agression, c'est d'ailleurs ceux qu'on est obligé de mettre à l'abri car ils agresseraient, sans sentiment de responsabilité, leur désir irresponsable n'est que de prendre contact.

Finalement, c'est la manière de prendre contact tout d'un coup, d'être un « éjaculant de mort »... de force, d'énergie s'en allant sur autrui, qui se trouve focaliser leur désir.

Et puis, il y en a d'autres qui veulent attirer ou qui par autrui ne sont qu'attirés. C'est pourquoi on parle de cette homosexualité profonde, passive ou active, des homosexuels des deux sexes ; mais c'est aussi pour ça que les psychoses puerpérales maternelles peuvent prendre, du fait qu'une femme est très réceptrice, doit être réceptrice. Elle ne peut rien émettre ; le fait d'émettre un enfant garçon ou fille, d'émettre du mâle, parce que c'est phallique, d'ailleurs tout enfant qui sort, c'est mâle (c'est comme le phallus de la femme, son enfant, au moment où il sort), elle ne peut le supporter. C'est un tel problème de contradiction profonde avec sa structure, dans l'affectivité qu'elle a eue, dans l'Œdipe, et après, dans sa relation aux hommes et aux femmes, que le fait de se montrer phallique lui est impossible. Ça la rend « folle ».

J'ai fait l'analyse d'une femme, comme ça, qui ne pouvait pas, absolument pas gester au-delà de trois mois. Elle avorta huit fois auparavant. C'était une enfant adoptée; tout ce qui est ressorti dans sa psychanalyse, c'est, en effet, que sa mère de naissance n'avait pas pu la montrer, parce qu'elle était adultérine et qu'elle avait été cachée jusqu'au moment d'être adoptée à 3 mois. Si sa mère n'avait pas pu la montrer, elle ne pouvait pas montrer qu'elle était mère. Et tout le problème était là : elle avait beau être une femme extrêmement féminine, extrêmement intelligente, et femelle, elle ne pouvait pas mettre au monde un enfant parce que sa mère adoptive, qu'elle ne savait pas être sa mère adoptive jusqu'à 18 ans, lui avait toujours raconté qu'elle avait fait beaucoup de fausses couches avant de l'avoir, et ne lui avait pas dit qu'elle l'avait adoptée. Et sa vraie mère, dont elle était le quatrième enfant, mais enfant adultérine, pendant que son mari officier était prisonnier, l'a fait adopter par cette femme-là. Elle - jusqu'à la fin de son analyse - ne pouvait pas mettre au monde d'enfant. Pourquoi ? Parce que c'était trop phallique pour une fille, entièrement construite en réceptivité féminine.

Vous voyez. C'est intéressant cette question du trou ou cette question au contraire du trop phallique, du trop émissif.

UN PARTICIPANT :

Je voudrais savoir si ce n'est pas un fantasme d'homme, cet enfant phallus.

F. DOLTO :

Eh bien, c'était un des fantasmes de cette femme que j'ai analysée.

Je crois que c'est souvent un fantasme d'homme. Est-ce souvent un fantasme de femme aussi ?... Ce n'est pas seulement un fantasme d'homme.

La conservation du fœtus et la mise au monde, vivant, certainement c'est quelque chose qui ressort du domaine imaginaire émissif, disons du phallisme féminin bien accepté pour son narcissisme. Le reste de la femme est réceptif, mais là c'est un phallisme féminin, que la femme doit assumer, sans lequel il n'y aurait pas d'être humain sur terre.

Histoire d'un coma en Italie

UN PARTICIPANT :

Comment, d'après ce que vous avez dit, comment peut- on comprendre que le langage « passe », alors qu'il n'y a pas eu apprentissage du langage ?

F. DOLTO :

Je ne sais pas ! Je ne sais pas, mais je vais vous raconter une histoire : un monsieur très âgé vient me voir pour son petit-fils de 16 ans, qui est à orienter, et qui a eu un accident abominable quand il avait 8 ans.

Ce monsieur avait une fille, mariée, deux enfants. Partis en vacances, en Yougoslavie, dans un village de vacances. Ils reviennent la nuit, en traversant l'Italie. Et c'est l'accident d'auto, épouvantable. La mère est tuée sur le coup, le père ne sort pas du coma et meurt huit jours après. La petite fille qui était couchée sur la banquette arrière n'a rien du tout. Elle est secouée en dormant et on la ramène tout de suite en France. Les grands-parents sont appelés d'urgence et viennent tout de suite à l'hôpital italien où le petit de 8 ans est hospitalisé : multiples fractures, défoncement de la boîte crânienne, énucléation de l'œil et perte de matière grise. Il est naturellement dans le grand coma, et il y restera, si mon souvenir est bon (je l'ai écrit à la maison, je ne sais plus), au moins six semaines, deux mois.

Là-bas, les grands-parents disent combien ils ont été bien reçus : on a installé un lit et le grand-père ou la grand-mère ont pu rester auprès de ce petit garçon, seul survivant avec sa sœur.

La grand-mère et le grand-père, ne parlant pas l'italien, se relaient auprès de ce petit garçon en lisant les revues, des journaux.

Toutes ces personnes venant très gentiment et disant : « Ce petit, si on peut le sauver... »

On voit les Italiens, affectueux, affectifs... (Ils ont vu la différence parce que, après, il a été hospitalisé un an et demi aux Enfants-Malades pour des plasties et ils n'ont même pas eu le droit d'entrer dans la chambre. Il a eu beaucoup d'opérations de la face, et il est d'ailleurs magnifiquement arrangé; ils m'ont montré la photo.)

L'enfant se réveille de son coma au bout de deux mois : ... on lui parle, *il répond en italien.* Il ne sait plus un mot de français, et il parle italien, mais pas du tout comme un bébé ! il parle italien comme un Italien, j'allais dire comme vous et moi. Quand la grand-mère lui parle français, et qu'il répond quelques mots, il répond avec un langage bébé français : lolo, tata, pipi..., enfin des mots tout à fait archaïques. Il comprend ce qu'elle veut dire, mais il répond

surtout en italien. En même temps, il nie l'accident. C'est curieux les réactions qu'il a eues. II avait 8 ans : très intelligent en classe, c'était un enfant tout à fait doué.

Il regarde les revues qui se trouvaient là : il les prend et montre : « Mais tu vois : papa est là, maman est là, l'auto est là, elle n'est pas démolie » ; à toutes les réponses, il prenait les images en disant : « C'est pas vrai : papa est là, maman est là, la petite sœur... »

Avec le personnel, il parlait l'italien comme un Italien. Quand il est revenu aux Enfants-Malades, il a perdu le français et l'italien ; il a fallu lui réapprendre à parler, un an après, parce qu'il a eu des anesthésies coup sur coup. Il est possible que les anesthésies aient joué pour faire perdre ses acquisitions... Quoi qu'il en soit, au bout d'un an et demi, alors que, quand il est sorti du coma, c'était un enfant intelligent italien, qui ne parlait plus le français, un an et demi après dans un hôpital français, c'était un enfant arriéré, qui ne savait plus ni marcher, ni parler sa propre langue.

Il a fallu tout recommencer.

Les grands-parents venaient me voir pour que je leur conseille une orientation pour ce garçon qui avait maintenant 16 ou 17 ans. Il était, en effet, bien arrangé, assez bien de sa personne, mais ne pouvant pas dépasser scolairement une espèce de septième ou sixième. Ils cherchaient : est-ce qu'il y avait intérêt à continuer les études ?

Cet homme, seul à pouvoir élever cet enfant, était quand même très âgé, 80 ans, avec une femme moins âgée ; il était venu parler de ce problème d'orientation pour un enfant qui ne posait aucun problème caractériel, et se développait très bien, tant du point de vue social qu'affectif, déjà un peu sexué, étant donné son âge, sans aucune timidité, ni traumatisme d'abandon de parents.

Enfin, c'était tout de même intéressant à savoir, voilà un garçon parfaitement sain sur le plan de la relation humaine.

Et les grands-parents, je dois dire que ça a dû les renouveler, parce qu'ils n'ont pas du tout paru des gens tassés ni rétros.

Mais revenons à la *parole,* puisque c'était votre question. Je voyais un réanimateur et je lui ai demandé des explications. Il m'a expliqué qu'il y a des protéines; on fabrique des protéines, des protéines, et comme toutes les perceptions se fixent sur des protéines, il y avait des tas de perceptions qui s'étaient fixées sur des protéines !

Oui, bon, pourquoi pas, mais pourquoi alors n'était-ce pas de la « bande magnétique »? « Ce pauvre petit, faut lui mettre sa sonde », je sais pas, tout ce qu'on peut dire en italien autour d'un enfant qu'on réanime... « Ah ! voilà le tracé qui s'aplatit. Ah ! le tracé devient régulier. » Après tout, pourquoi n'était-ce pas du mot à mot qu'il aurait mémorisé et redit, comme le petit bonhomme dont je vous ai parlé, qui a redit une « bande magnétique » sans y rien comprendre? Non, c'était un *langage construit,* en italien, et logique de son âge.

Cet enfant de 8 ans parlait avec une autre langue, apprise en deux mois de coma. Alors qu'avant il n'en savait pas un mot ; il était allé en Yougoslavie, il n'y avait pas d'Italiens; la petite fille qui, elle, avait passé les vacances avec son frère, et qui n'a rien eu, ne savait pas un mot d'italien.

C'est tout de même extraordinaire.

B. THIS :

Mais d'habitude, ces choses extraordinaires on veut les oublier.

F. DOLTO :

On ne les raconte pas ; il faut que ça tombe, que ce soit oublié. Cet homme, il l’a certainement raconté aux Enfants-Malades, quand il est arrivé... si on l'a laissé parler. Mais peut-être qu’on ne l’a même pas laissé parler. Cet enfant, comment s’est-il réveillé ? Que s’est-il passé ?

D. TEYSSANDIER :

Qui me prouve que c’est vrai ? Que le grand-père a vraiment entendu cela ? Il n’y a pas de vraies preuves.

F. DOLTO :

Non, mais il y avait la grand-mère et le grand-père qui se relayaient. Il n'y a pas de vraie preuve, mais vous savez il ne m'a pas raconté ça pour faire le malin. Non II m'a raconté ce qui s'était passé.

D. TEYSSANDIER :

Je trouve cela sujet à caution.

F. DOLTO :

C’est possible. Vous avez raison, il faut toujours mettre en doute ce qu’on entend.

D. TEYSSANDIER :

Si VOUS aviez entendu vous-même, je le croirais

F. DOLTO :

Eh oui... *(Rires dans l'assistance.)*

B. THIS :

Elle pourrait délirer...

F. DOLTO :

Et pourtant, je pourrais délirer. Oui, voilà comme il dit !

D. TEYSSANDIER :

Bien sûr, mais on s’en serait déjà aperçu.

F. DOLTO :

Mais ce monsieur ne délirait pas du tout, et sa femme qui n’est pas âgée, elle a quinze ans de moins que lui, cette femme qui m’avait raconté ça (Dieu sait que ça avait été pour elle une épreuve), elle le racontait comme une épreuve, de ne pas pouvoir communiquer avec son petit-fils.

D. TEYSSANDIER :

Je crois que les choses qui passent par plusieurs bouches et plusieurs oreilles, il faut s'en méfier.

F. DOLTO :

Mais, là, c'est direct; cette femme était présente. Je crois qu'une histoire comme ça est difficile à inventer. Je ne vois pas pourquoi ces gens-là m'auraient raconté ça, et m'auraient raconté leur épreuve, de ne pas pouvoir parler avec lui qui parlait italien, leur épreuve de n'avoir rien compris.

D. TEYSSANDIER :

Eh bien, moi, je n'y crois pas.

F. DOLTO :

Oui. Bon, eh bien c'est possible ! Enfin, moi je vous raconte ça comme un document qui, moi, m'a frappée.

M. M. CHATEL :

On ne s'étonne jamais assez qu'un enfant apprenne à parler, qu'un beau jour il parle.

F. DOLTO :

Et il est parfaitement déjà dans le langage, même s'il ne dit qu'un mot, le langage qui est en dessous, le langage implicite, est parfait.

D. RAPOPORT :

Le langage ne commence pas comme ça quand un enfant se met à parler. On a parlé hier de la marche. Ce n'est pas parce qu'un enfant à 15 mois se met à marcher, qu'il n'y a pas eu la station debout avant, et puis tout ce qu'il y a eu avant, dans l'imaginaire du corps marchant, les racines dynamogènes de la marche. Quand le langage apparaît, tout s'est déjà préparé avant. Il y a en place des possibilités de réception, de compréhension et d'une façon extraordinairement riche et indifférenciée : un jour elles s'expriment. Exactement comme pour le développement biologique.

F. DOLTO :

Oui, sûrement. Et la psychologie est une métaphore de physiologie, justement.

D. TEYSSANDIER :

Ce qui est étonnant, dans cette affaire, à mon humble avis, c'est que cet enfant ait parlé un langage qu'en principe il n'a pas entendu : il a entendu un langage technique, des tracés plats, des tracés anormaux, etc.

F. DOLTO :

Il aurait pu, en effet, se faire l'écho de l'italien entendu. Il n'a pas du tout parlé ce langage-là. Moi c'est ça qui m'étonnait, c'est qu'il n'ait pas du tout parlé de choses médicales.

UN PARTICIPANT :

Vous parlez a un enfant de quelques jours, par exemple. On pourrait lui parler dans n'importe quelle langue ?

F. DOLTO :

Sûrement. A condition de lui parler la langue qui sort de soi, au point qu'on ne pense pas à ses mots ; on dit ce qu'on a à dire, sans penser à la façon dont on les dit. A un être qui est au moins son égal, et peut-être son supérieur.

D. RAPOPORT ;

On ne sort pas du coma comme ça. Moi qui passe en réanimation, je peux vous dire ce qu'il en est ; quand un enfant sort du coma, il ne sort pas tout de suite de l'hôpital. Il se passe encore huit, dix, quinze jours, ce qui fait que tout ce qu'il avait entendu dans son coma a pris son sens à ce moment-là.

F. DOLTO :

Oui, c'est ça : il a entendu parler autour de lui, des gens, une petite infirmière qui dit : « Cet après-midi je vais chez ma mère, je vais voir mes neveux » ; enfin, n'importe quoi... Il a entendu parler un peu de tout, pendant son coma.

M. TOURNAIRE ;

Ces Italiens parlent tellement qu'ils ne laissent la place de parler à personne d'autre... *(Rires.)*

Relations mère-enfant pendant la grossesse

G. HARDOUIN :

Peut-on parler d'un autre sujet, et savoir ce que vous pensez des relations mère-enfant pendant la grossesse?

F. DOLTO :

Ce que je pense... Ce que je pense des miennes ?

J'ai eu des relations avec mes enfants avant leur naissance ; j'étais très étonnée des deux moments : 5 mois et 7 mois. Pour le premier surtout, parce qu'une femme est très surprise pour le premier. Le deuxième on reconnaît qu'on a déjà éprouvé ça. Je ne sais pas si les mères qui ont eu des bébés peuvent le dire... ?

J. B1ENAYMÉ :

Nous parlons de relation mère-enfant pendant la grossesse. J'ai eu l'occasion d'écouter des bandes sonores réalisées par des acousticiens de l'équipe de Tomatis, qui ont réalisé un modèle physique, reproduisant l'oreille fœtale dans son milieu liquide.

Ce modèle physique reproduit, scrupuleusement, ce qu'entend le fœtus : une quantité de choses. Il entend la musique de l'électrophone, des voix extérieures : la voix de la mère, la voix du père et de personnes de l'environnement, il entend les bruits digestifs, il entend très bien le cœur; ces bruits organiques sont d'ailleurs assez peu transposés. Il entend les bruits respiratoires qui, eux, sont totalement transposés. Et le bruit respiratoire de la mère, et ça a frappé tous ceux qui ont entendu cette bande sonore, reproduit exactement le bruit de la mer sur la grève...

Et, assurément, dans cet attrait particulier qu'ont certains individus pour le bruit de la mer, le bruit de la mer sur la grève, se retrouve probablement cet engramme du bruit de la respiration maternelle, gravé pendant des mois.

F. DOLTO :

Ceci est intéressant car cela nous indique ce que tout enfant, quelle que soit sa relation à telle mère, dans telle situation perçoit du fait qu'il est *in utero* ; mais... si nous parlons de la relation pensée et parlée de la mère avec son enfant, ça dépend de chaque mère.

Alors, vous dire comment les mères l'établissent, je n'en sais rien; je ne peux vous dire que mon expérience personnelle. Alors, pour moi ce fut à 5 mois, et ceci n'est pas lié au fait que j'ai su par mon accoucheur futur que le cœur battait ; la première chose qui m'a beaucoup frappée...

C'était vers 5 mois ; comme ça, je me promenais, quand tout d'un coup le *sentiment d'une présence,* très attentive, et comme égale à la mienne.

Je me dis, mais enfin... je me suis retournée à droite, à gauche, mais il n'y avait personne, je marchais... et puis, je suis arrivée, j'en ai parlé à mon mari, et je lui ai dit : « Tu sais, c'est peut-être le bébé qui est là. C'est tout de même étrange que je ne puisse pas savoir si c'est une fille ou un garçon. » Bon, voilà ! A partir de ce moment, cette présence ne m'a pas quittée; il y avait une présence en moi.

Et je l'ai retrouvée dans les deux autres grossesses que j'ai eues.

Et puis, alors, à 7 mois, c'est très, très manifeste, il y eut une lutte. J'ai eu des grossesses absolument sans aucun problème, mais il y avait une lutte psychique; c'est : « J'en ai marre de ce que tu fais... repose-toi », quelque chose comme ça... parce que je travaille, je travaille, je suis très active, mais le bébé demandait du repos. Et puis, moi j'aurais bien continué, mais je sentais (c'est pas une parole), je sentais : « Il faut que tu te reposes », c'était pas mon corps qui parlait, parce que mon corps... j'ai beaucoup de réserves ! Mais il y avait quelqu'un qui n'avait pas les mêmes réserves que moi et qui voulait que je me repose. Et je me suis dit que, certainement, des menaces d'accouchement prématuré vers 7 mois pouvaient être liées à la « non-écoute » des besoins de cet enfant. Je peux vous dire que c'était pendant la guerre ; j'ai eu mes deux premiers pendant la guerre, pour le premier je circulais à vélo, et j'ai fait de la moto pour le dernier jusqu'à la veille de l'accouchement. De la petite moto ; je posais mon ventre sur le réservoir, et vogue la galère ! Ce n'était pas une fatigue physique, c'était une fatigue d'ordre général ; je le sentais dans moi, et moi je n'étais fatiguée ni de ma tête ni de mon corps.

C’est peut-être pour ça qu’il aime tant les moteurs celui-là. Ça m’a beaucoup arrangé de faire de la moto parce que, pour le premier, je faisais de la bicyclette, alors là, qu’est-ce qu’il pouvait s’agiter, à partir de 7 mois ! Et là, c’était étonnant : dans la montée de la rue Saint-Jacques. (J’habite rue Saint-Jacques et vraiment c’est une montée, la rue Saint-Jacques !)

Eh bien, la montée de la rue Saint-Jacques à bicyclette, je peinais, et ça rouspétait dans mon ventre, et plus ça gesticulait, plus ça me fatiguait...

Alors, je lui parlais, et je lui disais : « Ecoute, je t’en prie, nous n’y arriverons pas... (*Rires dans la salle.)* Tiens- toi tranquille, ne gesticule pas, et je vais y arriver, sinon je n’y arriverai pas... je suis fatiguée, et tu as besoin, comme moi, de te reposer. »

Bon, immédiatement, ça s’arrêtait. Quand je descendais de mon vélo, arrivant à la porte, je disais « Maintenant tu peux y aller »... et ça se mettait à gesticuler... la rumba là-dedans... la rumba c’est l’aîné d’ailleurs. Mais il s’était arrêté à ma parole.

Quant à la voix du père, pour tous les bébés, étonnante la réceptivité ! La voix du père, immédiatement, arrêtait le mouvement, et le mettait à l’écoute. C’est très étonnant ces expériences. Mais je ne peux vous parler que des miennes qui sont tout à fait sujettes à caution, comme toutes les choses où il y a projection... toujours de l’hystérie... toutes les femmes sont comme ça !

Alors, je ne sais pas la valeur que ça a. Je ne peux pas vous parler des relations mère-enfant avant la naissance. Il y a des gens qui peuvent les entendre, de quelqu’un qui les dirait, mais qui ?

Réfléchissez tous, vous pères, quand vous et votre femme attendez des bébés, à l’impact de votre voix et de votre dire à vos enfants, je crois que c’est très important.

L’écoute de l’accoucheur

R. LE LIRZIN :

Je voudrais simplement ajouter quelques remarques à ce que vous avez dit.

On a l’impression qu’il y a pendant la grossesse une sorte de processus d’incubation. Ce processus est nécessaire. La femme ne peut en faire l’économie. Il m’a semblé qu’un certain nombre de menaces d’accouchements prématurés pouvaient se produire parce que cette incubation manquait. Ce qui m’a beaucoup frappé, c’est qu’en écoutant ces femmes, chose que je me suis attaché à faire, il y a ainsi beaucoup de fantasmes qui ressortent. Elles parlent d’une façon extrêmement importante de leur père, de leur mère, mais surtout de leur père. Elles ont d’autre part des tas de fantasmes d’enfants morts ou de malformés, etc. On est surpris de voir la facilité avec laquelle ces fantasmes sortent pendant la grossesse puis s’évaporent à partir du moment où elles en ont parlé. C’est vraiment extrêmement fréquent.

Quand je m’étais un peu aventuré dans ce domaine, j’en avais parlé devant des personnes versées dans la psychanalyse et la psychologie, et je m’étais fait agresser. C’était du style « Jeune imprudent, vous ne savez pas dans quoi vous vous embarquez, la grossesse c'est quelque chose de très particulier; la femme n'a pas de défense, elle est très vulnérable » En réalité on est frappé de voir que par cette approche et cette écoute, un certain nombre de menaces d'avortements, de menaces d'accouchements prématurés « s'évaporent ». C'est la même chose pour bien des problèmes de dépassement de terme qui peuvent ainsi se résoudre. J'ai à ce sujet une histoire très significative

Il s'agit d'une enseignante qui attendait son deuxième enfant. La première grossesse s'était bien passée. Sa mère était là, m'a-t-elle dit. Pour la deuxième elle dépasse son terme. Je la vois arriver un peu fatiguée, un peu déprimée. Je me dis que quelque chose ne va pas. Je l'examine, je l'amnioscope, tout allait bien. Puis je l'écoute un peu Manifestement ce n'était pas comme l'autre fois. D'habitude elle était pleine de tonus, elle m'explique : « Je ne sais pas pourquoi, actuellement je suis fatiguée, déprimée Ma mère n'est pas là et puis, je veux vous le dire, je fais des rêves idiots : je passe mon temps à rêver que par exemple je suis sur les genoux de mon inspecteur d'académie, un peu comme si c'était mon père. » Puis elle ajoute : « Bon, pendant que j'y suis, je vais vous raconter un rêve que j'ai fait où j'étais ici en salle de travail, je ne voulais pas accoucher, il n'y avait rien à faire, et vous étiez là en train de m'engueuler, excusez-moi l'expression. » Je n'ai rien dit.

Quarante-huit heures après je l'ai revue pour une autre amnioscopie. Elle reparle encore un peu de ses autres rêves, de ses fantasmes. La troisième fois je la vois revenir avec un œil totalement différent. Manifestement quelque chose s'était passé. Elle me dit en s'excusant : « Je suis très gênée de vous avoir raconté tout ça. Mais, après tout, je vais vous dire aussi que cette nuit-là j'ai encore fait un autre rêve. 11 était aussi extraordinaire, mais c'était l'inverse. J'étais ici en salle de travail. C'était merveilleux, tout se passait merveilleusement bien, l'accouchement allait très vite, et puis vous étiez là aussi, en train de sortir l'enfant ; tout était calme, tout était serein. J'avais l'impression que l'enfant sortait de l'eau et de moi-même en même temps. Vraiment c'était extraordinaire. »

Je dois dire que ça n'a pas tardé. La nuit suivante elle s'est dilatée en une heure et demie et a accouché « comme une fleur ». Ce qui me frappe en outre dans l'affaire, c'est que depuis elle a beaucoup changé dans son comportement. Elle a métabolisé, très vite, un certain nombre de problèmes personnels. Quand je l'ai revue, plus tard, en suites de couches puis à l'examen postnatal, elle me l'a confirmé : « Maintenant je ne suis plus du tout la même, je suis différente. » Puis, avec un demi clin d'œil, avec quelque chose d'un peu complice, elle ajoute : « Ce qui a tout changé, c'est l'eau. »

Ce qui m'a frappé, c'est de voir comment cette femme avait liquidé une fixation à son père par une démarche qui s'est déroulée à une allure étonnante. J'en ai été absolument abasourdi. Elle disait au passage : « Dans ce rêve, c'est un peu comme si vous étiez mon père. » Ce qui pose la question de savoir comment est perçu l'accoucheur. Mais une autre question peut se poser. Au début de cette matinée vous avez évoqué le problème des enfants perturbés. Ce sont des enfants qui souffrent, et qui souffrent d'une façon effroyable. Alors comment prévenir? Comment arriver à empêcher cela ? Je me demande dans quelle mesure on peut arriver à prévenir un certain nombre de ces troubles, en donnant à la femme la possibilité de verbaliser. Il ne s'agit pas ici de petites recettes stupides, dont on nous abreuve un peu trop en ce moment. Il s'agit de lui donner droit à la parole. Je suis frappé constamment, quotidiennement, parce que j'ai été amené à m'orienter de plus en plus vers ces problèmes, de voir combien de situations extrêmement angoissantes se débloquaient, tout simplement parce que les femmes en parlaient. Je pense qu'actuellement le besoin de tout ça se ressent énormément à travers toutes ces histoires Leboyer. Mais j'ai bien peur que cette intuition sous-jacente qui est profondément juste, cette relation mère-enfant, malheureusement à travers tout ce qui se dit, et se fait maintenant, ne se ramène encore à une vague série de petits trucs qui vont malheureusement tout faire déconsidérer.

F. DOLTO :

Vous avez absolument raison et c'est pour ça qu'il faut que, en même temps que nous donnons l'information, en même temps nous sachions que c'est chaque fois autre, et que ce

n’est que par l’écoute que nous pouvons aider quelqu’un. Seulement pour pouvoir écouter, il faut savoir que ce n’est pas dangereux, alors que des psychanalystes vous disaient que c’était dangereux.

Eh bien non.

R. LE LIRZIN :

Et en plus de ça, il y avait peut-être quelque chose qui intervenait, c’est qu’ils avaient l’air de dire que je m’avançais dans un domaine qui n’était absolument pas le mien.

F. DOLTO :

Mais aucun psychanalyste n’aurait entendu ce que vous avez entendu, parce que vous n’étiez pas dans la même situation. Il s’agissait du corps, vous aviez affaire à l’ « académie » de cette femme en effet, et vous étiez l’inspecteur de l’état de son académie, par rapport à l’académie d’un nouveau, qui allait naître. C’est sûrement important ce mot qu’elle vous a dit, pour une femme qui avait eu des maîtres dans la parole, car dans l’enseignement c’est la parole qui est porteuse du savoir ; ce n’est pas des comportements physiques, c’est la parole. Et alors elle était là dans quelque chose que jamais, à l’école, on ne lui avait appris.

On ne lui avait jamais appris ce que son corps était, ce que je trouve dommage.

On n’enseigne pas à l’école la connaissance et l’hygiène du corps aux enfants.

R. LE LIRZIN ;

Vous avez énormément insisté ce matin sur le problème de la parole, du « dire », et de l’écoute : donner à la femme la possibilité de « dire ». Ce qui m’inquiète un peu c’est qu’actuellement, dans la « naissance nouvelle vague », telle qu’on nous la présente, il n’y a pas le « dire », et ça, c’est grave !

F. DOLTO :

Oui, c’est vrai, vous avez tout à fait raison

B. THIS :

Ce que nous découvrons dans ces journées, c’est ce « dire », cette écoute, ce n’est pas le problème du seul spécialiste, c’est le problème de tout être humain présent, avec son cœur, et ses oreilles, et sa technicité. Sages-femmes ou obstétriciens, ce sont essentiellement des êtres humains, dans une relation vivante. Pendant sa grossesse, la femme est parachutée au cœur de tous ses conflits, parce que, en elle, résonne toute son enfance. Elle ne viendra peut-être jamais sur nos divans, mais il est extraordinairement important que des êtres humains l’écoutent. Qu’ils ne puissent peut-être pas rendre compte, rationnellement, de tout ce qui s’est passé, ce n’est pas ce qui importe. L’essentiel n’est pas de théoriser mais de vivre... C’est pourquoi je m’étonne que des psychanalystes s’offusquent de votre écoute. J’ai, pendant des années, écouté des femmes enceintes et cette écoute me paraissait indispensable. Dans toutes les maternités, l’accueil des femmes enceintes devrait aller de pair avec celui des nouveau-nés : il n’y a rien là d’inconciliable.

Pulsion de mort - pulsion de meurtre

R. LE LIRZIN :

Un autre exemple encore dans ce domaine : une femme qu'on avait hospitalisée dans le service et qui avait une vague menace d'accouchement prématuré. Elle n'allait pas : elle pleurait et puis, ce gosse elle n'en voulait pas. Je lui ai donné un peu l'occasion de parler : elle me dit qu'auparavant, pour ses autres enfants ça allait très bien, elle avait été très maternelle. Puis, tout d'un coup, cet enfant elle ne pouvait plus le supporter. Et les autres non plus, en général, y compris son mari. Et petit à petit, à travers trois entretiens qui ont eu lieu cette semaine, elle était en train de découvrir, en elle, une espèce de pulsion qu'elle ne comprenait absolument pas, une *force* disait- elle. Elle ne savait pas d'où ça venait. Elle ne comprenait pas du tout ce qu'il y avait et qui faisait qu'elle haïssait cet enfant. Il me semblait très important de lui donner l'occasion de la dire. On avait l'impression qu'elle était en train de découvrir la pulsion de mort.

F. DOLTO :

La pulsion de *meurtre :* ce n'est pas la pulsion de mort ; il ne faut pas confondre, ce n'est pas du tout la même chose.

La pulsion de mort, nous avons tous à nous y livrer, pour entrer dans le sommeil. C'est ça qui fait la plupart des insomnies, la peur de se livrer à la sécurité de la pulsion de mort. Mort du sujet du désir qui s'absentéise, et qui de ce fait, laisse le corps vivre végétativement ce qu'il a à vivre, sans qu'il y ait la surveillance du sujet du désir.

D'ailleurs, toutes les insomnies manifestent les préoccupations du désir fantasmatique.

La pulsion de « meurtre », c'est tout à fait différent, c'est une pulsion active expulsive, offensive, qui vise parfois jusqu'à destruction de l'autre : il me prend mon air, je ne peux pas le sentir, rien qu'à le voir je me sens retourné... Ça n'est pas assez connu; on confond tout le temps car, quand Freud l'a découverte, il a lui aussi confondu la *pulsion de mort* et la *pulsion de meurtre.* La pulsion de mort peut d'ailleurs, par l'angoisse qu'elle provoque, réveiller des pulsions de meurtre allant jusqu'à l'autodestruction, le suicide.

Les gens qui se suicident, par exemple, c'est pour *ne pas tomber dans la pulsion de mort,* justement. Par haine de ce corps qui, pour eux, leur échapperait ; ils veulent le garder, narcissiquement dans le non-échange avec les autres, et, pour le garder, comme c'est ambivalent, en même temps, ils se le gardent imaginairement et agissent pour le détruire dans un désir de se refuser au désir. Ce n'est donc pas la même chose, je me permets d'insister sur ce point

La pulsion de mort est très salutaire à la santé, alors que la pulsion de meurtre, si elle n'est pas destructrice de l'autre, est tellement condamnée, par nos pensées préconscientes et conscientes, que nous nous interdisons de la dire, parfois de la penser. Nous la refoulons et c'est alors que s'installe la dépression mortifère passive et parfois impulsivement suicidaire. La haine est une des choses que nous arrivons difficilement à dire ; nous vivons avec des émois indicibles qui de ce fait prennent une partie de notre image du corps comme cible à la place de quelqu'un d'autre. D'où les spasmes, les crises de foie, et toutes ces autodestructions psychosomatiques qui sont, à l'origine, une défense contre la pulsion de mort, qui, nécessaire et saine, est le repos du sujet du désir.

Cette haine, dont vous parliez, est apparue chez cette femme qui était, peut-être, plus fatigable parce qu'elle avait d'autres enfants. Parce que les enfants aînés jouent un grand rôle dans la

façon dont une grossesse se passe : eux ne veulent pas de cet enfant, le plus souvent. Quand vous êtes à l'écoute, comme ça, d'une femme enceinte, faites-lui aussi parler des réactions de ses aînés, des aînés œdipiens surtout qui sont en difficulté. La mère boit cette angoisse qui ne peut pas se dire, l'angoisse d'un enfant qui se sent coupable de haïr. Si on peut lui dire, à cet enfant (on le met en paroles) : « Mais tu n'as aucun besoin d'aimer cet enfant, tu peux tout à fait le détester, toi, tu n'es pas son père, tu n'es pas sa mère. Il a son père et sa mère », immédiatement, on soulage la réaction de haine, de cet aîné, contre le fruit que porte sa mère, parce que ça a été dit en mots et qu'il a été soulagé de sa culpabilité de détester ce futur qui n'est pas de lui et n'a aucun besoin de lui, et c'est vrai.

D. RAPOPORT :

A propos de l'écoute, hier on a un petit peu escamoté un problème, et vous le reprenez là. Je crois que c'est important en effet de dire que ce n'est pas dangereux d'écouter les futures mères. Ce n'est pas dangereux pour elles, mais, il y a beaucoup de médecins qui le perçoivent comme dangereux pour eux-mêmes, et qui n'y arrivent pas. Peut-être faut-il le respecter, mais peut-être faut-il en parler ?

M.-M. CHATEL :

Il faut souligner, dans ce cas, que c'était la « bonne personne ». Elle parlait à « son » accoucheur qui acceptait de recevoir cette parole, plutôt que de parler à quelqu'un d'autre, à un « spécialiste ».

F. DOLTO :

La personne adéquate, vous voulez dire, la personne idoine. La personne idoine à ce moment, c'est l'accoucheur, certainement.

R. LE LIRZIN :

Ce qui est frappant, c'est qu'on dirait que nous avons une place un petit peu à part ; on dirait qu'il y a quelque chose qui ne peut s'adresser qu'à nous, et d'ailleurs très transitoirement. Ces femmes nous parlent, c'est un processus, souvent assez intense, mais momentané, transitoire.

Nous n'avons pas un rôle de psychanalyste ; que nous puissions utiliser certains aspects de l'approche psychanalytique, d'accord, mais ce n'est pas la même chose. Il y a quelque chose de spécifique qui demande à être creusé.

B. THIS :

En ce cas, on est choisi. Ce n'est pas simplement l'obstétricien qui dit : « Je l'écoute » ; c'est cette femme qui parle et dit : « Tiens, après tout, j'ai encore quelque chose à vous dire... et puis pourquoi ne vous dirais-je pas encore ça... » Elle aurait pu choisir une sage-femme. Certaines femmes ont besoin de parler à une femme, certaines à un homme.

L' « inspecteur d'académie », cela devait représenter quelque chose pour elle...

Importance des paroles autour du berceau

F. DOLTO :

Ce que je voulais vous dire, surtout aux sages-femmes qui sont ici, puisque je sais qu'il y en a, c'est l'impact qu'ont les paroles sur les mères tout à fait au début, l'importance de la personne qui s'occupe du bébé, surtout si c'est une femme, l'importance de la façon dont elle s'en occupe et parle, la *première fois*, du bébé.

J'ai vu beaucoup de femmes, ayant des enfants avec des problèmes graves, qui me disaient ; « *Mais... la sage-femme, quand j'ai accouché, elle me l'avait bien dit.* » C'est extraordinaire cet impact des premières paroles ! Comme si, à ce moment-là, l'être humain vivait une telle intensité archaïque de la *relation à l'Autre* qu'une parole, dite en péjoratif, va agir dans la relation de la mère à son enfant d'une façon qui va obérer, chez cet enfant, la réaction de défense, pour entrer dans une relation sociale à la mère, qui serait... Par exemple, une mère me parle de son enfant « insupportable » (ces enfants insupportables comme nous en voyons, insupportables à partir surtout de l'âge de la marche confirmée, à partir du *non* à la mère).

Vous savez qu'il y a un âge du *non* à la mère, qui est un « non » dans le faire ou la mimique, et qui est un « dire oui » du sujet qui advient à lui-même, et qui pour advenir à lui-même doit dire « non », à cette fatale dépendance à la mère qui fait qu'un être humain s'aliène dans l'autre de façon hystérique. Si l'enfant dit « non », la mère répond : « J'ai dit », et ne fait pas un drame de cette opposition. Quelques minutes après, l'enfant obéit parfaitement. Il lui faut le temps d'être oui, personnellement, à la suggestion de la mère. C'est une époque connue qui survient entre 18 mois et 2 ans et demi. Eh bien, c'est à ce moment que certains enfants deviennent « pervers » par une espèce d'angoisse de la mère devant l'opposition de l'enfant. Et c'est toujours des mères qui disent : « Ah ! mais, la sage-femme me l'avait bien dit, qu'il serait terrible! » Ou : « Mon amie une telle qui a vu beaucoup de bébés me l'a bien dit, elle est venue près du berceau et m'a dit : " Ah ! celle-là, qu'est-ce qu'elle vous en fera voir. Ah ! vous n'en avez pas fini avec celle-là; qu'est-ce qu'elle va vous en faire voir ! " »

Souvent c'est une mère qui jusque-là avait élevé ses enfants sans problème.

Il a suffi d'une seule femme qui lui a prédit que celui-là il lui en ferait voir, pour qu'elle en attende... du mal. Et puis, dès que cet enfant, comme on dit, « lui en fait voir », ça y est, c'est ça ! Et ensuite, ça fait boule de neige. Ça fait une relation qui se perturbe.

Jusqu'au jour où elles peuvent arriver à dire ça, cet enfant est *marqué*, comme si *son destin* était de n'être qu'*agressif avec sa mère*, de l'en faire souffrir comme si ça avait été écrit.

Les paroles qui ont été dites s'écrivent comme un destin.

B. THIS :

C'est comme les fées qui parlent, et décident d'une vie !

F. DOLTO :

Mais absolument - ça me fait penser à ce qu'on raconte dans les contes, avec les fées ou les sorcières au- dessus des berceaux.

E. JALENQUES :

On pourrait peut-être généraliser et dire que, justement, dans tous les cas où le sujet est dans une période émotionnelle intense, il est particulièrement réceptif. Ainsi toute situation exceptionnelle de par les circonstances et les réactions affectives immédiates qu'elle implique provoque un état, un « éveil » particulièrement propice à l'acquisition définitive par la mémoire des différents aspects de la situation que le sujet perçoit.

Alors an moment de l'accouchement, il y a une forte charge affective, et chaque fois qu'il y a une forte charge affective en cause, tout ce que vous dites rentre très fortement. Donc essayez absolument de parler de manière positive avec vos patientes.

Je me suis occupé, par hasard, quand j'étais en Algérie, de deux noyés, deux soldats qui étaient tous les deux dans le coma. Au premier j'ai fait du bouche-à-bouche et je l'en ai tiré. Bien. Le deuxième, j'étais en train de lui faire du bouche-à-bouche et il y avait des gens autour de moi, et le Cœur était en train de reprendre et il commençait à avoir quelques hoquets respiratoires, quand tout à coup, à côté de moi, une femme a dit : « De toute manière, ça ne sert à rien, il est noyé, voyez comme il est bleu. » Ça a été fini. Il y a eu « hop », et terminé ! Je n'ai pas pu le rattraper : seul, je l'aurais certainement sauvé. J'avais rattrapé le premier... A ce moment fatidique, la certitude de la femme qui disait : « Il est tout bleu, c'est fini, regardez... » déterminait l'issue fatale. C'était fini !

L'enfant perçoit parfaitement ce que dit la mère de manière répétitive, ce qui implique une certaine constance à l'égard d'une situation donnée. J'ai le cas d'un enfant, enfin d'un adolescent, qui avait des difficultés dans ses études, et avait peur des livres. « Ça allait le tuer » Il avait l'impression qu'avec la lecture, il y avait quelqu'un qui allait le tuer. Je n'arrivais absolument pas à trouver d'où ça venait...

Finalement, il est apparu, au cours d'une sortie émotionnelle, qu'il avait peur que ce soit sa mère qui le tue.

J'avais analysé sa mère; j'ai revu la mère ; elle avait eu des difficultés *pendant la guerre* avec cet enfant et elle voulait le tuer. Pour éviter de tuer l'enfant et de penser à tuer l'enfant, elle le prenait sur ses genoux, en lisant... Elle ne lui en avait jamais parlé et l'enfant l'avait pris intégralement et il avait eu ces difficultés ensuite. Et à partir du moment où c'était trouvé, c'était fini...

Donc, ils perçoivent bien les choses, directement, et l'inconscient est extrêmement sensible.

M.-C. BUSNEL :

Tout ce que vous nous avez raconté ce matin et ce que vient de dire Jalenques est très important sur le plan de celle écoute et de celle entente prénatale, à une époque où, physiologiquement, on serait tenté de dite que c'est impossible, que le système nerveux auditif n'est pas terminé. On a dit tout à l'heure que, dans le fond, un enfant très jeune, de 8 jours, on peut lui parler de n'importe quoi... Je crois qu'on ne peut lui parler n'importe quelle langue. Jacques Mehler a montré qu'au bout d'un mois, et probablement bien avant, si on parle la *langue maternelle* d'un enfant, son rythme cardiaque se transforme d'une manière tout à fait autre que si on parle une langue étrangère. *Donc il reconnaît la langue maternelle.* A plus forte raison, la *voix* maternelle [1].

[1] Ces données sur l'audition périnatale seront largement développées, notamment par Marie-Claire Busnel elle-même dans le Cahier n° 5, « L'aube des sens » (téléchargeable gratuitement sur le même site)

On pourrait dire qu'il reconnaît la voix maternelle... à la suite de son expérience intra-utérine, mais en tout cas il reconnaît la langue.

On commence à penser, notamment après les travaux de Feijoo sur *la reconnaissance de certains mots dits par le père* qu'il engramme même des mots.

B. THIS:

In utero?

M.-C. BUSNEL :

In utero. Oui.

« Ma petite chérie dont les yeux sont plus beaux que les étoiles »

F. DOLTO :

Oui, je vais vous raconter une chose qui a l'air d'être une histoire et qui confirme ce que vous dites. Mais c'est pour un enfant de 9 mois.

Il s agit d'une psychanalyste de grande valeur, qui est morte d'une maladie de Hodgkin ; une psychanalyste que j'estimais et appréciais beaucoup, quand sa maladie s'est déclarée, maladie dont elle n'a pas su d'ailleurs le diagnostic, et moi non plus (je savais qu'elle était très malade). Elle m'a demandé de la recevoir, étant sous cortisone, avec ces forces pulsionnelles que donne la cortisone quand c'est limite. Elle avait besoin pour continuer son métier d'avoir quelqu'un qui accepterait de l'écouter en analyste. Son propre analyste qu'elle est allée retrouver ne s'en est pas senti le courage... Il a dit : « Non, non, ça ne sert à rien... ça n'est pas de l'analyse », etc. Bon, alors elle est venue me voir. J'ai dit : « Pourquoi pas ? », et une fois par semaine je l'écoutais.

C'était de temps en temps, interrompu par des séjours à la Salpêtrière. Elle en revenait en disant : « On m'a examinée, on me donne tel traitement, on a changé le traitement, la dose de cortisone. » Jamais, jamais, et jusqu'à trois jours avant sa mort, elle n'a parlé de sa mort ; elle ne parlait que de la vie, et de résistance, et même d'une façon qui inquiétait sa famille, en ce sens qu'elle faisait des économies... parce que comme elle ne voulait pas dépenser trop, puisque probablement il lui faudrait quatre ou cinq ans pour guérir, lui disait-on... A la fin, elle était paraplégique, je vous raconterai l'histoire, elle tenait comme ça, dans l'espoir de sa guérison. Elle n'a jamais pensé qu'elle pourrait y rester et elle a eu des relations sexuelles jusqu'à deux jours avant sa mort. C'est dire comment on peut vivre aussi gravement malade en étant pleinement dans la vie.

Un jour elle vient chez moi, c'est la dernière fois qu'elle est venue à mon domicile puisque après (il se préparait une métastase médullaire), dans la semaine qui a suivi, elle a été paraplégique, et elle n'a plus pu venir. La dernière fois qu'elle est venue chez moi, elle me raconte un rêve en me disant : « J'ai éprouvé cette nuit quelque chose d'un bonheur qui ne peut pas exister sur terre, un bonheur que je n'ai jamais connu ; vous ne pouvez pas savoir, c'était extraordinaire », enfin, s'étalant sur l'émoi, la spiritualité, le confort, la merveille. « Pour vivre, revivre un émoi pareil, qu'est-ce qu'on donnerait dans le monde pour connaître ça ! » Et c'était accompagné de paroles qui n'avaient pas de sens, de syllabes qui n'avaient pas de sens. Pendant qu'elle les parlait sur le divan, j'ai noté ces syllabes. « Quand je les redis ces syllabes, c'est extraordinaire, c'est merveilleux. »

Elle se lève du divan et je lui dis : « Et si ces paroles étaient de l'hindou ? », parce que c'était une femme qui, à un mois, avait été emmenée en Inde, son père était anglais, était nommé là-bas ; à 9 mois son père est revenu en Angleterre. De 1 mois à 9 mois, ses parents ayant un peu de représentation à faire, sa mère a pris une personne de service, comme cela se faisait là-bas, une petite de 14 ans qui était la fille de gens qui faisaient la cuisine et le jardin de leur bungalow. Et la fille de 14 ans s'est entièrement occupée d'elle, elle l'avait dans les bras toute la journée. La mère s'en occupait bien sûr aussi ; elle a été au biberon dès qu'elle a été là-bas. Il y avait, déjà à cette époque, du lait sec ; sa mère ne la nourrissait pas, et elle a été donc entièrement avec cette petite indigène. Elle le savait, il y avait des photos... Elle me dit :

« Oh ! Ça serait trop drôle...

– Pourquoi pas ?

– Mais, comment le savoir?

– Allez à la Cité universitaire, il y a une maison indienne. »

Elle est allée à la maison indienne, et elle est tombée sur un étudiant qui lui a dit : « Oh ! vous savez, il y a tellement de langues, moi, je ne sais pas, ça ne me dit rien du tout... De quel côté étiez-vous, en Inde, quand vous étiez petite ?... Ah ! eh bien, un tel est de ce côté-là, allez-y, vous savez il y a soixante-dix langues aux Indes. » Bon, elle va chez ce type-là, qui se met à rire, et dit : « Ben oui, c'est ce que toutes nos nounous disent aux bébés, ça veut dire : " Ma petite chérie dont les yeux sont plus beaux que les étoiles. " » Elle avait quitté cette petite-là à 9 mois. La petite ayant 14 ans, les parents avaient hésité à ramener la jeune fille qui avait tellement de chagrin de quitter le bébé dont elle s'était occupée pendant huit mois, et puis, finalement, cet isolement dans lequel elle serait... ils ne pouvaient pas emmener toute la famille. Enfin... ils ont résolu de laisser la jeune Indienne aux Indes et ils ont ramené leur bébé.

Avant cette épreuve qui la guettait, dont elle avait sans doute l'intuition, l'épreuve de cette tumeur médullaire qui allait lui donner une image du corps coupé en deux – elle ne pourrait plus jamais marcher avec ses propres jambes - donc elle retournait au « porté » comme image du corps inconsciente, au « portée par une personne », elle fait ce rêve nirvânique et merveilleux, avec ces paroles . « Ma petite chérie dont les yeux sont plus beaux que les étoiles. » Voilà qui vous fait comprendre en effet que la langue dont vous parliez n'est pas n'importe quelle langue, et que l'engramme était l'engramme de l'amour maternel inscrit dans l'image du corps d'un enfant qui ne se porte pas sur ses propres jambes, mais qui est porté par les jambes du corps de qui elle est l'objet partiel, aimé. Cette parole qui lui était parlée en rêve, c'était une parole d'elle parlant hindou à elle-même, « allant-devenant » femme. Si elle « allait dé-devenant » un corps adulte intègre, elle restait une femme dans la relation d'amour avec une autre. C'est ça qui peut nous faire comprendre ce rêve qui, malade comme elle était ensuite, puisqu'elle était grabataire après, a été tellement impressionnant pour nous deux, analystes, elle autant que moi ; et elle peut-être même meilleure analyste que moi ; c'était une femme de très grande valeur. Et elle me dit ; « C'est tout de même extraordinaire d'avoir des choses comme ça... à 9 mois. » Nous en étions, à ce moment-là, il y a de ça une vingtaine d'années, nous en étions encore tout à fait aux balbutiements de la compréhension du langage qui s'incarnait dans les bébés, et qui, dans l'image du corps, marquait une certaine époque charnalisante autant qu'introjectée de la relation du bébé à l'adulte nourricier et tutélaire auxiliaire à nos besoins et, s'il est aimé et aimant, initiateur aux modalités de nos désirs, complice de nos émois.

UN PARTICIPANT [1] :

Si tu permets qu'on revienne sur les relations mère-enfant, l'enfant, le fœtus humain, a une relation avec l'environnement, pas seulement avec la mère. Certaines personnes ont prétendu que les rêves de la mère avaient un effet sur l'enfant. Je ne voudrais pas être mécaniciste, mais on peut se demander par où ça passerait. Et, à mon avis, la seule relation qu'il peut y avoir entre la mère et l'enfant, c'est le discours qui précède l'enfant, et ça n'est pas seulement le discours de la mère mais celui du père également.

F. DOLTO :

Mais c'est ce que je disais tout à l'heure en parlant de la fratrie...

LE PARTICIPANT G. :

Tu insistes beaucoup sur l'importance de la mère

F. DOLTO :

Mais c'est tout de même par son intermédiaire que c'est transmis à l'enfant. Il n'est pas tout seul, il n'est pas *in vitro*...

Je vais te dire tu, puisque tu me tutoies...

UN AUTRE PARTICIPANT :

Mais est-ce par l'intermédiaire de la pensée de la mère, ou par un langage exprimé ^

F. DOLTO :

Est-ce que la pensée existe toute seule? Est-ce qu'une femme a une pensée? Non, elle est tout un être; il se trouve que ça se traduit par un dire, son dire est l'expérience de son être. Si nous répétons, à notre enfant, une bande magnétique sans la penser, eh bien, nous ne sommes pas un être vivant avec lui. Le vivant n'est pas une pensée seulement, c'est tout un ensemble affectif, intellectuel, corporéisé, qui se manifeste à l'enfant, mais il se manifeste à travers une langue qui est celle dont nous avons l'usage. Il y a une langue parlée, la langue parlée qui atteint les pulsions auditives de l'enfant est un moyen, quand elle est retrouvée ensuite, de réveiller l'ensemble des sensations de l'époque, dans la relation interhumaine et interpsychique qu'il y avait à ce moment-là.

Alors, c'est à travers la mère tout de même : tu ne peux pas dire que l'enfant entend tout seul.

LE PARTICIPANT G. :

Bien sûr qu'il n'entend pas tout seul, mais disons que c'est une relation - comment dire ? - d'ordre organique.

---

[1] Qui interviendra à d'autres reprises et dont nous ne savons pas le nom. Pour le reconnaître, nous le nommerons « G. ». (N.D.L.R.)

B. THIS :

Non, pas seulement.

Les rêves de la mère sont en relation avec le vécu de l'enfant. Je prends l'exemple d'une de mes amies, en analyse, et qui, à partir de 7 mois, raconte à son analyste, des rêves étonnants du genre : « C'était un tout petit bonhomme enfermé dans la cuisine ; il ouvre la porte du réfrigérateur, c'était vide, il n'y avait rien à manger... » Et puis le lendemain ce rêve revenait : « C'était un tout petit bonhomme, il était enfermé dans une boîte d'allumettes, il était tout petit, petit. » Je ne sais pas ce que l'analyste pouvait en dire ou penser ! Toujours est-il que cette femme arrive, le jour de l'accouchement, voit l'interne de service, et lui dit :

« Faites préparer l'isolette, ça sera un tout petit bébé.

- Pourquoi? votre hauteur utérine est satisfaisante. Ah ! ces femmes de médecin ! Elles ont toujours de ces histoires!... »

Cette femme accouche d'un bébé qui ne faisait pas le poids et qu'on a dû mettre en isolette. Il y avait un *nœud,* sur le cordon. Les obstétriciens ont dit ; « Ça n'est pas un nœud qui s'est serré dans les derniers jours, il y a longtemps que ce nœud s'est constitué. »

Comment cette femme pouvait-elle savoir ?

Il n'y a pas de transmission par des fibres nerveuses passant du corps de l'enfant au cortex cérébral de la mère.

Est-ce qu'elle percevait un petit poids ? Est-ce que son cortex cérébral, sa machine à calculer, à penser, à rêver, la nuit fonctionnait en disant : « C'est bien petit, c'est bien petit » ? Je ne sais pas.

LE PARTICIPANT G. :

... Ça n'est pas évident que ça soit elle qui l'ait perçu.

B. THIS :

C'est elle qui rêvait tout de même, et qui racontait ses rêves.

LE PARTICIPANT G. :

Est-ce que c'est quelque chose qu'elle avait perçu ou qui est arrivé du fait d'un désir...

B. THIS :

Je ne dis pas que le cordon s'était noué parce qu'elle avait ces rêves. Je dis plutôt que ces rêves venaient parce que... Ça me semble plus raisonnable de penser ça. Toi tu as l'air de penser que ça serait dans l'autre sens... je ne sais pas. Posons la question. Mais moi je ne peux pas oublier cette histoire.

F. DOLTO :

Nous ne pouvons pas le savoir. C'est une question qui reste posée, mais c'est certainement une relation fusionnelle, où les fantasmes, les rêves qui sont les fantasmes nocturnes de la mère qui lui restent en mémoire, traduisent autant sa relation au bébé, venus de ses fantasmes archaïques antérieurs à elle, que celle actuelle du bébé qui transmet à sa mère une sensation

d'être. Et ça ressemble, en souffrance, en négatif pourrait-on dire, concernant sa conscience à ce que je vous ai dit avoir éprouvé moi, à 5 mois, puis à 7 mois, mais en positif... Il y avait là un autre être, qui m'accompagnait, à partir de 5 mois, pour les trois enfants que j'ai eus ; et à 7 mois, il y avait un autre être qui défendait sa propre vie et qui me faisait ressentir... C'était pas dans les rêves... C'est pour ça que je dis : c'était peut-être un fantasme, mais la première fois que c'est arrivé, je ne m'y attendais pas du tout, et les autres fois pas davantage; mais je me rappelais : ah oui, c'est comme le premier, et je calculais : oui, c'est bien ça, 5 mois c'est bien là que c'est arrivé, parce que l'on ne calcule pas tous les jours à combien on en est, quand on est enceinte.

LE PARTICIPANT G. :

... Mais ce n'est pas un problème de relation entre la mère et l'enfant.

F. DOLTO :

Mais si, c'est un problème de l'enfant qui se développe. Dans mon cas, c'est un problème d'enfant qui se développe et qui arrive à 5 mois : Dans celui-là c'est le problème d'un enfant qui souffrait de ne pas être alimenté comme il aurait dû l'être, par son cordon ombilical, et qui le faisait « ressentir » à sa mère, qui de ce fait en rêvait.

On ne peut pas savoir duquel ça vient... je crois que l'être humain a son désir, 1'« epsilon de désir » comme tu l'as très bien dit, hier [1].

Mais je dis : il faut être trois pour qu'un enfant vienne au monde.

Il faut un désir inconscient *et* conscient du père, pour qu'il soit conçu : il faut le feu vert du père, le feu vert ou orange ou clignotant de la mère et le feu vert de l'enfant, qui désire vraiment, lui, s'incarner. Il a son mot à dire... à quel jour va-t-il commencer à manifester son désir?... Il le manifeste depuis le début en développant son corps, en prenant sa masse, et quand il ne prend pas sa masse il ne correspond pas au génie de l'éthique, de l'éthique que nous pouvons supposer au fœtus, et que nous retrouvons chez tous les enfants psychotiques : l'éthique du vampire. L'éthique du vampire c'est l'éthique du fœtus ! S'il pouvait dire son éthique, ce serait : se *nourrir de sang* pour augmenter sa masse; c'est cette éthique biologique qui aura sa répercussion fantasmatique plus tard, quand, resté un enfant qui n'est pas entré dans la communication, comme les enfants habituels, il nous traduira par cette éthique qu'il est en train de *revivre sa vie fœtale,* en peignant du rouge envahissant l'espace de la page, en buvant et urinant constamment.

LE PARTICIPANT G. :

La question que je pose, c'est que certaines personnes prétendent qu'il y a une relation de pensée à pensée, entre la mère et son enfant.

F. DOLTO ;

Elles le prétendent; mais nous n'en savons rien, nous sommes en train d'étudier les effets organiques et les effets psychiques de cette relation, dans ce qu'il en reste après coup dans leur comportement aberrant mais signifiant.

[1] B. This : discussion après la communication « Le père, le bain... le bambin », qui n'a pas été transcrite.

N.D.L.R. - *Suit une discussion intéressante, mais confuse, malheureusement en majeure partie inaudible sur l'enregistrement. Cette discussion concernant des hypothèses sur certains modes de transmission humoraux d'information. Il y était question d'hormones et d'expériences animales sur les planaires, mettant en évidence la transmission de « mémoire », d'apprentissage par l'intermédiaire d'A.D.N.* [1]

Changement de ton dans la discussion

M. TOURNAIRE :

Je voudrais changer un peu le ton de la réunion puisque c'est mon rôle ; quitte à dire quelques choses désagréables. Je crois qu'il faut arriver à un peu plus de modestie. Depuis deux jours, on entend une série d'historiettes, d'histoires, qui sont certainement très intéressantes, mais il ne faut pas croire pour autant qu'une histoire, qui est bien choisie, forcément, puisqu'elle est faite pour illustrer une pensée, a une valeur de démonstration. Ceci me rappelle une histoire très triste, celle de la médecine en France qui, pendant des dizaines d'années, n'a pas fait de progrès parce que les gens *raisonnaient sur un cas* qu'ils avaient vu : ils en tiraient des conclusions, et allaient enseigner qu'il fallait faire comme eux parce qu'ils avaient vu un cas, ils l'avaient traité comme ça et avaient eu raison.

Je crois qu'il faut essayer de voir les choses d'une autre façon : j'ai été très frappé, hier, quand Michel Odent, je regrette d'en parler alors qu'il est parti, a décrit son histoire d'ictères qui avaient diminué. Un autre avait trouvé qu'ils avaient augmenté. Je trouve qu'une simple courtoisie de sa part aurait été de compter les ictères qui sont survenus et de comparer aux années antérieures [2].

A partir de ce moment-là, on peut discuter et, éventuellement, émettre des hypothèses.

Je crois qu'il est difficile de raconter des histoires ; de broder, à partir de ces histoires, comme on le fait depuis ce matin, et d'en tirer des conclusions définitives.

F. DOLTO :

Mais est-ce que vous croyez que nous tirons des conclusions, ou que nous évoquons de quoi faire réfléchir tout le monde, et travailler, chacun au point où il se trouve, par rapport aux enfants ?

M. TOURNAIRE :

C'est une première étape, on émet une hypothèse, et on essaie de la soutenir, de la démontrer ou de l'infirmer, ce qui n'est pas fait : les gens émettent des idées et concluent dans la foulée.

F. DOLTO :

Mais bien sûr, il faut travailler, et quand on travaille, on croit à ce qu'on fait, cela n'empêche pas qu'il faut garder l'esprit critique.

---

[1] Acide désoxyribonucléique, substance qui est aussi le substrat biochimique des gènes des chromosomes

[2] Voir la réponse de Michel Odent lors de la table ronde du 15 octobre, p. **201.**

D. RAPOPORT :

Mais enfin, les gens, quand ils guérissent, on s'en rend compte...

M. TOURNAIRE :

Non... tu trouves que les enfants sont souriants, mais *tu* trouves ça.

D. RAPOPORT :

Non, je ne trouve pas que les enfants sont souriants, il ne s'agit pas de ça. Je veux dire que quand Mme Dolto et certaines personnes ici parlent d'un cas, nous en avons beaucoup en psychothérapie, nous voyons bien ce qui se passe.

M. TOURNAIRE :

Mais les histoires, c'est comme les proverbes, on leur fait dire ce qu'on veut, on trouve toujours...

D. RAPOPORT :

Mais tu le vois bien quand un enfant va mieux en médecine; nous le voyons bien, nous aussi, sur le plan psychologique, quand la souffrance cesse.

M. TOURNAIRE :

Mais le « mauvais médecin » dont je parlais tout à l'heure, lui aussi considérait qu'il avait guéri son enfant. Un exemple fâcheux, en obstétrique, a été le traitement par le Diéthylstilbœstrol [1]. Les médecins ont cru bien faire à l'époque, à partir d'une hypothèse non démontrée, en donnant des œstrogènes d'une certaine forme aux femmes enceintes. Vous connaissez la suite de l'histoire, pas tous sans doute. La première suite, c'est qu'il y a des filles qui sont mortes d'un cancer du vagin, vingt ans après, alors que leur mère pendant leur gestation avait eu un tel traitement. La deuxième suite qui apparaît seulement maintenant, c'est que les garçons qui sont nés de ces mères traitées ont une hypofertilité très importante, et qu'un bon nombre ont des azoospermies, et n'auront jamais d'enfants. L'efficacité de ce traitement s'est secondairement avérée nulle, mais son danger s'est avéré effroyable.

Heureusement, je ne pense pas que vous soyez très dangereux. *(Rires)* Mais il faudrait essayer de savoir si vous êtes efficaces.

M.-M. CHATEL :

Mais, Michel, dans notre clinique il y a énormément de choses, sur le plan médical, qui sont très énigmatiques, sur lesquelles on ne tire aucune conclusion ; on travaille, on fait ce qu'on peut sur le plan médical. En voulant maîtriser, vaincre, avoir des résultats immédiats, on *finit par avoir des effets nocifs à long terme.* Le plus difficile est de ne pas extrapoler le savoir maigre dont on dispose, de maintenir cette immense part d'énigme...

[1] Connu sous le nom de *Distilbène*

M. TOURNAIRE :

Il est important d'avoir des idées, bien sûr, mais il faut aller plus loin...

M.-M. CHATEL :

Laisse-moi finir...

D. RAPOPORT :

Nous te remercions de ton encouragement, nous irons plus loin.

F. DOLTO :

Mais ce qui est important aussi, c'est quand la relation se rétablit entre un nourrisson et son entourage, à partir de ce moment-là, quel que soit ce qui se passe dans son corps, il y fait face beaucoup mieux. Et cette relation, on n'y avait pas pensé, quand on ne pensait qu'à la médecine du corps, et aux tests du corps. Et c'est ça que nous apportons : *La relation de* « *sentiments exprimés dans des paroles* » est une relation que ne remplacera jamais aucun traitement organique. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas faire les traitements organiques, que l'on pense devoir faire, avec toutes les erreurs que l'on fait. Mais ne pas oublier que *la relation symbolique, c'est la source de la vie pour un humain,* être parlant.

La vie du corps qui se porte bien, c'est celle d'un mammifère, sans sujet de désir. Le sujet ne survit que du fait d'une dialectique exprimée, pour les êtres parlants, par la parole et par les fantasmes sous-jacents à la parole, qui ne s'expriment clairement par la parole que dans la langue maternelle que l'enfant a connue depuis l'origine. Nous insistons ici sur cette relation symbolique, depuis l'origine. Ceci n'infirme pas du tout la valeur des critiques sur les erreurs que l'on pourrait faire, mais je ne crois pas que la relation, quand elle rétablit la communication d'un être humain avec son entourage, puisse être nocive, vingt ans après !

M. TOURNAIRE :

Je parle de méthodologie, si vous voulez, la psychologie est une science...

F. DOLTO :

Ce n'est pas une science au même titre que les autres.

M. TOURNAIRE :

Je crois qu'il faut choisir son genre : ou bien on fait de bons mots, de la poésie, ou bien on essaie d'aborder un sujet avec une certaine rigueur.

B. THIS :

Oui, mais ta « fonction », hier, te faisait déjà dire ; « Vous allez systématiquement préconiser l'accouchement à domicile » - ce que nous ne voulons pas faire ! Dans ton imaginaire, nous sommes des dangers publics.

Pourquoi?

M. TOURNAIRE :

Ne me fais pas dire ce que je n'ai pas dit. J'ai dit que nous allons avoir demain la demande d'accouchements à domicile.

B. THIS :

Aujourd'hui, tu dis que nous ne faisons pas de statistiques et tu n'imagines que des catastrophes. En ce moment, tu m’emmerdes, tu n'imagines que des calamités, systématiquement.

F. DOLTO :

Mais il était là pour ça, chacun son rôle...

B. THIS :

Drôle de rôle ! Moi ça m'énerve, ça bloque tout...

D. RAPOPORT :

C’est dégueulasse...

F. DOLTO :

Eh bien, moi, je ne trouve pas. Parce que, écoutez, il y a vingt ans, c'est tout le monde qui aurait été dégueulasse. Moi, j'ai connu ça, quand en 1940, dans les salles de garde, je parlais de la psychanalyse et de ces relations précoces. Et maintenant, regardez, tout le monde écoute avec attention, chacun en fera ce qu’il pourra, mais on écoute des témoignages au lieu de mettre tout de suite la personne dehors. C’est tout de même un changement, non ?

E. HERBINET :

Je voudrais répondre à Michel Tournaire : pour l'histoire du Distilbène, on est d'accord. Là, tu soulignes un danger : il faut faire attention à ce qu’on fait. Mais par analogie, dans le domaine relationnel, je crois que c'est en empêchant les gens de parler qu’on peut faire du tort.

On' peut faire la catastrophe que tu soulignes, en empêchant la parole qui a besoin d'être dite.

E. JAI.ENQUES :

Bon, pour dédramatiser les choses : je crois que ce qui est en train de se passer avec votre question, c’est que vous parlez sur un double niveau, et que peut-être nous ne faisons pas attention au fait que nous parlons à un double niveau. Vous être en train de dire que, finalement, nous racontons des anecdotes.

Nous sommes ici pour essayer de transmettre et de communiquer.

Ce qui se passe, c’est que le premier niveau est celui du fond de notre pratique, c’est la philosophie générale que nous dégageons de notre pratique.

Maintenant, le deuxième niveau, c’est la manière que nous avons d’essayer de vous le communiquer : au niveau de ces anecdotes, c’est tout Mais ces *anecdotes représentent,* en fait, *le point le plus frappant de notre pratique.*

M. TOURNAIRE :

C'est tout a fait comparable à la médecine somatique...

E. JALENQUES :

Par rapport à Michel Odent, vous parliez tout à l’heure des ictères qui arrivent plus ou moins en fonction du moment de clampage du cordon. Apparemment, les expériences ne sont pas comparables : *tout l'environnement est différent.*

M. TOURNAIRE :

Oui, mais il aurait été facile pour lui de compter combien il avait d'ictères...

E. JALENQUES :

Oui, mais les expériences ne sont pas comparables.

M. TOURNAIRE :

On dit : « J’ai l’impression que... » Un autre dit : « J’ai ’impression nette que... »

Il est très facile de compter.

B. THIS *furieux :*

On a autre chose à faire que des statistiques ! La vie ne se répète pas... jamais je ne ferai de statistiques.

M.-M. CHATEL :

Il faudrait peut-être préciser certains points : hier, on nous a beaucoup parlé du bien-être. Aujourd’hui, Mme Dolto nous a dit que *c’était plutôt du côté du dire que ça faisait être.* Elle nous a donné quand même des cas spectaculaires, et c’est ça qui nous fait réfléchir. Mais il ne faudrait tout de même pas risquer de tomber dans l’idée qu’il faut « faire parler », qu’il faut « cuisiner » les femmes, qu’il faut de la relation pour la relation. Je crois qu’il faut quand même avancer pour préciser ce qui est ce « dire juste »

F DOLTO

Il faut être prêt à écouter...

On s’est tellement lancé, et à juste titre, dans l’hygiène du corps et le soin au corps des humains, comme *in vitro,* comme si c’était des petits mammifères, qu’on a oublié tout le reste ; c’est pour ça qu’on a une telle quantité d’enfants psychotiques, ça ne s’est jamais vu autant d’enfants psychotiques, *superbes au point de vue physique, physiologique,* mais qui ont des *ruptures de communication.*

Tous les enfants psychotiques que nous voyons sont des enfants qui ont eu des ruptures de communication avec la personne humaine qui devait leur être médiatrice du monde. Ce ne sont plus du tout des enfants qui ont souffert d'une pauvreté du milieu. Ce sont très souvent des enfants *de milieu aisé,* instruit et même très cultivé, qui ont eu des personnes mercenaires se succédant auprès d'eux. Ce n'est pas une question de milieu social cette « reconnaissance » de l'enfant à respecter dans sa personne. Ce n'est pas du tout lié à un milieu social. C'est ça qui est intéressant. C'est toujours lié à la rupture de communication de l'être dont l'enfant est dépendant, et qui disparaît à un moment, sans que rien ne lui en soit dit, en même temps que son corps continue d'être parfaitement bien portant, et c'est ça qui oblige à penser à la relation.

M. TOURNAIRE :

Il faudrait encourager les gens à la tolérance.

Je suis très frappé : il y a eu essentiellement un son de cloche émis, et j'ai eu beaucoup de plaisir à l'entendre. J'ai été frappé de voir que quand j'émets un autre son de cloche, je suis insulté ; « Tu m'emmerdes », par Bernard This. Je trouve cela très décevant.

D. RAPOPORT :

Mais tu as commencé à nous dire qu'il fallait qu'on soit modeste et des choses comme ça.

F. DOLTO :

On l'est, et c'est vrai.

D. RAPOPORT :

On l'est, Michel ; et il faut voir sur quel ton tu as dit ça : « Je vous demanderai un petit peu de modestie messieurs-dames. »

Moi, je doute tout le temps, tout le temps, de ce que je fais. Je croyais l'avoir laissé comprendre.

Je ne donne pas de chiffres.

La psychométrie : non. On parle un petit peu de changer la vie.

On est des gens très modestes

M. TOURNAIRE :

On me demande mon cheminement : je peux vous le dire. J'ai étudié en France la médecine traditionnelle, dans laquelle le patron disait : « J'ai vu un tel cas, et il faut faire comme ça. » Et il avait raison puisque c'était le patron. On ne discutait pas. Et j'ai été frappé, en allant aux Etats-Unis, de voir des choses différentes ; il y avait une recherche de vérité, et avant de dire : « Moi, je fais ça, donc j'ai raison », on étudiait quelques centaines de cas et on en tirait des déductions avec une certaine rigueur.

C'est ce qui doit pouvoir se transposer tout aussi bien dans votre domaine.

Si la médecine suédoise a également progressé, c'est qu'elle aussi a une méthode et une rigueur alors qu'on reste toujours, ici, à raconter : « J'ai vu un cas comme ça, je l'ai traité comme ça, j'ai gagné ; je suis le patron, donc il faut faire comme ça. »

F. DOLTO :

Mais, ici, il n'y a pas de patron. Moi, je n'ai jamais été patron de rien.

CATHERINE DOLTO :

Mais, Michel, une femme qui va accoucher et qui va raconter ce qu'elle a raconté à la personne qui était là (Le Lirzin), c'est important ! Alors, parle-nous, *toi*, de la conception que tu as, de ce que tu aurais fait, et de ce que ça prouve, ou de ce que ça ne prouve pas.

Mais parle-nous de la même chose, *ne nous dis pas :* « *Donnez-moi des preuves de quelque chose dont moi je me dégage complètement.* »

B. THIS :

C'est quand même la *première fois* que, dans un service hospitalier, nous pouvons nous exprimer à ce niveau. Et je remercie tous ceux qui nous ont invités, et nous ont permis de parler ainsi ! Bien sûr, Michel Tournaire, dans la mesure où tu as des exigences de rigueur, je te comprends. Je m'excuse même d'avoir eu des paroles... qui me débordaient !

M. TOURNAIRE :

Mais il n'est pas normal que, brutalement, *il n'y ait plus que la partie qui ne pouvait pas se faire entendre qui parle.*

F. DOLTO :

Mais il faut que l'autre continue de parler... certainement !

G. HARDOUIN :

Ça rend compte de la difficulté qu'il y a à parler entre obstétriciens et psychologues.

Même avec de la bonne volonté, il y a certainement des choses que l'on n'accepte pas très volontiers. On ne ressent pas les choses de la même façon...

E. HERBINET :

C'est vrai mais, il faut tout de même réaliser qu'on soigne, nous, spécialistes différents, le *même individu.* On a tous, les accoucheurs, un souci de sécurité à la naissance, c'est-à-dire, comme boutade, que pour qu'un enfant puisse devenir « dingue », il faut quand même qu'il ait un cerveau intact...

G. HARDOUIN :

Et c'est notre obsession.

F. DOLTO :

Oui, un psychotique est intact sur le plan anatomopathologique.

E. HERBINET :

Notre obsession, c'est d'avoir un enfant né avec un bon cerveau, intact. Mais il n'y a pas que ça, il y a ce qui va lui arriver ensuite.

C'est pour ça qu'on ne s'oppose pas, psychologues, pédiatres et accoucheurs...

Mais peut-on se compléter ?

M. TOURNAIRE ;

Dans une hiérarchie des urgences, je mettrai d'abord le cerveau intact. Après coup, on sait qu'une grande majorité de naissances se sont passées sans problèmes, mais on ne peut pas prévoir avant l'accouchement lesquelles. C'est le problème du risque de l'accouchement à domicile.

Nous sommes en train, dans le service, de faire un travail pour essayer d'évaluer dans quels cas les gens auraient très bien pu accoucher à la maison, et surtout dans quels cas le risque était vraiment prévisible. Il apparaît que certains accidents sont imparables et, quels que soient les moyens de transport pour amener les gens à l'hôpital, on n'évitera pas un certain nombre d'accidents.

CATHERINE DOLTO :

Mais tu ne peux pas utiliser ces problèmes techniques comme instrument pour masquer un certain nombre d'autres problèmes. Tu mets toujours ces problèmes techniques en avant pour éviter d'avoir à parler, *toi*, en tant qu'obstétricien, mais aussi en tant qu'homme, face à des femmes qui accouchent. Qu'est-ce que tu fais en dehors de la technique ?

M. TOURNAIRE :

J'ai l'impression de ne pas être un sauvage, d'avoir un contact avec mes patientes et de les écouter. Je crois qu'il y a quelques personnes dans cette salle qui pourraient en témoigner.

Le reste est perdu dans une discussion animée inaudible sur l'enregistrement.

G. HARDOUIN :

Mais c'est justement là la difficulté, c'est que les gens qui font le travail, les accoucheurs et les sages-femmes, sachent faire la synthèse.

Et c'est la seule chose qui n'a pas été abordée en ces deux jours. Comment faire la synthèse ?

F. DOLTO :

Je crois que ça sera plus facile au niveau des sages- femmes que des techniciens accoucheurs.

Dans un domaine différent, il y a une chose qui pourrait jouer beaucoup, pour les enfants en couveuse : nous qui voyons les enfants psychotiques, le séjour prolongé de certains enfants en couveuse est vraiment patent, et ça, d'après ce que j'ai lu, dans tous les pays.

Aux Etats-Unis, Salk a essayé d'améliorer les choses en émettant dans la couveuse le bruit du cœur, adulte, substitut du cœur de leur mère. J'ai une consœur qui est *allée* dans une clinique en Amérique, où ils ont fait cette transmission du son du cœur adulte chez les prématurés, dans les couveuses, jusqu'au moment présumé des 9 mois où on arrêtait cette audition du cœur. Et ils ont assisté *statistiquement* à une vitalité bien meilleure de ces enfants dans ces couveuses.

Mais ça ne faisait pas la parole.

Pourquoi n'y ajouterait-on pas la possibilité offerte à la mère, trois ou quatre fois par jour, de venir apporter sa parole à l'enfant, dans la couveuse. Je suis convaincue que si on faisait cette expérience, on n'aurait plus d'enfants autistes comme nous en avons à la suite de six semaines de couveuse.

M.-C. BUSNEL :

Elle a été faite. Non seulement il y a moins d'enfants autistes, mais il y a aussi moins d'infections et moins de mortalité.

F. DOLTO :

C'est très bien d'avoir commencé par le corps, on ne pouvait pas faire autrement, surtout à la fin du XIXème siècle, avec cette découverte scientifique du traitement du corps de l'enfant. Mais il faut y ajouter la parole parce que cette parole est essentielle ; elle est consubstantielle au corps de l'enfant et lui est aussi nécessaire que ce qui lui est nécessaire pour les métabolismes du corps.

Il y a un métabolisme du psychisme qui commence dès la vie fœtale.

Pouvoir médical

LE PARTICIPANT G. :

Mais on a l'impression qu'il y a une lutte Idéologique actuellement à ce niveau-là.

Pour en revenir à ce que je disais tout à 1'heure, qu'est-ce que ça soutient comme idéologie dominante le fait que l'accouchement se passe sous la responsabilité de spécialistes...

G. HARDOUIN :

C'est une question très importante...

F. DOLTO :

Oui, mais le spécialiste est assisté par d'autres femmes et d'autres hommes.

E. HERBINET :

Mais toute femme a le droit d'accoucher chez elle toute seule, sans spécialiste, si elle le veut...

E. JALENQUES :

L’idéologie qui est soutenue, dans ce cas-là, est manifestement une diminution du risque.

F. DOLTO :

On ne peut pas regretter qu'il y ait moins de mortalité infantile, de ce fait, voyons...

Mais ça ne suffit pas de ne s’occuper que de la vie du corps ; il y a aussi une vie symbolique. Et c’est celle-là à laquelle on n’avait pas pensé ; et nous, nous en apportons des témoignages.

LE PARTICIPANT G. :

Il s’agit bien dans cette question... (*Toute la salle discute.)*

G. HARDOUIN :

Laissez-le parler, c’est une question importante.

LE PARTICIPANT G. :

Il s'agit bien dans cette question de savoir ce que représente le pouvoir médical ?

M. TOURNAIRE :

Dis-le-nous, tu dois bien avoir une idée...

G. HARDOUIN :

Mais justement, c'est une question intéressante.

Est-ce qu’il faut remettre en cause le pouvoir médical... ^

M. TOURNAIRE :

Mais tu dis pouvoir, parce que les gens font le pouvoir du médecin. Le médecin est parfois considéré comme un dieu, ce qui est idiot. C’est entre autres un technicien. Mais il est un homme de pouvoir parce qu’on le considère comme tel. Et le pouvoir du garagiste ?

F. DOLTO :

Mais c’est très intéressant... traiter l’enfant comme une machine... le pouvoir du garagiste...

LE PARTICIPANT G. :

Ce pouvoir, il y a un lieu où ça s’exerce, et ce lieu, c’est l’hôpital

Discussion confuse.

G. HARDOUIN :

Est-ce qu’en effet il n’y a pas un pouvoir excessif, une responsabilité excessive que le médecin prend trop à sa charge ? La culpabilisation qu’ont beaucoup de médecins à propos de

l'accouchement et leur angoisse tiennent en partie à la responsabilité qu'ils ont et dont ils veulent bien à la rigueur être partiellement déchargés...

Certains ne veulent sans doute pas, toujours est-il que moi...

LE PARTICIPANT G. :

Mais je ne prétends pas avoir de réponse..

F. DOLTO, *au participant G. :*

Pose la question... il faut la poser.

M. TOURNAIRE :

Qu'est-ce qu'il faut changer alors ?

M.-M. CHATEL '

Mais la question posée est celle de la diminution de la mortalité infantile. Grâce à la technique médicale, le médecin permet d'éviter la mort. Ça lui donne le pouvoir terrorisant. *Si on ne suit pas tout ce qu'il dit, on risque pour le corps du bébé.* Les femmes n'ont plus beaucoup de marge avec cette menace, et on ne peut que s'aliéner complètement à quelqu'un qui a tout pouvoir sur, éventuellement, la mort.

Et s'il se trompait ?

F. DOLTO :

Vous touchez au narcissisme du médecin, avec ce pouvoir, et je voudrais vous raconter une dernière histoire.

Je suis en vacances à Antibes. Une jeune femme en formation psychanalytique à Paris, et qui sait par les « on- dit » que je suis en vacances dans cette région, me téléphone. « Ah ! vous êtes là, venez me voir à la clinique X... où j'ai accouché il y a trois jours (c'était son deuxième enfant). Mon enfant ne veut plus téter depuis hier, et ça m'angoisse beaucoup... il faut le mettre au biberon. Est-ce que vous pouvez venir me voir ? » Bon, en vacances, c'est toujours embêtant ! J'y vais et j'écoute cette jeune femme qui me dit : « Voilà, cet enfant est née, elle est superbe, très bien, montée de lait parfaite, elle a été au sein pendant vingt-quatre heures. Et puis, voilà le bébé a refusé le sein. »

Le médecin, l'accoucheur, lui dit au bout d'un certain nombre d'heures (je ne me rappelle plus exactement combien) ; « Faut le mettre au biberon. » Et c'est là que son angoisse surgit, elle m'appelle. Je viens, j'arrive...

Je sais (et c'est là la formation de quelqu'un qui a l'expérience, c'est tout, c'est tout ce que je sais, mais n'importe qui aurait pu le savoir, comme moi), je sais qu'un bébé au sein réagit, et refuse parfois le sein quand il a changé d'odeur.

Ma première hypothèse était que cette femme avait changé d'odeur. Je lui dis : « Est-ce que votre mari ne vous a pas apporté une eau de toilette que vous avez mise sur vous ? » Elle me dit :

« Non, non ; j'ai rien mis de nouveau, c'est toujours la même eau de Cologne.

– Eh bien, qu’est-ce qui s’est passé ?

– Ah! me dit-elle, eh bien... peut-être... qui, mon accoucheur m’a dit après vingt-quatre heures de mettre cette pommade pour empêcher les crevasses... » (Qu’elle n’avait pas du tout, mais en redoutant qu’elle puisse éventuellement en avoir), et elle me montre une pommade qui pue : le baume du Pérou. A ce moment-là, je sens l’odeur de ce tube et je lui dis :

– Bien, écoutez, vous allez laver vos seins avec de l’eau et du savon. »

Elle se lave consciencieusement, s’essuie consciencieusement, et on demande à avoir le bébé. L’infirmière dit : « Mais c’est pas son heure, c’est pas l’heure des visites. » (Parce que je n’étais pas venue à l’heure des visites.)

Alors, elle dit :

« Oui, mais madame est médecin. »

C’est là le pouvoir médical...

« Ah bon... Elle est médecin... »

On amène le petit lardon.

« Bon, vous me sonnerez pour que je vienne le rechercher. »

Et l’enfant était déjà au biberon depuis douze heures à peu près. La mère le met au sein... le bébé se précipite sur ce sein et le tète.

Alors, elle, tout heureuse., et puis, elle garde le bébé

A un moment, l’infirmière, voyant qu’on ne la sonnait pas, revient chercher le bébé.

« Vous savez, elle a pris le sein.

– Comment elle a pris le sein? Vous n’aviez pas le droit. Et elle avait déjà pris le biberon ! Ah ! mais vous allez voir ce qu’il va dire, le Dr Un tel, ah ! qu’est-ce que vous allez vous faire engueuler! »

G. HARDOUIN :

Ça se passe très souvent comme ça, il y a des milliers de cas comme ça.

F. DOLTO :

C’est pour ça que je vous le raconte.

G. HARDOUIN :

Il faut changer ça !

F. DOLTO :

Mais oui il faut changer ça ! Ne serait-ce que changer ça, c’est déjà beaucoup parce que, en effet, quand le médecin est venu et qu’il lui a dit : « Qu’est-ce que j’apprends, vous avez remis votre bébé au sein alors qu’il avait commencé le biberon... », alors elle lui a dit :

« Oui, mais vous savez ce que c’était ? C’était cette pommade, il ne voulait pas de l’odeur de cette pommade.

– Qu’est-ce que c’est que ces histoires-là ? Ah ! on voit bien les histoires de psychanalystes !... En tout cas, si vous voulez, bon, vous pouvez partir tout à l’heure. »

Et il l’a mise à la porte, dès le lendemain, furieux, furieux de ce quelque chose qui allait à l’encontre de son autorité. Mais oui, mais c’est comme ça souvent... C’est ça le pouvoir médical.

UNE JEUNE FEMME:

Sauf que peut-être, si elle avait eu le temps de parler un peu plus avec ce médecin... Là, c’est un cas un peu caricatural, on aurait peut-être pu déconstruire un peu, derrière son rôle de médecin, avec son narcissisme de médecin, avec sa culpabilité, sa responsabilité, sa science, etc. On aurait peut-être pu lui dire : « Mais, si c’était votre femme, vous seriez bien content... Comment ça a été pour vous, chez vous, etc. » Je dis ça à cause de mon garagiste : hier, je me suis beaucoup engueulée avec lui, parce que j’ai très peur de lui. Il a un savoir que je n’ai pas, et je dois partir en vacances. Il m’a dit : « Il y en a pour tant d’argent, si vous ne faites pas ça, vous allez vous tuer en Espagne. » Alors, finalement, au bout d’une heure, je me suis dit : il faut que je déconstruise ce garagiste.

M. TOURNAIRE :

On peut toujours réparer sa voiture soi-même, si j’ai bien compris.

LA JEUNE FEMME :

Finalement, je lui ai dit : « Vous, *si c’était pour votre femme*, vous feriez quoi ? »

Et, finalement, on a parlé autrement, on a fait des compromis. C’était une discussion tout à fait sympathique.

Il y a donc comme ça un rôle scientifique. Mais c’est aussi scientifique d’aborder l’homme, derrière le rôle.

Et c’est ça qui m’a un peu agacée tout à l’heure, c’est ce mot de synthèse. « Il faudrait peut-être qu’on fasse une synthèse... »

En parlant tous les jours, en vivant, en faisant vos accouchements, vous êtes aussi un homme. Vous avez dit : « Mais, j’ai de bons contacts. »

Comme s’il fallait avoir de bons contacts ! Vous êtes comme vous êtes.

Simplement, si on vous dit c’est tout à fait scientifiquement important d'être un petit peu plus vigilant à des choses sur lesquelles on n’avait pas mis l’accent avant, qui s’appellent la relation de parole (parce qu’on n’est pas des animaux)...

F. DOLTO :

... la relation signifiante.

LA JEUNE FEMME :

... C’est ça, la relation signifiante ; si on vous dit . « C’est ça qui fait des fous », peut-être qu’on va arriver statistiquement à le dire.

Peut-être qu'on découvrira que c'est plus compliqué que ça... Mais ce n'est pas une « synthèse à faire », ce n'est pas : « il faut réconcilier les analystes avec..., etc. »

C'est finalement que chacun doit avoir *son rôle* et puis tout le reste en même temps.

LE PARTICIPANT G. :

C'est tout de même intéressant de noter que l'on a fait cette comparaison entre le pouvoir médical et le garagiste.

LA JEUNE FEMME :

Ah ! Mais c'est une question de vie ou de mort, les garagistes... C'est pareil que pour les bébés...

Sur ces mots, la séance est levée.

Table ronde - discussion du 15 octobre 1977

Modérateur : Jacques CHAVINIÉ [1]

[1] Comme dans la première partie, on trouvera les éléments pour situer les intervenants dans la liste qui se trouve à la fin du livre.

AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Le 18 juin 1977, après l'exposé de Françoise Dolto, une table ronde était prévue, qui devait regrouper tous les orateurs et l'ensemble des participants.

Cette table ronde avait pour but, dans notre esprit, de faire le point et de voir ce qu'il semblait possible de faire passer, au niveau pratique, dans l'action quotidienne d'une maternité de l'Assistance publique de Paris; préciser ce que nous avions le désir de modifier, et ce qu'il était possible de modifier; tenir compte de ce que les « usagers » exprimaient.

Mais ce samedi-là, l'exposé de Françoise Dolto a suscité la discussion spontanée, intense et prolongée que nous avons vue.

Pris dans cette discussion spontanée, nous nous sommes aperçus à midi qu'il était trop tard pour envisager cette table ronde plus structurée.

Mais dans les semaines qui ont suivi cette réunion, le besoin d'une telle mise au point a été exprimé par beaucoup de participants.

C'était comme si deux tendances s'étaient opposées, ayant de la naissance des points de vue tellement différents qu'on ne voyait pas comment s'y retrouver.

Quels étaient les points de rencontre au niveau du réel ?

Quels étaient, dans les points de vue des autres, les domaines respectifs de l'utopie et du « réalisable demain sans danger »?

C'est pourquoi cette table tonde a été secondairement organisée le 15 octobre 1977

La voici...

Nous vous rappelons que les corrections ont été réduites au minimum indispensable; il s'agit donc d'un langage parlé quotidien.

Ceux qui avaient parlé en juin ont d'abord résumé l'essentiel de ce qu'ils avaient dit; ce qui entraîne quelques répétitions de notions déjà abordées dans la première partie de ce livre. Nous avons cependant préféré faire paraître l'intégralité de cette table ronde car, même dans ces « résumés », des notions nouvelles apparaissent souvent, et en tout cas les formulations sont souvent bien différentes.

Ensuite, ceux qui ont une pratique quotidienne des accouchements, de la naissance, ont donné leur point de vue.

Puis la discussion est devenue plus libre, l'ambiance variant entre des moments de tension et dos moments de détente et de rires...

On y trouvera des intolérances...

On y verra des moments de retenue et de prudence

On *y* sentira peut-être des désirs de conserver l'ouverture au dialogue...

LA RÉDACTION

J. CHAVINIÉ :

Nous avons décidé de faire cette petite réunion pour reprendre ce qui avait été dit au mois de juin. Car au mois de juin une table-ronde était prévue, mais finalement on a été pris par le charme de Mme Dolto et la table ronde a été oubliée.

Que pouvons-nous tirer de la réunion de la dernière fois ? Pouvons-nous en tirer des conséquences aussi bien pour les uns et pour les autres ?

Cette fois-ci notre intention est de donner la parole à tous ceux qui ont parlé en juin pour qu'ils nous remettent brièvement en mémoire ce qu'ils ont dit.

Ensuite, pour rester dans la réalité quotidienne, nous donnerons la parole à un certain nombre de personnes qui travaillent « sur le terrain », sages-femmes, accoucheurs, infirmières, pédiatres. Et ensuite... on discute tous ensemble.

D'accord ?

Je te donne la parole.

E. HERBINET :

Pour ouvrir cette table ronde, je ne vais pas reprendre ce que j'ai dit en juin, mais plutôt préciser, expliciter quelle était notre idée en organisant cette rencontre entre professionnels de disciplines différentes : accoucheurs et sages-femmes d'une part, pédiatres et puéricultrices ensuite, et enfin pédopsychiatres, psychologues, psychanalystes. Tous s'occupent de l'enfant à des époques différentes de sa vie et surtout avec des outils différents, une approche différente, donc une expérience différente.

Naître... et ensuite ?

La sage-femme, l'accoucheur, ne s'occupent que du naître, pas de l'ensuite. A mon sens, l'accoucheur est très isolé : il suit une patiente pendant une période variable de sa grossesse, souvent actuellement pendant les deux derniers trimestres; lui ou l'équipe hospitalière l'assiste lorsqu'elle accouche; on voit encore l'enfant et sa mère pendant six jours, et puis après, très souvent : plus rien, plus rien du tout. On n'a plus de nouvelles.

A tel point que pour juger la qualité d'une obstétrique, pour comparer les résultats de deux manières possibles de faire dans une situation donnée, la majorité des publications ne font état que du score d'Apgar, éventuellement du pH à la naissance, parfois d'un examen neurologique à la sortie, mais jamais, ou très exceptionnellement, on ne sait ce que deviennent les enfants dans les deux, trois ou quatre ans qui suivent.

Nous ne savons pas bien ce que deviennent les enfants, notamment sur le plan psycho-affectif. Il est évident, heureusement, que la plupart d'entre eux vont bien. Mais pour un certain nombre d'entre eux il peut y avoir des « accrochages » plus ou moins sérieux, parfois très graves. Et cela ce sont les pédiatres, les psychologues, les psychiatres, les psychanalystes qui le savent.

En quoi cela regarde-t-il l'accoucheur? Y peut-il quelque chose ?

Je n'affirme rien mais certains faits suggèrent des voies de recherche.

Un jour, dans une émission de télévision consacrée en partie aux enfants battus, gravement maltraités, Straus et Manciaux m'ont fait prendre conscience de l'importance du problème. Je n'imaginais pas que certains enfants étaient blessés à ce point. J'ai appris que c'étaient des

parents, j'exagère un peu, comme vous et moi qui maltraitent à ce point leurs enfants. Ce ne sont pas des fous, mais des parents à peu près normaux, avec un petit quelque chose tout de même... Il y a certainement souvent des problèmes socio-économiques extrêmement écrasants, que je ne veux pas - ça serait dangereux - minimiser. Mais d'après Straus, si je l'ai bien compris, il y a à la base une distorsion de la relation mère-enfant, une sorte de non-coïncidence pour la mère entre l'image de l'enfant imaginaire et celle de l'enfant réel qui est là, sous ses yeux, dans son berceau.

Or cette distorsion de la relation commence très tôt, commence justement à la maternité : à l'accouchement.

Passons le film à l'envers ; voici un enfant battu, cassé de partout ; le début de l'anomalie de relation qui a conduit ses parents à le maltraiter a eu lieu pendant la grossesse et à la maternité. Nous n'avons probablement rien perçu à l'époque. Y pouvons-nous quelque chose ? Je n'en sais rien.

Mais le deuxième point va peut-être éclairer le premier.

Dans leur livre *L'Enfant et son corps* [1], Kreisler, Fain et Soulé ont étudié, entre autres, un trouble qui atteint certains enfants : les coliques des trois premiers mois. Ils insistent, à la suite de Spitz, sur la nature psychosomatique de ce trouble, et notamment sur un certain type d'anomalie dans la relation mère-enfant.

Voici un fait : colique des trois premiers mois, « anomalie » de la relation mère-enfant. Parallèlement et ultérieurement, avant qu'il y ait une polémique, avant qu'il ait publié son livre et son film, Leboyer a aidé à accoucher un certain nombre de mères en aidant aussi leur enfant à naître d'une certaine manière, avec un certain regard, dans une certaine ambiance.

Danielle Rapoport, psychologue, a étudié 120 de ces enfants à l'âge de 1 an, 2 ans et 3 ans. Et ceci, j'insiste, sans qu'il y ait de biais de recrutement ; les futures mères ne venaient pas pour Leboyer, elles ne le connaissaient pas. Je ne veux pas revenir sur l'ensemble de son enquête, mais il y a une chose qui m'a frappé, c'est que dans l'ensemble, ces enfants n'avaient pas de coliques des trois premiers mois, et que d'autre part, sauf exception, les relations entre les mères et leur enfant étaient détendues, peu anxieuses.

Alors... *Une modification isolée des conditions de la naissance (et de l'accouchement), un accueil différent du nouveau-né ferait quasiment disparaître un trouble qui est lié à la relation mère- enfant ?*

Ceci a, à mon avis, une certaine cohérence. S'il y a peu de certitudes, c'est au moins un sujet de réflexion, et de recherches. Il s'agit de recherches sur des modifications de climat, de regard, d'oreille, de sensibilité.

Parler non pas de prévention - c'est sans doute trop prétentieux - mais voir si en modifiant les conditions de naissance, voir si en modifiant peut-être la manière dont on écoute les femmes enceintes, dont on écoute les enfants qui sont nés, d'autres choses ne vont pas pouvoir changer.

Je n'ai pas étudié de près l'accouchement dans les tribus primitives, ou encore sous nos climats aux siècles passés. Mais on peut dire grossièrement que l'accouchement n'était pas coupé du tissu social, de la famille, des voisins, des amis, des ennemis, et que d'autre part c'était quelque chose de très dangereux, il n'y avait pas de personnes techniquement compétentes.

---

[1] KREISLER (L.), FAIN (M.) et SOULÉ (M.) : *L'Enfant et son corps, op cit.,* p. 41 et suiv.

Lorsqu'on demande actuellement à des femmes enceintes, et je le fais souvent, pourquoi elles sont venues à l'hôpital, chez nous, elles répondent toutes : pour la sécurité. Il y aurait beaucoup à dire à ce sujet. Disons qu'il n'est pas question de régresser dans la sécurité, dans la recherche de la qualité, mais que justement des questions mériteraient d'être posées sur cette qualité, *sur cet ensuite*...

Disons que la recherche constante d'une meilleure « sécurité » va de pair avec une technisation toujours plus accrue, et qu'en contrepartie l'isolement affectif croît aussi.

La ville sécrète son poison d'une certaine manière ; ce qui m'intéressait, c'était de voir pratiquement si, dans une maternité de la ville, on pouvait chercher, trouver, le contrepoison et réintroduire d'une certaine manière l'humain, le corps, les sentiments, la vie...

Voilà la question que je pose : est-ce possible?

J. CHAVINIÉ :

Bien, je pense qu'on peut donner la parole à M. Kreisler.

L. KREISLER :

Pour résumer ce qui avait été dit à notre dernière réunion, l'essentiel de mon propos était de rappeler quelques données théoriques sur 1' « attachement maternel », autrement dit sur les processus psycho-affectifs autour de la maternité. Au risque d'un schématisme réducteur, on peut dire que l'abord de ces problèmes de la part du personnel de la maternité nécessite d'une part une *information,* d'autre part une *formation.* Une information, c'est-à-dire une connaissance suffisante de la psychologie de la femme enceinte et de la parturiente. C'est à ce titre que j'avais rappelé l'essentiel des processus psychoaffectifs qui entourent la grossesse, l'accouchement, le *post-partum.*

La naissance : épreuve de la réalité

Je ne reviendrai donc pas sur les détails qui ont été exposés. Si on veut extraire l'essentiel, on pourrait dire qu'une naissance est essentiellement une rencontre : la rencontre entre un fantasme et une réalité.

Le *fantasme,* c'est l'enfant du rêve, l'enfant rêvé, élaboré dans l'imaginaire de la mère, on, peut dire depuis les temps les plus reculés de son enfance, dans sa relation à sa propre mère, dans sa vie de toute petite fille, dès le moment même où elle construisait son identité sexuelle, quand elle jouait à la poupée, dans son évolution œdipienne, sa latence, puis son adolescence, ses flirts, la réalisation de la sexualité. Bref, il s'élabore en elle tout un fantasme d'un enfant porteur à la fois de ses espoirs, de ses angoisses.

La *réalité,* c'est l'enfant qui arrive au monde, là, présent, en chair et en os. Le destin de cette rencontre dépend au plus haut point de l'épreuve de la réalité. Ce que représente la naissance dans les conditions habituelles est un enfant normal qui se développe bien : le nouveau-né dans sa conformation, son sexe, son comportement moteur, alimentaire, est là présent aux yeux de la mère qui peut dès lors le confronter à la représentation de l'enfant qui était en elle, à sa conception idéale. Epreuve de la réalité, laquelle peut échouer par la différence jugée inacceptable par la mère, entre le corps imaginé et ce corps réel ; car la naissance d'un enfant dont elle doute ou d'un enfant réellement particulier, ou anormal, vient réactiver chez elle le fantasme qui existe dans toute mère d'être peu ou prou une mauvaise mère, incapable d'élever un enfant. Si l'on considère que la maternité constitue pour la femme l'étape ultime de sa

maturation psychosexuelle et finalement réalise ses aspirations les plus profondes, on conçoit que cette situation est imprégnée de tout un passé, de toute me personnalité.

Les jours qui suivent l'accouchement

Un deuxième point théorique important est que le *post-partum* est une période sensible en ce sens que le vécu qui s'y rattache peut s'inscrire de façon profonde, durable, parfois indélébile, dans l'esprit de la mère, au point de retentir de façon permanente sur la relation ultérieure de l'enfant avec des émergences pathologiques telles qu'elles ont été rappelées il y a un instant à propos de la psychosomatique précoce et que l'on pourrait prolonger finalement tout au cours de l'enfance et même de l'adolescence. Pourquoi ? Parce que la femme traverse à cette période une phase de profonde modification psychoaffective, dont l'essentiel réside dans une sorte de renversement de tous ses investissements sur l'enfant qui vient de naître. Véritable crise comme on l'a dit souvent, et même comparé aux périodes critiques de l'enfance ou de l'adolescence. Il en résulte des déductions importantes sur l'attitude de tous les partenaires de cette femme.

On pourrait multiplier les exemples d'une parole dite, d'un geste fait, à la maternité ou plus tard, qui est reçu par la mère comme un impact négatif et pèsera ultérieurement de façon très profonde sur la relation. Au contraire, les exemples d'attitudes positives : je rappelle l'observation de Mme Dolto, de cette surveillante qui a modifié très profondément une situation, au départ assez catastrophique.

L'instinct maternel ?

En effet, les sentiments maternels ne sont pas quelque chose qui vont de soi. Il existe bel et bien une véritable pathologie des sentiments maternels, et c'est à ce titre d'exemple que j'ai rappelé les aléas et les déviations nés de la dépression banale du *post-partum* avec des phénomènes d'indifférence, d'inactivité, d'angoisse, d'agressivité qui vont parfois même jusqu'à l'agression franche.

Evolution après un début difficile...

Enfin, pour illustrer mon propos j'avais relaté brièvement deux recherches, l'une faite à l'Institut de puériculture sur le devenir de l'enfant prématuré, l'autre à Saint- Vincent-de-Paul sur l'avenir de 50 enfants ayant séjourné dans le service de réanimation et examinés, eux et leur famille, à l'âge de 6 ans en moyenne. Cette dernière étude nous avait révélé de singulières surprises, je n'en veux rappeler qu'une : plus de la moitié des enfants se développent sans aucune anomalie psychologique décelable malgré les conditions initiales dramatiques; ce sont pour la plupart des détresses respiratoires prolongées, des survies assurées par les conditions de la réanimation dans des machines, avec des durées de séjour allant jusqu'à trois, cinq, six mois dans des conditions extrêmement éprouvantes : la vie en incubateur, des prélèvements, des piqûres, l'alimentation à la sonde, sans compter les excitations anormales - les lumières, le bruit des machines. En contraste avec ce tableau, plus de la moitié des enfants s'en tirent absolument sans troubles, l'un d'entre eux ayant séjourné six mois dans le service de réanimation. Ce qu'il faut souligner est que ces enfants dont le destin a été favorable ont tous rencontré, sans exception, à leur retour dans leur famille des conditions marquées par des relations maternelles et paternelles favorables. J'évoque le père car il y a beaucoup de cas où la récupération a été faite grâce à lui. A l'opposé, les évolutions préoccupantes que nous avons constatées, et il y en a, coïncidaient toujours avec des conditions familiales ou sociales défavorables, et parmi ces cas sérieux nous avons six

troubles du développement portant en particulier sur le langage, trois insuffisances intellectuelles manifestement psychogènes et une dysharmonie évolutive de structure prépsychotique. Eh bien, ces faits je tenais à les rappeler parce qu'ils ouvrent des discussions pratiques et théoriques importantes, notamment sur la fameuse question du traumatisme à la naissance.

Information et formation

Reste un dernier point que je veux évoquer : la question de la *formation* psychologique finalement beaucoup plus importante que *l'information.* Cette formation peut aboutir à une modification de l'état d'esprit des partenaires de la parturiente pour une meilleure aptitude à comprendre et à saisir ce qu'elle ressent. Si j'ai bien compris, ce fut l'essentiel du propos de Mme Dolto ; elle l'a fait avec le très grand talent que nous lui connaissons et on ne peut qu'apprécier son plaidoyer, même si elle s'appuie parfois sur des arguments que l'on peut peut-être discuter, mais mon intention n'est pas d'engager une polémique théorique.

J. CHAVINIÉ :

Merci, monsieur Kreisler. Monsieur Straus est-il là ?

P. STRAUS :

Mon propos, lors de la journée de juin, était essentiellement d'introduire l'exposé du Dr Dominique Girodet, en brossant rapidement le problème des enfants maltraités, tel que nous avons été amenés à l'étudier. J'avais souligné que c'était un phénomène dont l'importance théorique n'était pas négligeable, qui touchait d'une façon très remarquable des enfants jeunes, la plupart du temps de moins de 3 ans, très souvent des nourrissons.

J'avais à cette occasion montré un certain nombre de diapositives et fait allusion au film des Drs Soulé, Myriam David et Geneviève Appell, qui avait été présenté et qui illustrait la relation mère-enfant de quatre femmes, pour dire que la quatrième observation de ce film, qui était une relation finalement assez pathologique entre une mère et son enfant, permettait de saisir comment ce type de relation pouvait conduire d'une façon presque insensible à des manifestations d'agressivité physique à l'égard d'un jeune enfant.

J'avais dit à cette occasion que ce qu'on appelle le syndrome de Silverman, c'est-à-dire les fractures multiples négligées retrouvées chez un jeune enfant de moins de 2 ans, pouvait s'expliquer par des manifestations de brutalité plus ou moins impulsives, plus ou moins conscientes, et qui n'étaient finalement pas tellement différentes de certaines manifestations telles qu'elles étaient présentées dans la quatrième observation de ce film.

A partir de cet exposé préliminaire sur les enfants maltraités, j'avais été amené à préciser les trois éléments qui devaient être analysés pour faire une évaluation du danger encouru par un jeune enfant :

1° *La situation de l'enfant lui-même,* cette situation pouvant être liée :

- A certaines caractéristiques propres à l'enfant : caractéristiques de comportement, malformation ou handicaps spécifiques pouvant conduire à des attitudes soit d'hyperprotection, soit au contraire de rejet de la part de la mère ou des parents.

- A certaines situations objectives dans son statut : enfant adultérin ou d'un premier lit, ou encore enfant de mère célibataire.
- A des conditions de séparation qui nous apparaissent très importantes : séparations précoces ou séparations prolongées d'un jeune enfant et de son milieu familial. Nous retrouvons ici le problème des prématurés, des nouveau-nés placés en service de réanimation, ou en service de médecine néonatale pendant un temps prolongé. Mais notre expérience nous avait montré l'importance au moins aussi grande et la nocivité des placements institutionnels de jeunes enfants. Placements sanitaires ou placements sociaux, coupant la relation mère-enfant, parents-enfant pendant une période prolongée.

2° Que le deuxième point de l'évaluation était la *psychologie parentale,* et là, j'avais repris la notion classique que la majorité des parents maltraitants n'étaient pas des malades mentaux caractérisés, mais que, sans entrer, ce qui n'était ni mon propos ni ma qualification, dans les notions approfondies de psychologie dynamique, on pouvait schématiser en disant que la grosse majorité de ces parents *avaient eux-mêmes été l'objet dans leur propre enfance d'une frustration affective précoce et profonde,* liée à toute une série de situations qui pouvaient aller de la dissociation parentale, d'un élevage précoce en institution, jusqu'à des attitudes beaucoup plus fines d'agressivité ou de rejet affectif de la part de leurs propres parents, et que ce passé de frustration leur rendait très difficile l'établissement de relations affectives et chaleureuses à l'égard de leurs enfants à partir du moment où ils devenaient eux-mêmes des parents.

3° Qu'enfin le troisième volet de cette évaluation, c'était un *volet social,* et là, j'avais eu l'occasion d'une classique petite altercation avec mon ami Kreisler, en ce sens que je pense effectivement que les conditions sociales qui sont retrouvées largement dans ces familles et qui sont à la fois des conditions de difficultés socio-économiques graves et d'instabilité conjugale avec des enfants de plusieurs lits, des mères célibataires jeunes, des placements prolongés de jeunes enfants chez des nourrices de mauvaise qualité, ne pouvaient s'expliquer que partiellement par des caractéristiques psychologiques, par la débilité mentale, par l'alcoolisme ou les traits de caractère qui conduisent certaines situations à se dégrader; mais que ça ne me paraissait qu'un aspect du problème, et que des difficultés sociales importantes sur le plan du travail, du logement, du chômage, sur le plan des difficultés multiples de garde d'enfants, de travail de la femme avec des horaires impossibles, conduisaient à des stress d'environnement tellement aigus qu'ils favorisaient en eux-mêmes la décharge de la violence. De même que lorsque la pauvreté culturelle de certains milieux interdit de décharger son agressivité sous la forme symbolique ou verbale, la violence devient un mode d'expression privilégié.

J'avais souligné pour conclure que les recherches actuelles conduisaient à penser que sur le plan de la détection des mères ou des parents « à risques de mauvais traitements », et sur l'éventuelle possibilité d'une prévention grâce à une aide spécifique précoce, le cadre des consultations prénatales, de la maternité et de la période *post-partum* paraissait de plus en plus aux chercheurs un cadre privilégié, et j'avais laissé au Dr Dominique Girodet le soin de vous entretenir de ce problème.

D. GIRODET :

J'avais d'abord rapporté une étude anglaise [1] qui était une rétrospective à partir d'une population d'enfants maltraités où les auteurs avaient comparé la grossesse, l'accouchement et la période postnatale de ces enfants maltraités avec la grossesse, l'accouchement et la période postnatale de la fratrie de ces enfants. De façon significative, aussi bien la grossesse que l'accouchement, que la période postnatale s'étaient déroulés dans des conditions anormales dans le lot des enfants maltraités, contrairement à ce qui s'était passé pour la fratrie. Et en effet, la maternité est une structure privilégiée pour une identification précoce d'une détérioration de la relation mère-enfant dans la mesure où toutes les femmes y passent (Il n'y a pratiquement plus d'accouchement à domicile) donc cela peut permettre un certain « screening ».

Je me suis située en tant que pédiatre dans une maternité, et ce qui m'a le plus frappée, c'est la disproportion qui existait entre l'effort fait pour dépister les grossesses à haut risque obstétrical (et ça on ne peut que s'en féliciter, il n'est pas question de revenir en arrière) et l'absence d'effort fait pour dépister ce qu'on peut appeler le risque psychosocial.

1° *Pendant la grossesse :*

En quoi consistent les consultations prénatales ? Habituellement en l'appréciation d'une hauteur utérine, d'un col utérin, des mouvements actifs, des bruits du cœur; mais aucune évaluation en ce qui concerne le contexte psychosocial. Toutes les mères avec lesquelles j'ai pu en parler lorsque je les vois après l'accouchement ou lors des visites du premier mois se plaignent toujours que les consultations prénatales soient routinières et très techniques. Je pense qu'après tout ce qui a été retrouvé dans les études rétrospectives sur le passé des parents maltraitants, on devrait profiter des consultations prénatales pour faire une évaluation du passé des parents. Très rapidement, pour arriver à situer une famille : est-ce une mère célibataire ? ou une femme seule ? ou un couple ? (parmi les parents d'enfants maltraités, il y a pas mal de mères de l'Assistance publique ou issues de familles dissociées qui ont un passé très lourd de frustrations). On peut préciser, en dehors des antécédents du père et de la mère, la situation actuelle au moment de la grossesse dans le couple, et face à cette grossesse : s'agit-il d'une grossesse désirée ? la femme a-t-elle pensé un moment à l'avortement qu'elle n'a pas fait réaliser ? quelle est la situation face à l'enfant à venir ? est-ce qu'elle a un projet sur cet enfant ? (il y a des femmes qui ont un projet très précis concernant l'éducation de cet enfant). Ne serait-ce que de faire préciser si elle désire allaiter cet enfant, il faudrait profiter de ces consultations prénatales pour préparer cet allaitement. Essayer de préciser aussi si elle a envisagé le mode de garde : beaucoup de femmes doivent travailler après la naissance et certaines n'ont absolument pas réfléchi au mode de garde qu'elles allaient adopter. Cela souvent est à l'origine de situations difficiles, et est facteur parfois de conflits et déstructuration de l'enfant. Je pense que lors des consultations prénatales, une certaine évaluation est possible du risque psychosocial.

2° *Au moment du séjour en maternité :*

Je ne parle pas de l'accouchement, ce n'est pas mon domaine, mais je suis frappée de la discordance qui existe entre l'effort que beaucoup font pour améliorer les conditions de l'accouchement, ce qui est tout à fait remarquable, mais une fois l'enfant né « sans violence »,

[1] Voir la référence dans l'intervention de Dominique Girodet page 35.

on se permet d'empêcher la mère d'avoir une relation normale et naturelle avec son enfant et on se permet de l'empêcher de le prendre quand elle veut, on lui dit qu'il ne faut pas le bercer, on lui dit qu'il faut l'allaiter à heures fixes [1], pour ne pas lui donner de mauvaises habitudes; et en plus, pour des raisons d'hygiène qui sont justifiées, mais qui sont sûrement excessives, on l'empêche d'avoir son enfant à côté d'elle, et de le materner à la demande comme elle le désirerait. Je pense aussi que le personnel qui entoure les femmes au moment du séjour à la maternité : sages- femmes, puéricultrices et infirmières surtout, puisque ce sont certainement les plus proches des jeunes accouchées, non seulement ne sont pas formées à observer et à étudier le comportement de la mère avec son nouveau-né, mais de plus, souvent par leurs réflexions, sont une gêne à la relation entre la mère et le nouveau-né. De plus, les réflexions que livrent aussi bien les puéricultrices que les sages-femmes à la jeune mère peuvent marquer très profondément la relation mère-enfant qui commence. Je pense aussi que l'examen du pédiatre devrait toujours être fait en présence de la mère, ce qui n'est absolument pas fait partout, car la mère, lors de cet examen, peut livrer des tas de réflexions qui peuvent permettre d'engager un dialogue et aider la mère à parler de certaines difficultés qu'elle peut avoir face à ce nouveau-né.

3° *Les consultations postnatales :*

Là encore beaucoup de femmes se plaignent que les consultations postnatales se réduisent à évaluer une involution utérine. Elles pourraient être une occasion supplémentaire de voir si la mère n'a pas rencontré de difficultés particulières dans ses relations avec son enfant, si elle n'est pas trop déprimée. On constate qu'aujourd'hui, les jeunes primipares ont rarement eu auparavant l'occasion de s'occuper de nouveau-nés, et comme pendant les huit jours à la maternité on ne leur donne pas la possibilité de s'occuper elles-mêmes de leur bébé, quand elles rentrent chez elles, elles sont confrontées à une espèce d'incompétence qui majore leur anxiété. Elles sont de plus souvent très isolées et ne peuvent plus sortir de chez elles parce qu'il y a le bébé. Cela aboutit souvent à un état dépressif qui les culpabilise car il ne correspond pas à l'imagerie de l'amour maternel. Elles devraient pouvoir exprimer cette difficulté à la consultation postnatale. Je ne dis pas que l'obstétricien devrait pouvoir tout assumer, mais il pourrait participer à une identification précoce de la détérioration de la relation parents-enfant à la maternité. Une telle approche nécessite un travail d'équipe : ça ne peut être le seul fait de l'obstétricien, de la sage-femme, du pédiatre ou du travailleur social, il faut pour cela un changement dans les mentalités, dans l'information, dans la formation des travailleurs médico-sociaux, ce que disait M. Kreisler tout à l'heure.

Actuellement, les femmes « à problèmes » on ne les reconnaît pas le plus souvent. Et si on les reconnaît, tant leurs problèmes sont massifs, il y a actuellement un risque d'aboutir à une marginalisation et à un rejet de la part de la structure environnante. On n'est pas du tout habitué à les approcher et la réaction est de les rejeter. On majore alors leur marginalisation. On majore leurs sentiments d'échec, et on ne les aide absolument pas à améliorer les relations difficiles qu'elles risquent d'avoir avec le nouveau-né. Ceci est donc un problème d'information et de formation des membres de l'équipe. Sur le plan matériel, il faudrait qu'un travailleur social voie toutes les femmes enceintes quelles qu'elles soient pour faire une évaluation des risques sociaux. Pour le risque psychologique, cela me paraît tout à fait différent. Il me paraîtrait absolument grotesque que toutes les femmes enceintes soient vues

[1] Voir à ce propos le Cahier du nouveau-né n°3, « D'amour et de lait... »

par un psychiatre; je pense que le risque psychologique doit être apprécié par l'obstétricien, par la sage-femme, par la puéricultrice, par l'infirmière ou par le pédiatre. En fait, le rôle du psychiatre ou du psychologue à la maternité est un rôle d'écoute, de référence, et de discussion au sein de l'équipe médicale.

C'est tout ce que j'ai à dire.

J. CHAVINIÉ :

C'est quand même énorme ! Maintenant, mademoiselle Rapoport si vous voulez bien...

D. RAPOPORT :

J'avais parlé essentiellement de ce qui tournait autour de l'accueil du nouveau-né. Pour être rapide, je ne rappellerai pas ce dont on avait parlé, du résultat de l'enquête et de l'étude que j'avais faite, mais plutôt du débat qui avait suivi parce que ça me paraît effectivement essentiel.

En fait, il semblerait qu'autour des polémiques qu'a suscitée la dimension psychologique de cet accueil du nouveau-né, on retrouve des résistances qu'on a rencontrées un peu partout, très fréquemment, et pas seulement dans l'univers médicalisé.

Dès qu'on parle d'accueil et d'un changement dans l'accueil, on parle dans le fond d'un changement d'attitude, d'un changement de routine, d'un changement de mentalité, et effectivement quelque chose menace les habitudes à ce moment-là et peut-être aussi les structures.

J'ai rappelé que cela avait été pareil dans un univers non médicalisé comme celui de la crèche. Il y a encore dix ans, quinze ans, il était impensable qu'il y ait dans les crèches un décloisonnement des sections, que la même berceuse suive l'enfant pendant trois ans, que les parents entrent dans les crèches, que les vêtements soient différents.

Et c'est pareil dans un univers aussi médicalisé par contre que la chirurgie, que les unités métaboliques ou les unités d'hématologie où je travaille ; il y a des endroits où il n'est pas pensable que les parents rentrent pour des raisons que l'on comprend bien, les microbes, etc., et d'autres endroits où, pour la *même spécialité,* nous avons des jardinières d'enfants, des parents qui sont là, et des chambres mère-enfant. On s'est posé la question : pourquoi dans un certain cas y a-t-il des résistances et pourquoi dans l'autre n'y en a-t-il pas ? C'est toute l'histoire dans le fond des résistances au changement par rapport à cet accueil. Sur ce plan-là, le mot même d'intolérance réciproque a été employé sur lequel on pourra revenir dans les débats tout à l'heure, et il nous a semblé en fin de compte que cela passait par le vécu personnel de chacun. Au niveau du vécu, il y avait des gens qui disaient : « Tant que je n'avais pas mis ce bébé dans le bain et que je n'avais pas vu la différence, tant que je n'avais pas " partagé " avec lui, pour moi, le bain c'était un " gadget ". » Je donne un exemple : tant qu'on n'a pas perçu effectivement que ce n'est pas tellement du traumatisme de la naissance dont il s'agit, mais de tout le départ de la relation mère-enfant, du changement des mentalités dans un travail d'équipe, tant qu'on n'a pas perçu justement que ça commence peut-être là, eh bien effectivement, tant qu'on n'a pas eu peut-être un certain plaisir à cela, on n'en voit pas l'intérêt, on se défend, on n'en a pas envie, ou bien on dit que cela ne nous concerne pas. Et j'étais un moment donné moi-même relativement d'accord, puisque lorsqu'on m'a dit : « Bon, c'est de l'obstétrique et moi je suis obstétricien, je ne m'occupe pas de ça », j'ai répondu : « Bon, peut-être qu'effectivement je ne parle pas d'obstétrique, je parle de bonheur, de chagrin, je parle de différences de relations, de choses très observables mais pas très

chiffrables », et quelqu'un s'est levé et a dit : « Mais moi aussi, je suis obstétricien et je ne pense pas comme ça et je n'agis pas comme ça. » Donc, je crois que là on est arrivé à un débat très intense, auquel je n'ai pas personnellement participé, et c'est pour cela que je ne le résume pas ici; c'était d'ailleurs très difficile à comprendre clairement sur l'enregistrement au magnétophone, mais je pense que vous vous en rappelez.

En fait, je crois qu'on pourrait reparler de ce vécu émotionnel, de ce qui se passe chaque fois qu'on essaie d'introduire la dimension psychologique dans cet univers très technique. Il y a je crois deux attitudes, et l'une d'elles est d'affirmer que c'est incompatible et dangereux. Il faudrait savoir alors pourquoi il y a un certain nombre d'institutions et de personnes, « certaines » crèches, « certaines écoles », enfin « certaines collectivités » aussi bien que, dans l'univers médical, « certains services hospitaliers » ; pourquoi y a-t-il un certain nombre de personnes qui pensent que c'est dangereux et menaçant, et pourquoi, au contraire, un certain nombre de gens, petit à petit, s'y ouvrent et, à ce moment-là, trouvent que c'est évident. Et on avait, pour conclure, eu un échange qui m'avait paru moins vif et moins difficile et qui, en fin de compte, laissait espérer qu'il y avait une troisième voie possible qui est celle de la complémentarité.

J. CHAVINIÉ :

Merci.

Monsieur This...

B. THIS :

Mon propos est centré sur le père, le bain... et le bambin, si vous voulez. Pourquoi remettre un enfant dans le bain, alors qu'il vient de sortir de l'eau ? Voilà l'objection régulièrement mise en avant. Au lieu de le mettre dans le bain, nous pouvons le placer dans une couveuse chaude où il sera oxygéné ; il se détendra et sera très heureux. Mon idée, c'est bien sûr de centrer les choses, non pas simplement sur la mère, non pas simplement sur le vécu de l'enfant, mais aussi sur le vécu de cet homme qu'est le père, dont la fonction n'est pas d'avoir été, neuf mois plus tôt, un géniteur. S'il y a un service obstétrical et s'il est au service d'un couple fécond, d'une trinité en quelque sorte, dans quelle mesure ce service peut-il laisser au père une place, une fonction. Pas simplement d'aller fumer dans la salle d'attente. Dans son « incompétence », ce père est-il condamne a une attente passive. Dans quelle mesure peut-il intervenir ?

L'expérience montre que, dans certains services, l'attitude du père, la place du père au moment de l'accouchement est importante. Dans ces services, le médecin dit « Je reste présent dans le couloir, je suis disponible, mais j'ai remarqué que ma présence inhibe le père et l'empêche d'intervenir. » Il y a souvent une relation compétitive entre le père et le médecin, ou la sage-femme.

Stigmatiser les choses, reprocher aux uns ou aux autres leur comportement, me semble bien être un écueil, une absence de solution. Ce qui me paraît le plus important, c'est de comprendre avec l'équipe obstétricale les raisons de cet état de fait, raisons qui ne sont pas simplement scientifiques. Comprendre au fond les difficultés du père à se situer dans sa fonction, les difficultés de l'équipe à l'intégrer, c'est ouvrir une étude sur la psychopathologie paternelle. Quand on essaie de comprendre comment le père réagit à la présence de cet enfant, et ceci dès le début de la conception, on est surpris par la violence des sentiments : amour et haine. On a décrit les psychoses puerpérales « maternelles », mais on a négligé les psychoses

puerpérales « paternelles » pourtant décrites par Ebtinger et Renoux. Elles sont plus fréquentes qu'on veut bien le dire [1].

Dans le domaine de la psychosomatique, c'est la même chose. Alors depuis que nous nous sommes rencontrés, en juin, j'ai travaillé ces problèmes. Cette journée a sur moi des effets... des effets d'interrogation. Je me suis passionné pour l'iconographie de la naissance, en essayant de voir dans l'iconographie, pas simplement dans notre civilisation européenne, mais partout où je pouvais avoir des documents, si le bain était représenté ou mentionné au moment de la naissance. Eh bien oui, et pas seulement dans le contexte du baptême chrétien. C'est beaucoup plus général. La fonction de ce bain de l'enfant qui vient de sortir du ventre maternel me semble évidente. Passant de l'iconographie du bain à l'étude de la fonction paternelle, j'ai été confronté aux mythes de la couvade (j'y ai passé mes vacances pratiquement), interrogeant tout ce qui tourne autour du Mal Scythe, du Mal des Ulates, cette malédiction portant sur le père. Vous connaissez la chanson du roi Renaud qui « revient de guerre portant ses tripes dans sa main ». Sa mère le voit et lui dit : « Votre femme vient d'accoucher d'un roi. » Il meurt le soir même. L'enfant naît et le père meurt ! J'ai repris les mythes de Mélusine par exemple : pourquoi cet homme ne devait-il pas voir son épouse dans son bain ? A la génération précédente, il s'agissait de la fée Pressine, la mère de Mélusine : l'homme avait promis de ne pas assister aux accouchements. Pourquoi le père ne devrait-il pas être présent et actif ? C'est beaucoup plus que la crainte des microbes qu'il pourrait apporter, c'est quelque chose qui est ancré profondément en nous. Le père dans nos civilisations, ou le père en moi si vous voulez, dans « mon histoire », est bafoué depuis si longtemps. Je me souviens, étant enfant, qu'au moment des naissances, une canne était accrochée à la porte de la chambre où ma mère accouchait, et 1'on voulait me faire croire qu'elle s'était cassé la jambe ! Quand je disais : « Mais ce n'est pas vrai ! », on médisait : « Mais si, c'est la cigogne ». J'ai été très longtemps avant de comprendre ce qu'elle venait faire dans ma vie, cette cigogne. En Alsace on m'avait parlé de la « Cicogne ». Alors j'ai compris qu'elle cognait ; « Cerf, Cerf, ouvre-moi. » J'ai demandé : « Mais qu'est-ce qu'il fait papa ? » On m'a dit : « Tu comprendras plus tard. » Je crois que je suis encore en train de m'interroger, et d'interroger notre civilisation. Ma curiosité de ce monde mythique c'est une façon de respirer et de donner un sens pour retrouver en moi autre chose que cette identification de la mère gestante. C'est au fond ce travail que j'essaie de poursuivre, et je suis très content que vous me receviez, quelles que soient mes difficultés caractérielles. Incontestablement ces journées de juin ont eu de l'importance ; pas simplement pour nous individuellement. Elles étaient importantes socialement. On va lancer « Les Cahiers du nouveau-né » comme un cri, un appel. Il me semble que ces « journées de Saint-Vincent-de-Paul » devraient constituer la première partie de ces cahiers.

Le Conseil supérieur d'étude sur la planification des naissances a décidé de consacrer prochainement une journée à l'accueil de l'enfant dans les services obstétricaux. Il me semble que les gens bougent en ce moment : ils s'expriment, ils prennent conscience de la nécessité de cet accueil amical des nouveau-nés.

---

[1] Quelques références : RENOUX (.M.), *Aspects psychopathologiques de la paternité,* thèse 1965 n“ 96, Strasbourg; - TIXIER (G.), *Thème de filiation et d'enfantement délirants chez l'homme,* mémoire de C.E.S. de psychiatrie, 1976; - NAWAWI (Ch.), *Psychoses puerpérales,* travail de maîtrise, université Paris VIII ; - Charles GELLMANN (psychiatre à Sainte-Anne, Paris), *La fonction paternelle dans la psychose,* entretien psychiatrique, 11 mars 1964.

J. CHAVINIÉ :

Merci.

Michel Odent...

M. ODENT :

Je vais vous soumettre, en cinq minutes, cinq thèmes de réflexion qui ont tous en commun l'intérêt que nous portons aux premières expériences du nouveau-né.

Premier thème de réflexion : ***L'expression précoce du réflexe de fouissement***

C'est ce sujet que j'avais développé particulièrement, au mois de juin, à Saint-Vincent-de-Paul. Nous avions dit notamment que plus que d'un réflexe, il s'agissait d'un schéma de comportement complexe qui témoignait déjà d'une grande coordination mère-enfant. Et nous avions essayé de définir brièvement le climat qui était nécessaire pour que rapidement, 20 mn, 30 mn après la naissance, le nouveau-né soit en mesure de chercher, de trouver, et de sucer le sein de sa mère. Nous avions ensuite évoqué les incidences proches et lointaines d'une première tétée précoce, et nous étions arrivés à la conclusion qu'il n'est pas possible de parler d'allaitement maternel en faisant abstraction des conditions de la naissance. Nous avions même ajouté que l'heure n'était plus aux plaidoyers rationnels en faveur de l'allaitement maternel. Il est peut- être plus important, aujourd'hui, de banaliser des conditions de naissance de manière telle que la plupart des nouveau-nés auront la possibilité de trouver rapidement le sein de leur mère, et que la plupart des mères auront la possibilité d'allaiter dans de bonnes conditions.

Deuxième thème de réflexion actuel, qui dérive aussi de notre intérêt pour les premières expériences du nouveau-né : ***Les positions obstétricales***

Dès l'instant où on s'intéresse aux premières expériences relationnelles du nouveau-né, on s'interroge sur le rôle des témoins à la naissance, et on s'interroge fatalement sur le rôle du médecin. Et on est tenté de remettre en cause ce que le médecin a introduit. Le médecin en pénétrant dans les chambres des femmes qui accouchaient au XVIIème siècle, a introduit la position dorsale, qui est maintenant généralisée dans l'ensemble du monde industrialisé. Voilà par quelle démarche nous avons été amenés à réfléchir sur la position dorsale, et à la remettre en cause.

Le troisième thème de réflexion concerne : ***La prématurité, les causes de cette prématurité***

L'origine de cette réflexion, c'est que nous avons calculé tout récemment que pour nos 1 000 dernières naissances, le taux de prématurité était de 19 ‰ [1], qu'il diminuait régulièrement, et nous avons de plus en plus la conviction que l'une des principales causes actuelles de la prématurité, c'est que la grossesse est de plus en plus vécue comme une maladie. Or nous avons l'impression de faire exactement ce qu'il faut faire, pour éviter que la grossesse soit vécue comme une maladie. Elle est fatalement vécue comme une maladie, dans la mesure où

[1] Chiffre vérifié auprès de l'auteur. (N.D.L.R.)
Prématuré : enfant né avant le terme de 37 semaines révolue (semaines comptées à partir du premier jour des dernières règles normales)

toute femme enceinte est obligée de fréquenter le médecin, personnage que l'on voit lorsqu'on est malade ; dès l'instant où toute femme enceinte est obligée de fréquenter les hôpitaux et les cliniques, lieux que l'on fréquente habituellement lorsqu'on est malade ; dès l'instant où tous les livres pratiques destinés à la femme enceinte fournissent une documentation affolante sur tous les risques inhérents à l'état de femme enceinte, de fœtus ou de nouveau-né. Et c'est aussi fatal par le fait que nos salles de naissance ressemblent habituellement beaucoup à des salles d'opérations chirurgicales.

Donc nous pensons, pour notre part, aller à l'encontre de tout cela pour tenter de faire en sorte que la grossesse ne soit pas trop vécue comme une maladie. Pour cela, il nous semble de plus en plus important que les couples soient préparés à l'accueil du nouveau-né. Parler du nouveau-né, parler de l'accueil du nouveau-né, c'est non seulement donner un autre sens à l'accouchement, mais c'est aussi donner un autre sens à la grossesse. Et puis cette démarche est aussi favorisée par le fait que nous multiplions les occasions de voir les couples fréquenter la maternité pendant la grossesse ; mais fréquenter la maternité, pas seulement pour satisfaire des besoins d'informations... C'est ainsi que nous favorisons des rencontrer, informelles où des couples qui attendent un enfant peuvent venir bavarder avec des femmes qui viennent d'avoir leur bébé. C'est ainsi aussi que nous favorisons des rencontres et des activités à l'intérieur de la maternité, qui sont tout à fait inhabituelles dans les maternités des hôpitaux publics. Et c'est ainsi que nous attachons une grande importance à la présence dans notre maternité d'un piano. Et c'est ainsi qu'il nous paraît très important que souvent les femmes enceintes puissent venir à la maternité et chanter. Et si vous voulez, vous êtes invités, cet après-midi à 15 heures, à venir chanter à la maternité de Pithiviers.

Quatrième thème de réflexion : ***Il nous paraît important de situer le phénomène Leboyer dans le mouvement contre-culturel qui s'amorce actuellement***

Mouvement contre-culturel qui va de pair avec la prise de conscience écologique. Il n'est pas possible de parler d'obstétrique, de parler de naissance sans être au courant de tous les courants d'idées qui se développent par ailleurs.

Cinquième thème de réflexion : ***Nous nous intéressons beaucoup à l'évolution des conditions de la naissance en fonction du degré d'industrialisation*** dans les différents points du globe, et cet intérêt nous a conduits tout récemment à faire un voyage en Chine, le mois dernier, et à visiter de nombreux lieux de naissance, à la ville et à la campagne. Je ne suis pas venu ici pour parler de la Chine, je voudrais simplement dire que, après ce voyage, je suis encore plus persuadé qu'auparavant qu'il n'est pas possible d'être impliqué professionnellement dans la grossesse et la naissance, sans savoir quel genre de société nous voulons contribuer à élaborer.

Voilà, en cinq minutes, ces cinq thèmes de réflexion

J CHAVINIÉ :

Merci.

Madame Dolto.

F. DOLTO :

Il y a quelque chose qui pour mot a été un très grand bonheur, c'est de voir l'intérêt que l'on porte maintenant à cette relation mère-enfant, à cette relation psychologique vraie entre des êtres qui sont liés à deux lignées à travers une femme; cette relation entre générations est peut-être quelque chose qui, en ce moment n'est pas assez vu à travers la mère.

J'ai énormément aimé ce qu'ont dit M. Kreisler, Mme Girodet. Concernant ce qu'a dit Mme Girodet, je me demande si l'attention portée aux risques à propos des personnes qui s'occupent des enfants n'est pas un danger. Je vais m'expliquer. Chaque mère, *c'est cette mère-là dont l'enfant a besoin* et seulement celle-là. L'enfant, c'est *tel enfant de telle mère,* et ça n'existe pas un « enfant-type » ni une « mère-type ». Et le danger peut apparaître quand on fait attention au risque qu'il y ait un modèle préalable. « Comment *une mère devrait être* ». Je ne dis pas du tout ça pour critiquer ce que vous avez dit, parce que c'est vrai, mais lorsque ces mots passent et deviennent un slogan, finalement ceux qui vont s'occuper de ces enfants et de ces mères vont voir celles-ci comme fixées, telles elles les ont perçues, avec un *a priori :* « Quels risques cela sera encore ? », de nouveau dangereuses ou mauvaises dans la relation symbolique, alors qu'elles ne sont peut-être que maladroites, angoissées, inexpérimentées. Elles sont peut- être encore, comme nous disons, nous les psychanalystes, « dans les pulsions de mort », c'est-à-dire des mères végétatives qui paraissent indifférentes, non émues par leur bébé, encore comme lorsqu'elles gestaient, dans les pulsions de mort du sujet, sans désir pour lui. Les dire dangereuses ou mauvaises, cela peut faire conclure à une normalisation abstraite et figée. « Toute mère, femelle humaine quelconque, devrait être comme ça, avec un nourrisson mâle ou femelle humain, de tant d'heures ou de tel âge. » Or, si cela paraît du point de vue physique, dans l'attitude gestuelle et affective de cette relation mère- enfant, il ne faudrait pas qu'au nom des risques, on en soit à obérer une relation interpersonnelle réelle et symbolique qui existe. La mère est ce qu'elle est. Sans chercher d'emblée à la perfectionner, pas plus qu'à lui retirer son bébé, on peut l'assister En effet, une relation vivante et symbolique a certainement existé, puisque le nouveau-né est viable. La mère peut évoluer.

Vous avez raison de dire qu'il faut l'écouter, mais ça ne suffit pas du tout, pour une mère qui vient d'accoucher, de l'écouter ; le dire n'a pas tellement de rapport avec le vécu, la motricité, le fonctionnel en jeu, cela ne suffit pas ! Le dire ne suffit absolument pas au moment de l'accouchement, mais aussi dans la première relation avec l'enfant, ou même avec l'enfant grandissant. Il s'agit d'autre chose que de « dire ». Quand vous parlez de formation, il s'agit d'un « vivre avec » et surtout d'un « faire avec », pour la personne qui s'occupe de cette mère et de ce nourrisson.

Vous avez raison de le dire, il ne s'agit pas de faire devant elle, il faut qu'elle s'associe aux soins, assistée par une personne qui lui donne confiance ; il faut toujours lui dire que ce qu'elle fait est déjà bien, que c'est d'elle qu'il a besoin. Il ne faut pas lui corriger ce qu'elle fait ou le faire à sa place. Il faut, en même temps qu'elle le fait, parler avec elle. C'est impossible si la personne n'aime pas cette femme *telle qu'elle est :* farfelue, dingue, odieuse, Marie- Chantal, n'importe quoi ; ce n'est pas possible si elle ne comprend pas que cette mère est la mère de ce bébé, et que c'est elle qui l'est, et telle qu'elle est, avec ses qualités et ses défauts. Car c'est dans cette relation particulière qu'elle va vraiment avoir un lien symbolique avec cet enfant, qui aura cette relation avec elle. Et en même temps... *tout le temps parler à ce bébé.* Si la personne qui s'occupe de la mère est là à penser aux risques, les risques sociaux, etc., elle évite les contacts de la mère à son enfant et elle ne parle pas à ce bébé de sa situation à lui, enfant de cette mère-là. Chaque fois que la mère dit quelque chose de ses difficultés avec sa propre mère, si on ne le dit pas à ce bébé, la mère ne l'aura pas dit au bébé : elle l'aura dit à la dame. Or, une mère doit *avoir un dialogue profond avec son enfant,* en redisant, en

paroles ou muettement, tout ce qui fait qu'elle est devenue mère, à travers toutes les difficultés qui ont été les siennes.

Donc, je ne sais pas si M. Kreisler est d'accord avec moi, cette difficulté de formation de la personne qui est là en contact avec la mère, c'est qu'elle comprenne qu'il n'y a pas *une mère;* ça n'existe pas. Ce mot ne veut rien dire. Tout bébé l'est de sa mère, à moins qu'elle ne le refuse d'emblée. C'est *sa* mère. Un enfant en est né, qui est viable. Il est viable sur le plan du « corps-viande », pour dire quelque chose qui n'est justement pas symbolique et qui est dans les pulsions de mort. (Ce que nous appelons les *pulsions de mort* c'est, dans le sommeil profond, la *bonne vie végétative de ce corps.* La bonne vie végétative de ce corps, ce sont les pulsions de mort du sujet - il n'y a pas de sujet d'un corps qui vit, qui dort bien, profondément, éventuellement dans une absence totale de notion d'exister. C'est ça les pulsions de mort.)

Alors, ce à quoi nous avons à faire, c'est les *pulsions de vie* de cette femme, *c'est-à-dire son désir,* les difficultés de son désir, les difficultés à le prendre, à le toucher, à l'embrasser, ou au contraire son besoin de se coller, donc de le dévorer; ceci c'est par rapport à la psychanalyse que je vous dis ça, l'activité d'une femme peut être dévorante, écrasante, manipulant avec brutalité, mais ceci doit être aussi en un premier temps accepté, toléré, intégré : *elle est comme ça.* Et surtout ne pas l'en empêcher, mais le dire, en parler, en plaisanter avec elle.

Il y a des raisons affectives inconscientes qui commandeur ces attitudes, la personne qui geste avec elle, peu à peu, et surtout au début, lui sert de *re-mère* si c'est une femme et de *re-père* si c'est un homme. Je crois que ces échanges verbalisés sont importants avec la mère du bébé, aussi bien qu'avec le père du bébé dans leurs premiers contacts avec lui, et les premiers jours. S'il y a une relation de la soignante au père, cette relation sans qu'elle le sache c'est de nouveau sa mère à travers cette femme qui soigne, « lui ce bébé », et c'est comme ça que nous pouvons aider, au début dans la vie d'un enfant, même assez longtemps s'il s'agit d'enfants qui n'ont pas encore atteint la maîtrise de leur propre corps ; c'est en redonnant des puissances maternantes chez le père et des puissances paternantes chez la mère. Je m'explique : le corps de la mère a été violé par effraction, par ce bébé; c'est vraiment une sensation nouvelle, même si elle a déjà été mère plusieurs fois : c'est une sensation renouvelée, mais nouvelle, car elle ne lui est pas arrivée depuis le dernier accouchement. Ceci transforme complètement le ressenti de la femme.

Et puis voilà que ses seins sont le lieu d'un jaillissement, d'une congestion, qui est douloureuse parfois, mais qui a un sens, le sens du jaillissement, c'est-à-dire de *quelque chose de phallique,* à sa poitrine. Il y a une chose dont je n'ai pas entendu parler et c'est important pour nous, c'est : quelle attitude la femme et son époux - jules - conjoint - amant - ont par rapport à ces objets partiels de son corps : son abdomen, sa vulve et ses seins ? De quelle façon la mère a-t-elle affecté ses propres seins, avant qu'ils ne soient allaitants, surtout pour une primipare et quels rôles ont-ils dans la relation sexuelle avec l'homme ? C'est extrêmement important parce que la rivalité, dans la femme, peut s'installer à l'intérieur d'elle-même, conflit entre son être d'accueil à l'homme, son être de séduction et son *faire,* son agir de femme pour lui, et son agir pour son enfant, sa disponibilité à lui.

Or, allaiter c'est une fonction active pour la femme, alors que jusque-là ses seins avaient une fonction passive, à la fois de séduction et de sensations intérieures. Il y avait bien l'érectibilité, mais une érectibilité n'aboutissant à rien de donnant, de phallique. Or, le phallisme auquel elle est soumise par l'allaitement modifie totalement, très souvent, sa relation femelle avec le partenaire masculin. Tous les enfants que j'ai vus être des enfants « martyrs » étaient les enfants d'une femme qui avait une dysharmonie totale entre sa *féminité d'accueil,* son être de séduction pour le mâle, et sa maternance qui était fantastique, au point

de vue imaginaire, mais incapable au point de vue actif, phallique. Elles étaient tellement phalliques pour les hommes, que c'est pour cela que ces enfants étaient martyrs des hommes avec qui elles vivaient. Toutes les femmes que j'ai vues, c'était ça. Et il fallait les voir parler de l'amour qu'elles avaient pour leurs enfants : fantastique ! Mais en paroles ! Le dire ne suffit pas. C'est au contraire dans le contact avec les enfants qu'elles se montraient complètement incapables au point de vue moteur, incapables de faire quelque chose qui sécurise son enfant. Tellement passives et tellement phalliques en même temps. Tellement passives pour l'enfant qu'en imagination elles aiment, que lorsqu'il y a quelque chose à faire, elles sont si angoissées de leur impuissance face à la réalité qu'elles le frappent. Elles le frappent parce qu'elles ne savent pas être actives, phalliques avec leurs mains, leur corps ; avec leurs gestes. Et je crois que la gestique d'une femme avec un enfant est quelque chose qui fait une grande partie du travail de la mère avec l'enfant. C'est ce phallisme de la mère qui, d'un coup, provoque les activités du savoir donner à manger avec le sein, ou autrement qu'avec le sein, avec quelque chose qui est une métaphore du sein, le biberon, la cuillère, mais en respectant les rythmes de cet enfant. Cet enfant, il n'a pas pour elle des rythmes à lui; c'est pour ça qu'accueillir l'enfant, c'est *l'accueillir dans un agir qui respecte ses rythmes à lui,* et sait s'adapter à lui tel qu'il est. C'est un être d'expression dès le début, alors qu'on le voit trop souvent comme une chose « à bien traiter », un tube digestif enveloppé de chair dont on apprécie le bon état apparent. On le voit comme un fonctionnant dont le fonctionnement de la bouche à l'anus, son appétit, son sommeil, ses belles selles, son péristaltisme, sont signes de bon fonctionnement. Mais c'est aussi un *être de langage.* La mère, et souvent les puéricultrices, oublient cet *être de langage.*

L'être de la mère, à ce moment-là, n'est pas un être de « langage par la parole » adressée à l'enfant ; ou bien concentrée sur sa technique, elle ne lui parle pas ou ce qu'elle dit peut être totalement contradictoire avec ce qu'elle fait, ce qu'elle est en train de préparer pour lui. On en voit qui bavardent avec leurs voisines, avec les autres enfants. On dirait que pour elles, le bébé n'est qu'objet à remplir et changer. Dès la naissance, apprendre à parler à son bébé et à ce bébé-là, bien réel et présent, c'est cela qui est important et à quoi certaines mères ont besoin d'être enseignées. Ce nouveau langage est un langage psychomoteur et un langage fonctionnel adapté à cet enfant-là, sans le comparer à un autre, c'est un *langage végétatif*, par rapport aux sensations qu'elle va avoir à sa poitrine ; un langage totalement *végétatif* dont elle est absolument inconsciente par rapport à ce qu'elle ressent ombilicalement, utéro-ovariennement, au moment où elle donne à téter à cet enfant et où elle ressent aussi génitalement. Le nombre de femmes - et je parlerai des hommes tout à l'heure - qui sont agressives avec l'enfant parce que cet enfant les fait jouir, pendant qu'il les tête. Et ce drame d'une femme qui jouit pendant que l'enfant tète, c'est très important parce que c'est comme une transgression dont elle se sent coupable dans l'histoire de la relation de ses seins dans la relation conjugale ou érotique avec un homme. Il y a beaucoup de femmes qui se masturbent les seins, c'est une chose pas connue du tout, tout autant que les femmes qui se masturbent clitoridiennement, et il y a beaucoup d'hommes qui, pour exciter les femmes, caressent et masturbent leurs mamelons. Et le fait de téter provoque à certaines femmes quelque chose d'insolite d'ordre animal ou ressenti incestueux sans qu'elles en soient conscientes. Et c'est pour ça qu'il faut en parler parce que ceci les rend angoissées, surtout si c'est refoulé, pour elles cet enfant c'est un animal ou c'est un amant ? C'est quelque chose de cet ordre-là qui joue. Elles-mêmes ont honte de ce qu'elles éprouvent. Ces sensations, lorsqu'elles sont parlées, prennent leur place naturelle et perdent le registre érotique; lorsqu'elles sont refoulées, elles peuvent se somatiser en abcès du sein ou en frigidité secondaire. Et jusqu'à présent, on n'avait pas parlé du fait que l'allaitement maternel, outre sa nouveauté technique parfois un peu difficile pour la femme, est quelque chose qui relève aussi d'une problématique sensorielle érotique qui peut complètement balancer, si je peux dire, la relation

érotique femelle, du fait que la relation érotique maternante au niveau des seins peut être confondue avec la relation à son conjoint. Alors c'est un « faire », et un faire d'un dire par rapport au corps et au ressenti dans une confiance véritable avec la puéricultrice ou l'accoucheur.

Mais en même temps, je me demande parfois si ce n'est pas en déculpabilisant cet érotisme, en en parlant, que nous pouvons faire quelque chose, préventivement, en ce qui concerne les abcès du sein. Quand il y a eu abcès au sein, et quand nous avons pu analyser les femmes qui avaient eu des abcès au sein pour leur premier enfant, nous avons été amenés à penser que cet abcès-là était là pour empêcher la relation qui était trop érogène ; et que cette relation érogène déniée, traduite en douleur était devenue masochisante, et cela en effet paraissait justifié par les crevasses ou gerçures du mamelon et la crainte d'une infection qui paraissait s'annoncer.

Mme A. I.ACROIX-COUTRY :

Il y a tout de même la rencontre avec un staphylocoque... Autant je vous ai entendue avec passion, parce que je trouve formidable ce que vous avez dit, et ça correspond tout à tait à ce que je vois, autant là non, on ne peut pas vous suivre ! L'abcès du sein c'est tout de même pour moi avant tout le staphylo, et la réaction immunitaire de la mère ensuite.

F. DOLTO :

Mais il y a toujours du staphylo partout...

J. CHAVINIÉ :

Attendez, on commencera à discuter après, si vous le voulez bien. Madame Dolto, vous avez de nouveau la parole...

F. DOLTO :

Ce que je voulais dire, c'est que lors de la naissance d'un enfant et de tout nouvel enfant, le *fantasme* fait face à une *réalité.* Tout nouvel enfant provoque une rivalité inconsciente et profonde, dans le père et dans la mère, entre ses pulsions actives, ses *pulsions actives érotiques,* et ses pulsions actives paternantes ou maternantes, et ses *pulsions passives,* c'est-à-dire son être d'accueil, son être de « faire pour », et le désir de se sentir aussi à l'aise dans ces deux attitudes, d'accueillir la personne de l'enfant et de savoir faire pour cette « chose », ce « paquet » qui n'a pas l'air d'une personne. Et on ne peut le faire que *par la parole* à l'enfant, du père à son bébé, par l'intermédiaire d'une personne qui redit au bébé les paroles que ce père lui a dites, ou que cette mère lui a dites, et en introduisant le père et la mère à la relation du *parler,* en même temps qu'à la relation active; je crois que c'est ainsi que nous mettrons ce petit dans sa relation symbolique avec ses deux parents et qu'on évitera en deuxième temps les agressivités qui sourdent de la vie inconsciente, qui viennent de cette rivalité. Je ne suis tout de même pas une mère, dit le père ; et je ne suis pas tout de même rien qu'une vêlante, dit la mère. « Je ne peux pas être sacrifiée à *mon enfant,* j'ai aussi *mon homme.* » Et l'homme : « Je suis aussi un mâle, alors quoi ! Il faut bien que je montre que je suis un mâle. »

Et ce sont ces conflits de désirs qui font les enfants angoissés dans la relation à leurs deux parents ; et je dis : ça ne suffit pas d'un « dire » ; il s'agit d'un *être dans l'activité et dans l'échange,* où le père est aussi « mère » que la mère et la mère est aussi « père » que le père.

Elle est « père », c'est-à-dire phallique consciente, quand elle donne le sein ; elle est « mère », c'est-à-dire nidante dans son accueil à l'enfant.

Le père est « mère » quand il berce et quand il prend son enfant, mais il est aussi actif et viril quand il donne le biberon, il est identifié à sa propre mère phallique, de quand il était petit. Et les deux parents ont besoin, pour pouvoir devenir les parents de cet enfant-là, et non pas des « parents types », que leurs relations à leur mère, à leur petit frère, quand ils étaient des grands frères, à leur petite sœur si le bébé est une fille, quand ils étaient des grands frères, ils ont besoin que *ça soit parlé* avec une femme et avec le médecin, *alternativement*, pour qu'en eux *ce qu'il y a d'archaïque* (femme et homme en eux) ne gêne pas leur virilité d'amant vis-à-vis de cette femme et qu'ils puissent rester mère accueillante et père formateur de cet enfant. Père sachant laisser à sa femme une part de femelle pour qu'elle ne se piège pas dans sa relation maternante, ce qui est à l'origine de rupture de relation dans le couple, ce qui est aussi à l'origine des angoisses de l'enfant. C'est par ces paroles et par l'agir, que nous les aiderons.

J. CHAVINIÉ :

Bon, eh bien je vous remercie tous. Vous avez finalement bien résumé le sens des interventions de la dernière fois. Alors, si vous le voulez bien, il était prévu qu'à la suite, on donnerait la parole aux accoucheurs, aux sages- femmes, à ceux qui étaient là la dernière fois, aux personnes du service, étant donné qu'à la suite de la réunion du mois de juin on a tous beaucoup réfléchi, et on a été amenés à repenser certaines choses.

Il y a quelques personnes qui voulaient prendre la parole, madame Francoual. Christine Francoual est pédiatre dans le service.

C. FRANCOUAL :

Les journées de juin ont été très importantes pour la marche du service, elles ont entraîné des discussions enflammées, ce qui est toujours un bon signe de vitalité. J'ai particulièrement retenu l'accent mis sur l'importance d'une relation mère-enfant précoce la meilleure possible. En effet, comme l'ont montré Straus et Girodet, c'est très important pour la prévention des sévices, c'est aussi très important pour ce que va devenir le nouveau-né dans sa famille. Alors comment peut-on faire dans une maternité à haut débit, une maternité hospitalière d'Assistance publique, pour améliorer cet accueil du nouveau-né ?

Je voudrais dire quelques mots sur la façon dont je ressens l'accouchement « type Leboyer » comme il est pratiqué à la maternité. Pour ce qui est des quelques bains qui ont été donnés, pratiquement depuis d'ailleurs les dernières journées de juin, je n'ai pour ma part retrouvé aucun inconvénient à cela ; c'est-à-dire, aucun enfant n'a été refroidi, aucun enfant n'a été infecté. Pour ce qui est du clampage retardé du cordon, l'enfant était sur le ventre de sa mère, j'ai été amenée à demander qu'on pratique un clampage précoce tout en laissant l'enfant sur le ventre de sa mère parce que nous avons eu plusieurs polyglobulies [1] avec le risque que cela comporte, et pour mémoire, il y a deux enfants qui ont eu une exsanguino-transfusion pour cette raison. Enfin, pour ce qui est d'un maintien de l'enfant sur le ventre de sa mère un assez long moment dans l'obscurité [2] ou dans la pénombre, je pense que c'est parfait si l'enfant est en très bonne santé. C'est-à-dire pour un accouchement normal. Et ce n'est possible dans une

[1] Augmentation de la concentration de globules rouges dans le sang.

[2] Un « accueil humanisé » du nouveau-né n'implique pas *l'obligation* de l'obscurité (voir notamment l'intervention d'Etienne Herbinet page 55).

maternité à haut débit que si les personnes qui assistent à l'accouchement sont très vigilantes et sont capables de retourner la situation et de faire les gestes qui s'imposent devant une détresse, le plus rapidement possible. Ça réclame donc de la part d'une personne qui participe à l'accouchement une qualité bien supérieure. Ça n'est pas une voie de facilité du tout qu'on choisit là : il faut que les gens connaissent particulièrement bien le nouveau-né, particulièrement bien ce qui peut lui arriver.

L'autre réflexion que j'ai eue après ces journées, c'est que, si la méthode d'accouchement est importante, parce que le vécu de l'accouchement est très important, tout ce qui va se passer ensuite va avoir une importance aussi grande. Et en particulier, puisqu'on reste sur le plan de la maternité, je pense qu'il faut faire un effort tout à fait grand dans les suites de couches. Alors là, je rejoins tout à fait ce qu'a dit Dominique Girodet, et je pense qu'il faut améliorer ce séjour essentiellement par la mise des enfants dans la chambre de leur mère, par la possibilité donnée aux mères de s'occuper de leur propre nouveau-né éventuellement avec des conseils, et avec une certaine surveillance, et là aussi ça va demander de la part du personnel qui va s'occuper des enfants et des mères une plus grande capacité. Donc laisser la mère s'organiser tout de suite avec son bébé pour le changer, pour le nourrir, à ses horaires, etc.

Je pensais que l'on pourrait essayer de faire ça sur une petite échelle; pour voir si par hasard on ne va pas observer des catastrophes, des enfants déshydratés ou autre chose, ce que je ne crois pas s'il y a une surveillance attentive.

J. CHAVINIÉ :

Qui voulait prendre la parole ? Betty ? Mme Betty Casala est infirmière en salle de travail dans le service.

B. CASALA :

Je voudrais parler de notre travail quotidien en salle de travail. Mais auparavant, je voudrais dire quelque chose parce que je risque de l'oublier. Madame Francoual a dit : capacité du personnel qui entoure la maman. II faut ajouter en plus une disponibilité, parce que je ne sais pas jusqu'à quel point ça serait merveilleux de faire une expérience en suites de couches sur un certain nombre de mamans qui vont avoir pendant la semaine un personnel disponible autour d'elles pour les accompagner, et qui vont être choquées lors d'un week-end où il n'y aura personne, et où on va être obligé de leur faire suivre le rythme des autres. Je pense qu'elles seront plus choquées si tout d'un coup au moment du week-end, quand le personnel est réduit, on leur prend leur enfant qui va être suivi par la puéricultrice unique, qui va s'occuper d'eux. Tout ça parce qu'on est une maternité où il y a beaucoup d'accouchements, du personnel en nombre suffisant à peu près tout le temps, mais pas tout le temps. Tout le monde est prêt à faire suivre cette expérience au plus grand nombre possible de mamans, mais il faut voir aussi le grand problème du personnel parce qu'on ne peut pas demander au personnel d'être complètement disponible lorsqu'il a beaucoup de travail.

Je vais vous parler de notre travail en salle de travail, qui est un travail d'équipe du personnel hospitalier; l'aide- soignante, l'infirmière, la sage-femme et le médecin forment une équipe compacte et sont, la majorité du temps, capables à tout moment de se compléter les uns les autres et de rentrer très rapidement dans le jeu quand on en a besoin, et par contre de laisser les choses se faire calmement quand on en a la possibilité.

Je peux vous raconter ce qui se passe quand une femme arrive en salle de travail : elle est accueillie, installée dans une chambre, on lui demande si le papa sait qu'elle est en salle de travail, et éventuellement on lui téléphone pour qu'il puisse la rejoindre. On lui pose tout un

tas d'enregistrements pour surveiller, aussi bien ses contractions que le bébé. A ce moment-là, il y a une surveillance de la maman aussi bien que du bébé qui se fait calmement et normalement, il n'y a pas tellement de personnes qui s'occupent de cette maman, à part la sage-femme, l'infirmière qui prend le relais quand la sage-femme est occupée ailleurs, jusqu'à l'accouchement. A l'accouchement, la sage-femme est souvent, dans les premiers moments où on fait pousser cette dame, à peu près seule parce que là on n'a pas besoin d'être trente-six. Au moment où la femme est prête à accoucher, il y a en plus une infirmière, une deuxième personne qui est là pour aider la sage-femme et pour appeler si jamais la sage-femme avait besoin de quoi que ce soit. Voilà comment ça se passe, et bon, le bébé est né; on le pose le plus souvent possible sur le ventre de sa maman pour qu'elle puisse avoir un certain contact avec son enfant. Il est essentiel qu'il y ait une autre personne en même temps que la sage-femme dans la chambre, une personne qui soit là pour jeter un coup d'œil sur cet enfant; il nous arrive quelquefois d'être obligés assez rapidement d'intervenir parce qu'il peut arriver qu'un enfant nécessite des soins, par exemple une désobstruction. On l'emmène dans la crèche pour le désobstruer et, dans la mesure du possible, on remet rapidement l'enfant sur le ventre de sa maman. Les conditions sont idéales en été quand il y a une température ambiante qui est supérieure à la normale, car on s'aperçoit que lorsqu'on met les enfants sur le ventre de leur mère, si la température ambiante est inférieure à celle de l'été, les enfants ont tendance à se refroidir. On les amène plus rapidement dans la crèche pour les réchauffer, en les mettant tout nus dans une couveuse. Mais tout ça c'est très beau, mais malheureusement ce n'est pas toujours possible parce que dans les maternités à haut débit, et lorsque vous avez une seule infirmière pour aider les sages-femmes avec sept femmes enceintes comme c'est arrivé par exemple aujourd'hui, nous ne pouvons pas, avec la meilleure bonne volonté, faire 1' « accouchement sans violence » et tout ce qui entoure l'enfant, parce qu'on court le risque de trouver un enfant qui n'est pas bien du tout, et pour nous, pour toute l'équipe, l'essentiel avant de mettre l'enfant sur le ventre de sa maman, c'est son état de santé.

J. CHAVINIÉ :

Merci.

Hardouin tu as la parole.

G. HARDOUIN :

Je dois dire que lors du premier débat, j'avais été assez irrité car j'avais l'impression que ça ne concernait pas beaucoup les obstétriciens. Cette fois-ci, le débat est à peu près semblable, mais je dois dire que je ne le ressens pas de la même façon. J'apprends beaucoup de choses, peut- être parce que le climat est un peu différent... *(Rires.)* Odent ne nous a pas déçus puisqu'il a élargi ses activités d'obstétricien jusqu'au chant. *(Rires.)*

Cela dit, si on veut parler un peu tout de même des préoccupations des obstétriciens, j'aimerais essayer de répondre à une question d'Herbinet au début du débat, lorsqu'il disait, je crois ; « On ne peut peut-être pas aller contre les inconvénients de la technicisation de l'accouchement. » Sur ce plan-là, je ne suis pas du tout d'accord, et c'est aussi un point de désaccord avec Michel Odent. Je ne vois pas du tout en quoi le fait d'avoir une attitude plus personnalisée, plus humaine, plus décontractée au moment de la naissance, soit incompatible avec l'évolution actuelle de la technique obstétricale. Je ne vais pas faire un long discours à ce sujet, mais je voudrais simplement signaler un cas récent dans ma clientèle qui, à mon avis, est intéressant sur ce point.

C'était une femme qui voulait accoucher si possible selon la méthode de la naissance sans violence. Je lui ai dit que je n'étais pas contre, mais que je faisais partie de ceux qui font de sérieuses réserves. Elle commence un accouchement apparemment sans problème, et puis, à 3, 4 cm de dilatation, je m'aperçois qu'elle allait avoir un accouchement assez dystocique [1] : c'était une variété postérieure [2] avec hypercinésie [3], qui commençait à provoquer de l'agitation. Le mari, qui voulait être là pendant tout l'accouchement, était passé à côté et ne voulait plus rester. Aussi, j'ai proposé à la femme de faire deux choses : premièrement, une péridurale [4], et deuxièmement de suivre son accouchement avec un monitoring [5], ce que je ne fais pas systématiquement. On était en plein accouchement hypertechnique. La femme, bien entendu, est devenue beaucoup plus calme, le déroulement de l'accouchement a été, à mon avis, simplifié par la péridurale et tout s'est passé très bien. Je rattrape le mari dans le couloir et il a assisté à un accouchement absolument parfait. On a pu mettre l'enfant sur le ventre de cette maman redevenue calme, tout s'est passé très bien. Mais l'impression que m'a donnée cet accouchement, *c'est que c'était la technique qui avait permis une naissance* « *sans violence* », alors que sans elle, on se serait trouvé dans la situation qu'on a tous connue trop souvent, avec une « ambiance » qui est très loin de ce qui est décrit dans le livre de Leboyer.

Par conséquent, non seulement je ne vois pas d'incompatibilité entre approche psychologique et technicité, mais je crois même que l'un et l'autre se complètent, sans exclure les progrès techniques les plus modernes, tels que l'anesthésie obstétricale, dont l'utilisation ne doit pas être perçue comme un échec de la part de la femme.

Il y avait d'autres choses que je voulais dire, mais enfin, c'est surtout ce qui m'a frappé parce que Herbinet, en début, avait l'air de dire : c'est un des grands problèmes.

E. HERBINET :

On ne va pas discuter ça maintenant, mais je n'ai pas du tout dit ça... Je suis au contraire partisan de la recherche active d'un *équilibre entre sécurité et humanité*.

G. HARDOUIN :

Je l'ai noté : « Est-ce qu'on ne peut pas aller contre les inconvénients de la technisation, eu égard à la naissance sans violence ? »

Tu n'as peut-être pas voulu dire ça, mais ça peut se comprendre comme ça.

J. CHAVINIÉ :

Tu as fini ?

Je crois que monsieur Lacroix...

---

[1] Contraire d'eutocique : sans problèmes mécaniques ou dynamiques.

[2] Variété d'orientation de la tête de l'enfant dans le bassin maternel.

[3] Contractions utérines anormalement rapprochées.

[4] Injection d'anesthésique dans le canal vertébral, en dehors de la dure-mère, qui supprime les sensations, notamment les sensations douloureuses venant de l'utérus, sans perte de conscience.

[5] Surveillance électronique du rythme cardiaque fœtal, (N.D.L.R)

A. LACROIX ;

Oui, mais j'ai besoin d'un projecteur et d'un quart d'heure.

J. CHAVINIÉ :

Bon, eh bien... tout à l'heure. C'est obligatoire ?

A. LACROIX :

Oui.

J. CHAVINIÉ :

Le Lirzin ?

R. LE LIRZIN :

Pour ma part, je ferai une intervention très brève pour rappeler ce que j'ai déjà dit. J'avais été amené à intervenir d'une façon tout à fait incidente à propos des fantasmes de la femme enceinte et de son activité onirique qui est très importante. J'avais rapporté une histoire qui montrait bien que dans les termes dépassés tout ne se ramène pas à la biochimie.

J'avais rapporté aussi une autre histoire dont j'ai eu la conclusion après notre première rencontre. Il s'agissait d'une jeune femme enceinte qui éprouvait une véritable pulsion de meurtre vis-à-vis de l'enfant qu'elle attendait ; et ce qui m'a paru stupéfiant, c'est qu'en l'écoutant un peu, en lui donnant donc l'occasion d'en parler, tout s'est résolu très vite. Après un accouchement passablement houleux, elle a quitté la maternité très heureuse, comme si rien ne s'était passé.

De plus en plus je suis amené à noter un certain nombre de faits concernant le comportement de la femme enceinte et ses activités inconscientes. Il est évident qu'il existe une sorte d'incubation, un projet d'enfant qui peut remonter très loin dans l'enfance. Il y a tout un travail mental de préparation qui se réalise progressivement et dont la femme ne peut pas faire l'économie. On aurait envie de parler de couvade si ce terme n'était pas réservé à une réalité anthropologique bien particulière. On dirait que quand ce processus d'incubation est terminé, la femme peut accoucher et bien accoucher.

Ce qui m'a frappé aussi dans certaines observations, c'est que des difficultés psychologiques de la femme pouvaient se résoudre et d'une façon extraordinairement rapide. Certaines par exemple, restaient fixées à leur père et voilà qu'à travers la mobilisation psychologique due à la grossesse, tout paraissait s'envoler parce qu'on leur donnait l'occasion d'en parler.

Il me semble qu'il s'agit là de quelque chose de très important. En effet si la mère a des difficultés, l'enfant va s'en imprégner comme une éponge s'imbibe d'eau. Si donc on donne à la femme l'occasion de résoudre ses conflits, c'est au fond une prévention des troubles psychologiques de l'enfant que l'on peut espérer. Nous autres obstétriciens nous sommes, pour des raisons chronologiques, beaucoup mieux placés que les pédopsychiatres dans cette affaire. Eux interviennent quand les troubles sont déjà installés, organisés. Nous, au contraire, pouvons intervenir avant et je pense que par des interventions très simples, une écoute très discrète, nous pouvons éviter à l'enfant beaucoup de souffrances et probablement aussi des centaines d'heures de psychothérapie. Nous sommes vraiment à la source et je crois que c'est là une notion essentielle.

Maintenant autre chose. Je ne partage pas tout à fait votre enthousiasme en ce qui concerne la « naissance sans violence ». J'ai bien peur que cela ne devienne une recette. En réalité il s'agit d'un état d'esprit et lorsque cet état d'esprit sera modifié, la bassine et le bain deviendront tout à fait secondaires. Il est à mon avis très dommage qu'à travers les slogans qui circulent en ce moment, une intuition extrêmement juste se trouve ridiculisée. A cause de cela j'en veux un peu à certains psychologues qui en parlent à tort et à travers ; cela risque d'être très nocif.

J'ai aussi un autre motif d'inquiétude. Tout à l'heure on a dit que cette méthode nécessite une grande vigilance de la part de gens qui ont une grosse habitude de l'obstétrique pour savoir rattraper à temps une situation devenue alarmante. Cela, un accoucheur qui connaît son métier le fait très bien, mais les accoucheurs sont peu nombreux. De plus, voyez-vous, je travaille dans une maternité où il y a 3.500 naissances par an; alors ce n'est pas possible à moins de prendre des risques inadmissibles... Ou alors on admet l'instauration d'une obstétrique pour privilégiés, ce que je trouve intolérable d'autant qu'on méconnaît alors un problème beaucoup plus essentiel. En effet il ne faut pas oublier que nombre de femmes quittant cette maternité vont se retrouver en butte à des difficultés psychosociales énormes dans les Z.U.P. et les faubourgs d'Angers et de Trélazé. Je suis très inquiet pour ces femmes non préparées, souvent très seules, face à une situation qui les dépasse. Je crois qu'en les aidant d'une façon très simple, en leur apprenant à s'occuper de leur enfant, on leur rend beaucoup plus service, qu'en utilisant des méthodes sophistiquées qui risquent d'être réservées à des cliniques très huppées de la région parisienne. Désolé de ne pas être tout à fait dans la note par rapport à vous !

Si j'ai encore un peu de temps, je vais vous dire encore autre chose. Je suis agacé dans tout cela par l'aspect « mode » et ça me braque. J'en suis venu à m'intéresser au comportement de la femme enceinte par un biais totalement différent du vôtre. Figurez-vous que je suis parti de l'avortement. On en avait assez souvent dans le service où nous sommes. Je me souviens de Chavinié disant avec l'humour que vous lui connaissez : « Bon ! je viens encore de commettre mon petit crime, il faudra que samedi j'aille à confesse. » Je n'ai pas dit que tu allais à confesse, ça te regarde, ce que je veux dire c'est que ça touche en nous quelque chose. Je me suis beaucoup demandé ce qui se passait là, dans cette réalité que je ressens comme un meurtre quoi qu'on en dise. J'ai commencé à m'interroger sur ce sentiment maternel, cet instinct maternel qui n'existe pas. Il y a là de la pulsion de vie, mais aussi de mort, je ne sais pas comment l'exprimer. Puis le problème s'est élargi pour moi : il y a aussi l'infanticide, les enfants battus, les enfants psychologiquement perturbés qui souffrent parce qu'ils épongent les conflits de leurs parents. C'est tout cela qui m'a amené à me poser des questions, à m'interroger sur le comportement de la femme enceinte. This nous parle de mythes un peu éthérés, moi je vous parle d'une réalité : l'infanticide a toujours fait partie de l'histoire de notre humanité. Il y a d'ailleurs un livre qui vient de paraître là-dessus, c'est *La Mauvaise Mère* [1], mais il y a bien sûr beaucoup d'autres données. Et tout cela n'est pas du mythe, mais une réalité, ce sont des enfants esquintés ; des enfants qui souffrent, des enfants morts...

M. ODENT :

Je voudrais simplement dire deux mots : étant donné qu'il y a trois ans et demi que nous nous battons contre la *méthode* Leboyer...

[1] CARLONI (G.) et NOBILI (D.) *La mauvaise mère*. Petite bibliothèque Payot, n° 320.

R. LE LIRZIN :

Pour ?

M. ODENT :

Non, contre...

Simplement dire que parler de « *méthode* Leboyer » c'est n'avoir rien compris à l'extra-ordinaire dimension socioculturelle de l'œuvre de Leboyer, et c'est ne pas avoir compris qu'il n'y a pas de méthode Leboyer, il y a un phénomène Leboyer qui a remué les tripes du monde occidental...

R. LE LIRZIN :

Je suis tout à fait d'accord.

M. ODENT :

...et qui est à l'origine d'une réflexion sur les premières expériences sensorielles, motrices, relationnelles du nouveau-né.

C'est une réflexion nouvelle. Mais parler de « méthode Leboyer », là vraiment... Il y a trois ans et demi que nous- nous battons contre cette expression : méthode Leboyer

R. LE LIRZIN :

Je suis tout-à-fait d'accord. Mais il y a là un problème de communication et de savoir.

D. RAPOPORT :

On a surtout parlé de changement de mentalité aujourd'hui, on n'a pas parlé de méthodes ou de moyens ; ça prouve déjà l'évolution...

J. CHAVINIÉ :

Madame Revault d'Allonnes, je vous donne la parole

CL. REVAULT D'ALLONNES :

Je suis très sensible à des tas de choses qui viennent d'être dites; on n'entend pas du tout la même chose aujourd'hui (et heureusement d'ailleurs) que ce qu'on a entendu en juin. Et on passe un peu sous silence un certain nombre de points marquants. Des nouveautés, il y en a toujours eu : l'accouchement sans douleur a été une révolution en son temps ; la perspective nouvelle qu'on a introduite est aussi une nouveauté, et il y en aura d'autres...

Il faut resituer, je crois, tout ça, et je voudrais proposer quelques réflexions à propos de certaines attitudes, peut-être dangereuses, de ceux qui prônent cette nouveauté, la « méthode Leboyer », avec un enthousiasme exagéré sans vouloir en voir les conséquences.

Il me semble qu'il y a un premier risque à sépare artificiellement une nouveauté d'une autre nouveauté, et notamment accouchement sans douleur et naissance sans violence, ce que Leboyer s'est gardé de faire. Il y a eu des comportements, je ne dirai pas de fanatisme, mais

d'enthousiasme exagéré, qui ont amené à nier complètement ce qui avait été fait avant, et qui ont fortement dressé contre les partisans des nouveautés les gens qui avaient mis en place l'accouchement sans douleur. Avec ses défauts, avec le dépassement dont il est l'objet dans les perspectives actuelles, il a été lui aussi une nouveauté très révolutionnaire en son temps. Quand on pense à ce que faisait Faillières [1], et qu'il fait encore, tout critiquable que cela puisse paraître à certains : il n'a jamais nié l'importance de l'enfant, de l'accueil de l'enfant... Alors, Leboyer est apparu dans un ensemble complexe et un rapport de force tout à fait différent ; mais des tas de choses extrêmement intéressantes se sont trouvées du même coup mises au deuxième plan ou niées totalement.

Je crois qu'il faut avoir une vue beaucoup plus synthétique des choses, et introduire tout cela comme des nouveautés ou des changements qui doivent se dépasser et se compléter. On a indisposé des gens extrêmement intéressants dont on avait le plus grand besoin dans le mouvement général.

Premier point : Je suis donc d'avis de penser A.S.D. *et* N.S.V., mais pas du tout l'un *ou* l'autre, et en disant ; voilà la nouveauté, voilà la création de la dernière minute, voilà ce sans quoi il n'y a rien, etc.

Deuxième point ; Il y a un deuxième risque qui est celui de ce que j'appellerai : *l'ambivalence niée.*Je reviens à un point qu'a beaucoup mieux dit Mme Dolto tout à l'heure. On est amené, quand on prend une position optimiste exagérée, à faire comme si tout ce qui était la haine, le manque d'amour, tout ce qui était la pulsion de mort, n'existait pas ; de ce fait, on se trouve transporté dans une sorte d'univers où on a mis au point quelque chose qui fait que le mauvais n'existe pas ; on n'est plus que dans le bon... Que ce soit au niveau des individus qui doivent être des bonnes mères, vivant de bonnes naissances, avec de bons pères et selon une belle méthode dans une belle ambiance (une nouveauté qui écrase toutes les choses anciennes) ; et puis alors on nie complètement ce qui est de l'autre côté de la chose, c'est- à-dire tout ce qui est négatif et qui est pulsion de mort : on le fait au niveau des individus, mais on le fait aussi au niveau des institutions ; il y a les mauvaises institutions, trop techniques, trop A.S.D., trop ci, trop ça... et puis, il y a les bonnes institutions, celles dans lesquelles on n'a pas à se poser le problème...

Quand on prend une position manichéenne comme celle-là, on peut être sûr que dans les mois ou les années qui vont venir, la pulsion de mort va revenir en flèche, et qu'on va recevoir dans la figure tout ce qu'on a évacué artificiellement, avec des risques très grands pour les

---

[1] Dr Faillières : accoucheur toulousain qui a commencé une réflexion personnelle sur la préparation à l'accouchement il y a plus de vingt ans, avec notamment une étude critique de la respiration superficielle, limitée et accélérée.
Sa pratique de ce qu'il appelle « préparation psychosomatique du couple à la naissance » nous semble avoir comme originalité :
- de commencer tôt, avant le 3° mois de la grossesse ;
- de comporter de nombreuses rencontres auxquelles les *couples* sont invités à participer
- de ne pas être une suite de leçons où la théorie est imposée mais un enseignement sous forme de « questions-réponses » permettant à la future mère de découvrir peu à peu, à son rythme, comment se fait le fonctionnement de son « corps vivant » au moment de l'accouchement.

La préparation physique est, de même, très poussée, insistant notamment sur la relaxation et sur des exercices de bascule du bassin pour une prophylaxie des lombalgies de la grossesse et de l'accouchement.
L'ensemble permettant, entre autres bénéfices, d'aboutir dans un bon nombre de cas à la suppression de la nécessité de violents efforts de poussée pour faire naître l'enfant. (N.D.L.R.)

individus et pour les groupes; tout à l'heure, je disais A.S.D. *et* N.S.V., maintenant j'appelle l'attention sur les risques de nier l'ambivalence ; ça me paraît un deuxième point important.

Le troisième point ce serait : *naissance et nativité.* Autant je crois qu'il faut avoir de l'enthousiasme, autant il est important d'aider les gens à vivre autant que faire se peut avec *leur propre style,* de *leur propre manière,* leur propre histoire et leur propre relation entre eux, autant je crois qu'il y a un très grand risque à passer de la naissance à la nativité ; à vouloir faire de chaque naissance une fête, une épiphanie.

Chaque apparition d'un enfant représente quelque chose qu'il faut situer prudemment dans un contexte anthropologique important ; je crois que c'est très important que la naissance redevienne un phénomène anthropologique, qu'elle ait une dimension humaine, large. Je crois que c'est très important ce courant-là ; il faut voir qu'on s'appuie sur un rapport de force actuel qui est différent du rapport de force qui existait au moment de l'apparition de l'accouchement sans douleur : ce sont les thèmes écologiques qui prédominent maintenant, alors que c'était un idéal de maîtrise... Mais vouloir faire de ce fait un *contexte mystique* autour de la naissance me paraît aller tout à fait à l'envers d'une évolution réfléchie. Une naissance doit pouvoir assurer la sécurité par l'utilisation de tous les moyens technologiques disponibles; elle doit assurer un contexte humain qui tienne compte de l'ambivalence des pulsions de vie et des pulsions de mort ; mais elle doit en même temps éviter de tomber dans un mysticisme qui serait un retour à l'obscurantisme. Cela, je suis absolument contre.

Je voulais simplement rappeler ces trois thèmes de réflexion qui correspondent à des mises en garde que j'adresse bien amicalement à ceux qui sont les praticiens de la nouveauté actuelle. *{Applaudissements.)*

M. ODENT :

Je voudrais simplement dire un mot sur ce que vient de dire Madame Revault d'Allonnes. C'est simplement un fait d'expérience, une constatation : c'est seulement à partir du moment où on s'est intéressé de plus en plus aux premières expériences du nouveau-né, et sans doute à partir du moment où on a donné un autre sens à l'accouchement, que la demande d'analgésie [1] obstétricale a été en diminuant, et que c'est à partir de ce moment-là peut-être qu'on a eu de moins en moins besoin de l'apport de la technique, que nous ne rejetons pas, mais c'est une constatation. On a sans doute donné un autre sens à l'accouchement.

CL. REVAULT D'ALLONNES :

C'est peut-être parce que je suis plus vieille que vous, mais j'ai le sentiment d'entendre ce que j'ai déjà entendu, autrement, dans un autre vocabulaire : on n'est plus au niveau de Pavlov et du soutien de la C.G.T. dans une affaire comme celle-là... J'entends un autre vocabulaire exprimer les mêmes demandes, dans une autre idéologie.

M. ODENT :

Je crois que c'est très différent parce que nous sommes dans une société où jusqu'ici, vis-à-vis de la douleur, on ne connaissait que la démarche analgésique; il y a une douleur : on peut la

[1] Indolorisation par des moyens médicamenteux. (N.D.L.R.)

supprimer, et on peut mettre dans le même sac en ce sens l'A.S.D., l'acupuncture, la péridurale, etc. Là il s'agit d'autre chose : sans l'avoir prévu, on s'est aperçu qu'on avait agi sur la douleur, sur la contraction utérine, sur la dynamique utérine en *donnant un autre sens*, c'est ça qui m'a paru important.

CL. REVAULT D'ALLONNES :

Je crois que vous sous-estimez ce que d'autres ont fait avant.

M. ODENT :

Je dis ça après quinze ans d'expérience de la psychoprophylaxie. Il faut que nous expliquions cette baisse spectaculaire de la demande d'analgésie obstétricale, il faut que nous trouvions une explication...

Mme A. LACROIX-COUTRY :

C'est un besoin de communication des individus qui refusent effectivement une certaine technicité, technicité que malheureusement nous voyons effectivement en médecine beaucoup se développer et qui crée, comme disait Monsieur Henrion très justement, des pôles d'intérêt exclusif, qui peut-être sont mauvais. Henrion disait : « Je ne veux pas du monitoring systématique parce que les gens tournent le dos à la femme et regardent la machine. » Et ça, il est bien certain que je suis tout à fait d'accord. Il faut intégrer *le tout* dans un mouvement médical, il faut accepter tout ce que la technique apporte, mais ne pas perdre la relation avec le patient dans le même temps.

M. ODENT :

Tout le monde est d'accord pour cela.

Mme A. LACROIX-COUTRY :

Oui, mais monsieur, apparemment je ne crois pas que nous vivions tout à fait la même chose ou alors je vous ai mal écouté; je vous prie de m'en excuser. Mais vraiment, je crois que s'il y a place pour tout, comme dit madame, il est certain que nous ne pouvons pas, je crois, en tant que médecins, nous orienter vers une mystique régressive qui tout de même ne tient pas, même sur l'observation simple.

Je veux simplement citer le livre de M. Leboyer, il dit que « la brûlure acide dans les poumons de l'air qui les pénètre est identique à celle d'un acide versé sur une plaie ». Cela m'est déjà arrivé, et ce n'est pas parce qu'on m'a versé l'acide tout doucement que j'ai moins ressenti les choses ; Leboyer accepte un peu plus loin que l'enfant crie une à deux fois et qu'ensuite sa respiration se calme et que tout se pacifie; il prétend qu'une sensation qui était horrible, terrible (la pire de toutes celles ressenties), peut être influencée par cette seule mesure d'un clampage du cordon un peu différé, et de quelque chose dans l'accueil d'un peu plus doux ! Ce n'est pas sérieux ! Dieu sait si je suis favorable à cet accueil parce que je pense qu'il concentre l'attention de la mère et l'attention de toute l'équipe d'accouchement sur cet enfant et sur quelque chose d'unique qu'il est en train de vivre, mais je crois que le caractère horriblement dramatique prêté par Leboyer à l'expérience du nouveau-né est très abusivement anxiogêne pour toutes les femmes qui ont accouché autrement que par l'accouchement dit « sans violence ». C'est épouvantable ce que M. Leboyer décrit, c'est une chose qui est

effectivement dans une mystique et dans une vision qui lui est très personnelle et qui dépend profondément de sa personnalité et de son assimilation également profonde au fœtus qu'il fait et d'un tempérament qui est éminemment dépressif et éminemment pessimiste.

Mais je crois que nous médecins, nous devons malgré tout essayer d'avoir une certaine objectivité, accepter l'accueil de toutes nouvelles méthodes avec un certain esprit critique ; prendre tout ce qui est positif, et avoir aussi une attitude scientifique. Si nous ne pouvons avoir la chance d'avoir l'expérience à notre disposition puisque le nouveau-né ne se prête pas facilement à ce genre de chose et que l'expérience qu'il vit, ainsi que celle de sa mère, est unique, au moins que l'observation pure et simple nous serve et que nous n'ayons pas des pathogénies non fondées qui nuisent aux affirmations ; comme de dire que « les humeurs viennent de notre dos » : c'est embêtant ; les prix Nobel actuellement sont des gens qui orientent leurs recherches sur la structure cérébrale et ses médiateurs chimiques. Vous comprenez, c'est dommage, je trouve, que pendant le même temps, un médecin puisse situer les humeurs dans notre dos. Par contre, la communication, par contre le lien entre public et équipe médicale ou équipe technique (n'importe quelle équipe technique : le garagiste qui répare votre voiture... et vous qui mettez au monde des enfants), il est bien certain que ce lien humain ne doit pas être perdu à travers n'importe quelle technicité.

Il y a un engouement important pour la méthode Leboyer, cet engouement, je crois, peut être interprété comme ça : nous médecins, nous nous sommes progressivement éloignés des gens ; il y a eu recul, il y a une recherche du public qui est d'autant plus dramatique qu'elle est aussi massive. Elle veut donc dire que nous avons failli, dans une certaine mesure, à ce qui est notre rôle fondamental. Mais je crois qu'ajouter une mystique, avec du noir, du silence religieux, n'est pas la voie. Quand une femme accouchant dans la mystique du silence de l'accouchement sans violence vient demander : « Est-ce que mon enfant vit ? », et que, à son angoisse . « Est-ce qu'il est mort ? » (parce que Dieu sait si les femmes ont ce fantasme de mort de l'enfant quand elles le mettent au monde !), l'auteur répond par la pensée que cette dame est un peu ridicule, que c'est vraiment désolant, qu'elle n'a rien compris à sa méthode, je trouve choquant que Leboyer puisse chuchoter, au lieu de crier à cette femme la réalité de la vie de son enfant et répondre ainsi à son angoisse... *{Réactions incrédules dans l'assemblée.)* Vous avez ce texte en pages 68, 69. *{Réactions houleuses dans la salle.)* Ah ! j'ai bien lu tout de même, il faut lire, bon Dieu ! On a des yeux, on a un cerveau.

J.-F. HUSSON :

Madame, est-ce que vous avez fait des accouchements ?

Mme A. LACROIX-COUTRY :

Non, monsieur, je suis pédiatre. Monsieur, je vis depuis dix-huit ans résidente sur place dans une maternité, je partage l'activité des accouchements et je vais voir les femmes tout le temps. Et depuis dix-huit ans, je pense que mon rôle de pédiatre est certainement de dépister un souffle cardiaque, un trouble métabolique, mais avant tout d'essayer de créer un lien positif entre cette femme et son gosse. Non seulement par mon action, mais par une action que j'essaie de faire « en tache d'huile » autour de mon équipe avec toutes les difficultés que cela implique.

A. LACROIX :

Il y a une chose que je dois dire, ma femme a assisté à des milliers d'accouchements malgré tout.

Mme A. LACROIX-COUTRY :

Je suis tout à fait pour l'application d'une certaine qualité d'accueil de l'enfant parce que j'estime qu'il apporte beaucoup, et je suis d'accord pour que, à aussi, on ait braqué un projecteur infiniment plus attentif sur la contrainte, l'épreuve que l'enfant ressent dans l'accouchement *{Pendant que madame Lacroix parle, on discute beaucoup autour),* et qu'en l'aidant, on aide sa mère à devenir quelqu'un qui peut mieux s'assimiler à lui, davantage, l'accueillir mieux et créer un lien positif.

Je termine seulement en disant pour le problème postnatal de la surveillance des femmes, ce que j'ai remarqué dans notre banlieue qui n'est vraiment pas huppée; donc dans notre banlieue non huppée, je vois des femmes qui ont accouché pour la sixième, septième fois. Je vois des femmes qui n'acceptent pas bien leur grossesse et je vois des femmes qui, dans cette mise au monde, sentent qu'elles perdent un peu de leur propre vie, de leur propre substance, de leur propre force, et là aussi elles ont une agressivité contre l'enfant qui se développe. Et je crois qu'on ne peut pas non plus donner comme recette le fait qu'elles auront plaisir à faire les changes de leur enfant elles-mêmes parce qu'elles savent qu'elles vont faire six changes par jour (ou cinq, ou quatre, ou trois, parce que parfois elles ne peuvent pas en faire davantage) pendant de longs mois et que cela ne les comble pas à ce point-là. On les comble mieux en leur cherchant une aide familiale, en essayant de les aider au point de vue santé, en leur donnant même des médicaments, des reconstituants, peut-être même en leur faisant une transfusion quand elles sont anémiées, pour leur permettre de sentir plus fort ce dos, d'où je ne pense pas que les humeurs viennent mais d'où je pense que beaucoup de douleurs de la femme, qui est en train de s'occuper d'un tout-petit, proviennent. On peut faire que ce dos soit moins douloureux, et que dans le vécu de sa maternité, cette femme, que j'invite à faire de la gymnastique pour qu'elle soit plus forte, puisse vraiment créer là aussi quelque chose de plus positif. Je crois que notre rôle médical là est très important. Alors, je ne nie pas tout le reste, je pense d'ailleurs que ça n'est pas forcément des cliniques de luxe qui peuvent le mettre à disposition, mais que dès qu'il y a un certain débit d'accouchements, ça devient un peu incompatible pour l'équipe soignante. Je pense que tout est une question de bon sens, d'espèces, et qu'en ne passant pas les techniques nouvelles - où c'est vrai il y a parfois des modes - au crible d'une critique médicale qui garde une certaine objectivité, qui essaie de retrouver un certain caractère scientifique, eh bien nous offrons petit à petit une image médicale qui oscille entre l'hypertechnicité et le gars qui fait simplement quelques passes des mains ; ça, je crois que c'est mauvais; il faut trouver l'équilibre... C'est certainement ce que concrétisent les réunions comme celles-ci, très positives, cette recherche de l'équilibre.

Pour l'avenir, nous souhaitons que dans la formation des nouveaux confrères, il y ait un tout petit peu moins de maths, pour permettre aussi que quelques littéraires se glissent dans nos rangs.

C'est tout ce que j'avais à dire.

G. HARDOUIN :

Moi, je voudrais dire un petit mot parce qu'on a à peu près les mêmes idées, notamment en ce qui concerne les problèmes d'anesthésie. Si de temps en temps je recours à l'anesthésie, la patiente n'est, je l'espère, jamais culpabilisée, alors que je ne suis pas sûr que, si cela survient

dans un endroit où on pratique obligatoirement la naissance sans violence, ça ne soit pas considéré comme un échec C'est en ce sens que ça se rapproche un peu de l'A.S.D., sur le plan de la culpabilisation de la personne qui n'a pas « réussi » et qui a besoin, par exemple, de recourir à une anesthésie.

M. ODENT :

il y en a, mais il y en a peu, et pour montrer à quel point il y en a peu... Je reviens de Chine, cela fait quinze ans que je m'intéresse à l'acupuncture et je me suis trouvé en Chine avec beaucoup d'acupuncteurs. Je suis revenu avec mon stimulateur électrique, mon jeu d'aiguilles, et j'avoue que j'aurais bien voulu me servir de ce matériel. Or depuis mon retour, il y a eu 45 naissances et je n'ai trouvé qu'une seule occasion de m'en servir... Et dans un cas un petit peu analogue à celui que vous *(Hardouin)* avez cité c'est-à-dire une dilatation qui stagnait à 4 cm, une femme qui commençait un peu à s'agiter, et je dois dire qu'en utilisant les deux points « Rho-Kou », et une stimulation, en 40 mn nous sommes passés à dilatation complète, et que la femme a accouché tranquillement dans son lit. Donc nous ne renions pas l'attitude analgésique, mais nous avons remarqué que, sans doute parce que l'accouchement prend maintenant un autre sens, parce qu'on s'intéresse maintenant aux premières expériences du nouveau-né, la demande d'analgésie est beaucoup moins importante. On peut agir sur la douleur autrement que par l'analgésie, par le sens qui est donné à l'accouchement.

G. HARDOUIN :

Bien sûr... Moi je me pose une question : Chavinié, dans l'expérience que vous avez là, est-ce que notre demande d'analgésie a beaucoup baissé ou pas ?

J. CHAVINIÉ :

Moi, je pense qu'il serait dommage de se quereller sur des mots comme « méthode ». Je crois que ce qu'il faudrait arriver à dégager, c'est que les psychiatres et les psychologues nous ont quand même indiscutablement apporté beaucoup de choses ces derniers temps. Ça nous a fait beaucoup réfléchir et je crois que pour beaucoup d'entre nous ça a changé notre attitude.

Ce qu'il faut en retour, c'est qu'ils comprennent bien que, au moins pour les gens de ma génération qui font de l'obstétrique depuis une vingtaine d'années, on a vu évoluer les choses sur le plan technique de façon considérable, on a vu l'apport tout autant indiscutable de certaines techniques. Si vous voulez, dans ce contexte technique qui s'était progressivement constitué, qui avait apporté beaucoup et qui nous avait beaucoup marqués, ce que nous amènent les psychologues et les psychiatres nous a peut-être choqués au départ. Je pense que c'est ça qui a peut-être déclenché des réactions intolérantes de la part de certains d'entre nous. Je pense que c'est dommage parce que je crois qu'on doit pouvoir faire une très bonne synthèse des deux et qu'il ne faudrait pas polariser sur les disputes à propos de méthode de X... et de machin, et qu'il faudrait essayer que cela aboutisse à un état d'esprit et une attitude meilleure de notre part vis-à-vis des femmes, vis-à-vis de l'accouchement, vis-à-vis des suites de couches.

C'est sûrement un effort pour nous assez considérable d'arriver à associer tout cela à la technique sur laquelle, il faut bien le dire, *on ne peut pas faire machine arrière.*

Il n'est pas pensable pour quelqu'un qui fait de l'obstétrique depuis quelque temps de renier tout l'apport de la technique, et je crois qu'on doit arriver à concilier très facilement les problèmes de technique et les problèmes psychologiques.

J’ai l’impression que, dans ce service, nous essayons que les personnes qui viennent accoucher ici ne se rendent pas compte des problèmes techniques et qu’elles ne s’en aperçoivent pas ou que ce soit quelque chose de naturel ; et on arrive très bien avec des maris qui participent à l’accouchement à les intéresser même et à les faire participer à ces problèmes techniques et, comme ils participent, ça finit par leur paraître naturel, et ils trouvent tout naturel que leurs femmes aient un enregistrement au cours de l’accouchement et de s’intéresser à cet enregistrement. Je ne vois pas là rien de choquant. Alors, moi je pense qu’il faudrait réfléchir sur la manière dont on pourra harmoniser à la fois nos problèmes techniques et toutes les choses très intéressantes qu’on nous a apportées ces derniers temps.

G. ZARA :

Je peux dire quelque chose ? Est-ce que ce n’est pas, plutôt qu’une critique de notre technique, une remise en question des médecins eux-mêmes, à savoir : se remettre en question, dans leur attitude vis-à-vis des patients, ceci quand ces personnes ont dit qu’il y avait effectivement une trop grande technicité et que la naissance était sortie du climat social et humain.

La remise en question des médecins est un des phénomènes actuels qui rentrent dans le même cadre, à mon avis, que celui de l’écologie et d’autres, c’est se rendre compte que justement on s’éloigne de l’humain, du familial, du social, etc., et d’essayer par des tas de tentatives maladroites, toujours extrémistes (et ça, je crois (que c'est une obligation quand on veut défendre quelque chose), de retrouver un petit peu ce phénomène humain. Et je crois que là où il se traduit le plus évidemment, c'est dans la naissance. Mais on peut remonter plus loin que la naissance, et là, c'est une notion dont je veux parler; chez les femmes qui viennent nous voir pour stérilité et pour désir d’enfant, c'est là que se pose aussi au maximum le problème des désirs de la femme, des rapports du couple, tout ce que l'enfant et le désir d’enfant vont faire à leur niveau et se matérialiser éventuellement plus tard dans la naissance.

J. CHAVINIÉ :

C’est certain. Personnellement je n’étais pas du tout formé à toutes ces notions et ça demande beaucoup d’efforts pour réaliser tout ce qui se passe et dont on n’était pas du tout conscient.

L. LEVAGUERESE :

Il y a quelque chose qui me frappe tout à fait : Françoise Dolto a dit tout à l’heure qu’elle ne se souvenait plus de quoi elle avait parlé la première fois. Moi, je me souviens très bien. En particulier, vous aviez, madame, bien mis l’accent sur la différence entre la pulsion de mort et la pulsion de meurtre. Je suis extrêmement frappé que Claude Revault d’Allonnes refasse ici la confusion entre les deux. Ça me paraît excessivement important.

B. THIS *à F. Dolto :*

Est-ce que tu pourrais nous en dire un petit peu plus sur la façon dont tu utilises ces termes, parce que cette confusion revient à tout moment...

F. DOLTO :

En quelques mots : la *pulsion de mort* c’est ce qui nous permet de vivre *végétativement en* tant qu’individu anonyme de l'espèce, bien à l’aise dans son corps, dans son être végétatif, qui

n’est pas conscient de son prénom, de son nom de famille, de sa dignité sociale, morale, affective, son éthique, etc. Voilà ce qu’est la pulsion de mort !

Au contraire, ce que nous voyons dans l’infanticide ou dans l’agressivité contre l’enfant, l’attitude *négative* contre l’enfant, c’est un *processus de défense des pulsions de vie* de cet individu à l’âge génital, à l’âge de la relation avec l’autre de son âge, et qui n’arrive pas à supporter un enfant bébé, petit, animé de désirs et de besoins qu’ils ignorent, qui a une logique différente de la leur, une logique de relation aux parents qui est tout à fait différente de celle qu’ils ont, eux ces adultes, en relations interhumaines avec des êtres de langage constitué. Les *pulsions de meurtre* sont des *processus de défense,* chez la femme, *de sa féminité* pour les hommes et pour les grands enfants, qui sont des adolescents, des enfants de 8, 9 ans; et chez le père, les *pulsions de meurtre* sur l’enfant, ce sont des *processus de défense de sa virilité* et de son autorité, de sa prestance de mâle vis- à-vis de sa femelle, et vis-à-vis des autres enfants de la famille.

Il y a une chose aussi aujourd’hui dont on n’a pas parlé, c’est justement les pulsions de meurtre des enfants de 18 mois, de 2 ans, de 3 à 4 ans sur ce petit nouveau venu, intrus au foyer, qui sont des pulsions de meurtre INDISPENSABLES à leur développement. C’est *pour se défendre d'une identification à ce petit* qui les ferait régresser. Les adultes aussi doivent *se défendre de s'assimiler à un bébé,* de s’identifier à lui: c’est au contraire dans la relation à cet enfant que l’information peut leur permettre de comprendre la logique de cet enfant, totalement différente de la leur : c’est *par la parole* que le pont se fait, les communications, et ce n'est pas avec des « que c’est bon, que c’est gentil » qu’on l'intègre ! tout ça, c’est pas vrai... C’est pas possible qu'un adulte intègre un bébé.

Oui, l'instinct maternel existe chez les mammifères, mais chez les humains ça n’est *pas un instinct,* c’est une résultante de conflits de désirs entre la *femelle* adulte et la *maternante.* C’est tout à fait différent. Et les pulsions de meurtre c’est le contraire des pulsions de mort. Dans les pulsions de mort, la mère admet tout à fait son bébé, elle est même fusionnelle à lui, mais alors elle n’est plus un sujet libre de son désir, un sujet responsable de sa relation au foyer, à ses aînés, son homme. C’est là le conflit intérieur, c'est tel enfant avec telle femme, et plus une femme peut dire : « Ah ! j’en ai marre, ah ! ce sale gosse... », plus elle est « bonne mère », si nous l’aidons à être mère, et à *dire le négatif* qu’elle a, mais *par le pont de la parole :* « Mais bien sûr, il n’est pas à un rythme de 30 ans, il n’est pas à comparer à un autre de vos enfants. »

Parce que les femmes qui ont eu plusieurs enfants comparent toujours les enfants et, à partir de là, cet enfant commence à n’être plus *dans sa peau,* puisqu’on ne la lui laisse pas. On est tout le temps à l’identifier à un autre qui n’est pas lui et qui n’est pas non plus à son âge de développement. Et puis la mère a souvent oublié et elle fantasme le développement du premier, elle ne sait plus comment c’était et elle voit tout en beau, après l’idéalisation, ou tout en mauvais si par hasard ce premier enfant a été un enfant blessé neurologiquement.

Et vous avez tout à fait raison, ces *pulsions de meurtre sont* des pulsions libidinales, tandis que les pulsions de mort sont des pulsions a-libidinales, végétatives, absolument pas comparables.

I.es pulsions de mort, c’est « l’être dans le repos » inconscient du bon et du mauvais, du bien et du mal, et c’est pour ça que l’anesthésie est demandée. Sous anesthésie, il n’y a que des pulsions de mort. Et il faut qu’on en parle de cette anesthésie, sans la culpabiliser : déculpabiliser la femme de son *besoin de vie végétative,* au lieu d’agir dans-son-accouchement d’être présente dans-son-accouchement...

Et c'est pour ça que cette voix, la mienne, est peut-être contradictoire avec beaucoup de celles qui ont parlé aujourd'hui, mais elle fait partie de nous, tous, ensemble... Je ne suis qu'une voix au milieu de vous autres, qui êtes des techniciens différents, mais je crois que c'est important pour qu'un « bon sens » soit gardé, et le « bon sens » n'est pas que « tout soit bien et *positif* dans les dires » parce que les *dires* c'est une chose et l'*agir* psychomoteur est une autre chose, mais c'est encore plus le « vivre tripièrement » ce que l'on ressent, c'est encore autre chose. Si on ne peut pas *dire l'agressivité,* si tout le monde vous en empêche, eh bien, elle va se vivre *refoulée dans une agressivité foncière que* l'enfant ressent comme interdit d'être lui-même et, il faut bien le dire, souvent déroutant et casse-pieds pour leur mère. *Que les enfants sont des casse- pieds pour leur mère, il faut le dire! (Rires.)*

J.-P. MORIN :

Et pour leur père aussi !

F. DOLTO :

Pour leur père *encore plus,* puisqu'ils sont là les *rivaux* du corps de leur femme qui n'est plus femelle pendant un certain temps ; et c'est un piège si on veut l'obliger, lui, le père, à être tout entier « être d'accueil ». Il peut l'être dans les gestes à condition de *ne pas l'être dans la parole;* il peut l'être dans la parole, mais la plupart du temps en ne l'étant pas dans les gestes. Parce que le dire et le faire sont très souvent contradictoires.

J'ai vu beaucoup de mères qui venaient se disant soi-disant des « mauvaises mères », et qui se le reprochaient. Ce n'était pas vrai du tout, c'était leur conscience malheureuse par rapport à un idéal de « bonne mère ». C'étaient des femmes qui *ne satisfaisaient pas les désirs des enfants,* mais qui faisaient tout ce qui était nécessaire *pour leurs besoins,* et c'est ça les bonnes mères.

Tandis que maintenant on en est à vouloir satisfaire *tous les désirs.* C'est tout à fait faux ! Satisfaire leurs besoins, oui ! Mais se détacher aussi, se détacher de cela en continuant soi, à son niveau de femme, à vivre comme une femme. Et les enfants ayant leur suffisance, le père, à ce moment-là, a une *femme de désir;* et l'enfant est amené à devenir adulte au lieu de se replier sur lui-même, en couple psychosomatique, parce que le psychosomatique de l'enfant, ça peut être son langage. Si la mère a toute sa libido engagée dans un amour maternel envahissant au détriment de tous ses autres intérêts, l'enfant n'a pas sa vraie place. Il ne peut avoir une relation directe avec père, frères et sœurs, autre personne familière ou familiale. Il est comme emprisonné dans un utérus fantasmatique. Pour l'entourage et même les médecins, on dit de cette femme qu'elle est très maternelle, mais elle ne l'est pas de façon réellement humaine. Cette relation à son bébé est anxiogène, fusionnelle et sauvagement possessive. *L'utérus est végétatif,* et psychologiquement, la gestation peut se vivre dans les pulsions de mort. C'est une fusion totale. Ce ne sont ni des désirs de meurtre ni des fantasmes de meurtre qui habitent cette femme, c'est l'impossibilité de reconnaître à ce nouveau-né un statut de liberté, qu'il soit séparé un tant soit peu d'elle ; ce *besoin* qu'elle a de lui la rend agressive à son égard à tout moment, agressive de l'angoisse que cet enfant lui déclenche, agressive de l'absence totale de liberté où par lui elle est comme paralysée. Tour à tour surcouvante ou angoissée, les deux ensemble parfois, elle en vient impulsivement à tenir des propos véhéments de rejet, se plaindre d'être persécutée, le bébé étant alors le bouc émissaire de sa tension psychique.

Cette agressivité maternelle doit être énormément verbalisée. Il faut l'écouter avec compassion cette femme, la déculpabiliser, qu'elle se sente comprise ; on peut y mettre un

peu d'humour : « Mais oui, vous avez raison. » Et plus ça peut se dire, plus l'enfant a ce qu'il lui faut, au point de vue comportement moteur, fonctionnel et psycho-affectif de sa mère. Et je crois que c'était quelque chose à dire que, au moment où l'enfant est petit, c'est *impossible* la mère soit *toujours positive.* Si la mère est uniquement positive en verbal et conscient, c'est que le négatif alors est vécu profondément et refoulé.

M. TOURNAIRE :

Est-ce que vous conseillez de frapper l'enfant ?

F. DOLTO :

Mais justement, si la mère en arrive à frapper l'enfant, c'est qu'elle est dans une tension qu'elle n'a *pas pu dire avant.*

M. TOURNAIRE :

C'était un mot pour rire, un mauvais mot...

UNE PARTICIPANTE :

Je me demande s'il n'y a pas actuellement une redoutable idéalisation de la *mère.* Cela devient difficile d'être mère...

F. DOLTO :

Il y a certainement une inflation de la mère, la « Mère », non ! C'est *cette mère-là,* ce n'est pas la Mère. Il ne faut pas que nous allions vers : « l'enfant ceci », « la mère comme ça », il *faut être* comme ça... C'est la nature profonde qui doit s'exprimer.

J. CHAVINIÉ, *parlant dans le brouhaha :*

Attendez, attendez ! Ne parlez pas tous à la fois. Madame Chatel.

M.-M. CHATEL :

Juste un mot dans le sens de ce que dit F. Dolto... C'est très important dans un service comme le nôtre, parce que très souvent quand une femme, pendant sa grossesse ou après, exprime une agressivité assez massive envers le fœtus ou l'enfant, au sein du personnel on a tendance à s'affoler et on se panique, *dès que ça vient dans les mots, on croit que ça ira dans l'acte.* Au lieu de s'apercevoir qu'au contraire c'est très sain et très positif... Il faut continuer à dialoguer avec elle, qu'elle continue à exprimer cela, il faut continuer à la recevoir quand elle dit son agressivité sur l'enfant, pouvoir ne pas avoir la trouille. Ce n'est pas le moment de l'adresser précipitamment au psychiatre parce qu'on craint qu'il ne se passe quelque chose de grave : va- t-elle se tuer ? va-t-elle le tuer ? Notre panique est contagieuse ; elle empêche la femme de s'exprimer. Nous la contraignons au silence car ce qu'elle a à dire nous dérange. Il peut alors lui prendre l'idée qu'elle va *faire un acte.* Alors qu'en fait c'est plutôt positif quand elle exprime qu'elle en a assez, qu'elle a envie de l'étrangler. Si on peut recevoir cela relativement calmement, c'est un passage pour elle qui est tout à fait vivace. Les vœux de mort, ce n'est pas la mort réelle, leur expression dans la parole est nécessaire, voire indispensable.

F. DOLTO :

Je me permets d'ajouter quelque chose à ce que vous dites. Pour que ça soit totalement positif, il faudrait que cette personne qui est là le *dise au bébé*, c'est-à-dire qu'elle redise au bébé qui est là, devant sa mère, ce que sa mère vient de dire de négatif ou d'agressif le concernant, et en très peu de temps, tout devient vivant entre eux parce qu'elle le disait à une personne et ça n'était pas assez dit *en paroles à ce bébé.* Alors, ça s'agissait sur le bébé, tandis que dit au bébé devant sa mère présente, elle entend en même temps que lui ce dire. Il devient pour elle et elle pour lui un être de langage. Son amour maternel s'humanise et se désangoisse, un lien de langage verbal se substitue aux agissements agressifs ; *ce qui peut se dire à lui ne se gestualise plus sur lui*

J. CHAVINIÉ :

Alors, vous pensez que cela a une importance pendant la grossesse que les mères puissent aussi se défouler un petit peu de...

M.-M. CHATEL :

Bien sûr !

J. CHAVINIÉ :

C'est quand même très important à savoir pour nous.

M.-M. CHATEL :

Je remarque que ma tranquillité, quelquefois, exaspère les médecins... Quand une femme, vers le cinquième mois, vers le sixième mois, commence à avoir une agressivité massive envers le fœtus et quand je reçois ça avec une espèce de tranquillité, cette tranquillité est assez mal vécue, comme si je ne prenais pas en charge quelque chose de cette agressivité.

J. CHAVINIÉ :

Pensez-vous qu'il soit facile de faire la différence, de savoir quels sont les cas où on peut rester serein, ou sereine comme vous l'êtes, et les cas où il faudrait...

M.-M. CHATEL :

Je crois que quand ça commence à s'exprimer, c'est déjà très positif, ça l'est beaucoup moins quand quelqu'un la boucle. On ne peut rien en dire. Quand quelqu'un la boucle, et se soumet docilement à ce qu'on lui demande, et ne parle absolument jamais de son état de grossesse, là éventuellement, ça pourrait mettre la puce à l'oreille.

B. THIS ;

Ça se somatise, à ce moment-là ! Prenons l'exemple d'un enfant qui n'exprime pas ses sentiments agressifs envers son petit frère, immédiatement on a l'impression que quelque chose dans ses *résistances* disparaît et ça se somatise. Tandis que si on lui permet de dire qu'il ne veut pas, par exemple, qu'on lui donne le biberon, il suffit de lui demander : « Qu'est-ce

qu'il deviendra ? - Il sera mort. - Et alors ? - On le mettra aux ordures. - Et les ordures ? - Dans le camion - Et les ordures où ça ira ? - Pourritures - La pourriture à quoi ça servira ? - La mauvaise herbe ! - Quelle mauvaise herbe ? - Des orties ! » Alors, à partir de ce moment-là, vous voyez l'enfant sortir de son conflit avec un dynamisme extraordinaire, et vous le voyez cet enfant revenir un an après, recommencer à vous parler de son petit frère, allant jusqu'à dire ; « Tu te souviens, quand j'étais petit, je voulais qu'il meure ! », alors vous dites : « Oui » Ça suffit et il repart. C'est étonnant comme les symptômes de l'enfant disparaissent, dès que les parents ont le courage ou la possibilité d'accepter que les souhaits de mort se disent, s'expriment. Ce qui est vrai pour l'enfant, par rapport au plus petit, c'est bien sûr vrai pour la mère, le père... C'est tout un contexte où l'agressif a besoin de s'exprimer. Notre groupe, vous voyez, s'il vit, c'est sans doute parce qu'il y a de *l'agression et de l'amour* en même temps.

J. CHAVINIÉ :

Je trouve qu'il y a moins d'agression que la dernière fois en juin.

B. THIS :

Pourquoi ?

J. CHAVINIÉ :

Parce que la première fois ça... *(Rires.)* Monsieur Kreisler demande la parole.

L. KREISLER :

Au risque de passer pour jouer à l'avocat du diable, je voudrais dénoncer les risques de la psychologie.

Une psychologie mal comprise aboutit par exemple à isoler un certain nombre de facteurs du risque psychologique, de « clignotants de risque » comme l'on dit (la mère très jeune, la mère âgée, la mère célibataire, les grossesses pathologiques, etc.) ; puis de les dresser en grilles pour être finalement traités par l'ordinateur. Il en résulte une attitude normative qui débouche sur des recettes. C'est grave en soi, c'est plus grave encore si l'on songe que de telles méthodes ont pu être proposées pour baser une politique de la prévention.

Il y a un autre risque ; celui du principe psychologique érigé en méthode, et c'est à ce titre que j'exprimerai quelques réticences. Je n'ai aucune qualité pour entrer dans les détails de la méthode Leboyer. Ma seule expérience à son propos est celle d'enfants de ma clientèle pédiatrique, qui dans l'ensemble s'en sont bien trouvés. I.es résultats favorables sont certains et j'ai entendu beaucoup de parents enchantés de ce qu'ils ont trouvé dans ces maternités. Ceci dit, il n'est pas du tout sûr que cette satisfaction découle de l'application des vues théoriques sur le traumatisme de la naissance. C'est à ce titre que j'ai assez longuement relaté l'expérience des nouveau- nés en danger, soignés dans les unités de soins intensifs et qui se sont tirés sans dommage de situations autrement éprouvantes, douloureuses, prolongées des jours, des semaines, parfois des mois. Le bénéfice de cette méthode, dont je suis certain, ne passe pas par la protection de l'enfant à l'instant de sa naissance, même s'il est tout à fait important d'entourer la naissance de conditions les moins traumatisantes possibles.

Je ne veux pas me lancer dans des considérations théoriques sur le traumatisme de la naissance, même s'il a été à l'origine de la scission fameuse entre Rank et Freud. Beaucoup

pensent, et j'en suis, que le traumatisme psychologique de la naissance est fondamentalement un mythe, une illusion issue d'un processus de pensée de type adultomorphique, de l'attribution par l'adulte à un enfant de ce qu'il éprouve lui-même. L'accouchement dit « sans violence » est bénéfique par tout ce qui l'entoure et qui peut contribuer à établir une bonne relation initiale entre l'enfant et ses parents. L' « autour » et l' « alentour » sont plus décisifs que le ponctuel de ce qui est fait pour éviter le traumatisme et qui participe surtout d'un idéal de non-violence. Réduite à cet aspect ponctuel, la méthode serait vidée de ses bénéfices. Au surplus, il ne faut pas oublier l'enthousiasme qui entoure son application par ses promoteurs, enthousiasme qui, par lui-même, a ses incidences profondes.

Le troisième point de réflexion s'adresse directement à mes collègues. *Dans quelle mesure un discours psychanalytique peut-il être entendu et utilisé par les autres.* C'est ainsi que Dolto et Bernard This se sont expliqués longuement et nous avons cependant entendu à chaque instant dans l'assemblée des questions posées en termes de recettes à obtenir. Bien entendu, je ne mets nullement en cause la pensée psychanalytique ni mes collègues. La question que je pose est de savoir si une diffusion brute, en langage psychanalytique, est susceptible d'être comprise par un public non préparé.

Une psychologie mal comprise n'est pas sans danger. Nous connaissons les méfaits de la radio et des pages psychologiques des journaux à grande diffusion : l'éducation relâchée des enfants sous prétexte de ne pas les traumatiser, et plus subtilement la mise à distance par certains parents des véritables problèmes d'un enfant sous le couvert de principes éducatifs fondés sur la psychanalyse.

Finalement, l'essentiel paraît être une certaine sensibilisation pour modifier l'état d'esprit, le rendre perméable à une certaine écoute à reverser dans une pratique.

J'ajouterai pour terminer que ce qui m'a paru le plus important et le plus riche de conséquences au cours de ces journées est ce qui a été dit par les praticiens de l'obstétrique eux-mêmes. Ce ne furent souvent que quelques mots mais d'une grande richesse, car portés à la fois par une expérience et une ouverture convenables aux problèmes psychologiques.

J. CHAVINIÉ :

Vous avez dit quelque chose que je trouve là très intéressant et moi je m'étais interrogé sur les nouvelles modalités d'accouchement dit « sans violence », peu importe le terme, pour savoir si c'était le fait que l'enfant naisse sans violence qui jouait sur son comportement ultérieur ou si, au contraire, ça n'était pas par l'intermédiaire des parents qui vivaient peut-être de façon tout à fait différente l'accouchement. J'ai l'impression que c'est plus les conditions nouvelles pour les parents dans lesquelles se passe l'accouchement qui peuvent avoir des conséquences sur l'enfant.

J.-P. MORIN :

Je suis anesthésiste, ce que je voulais dire tombe juste sur ce que disait M. Kreisler, et ce que vient de dire Chavinié. Ma femme a accouché aux Bleuets. J'ai vécu cela sur le tas et de l'autre côté de la barrière. Les gens, les couples, venaient là pour la recherche de l'analgésie. Je ne suis pas le seul à avoir éprouvé ce sentiment, parce que j'y ai envoyé pas mal d'amies.

C’était en 1972, ça ne se faisait pratiquement dans aucune maternité parisienne, alors on allait aux Bleuets [1].

Ce qui m’a frappé et ce qui a frappé tous mes amis, c'était l'importance relationnelle de la préparation à l’accouchement sans douleur, c’est intéressant. Les maris étaient très chaleureusement conviés, pour ne pas dire obligés. Au début j'y suis allé avec une certaine réticence, et après j’y suis allé avec enthousiasme, et je n’ai pas été le seul.

Et ce qui était aussi tout à fait nouveau, je crois à l’époque et peu pratiqué ailleurs, c'était que le mari soit présent à l'accouchement. D’ailleurs, il y avait toujours un certain nombre de sages-femmes aux Bleuets qui s’arrangeaient toujours pour nous faire sortir au bon moment. Ce que voulais dire par là, c’est que l’intérêt de la réalisation de l’accouchement sans douleur, à mon avis sa caractéristique ça n'est pas d'avoir recherché l'indolorisation des contractions, qui est ce qu’elle est : pas terrible... *(Rires.)*

UNE VOIX :

Nous dirons variable.

J -P. MORIN :

Ma femme n’est pas muette, Dieu merci, nos amies non plus.

Ce que je voulais dire c’est que ce qui est vraiment intéressant, c’est que le couple puisse discuter avec les sages-femmes, et également, c’est en plus un phénomène capital que le père soit également dans la marche, dans la préparation de l’accouchement, ça me paraît presque l’originalité la plus grande. C’est-à-dire que dans la gymnastique on contrôle... Etre à deux, c’est vraiment fantastique et, si on est à deux depuis le début jusqu’à la fin, je trouve que c’est vraiment très, très bien.

Alors quand vous parliez de la méthode Leboyer, je crois qu’il y a un gros contexte relationnel, une bonne préparation psychologique également : à ce moment-là, effectivement, ça doit aller mieux. Mais pas forcément à cause de l’accouchement sans douleur, ou de la méthode Leboyer, mais parce que pendant neuf mois, on s’en est occupé.

J.-F. HUSSON :

Mais il ne faut pas oublier que c’était en 1972...

J.-P. MORIN :

C’est pour ça que j’ai dit la date.

J.-F. HUSSON :

... La psychoprophylaxie avait vingt ans déjà. Les femmes enceintes de nos jours savent qu’elles vont pouvoir accoucher en toute sécurité grâce aux progrès techniques et sans que cela soit trop douloureux car il y a des moyens pour cela.

---

[1] Maternité qui a été la première en France à préparer les femmes enceintes à « l'accouchement sans douleur » (Dr Lamaze). (N D L.R.)

Si la psychoprophylaxie a évolué, c'est qu'elle est passée de l'invitation à un comportement modèle à une signification donnée à l'accouchement. Et c'est ce que vous avez vécu là.

Je pense que la naissance sans violence a aidé cette évolution. Mais ce qui lui est particulier, c'est qu'elle permet à l'émotion de la naissance de s'exprimer, qu'elle met en scène cette émotion, la respecte et sert de repère au couple. Le bain, en ce sens, est une véritable invitation à la communication.

Et quand on parle de technique, d'équilibre avec la technique, il me semble absurde de penser que l'on puisse abandonner la technologie obstétricale. Mais il y a des excès défensifs de part et d'autre.

Dire : « La technique - il n'y a rien que cela », c'est excessif ; la démédicalisation à la Michel Odent est peut- être aussi excessive. Il doit y avoir, je crois, des motivations personnelles puissantes pour prendre de telles positions. Mais je crois que le compromis est réalisable.

Enfin, je veux m'adresser directement à Le Lirzin :

La psychanalyse comme l'accouchement sans douleur font partie de notre culture. Est-ce que l'on n'en fait pas trop soi-même en étant accoucheur lorsqu'on connaît quelques notions de psychanalyse ? Peut-on, comme le fait Le Lirzin me semble-t-il à la lecture de son article [1], être jusqu'au bout celui qui est *attentif,* qui *s'intéresse h. et* qui se passe et éventuellement celui qui *propose une solution.* Il me semble là qu'il y a quelque chose de hasardeux, peut-être même de dangereux, parce que de l'ordre de l'interprétation sauvage, et pouvant être situé peut-être dans une vision un peu normative comme le disait M. Kreisler à l'instant. C'est une question que je pose ; j'ai personnellement une réponse : je crois que l'accoucheur ne peut pas être tout et, s'il peut être beaucoup plus que ce qu'il n'était avant, je crois qu'au niveau des interprétations il faut être prudent.

Nous sommes dans une situation privilégiée parce que, que nous nous en défendions ou non, nous sommes investis d'un certain rôle. Il faut prendre garde de ne pas interpréter cette position comme nous donnant des droits. Ce serait s'arroger un pouvoir, exploiter et utiliser une situation privilégiée, et même si nous avons quelques notions de la psychanalyse, *nous ne pouvons pas être à la fois celui qui touche et celui qui fait-par-ailleurs.*

R. LE LIRZIN :

Une petite réponse courte... *(Rires.)* D'accord, dans ce domaine il n'y a aucune position de principe. Je me suis retrouvé avec beaucoup d'ignorance devant des femmes qui avaient tel ou tel problème et j'ai essayé de voir ce qui se passait. Quand on parle comme tu viens de parler, j'ai bien peur qu'on ne se lance dans une nouvelle scolastique. Ce qui me paraît important de toute façon, c'est qu'on n'a pas à jouer le psychanalyste au petit pied, absolument pas, et encore moins à faire du travail sauvage dans ce domaine.

Ce qui se passe tout de même, c'est que vis-à-vis des femmes, momentanément, nous occupons une place très importante, et pendant ce temps-là, il y a des choses qui se produisent. C'est tout ce que je peux dire et je n'ai évidemment aucune position théorique. J'ajouterai que nous sommes perçus d'une façon très différente de l'analyste et, du reste, c'est tant mieux.

---

[1] Le Lirzin (R.) : « L'hygiène mentale de la grossesse et son enjeu : l'enfant », à paraître dans la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique,* mars 1978.

M.-J. BRETEAU :

Je voudrais savoir comment les sages-femmes ont vécu le changement à la maternité, puisqu'elles y ont un très grand rôle...

D. DUROUSSAUD :

On nous a demandé de pratiquer une espèce de conversion, attacher une attention plus importante à l'enfant, regarder, écouter... D'abord, on a été très étonnées par les propos tenus par les psychologues, les psychiatres, parce que ça nous dépassait un petit peu sur le plan du langage ; il y avait beaucoup de choses qu'on ne comprenait pas. Et puis, ça nous a rendu énormément de services, cela nous a fait prendre conscience qu'un geste fait en salle de travail avait beaucoup d'importance pour les enfants et leurs relations avec leur mère. Cela bouleversait un petit peu tout dans notre façon de penser.

Pour ce qui est de la pratique, de la technique de tous les jours, nous sommes extrêmement dépendantes de ce que disait Betty tout à l'heure : de notre disponibilité. Nous ne pouvons pas être disponibles toujours de la même façon pour toutes les mamans, ça n'est pas possible. Nous manquons de temps, et puis... nous manquons aussi peut- être de formation. Parce que pendant les études de sage- femme, on nous apprend surtout une technique, et nous n'avons aucune formation psychologique ; et malgré cela, ensuite, il faut nous débrouiller en remplaçant peut-être ce manque de formation par ce que l'on sent avec son cœur. Je crois que les mamans sont très heureuses d'accoucher ici. Je crois qu'on a fait des efforts au niveau de la préparation, au niveau de la consultation, qu'il reste des efforts à faire au niveau des suites de couches. On est tous conscients et tous d'accord qu'il y a quelque chose à faire là.

Mais je veux dire aussi qu'on commence à entendre un certain nombre de réflexions de mamans qui ont dit à la sage-femme de suites de couches : « Vous nous avez un peu trop idéalisé l'accouchement. » On commence à l'entendre...

G. ZARA :

Je voudrais demander justement à Michel Odent si le problème que la sage-femme vient d'évoquer, celui du manque de disponibilité, commence à se poser à Pithiviers ?

M. ODENT :

Ecoutez, je peux vous dire qu'il y a un praticien et demi et quatre sages-femmes pour environ 900 naissances dans l'année.

G. ZARA :

Et alors, qu'est-ce qui se passe quand il y a dix femmes qui accouchent ensemble ?

M. ODENT :

Il n'y en a jamais dix... Il y a tout un état d'esprit qui règne, on se relaie, on coopère... Ceci dit, j'ai demandé deux postes supplémentaires de sages-femmes.

J. CHAVINIÉ :

La modification de l'état d'esprit est une chose, je pense qu'ici il y a un « certain état d'esprit ». Mais, on le ressent bien, on est un peu bloqué par le côté pratique. Il est certain que dans un service où on récolte pas mal de grossesses à problèmes, de grossesses compliquées, on n'est pas assez, manifestement, par moments, on ne fait pas tout ce qu'on voudrait faire, ce qui est très gênant parce que ça nous culpabilise.

J.-F. HUSSON :

Je crois qu'il faut se garder de croire qu'un service hospitalier comme celui-ci, par exemple, ne peut offrir aux femmes ce qu'elles demandent. Beaucoup de femmes enceintes, angoissées à divers titres pour leur grossesse, ne désirent rien d'autre que déléguer à une équipe technique la maîtrise du risque biologique. Elles peuvent ainsi en toute tranquillité vivre leurs fantasmes.

G. HARDOUIN :

La sage-femme s'est arrêtée au moment où elle disait ; beaucoup de femmes disent qu'elles sont un peu déçues parce que...

J.-F. HUSSON :

Oui, je crois qu'il y a de la déception quelquefois Pendant la préparation à la naissance, lors de l'accouchement, nous exaltons sans doute la grossesse et nous avons le désir, plus ou moins conscient, de maintenir longtemps cette sorte de mythe fusionnel. Et puis, il y a quand même l'épreuve de la réalité, l'enfant dans son berceau, et là on entend quelquefois tomber l'enthousiasme. Non pas au niveau d'une pathologie dépressive plus fréquente, mais peut-être par une façon de se comporter vis-à-vis du personnel soignant, qui est plus exigeante, et qui fait que l'on utilise les imperfections inhérentes à toute institution comme support à cette déception. A moins que nous ne soyons nous-mêmes accoucheurs plus sensibles à cette déception liée à l'épreuve de la réalité et que nous désirions tout simplement la gommer pour que tout soit parfait et ce grâce à nous !

G. HARDOUIN :

C'est intéressant ça : alors il y a plus de déception sur ce plan-là...

J. CHAVINIÉ :

Non, non peut-être pas... Je suis tout à fait d'accord avec ce que tu dis, mais il ne faut tout de même pas dire qu'il y a plus de déception.

M. ODENT :

C'est là l'importance des groupes où sont réunis les couples qui attendent un enfant, et les femmes qui sont à la maternité. Et ce sont elles, celles qui ont eu un bébé le matin, la veille, l'avant-veille, ce sont elles qui préparent les couples.

E. HERBINET :

Mais dans la préparation à l'accouchement, même si une sage-femme ou un médecin y participe, il n'y a pas que l'aspect pédagogique, il est même secondaire, tout au moins dans ce que nous essayons de faire ici. C'est aussi une occasion de réunion, de rencontre, qui est donnée, une occasion de parler. L'important, de la part de l'équipe hospitalière, c'est peut-être surtout de consacrer du temps à ce côté de relation ; du temps et de l'intérêt. Le reste suit Hier soir, par exemple, où l'on parlait de dystocie, et où un futur père a eu du mal à supporter la vue du forceps que, pourtant, tout le monde avait demandé à voir. (Il a eu du mal à supporter cela pour des raisons familiales dont sa femme nous a parlé.) Eh bien à la suite de cette difficulté, qui a d'abord jeté un froid, les hommes présents se sont mis à parler de paternité, de difficulté de paternité, de ce que représentait le rôle du père, etc.[1]..

J. CHAVINIÉ :

Alors, je voudrais poser une question à Odent, je voudrais lui demander ce qu'il pense des réunions entre les femmes qui n'ont pas encore accouché et celles qui viennent d'accoucher, est-ce que ça diminue l'idéalisation, les déceptions ?

M. ODENT :

Je crois que c'est ce qu'il y a de plus positif, de plus important dans la préparation. Parce que les difficultés, les ennuis sont présents. Habituellement, je ne participe pas; il est préférable qu'il n'y ait pas de médecin, mais je sais ce qui se passe. Je sais par exemple qu'hier soir on a longuement parlé d'une femme qui avait une plastie mammaire ; on n'avait pas eu le compte rendu opératoire exact ; elle désirait allaiter, et puis on s'est aperçu secondairement qu'il y avait probablement eu une section des galactophores et que l'allaitement était impossible ; c'était le sujet de conversation ; c'est pas tout rose.

J. CHAVINIÉ :

Non, mais sur le plan de la déception, est-ce que ce genre de réunions risque d'atténuer cette déception dont on parlait tout à l'heure ?

J.-F. HUSSON :

Bien, oui, parce que, paradoxalement, il y a des gens qui sont des modérateurs...

E. HERBINET :

On l'a fait ici, il y a un certain temps, mais lorsqu'on demandait à des accouchées si elles voulaient bien descendre à la préparation. Mais elles avaient souvent quelque chose d'autre à faire : soit le cours de puériculture, soit la visite du mari, soit... Alors, après un essai de deux mois, on en a eu assez d'avoir l'impression de solliciter un service.

---

[1] Quelques jours après cette réunion, cet homme a assisté à l'accouchement de sa femme, qui a nécessité justement la pose de forceps. Il n'y a pas eu de problème. Et lorsque sa femme a quitté la salle de travail, il l'a accompagnée en poussant le berceau roulant de son enfant avec une espèce de joie, de gaieté explosive exceptionnelle.

MARIANNE HERBINET :

Mais pourquoi ça se passe chez vous comme ça, et chez Michel Odent autrement ?

E. HERBINET, *à M. Odent* .

Ça se passe spontanément chez toi?

M. ODENT :

Oui... ça se passe au même étage.

B. THIS :

A Foch, j'emmenais les femmes enceintes dans la chambre de celle qui venait d'accoucher. Souvent c'est le personnel de la clinique qui fait obstacle et les empêche de témoigner. Au début même, c'était moi qui faisais tout, sans m'en rendre compte, pour que ça ne se fasse pas, c'était moi qui m'y opposais.

UN PARTICIPANT :

Et pourquoi ?

B. THIS :

Pour toute une problématique qui m'était personnelle! (On *rit beaucoup.)*

Je n'invitais que les femmes qui avaient « réussi » leur accouchement « sans douleur », selon mes critères !

E. HERBINET *à Michel Odent* ;

Et chez toi, ça se passe très différemment, pourquoi ? Une question de taille de maternité, d'ambiance ?

M. ODENT :

C'est une évolution qui s'est faite en quinze ans...

J.-F. HUSSON :

Il y a peut-être aussi le désir des accoucheurs de rester jusqu'au bout ceux qui font quelque chose.

G. HARDOUIN :

Je ne suis pas tout à fait d'accord avec toi, Husson..

Suit une discussion confuse, impossible à transcrire.

P. STRAUS :

J’aurais été content, dans le peu de temps qui nous reste, qu’il y ait un peu plus d’attention portée à la période des suites de couches, qui me semble en effet essentielle : Malgré les remarquables exposés des Docteurs Girodet et Francoual, je pense qu’il reste un problème.

N’étant moi-même ni obstétricien, ni néonatologiste, mais pédiatre, j’aimerais connaître votre sentiment sur un point : est-ce que, à partir d’une date très rapide, le premier, le deuxième jour de vie, je n’en sais rien, les problèmes du nouveau-né sont tellement différents de ceux qu’il aura lorsqu’il aura 6 ou 8 jours et que la femme se trouvera, dans la majorité des cas, absolument seule, sans aucune aide, pour s’occuper de son enfant.

J’ai été frappé par ce que disait le Dr Francoual, à savoir que pour organiser les suites de couches de manière à favoriser les relations mère-enfant, il faudrait en réalité une surveillance et une disponibilité extraordinaires de la part du personnel médical. Or, du jour au lendemain, à la sortie de la maternité, il n’y aura plus, de toute manière, aucune surveillance et aucune disponibilité, et l’expérience nous montre que, dans l’immense majorité des cas, les choses se passent sans problème, j’entends, du moins, sans problème somatique important.

C’est pour ça je pense que si le climat, l’atmosphère, la disponibilité psychologique, doivent être notablement modifiés, l’idéal serait effectivement *que la mère, très vite, soit vraiment la responsable de son enfant,* et qu’on ne soit là justement que pour apporter une écoute et quelques exemples qui devraient progressivement se distancer, pour que la transition avec le moment où la mère va se retrouver seule avec son enfant soit aussi insensible et naturelle que possible.

C. FRANCOUAL :

En pratique pédiatrique, l’expérience montre que les six premiers jours sont les jours où on dépiste les anomalies. Et il est plus facile de surveiller des enfants qui sont toute la journée sous nos yeux que près de leur mère. Je crois que ça demanderait plus de travail et plus de patience.

J. CHAVINIÉ :

Mais je crois que nous (accoucheurs) sommes parfaitement conscients que cette période des suites de couches n’est pas au point. Et ça c’est lié à beaucoup de choses. Dès l’instant où on n’est pas nombreux, on s’attache davantage à résoudre les problèmes de « avant » et « pendant » ; et lorsque les problèmes techniques, le mot revient, de l’accouchement sont résolus, il est bien certain qu’on a beaucoup plus de mal à s'intéresser à cette période, et c’est un tort. Mais je crois que même quand on veut à tout prix arranger les choses en suites de couches, c’est très difficile, parce qu’il y a notamment un problème de disponibilité qui est ardu.

CATHERINE DOLTO :

En ce moment, je travaille dans une maternité, comme C.E.S. de pédiatrie. Il y a énormément de naissances et il n’y a pas assez de personnel en suites de couches. Et exprès je vais dire que, dans le fond, c’est une bénédiction. Ce n’est pas vrai dans l’absolu, mais il n’y a pas assez de personnel pour : donner les biberons, les langes, etc., et la géographie du service permet que finalement le personnel se consacre surtout aux femmes un peu fatiguées ou qui ont eu une césarienne et qui ne peuvent pas marcher, et pour celles-là, le personnel prend totalement les bébés en charge. Et les autres, vu qu’il y a une crèche entre les deux chambres

et que les femmes ont accès facilement à leur bébé, on s'aperçoit que celles qui sont en forme et en ont le désir prennent totalement leur bébé en charge, quitte à ce que le matin, lorsque nous passons, nous parlions avec elles justement du fait qu'elles se plaignent du manque de personnel ; c'est une façon pour nous de parler avec elles de leurs relations à leur enfant. Celles qui sont trop fatiguées n'entendent pas leur enfant pleurer la nuit, comme par hasard, et comme cela les nounous s'en occupent. Et quand elles sont moins fatiguées, au même lieu et à la même distance, elles se mettent à entendre leur enfant pleurer et à s'en occuper.

Je crois que c'est un faux problème de dire que tout ce qui tient aux suites de couches est un problème de personnel et de vigilance. Je crois que dans cette maternité, on ne laisse pas passer beaucoup de malformations ou de choses graves sur le plan somatique. Et je crois qu'il ne faut pas non plus se polariser sur la surveillance et sur la fragilité de l'enfant dans les six premiers jours. Je ne crois pas que ce soit juste, et je ne crois pas que ce soit forcément important qu'il y ait plein de monde pour s'occuper des enfants ; c'est un état d'esprit, et là c'est intéressant parce que c'est ouvert. Ça peut être différent dans les services où ce n'est pas organisé pour que les enfants soient avec les mères, et là où les enfants sont en groupe les mères peuvent s'aider entre elles. C'est vrai que quand elles sont trop fatiguées, avoir leur enfant sous leur responsabilité totale dans leur chambre n'est peut-être pas l'idéal non plus. La crèche commune c'est peut-être bien, mais au bout du couloir, c'est sûrement pas bien.

Mme A. LACROIX-COUTRY :

Je crois que la disposition d'une crèche commune sépare la mère de l'enfant ; il me semble que c'est un peu négatif.

CATHERINE DOLTO :

Elles le prennent comme elles veulent.

Mme A. LACROIX-COUTRY :

Quand on vient d'accoucher on a du mal à se lever, je pense que si le berceau est à côté, les mères le prennent avec elles si elles le veulent.

Discussion générale inaudible sur l'enregistrement.

J. CHAVINIÉ :

Monsieur Lacroix, vous pouvez parler...

A. LACROIX :

Je suis accoucheur et j'avais apporté des photos pour critiquer la méthode Leboyer et les méthodes dérivées de la méthode Leboyer. Malheureusement, il faudrait bien un quart d'heure pour vous expliquer tout ça. Je vous propose éventuellement de le faire une autre fois. J'aurais beaucoup de choses à dire à Madame Rapoport, à Monsieur Odent en particulier, car je crois dans cette méthode qu'il y a des excès et des interprétations tout à fait curieuses ou mythologiques ; je crois qu'il y a quand même des critiques à faire tout en la pratiquant couramment, chaque fois qu'on le demande. Quand on veut critiquer, eh bien il faut apporter des faits précis ; il faudrait le faire sur des textes et je me propose de le faire une autre fois, si on n'a pas le temps de le faire maintenant.

Brouhaha, tout le monde parle.

E. HERBINET :

Je voudrais dire quelque chose; c'est qu'on ne fait pas référence ici au livre de Leboyer, on fait référence à un esprit, mais on ne se bat pas sur le livre. Le livre a déclenché certaines choses, mais il est dans le passé. On discute sur ce que nous essayons de faire *maintenant,* sur ce que fait Odent *maintenant,* sur ce que tous font ou essaient de faire *maintenant.*

A. LACROIX :

Eh bien, parlons des méthodes dérivées des idées de Leboyer.

Mme A. LACROIX-COUTRY :

Monsieur Herbinet, vous définissez tout de suite l'objet de votre interlocuteur. Comme Madame Dolto disait tout à l'heure qu'il n'était peut-être pas bon de définir la mère idéale, vous êtes en train de définir l'interlocuteur idéal. Permettez-moi de vous dire que ce n'était pas prévu dans votre lettre d'invitation à cette réunion.

E. HERBINET :

Vous avez cité tout à l'heure un extrait du livre de Leboyer...

Mme A. LACROIX-COUTRY :

Oui, monsieur, est-ce que vraiment j'ai fait une faute ? Chacun exprime ce à quoi il est sensible.

D. RAPOPORT :

Je voudrais simplement dire que, à partir de tout ce qui s'est passé autour de Leboyer et d'une enquête que j'avais faite, on me dit d'un côté : « C'est formidable, heureusement que vous avez fait cette enquête » ; à ma droite on me dit : « Oui, elle a été néfaste parce que... » Alors je dis simplement qu'effectivement, dans toute cette période-là, tout a été entendu d'une façon un peu polémique et scandaleuse, mais je trouve que c'est un peu dépassé et c'est pour ça que je n'ai pas re-résumé ce que j'avais dit en juin. Je pense quand même que j'aurais dû, compte tenu de ce qu'a dit M. Kreisler tout à l'heure, par rapport à « que c'est pas dans le fond la méthode Leboyer » ou des choses comme ça ; je dis simplement d'une part qu'il se passe quelque chose d'important à ce point de départ, dans les relations parents-enfant, et d'autre part que j'ai écrit également *qu'il n'y avait pas de bébés Leboyer types,* que lorsqu'on les revoit à 2, 3 ans, on ne peut absolument pas reconnaître un « bébé Leboyer » d'un autre enfant, qu'ils sont chacun la résultante de la multitude de possibilités d'interrelations parents-enfant. L'enfant est la résultante de tout.

A aucun moment, il ne faut faire dire aux gens ce qu'ils ne disent pas. Alors je dis simplement que mon enquête était néfaste effectivement quand on la reprend dans le *New York Times;* je l'ai dit à cette époque-là. Elle est néfaste quand on me fait dire des choses que je n'ai pas dites. Quand on l'a bien lue, quand on regarde ce que j'ai dit, je me suis démarquée aussi. Alors, la page 68 ou la page 69, j'ai envie de dire : « Elle n'a pas d'importance », mon enquête n'a pas d'importance ; ce qui est important, c'est que, quatre mois après, on puisse se

réunir ici avec une telle évolution. Je dis chapeau, c'est tout, c'est cela qui compte ; ce n'est pas nier l'ambivalence, ce n'est pas mystique, ce n'est pas la nativité, ce n'est pas idéaliser le groupe : il ne s'agit pas de ça. Il s'agit de dire qu'effective- ment, il y a des choses qui sont dépassées, et parlons d'autres choses qui ne seront peut-être pas agréables non plus, qui seront peut-être polémiques, mais ça sera enfin une autre polémique !

G. HARDOUIN :

Oui, mais alors ce qui me frappe, c'est qu'à la fin de chaque débat il y a eu quelqu'un qu'on n'a pas laissé parler, et qui n'était pas du tout d'accord avec nos opinions. La première fois, c'était un homme jeune [1] qui voulait dire quelque chose à Madame Dolto, et que j'ai vu après parce qu'il m'a paru intéressant d'entendre quelque chose de complètement différent : c'était un jeune étudiant en psychologie et cette fois, c'est ce monsieur que je ne connais pas qui veut dire quelque chose tout à fait contraire, et à qui on impose le silence.

A. LACROIX :

Non, non, je suis à votre disposition. Lorsqu'on me demande de prendre la parole, j'expose mes idées, vous savez... J'ai le courage de mes opinions.

Donnez-moi un quart d'heure, vingt minutes...

J. CHAVINIÉ :

C'est trop long, Lacroix... tu ne peux pas être plus court ?

A. LACROIX :

Non, pour discuter d'un texte, il faut... en un quart d'heure je peux vous dire ce que j'ai à vous dire. Je le fais tout de suite si vous voulez.

G. ZARA :

Est-ce que je peux dire un mot sur le rôle du psychologue dans un service hospitalier ? J'ai dit tout à l'heure qu'une des choses essentielles qui me paraissaient très bonnes dans tout ça, c'est que le médecin puisse se remettre en question. Disons qu'il y en a qui sont beaucoup plus facilement prêts à se remettre en question que d'autres qui le sont moins. Tout à l'heure, M. Kreisler a dit : « Moi, je suis contre les groupes Balint. » Je crois qu'il a voulu caricaturer à outrance. Il y avait aussi la petite sage-femme qui disait qu'il lui semblait qu'elle manquait de formation. Je crois qu'un des rôles importants des psychologues dans les services, et en particulier dans les services obstétricaux, c'est non pas tant leur rôle vis-à-vis de la mère ou de l'enfant, mais leur rôle vis-à-vis du médecin, du personnel infirmier, du personnel soignant : pouvoir l'aider, pouvoir lui faire exprimer ce qu'il ressent, et ses difficultés de médecin, d'infirmières ou de sages-femmes vis-à-vis des patientes. Pouvoir, comme ça, lui permettre à nouveau de se sentir utile, sentir que ce qu'il fait est valable.

[1] G. Hardouin fait allusion à celui que, dans le compte rendu de cette discussion du mois de juin, nous avons nommé, faute de connaître son nom, « le participant G, » (N.D.L.R.)

F. DOLTO :

Sur ce que madame vient de dire... Je ne vous connais pas, et ce n'est pas contre vous, mais l'expression que vous avez utilisée et que nous avons laissée passer... moi, ça m'a sidérée : « *la petite* sage-femme ». Vous n'en parlez pas comme d'une femme adulte !

G. ZARA, *parlant dans le brouhaha :*

Mais moi, je ne suis pas du tout anti-sages-femmes...

J. CHAVINIÉ :

Ne parlez pas tous en même temps... Tournaire, qui n'a rien dit jusqu'alors.

M.-J. BRETEAU :

Ce qui nous étonne. *(Rires.)*

M. TOURNAIRE :

J'ai l'impression que les réactions allergiques sont en régression. *(Rires.)*

Comme j'avais reproché à Madame Dolto de raconter des histoires, que j'aime bien entendre, mais qui n'ont peut- être pas une valeur de démonstration suffisante, dans ce sens de réconciliation, je vais raconter une histoire.

Il y a un accoucheur que beaucoup de gens connaissent ici, qui a écrit une lettre à une société d'obstétriciens en disant : « Ce Leboyer, c'est un scandale, il faut qu'il y ait un vote massif et que toute la société condamne une bonne fois cette technique qui est une farce, qui est une mode, et d'ailleurs je viendrai moi-même en parler dans six mois, et ça va barder. » Et il a fait tout de même, pour donner des arguments à la société en question, une étude sur Leboyer. Il a noté scientifiquement tous les paramètres et, quand il est venu la présenter, tout le monde s'attendait à voir assommer complètement Leboyer, la méthode, enfin tous les gens qui sont ici. Et c'était extraordinaire parce qu'à chaque phrase on disait : bon il prépare ses effets. *{Rires)* « Oui j'ai mesuré la température de l'enfant, il n'était pas trop refroidi. » - ça va être terrible à la fin, c'est sûrement un effet oratoire... Et à la fin il a dit : « Après 30 accouchements Leboyer, je suis converti, je ne ferai que ça. »

M. ODENT :

Vous connaissez l'histoire de la conversion ? Vous connaissez l'histoire du revirement ?

On chuchote : « Séguy ».

M. TOURNAIRE :

C'est Séguy, on peut en parler [1]

[1] SEGUY (B.) : « La méthode d'accouchement de Leboyer à la lumière des principes de l'obstétrique moderne », communication à la Société nationale de gynécologie et d'obstétrique de France, groupe ment régional de Paris, séance du 1" mars 1976.

M. ODFNT :

Nous étions opposés à *Radio-Nice* et à la télévision régionale Côte d'Azur. Et nous avons joué le jeu l'un et l'autre, notre jeu, lui l'opposant et moi j'expliquais pourquoi les premières expériences du nouveau-né me paraissaient importantes. Et puis ensuite nous avons un petit peu parlé dans le couloir. Je lui ai dit : « Vous ne seriez pas tenté d'essayer vous-même, de voir ce que c'est un nouveau-né qui est dans un autre climat sensoriel, climat affectif ? » Et une semaine après il m'envoie une lettre : « Mon frère... *(Rires),* mon cher confrère : j'ai essayé, je suis convaincu, et je mettrai, pour défendre la naissance sans violence, le même acharnement que j'ai mis pour la combattre. » Eh bien le revirement c'était le 20 novembre 1975 vers 17 h 30. *(Rires.)*

M. TOURNAIRE :

Inversement, il faut que de ton côté, tu acceptes un nombre de choses de nous. J'étais frappé dans les débats de la dernière fois, tu as dit par exemple : « Moi les ictères du nouveau-né je n'en ai pas plus que dans la période antérieure. » Je crois que la première chose à faire c'est de les compter.

M. ODENT :

C'est de donner des chiffres, je suis tout à fait d'accord.

M. TOURNAIRE :

C'est une courtoisie.

M. ODENT :

Bien sûr. J'ai mes chiffres, je les ai comptés... On a parlé tout à l'heure de section tardive du cordon ; il y a je crois treize ou quatorze ans que nous coupons tardivement le cordon, mais c'est seulement depuis trois ou quatre ans que nous avons transformé le climat qui entoure les premières expériences du nouveau-né, et nous nous sommes demandé pourquoi, depuis ce temps-là, il y avait moins d'ictères. Par exemple, pour les 1 000 naissances qui ont précédé le 1er avril 1977, et je le sais parce que j'ai fait ce calcul avant de venir à Saint-Vincent-de-Paul, eh bien il y a eu en tout 4 ictères ayant nécessité des soins pédiatriques, et il s'agissait toujours d'incompatibilités majeures. Et on s'est aperçu, par rapport à ce qui se passait autrefois, que nous avions infiniment moins d'ictères nécessitant des soins pédiatriques. Bon, on s'est demandé pourquoi, on a cherché. Et j'ai émis une hypothèse ; je me suis demandé si ça n'était pas parce que de plus en plus souvent les nouveau-nés trouvaient le sein de la mère tout de suite dans la salle de naissance, ce qui entraînait sans doute une mise en route très rapide du transit digestif. Et dans la mesure où l'on sait que constamment il y a dans le tube digestif une reconversion de la bilirubine conjuguée en bilirubine libre susceptible de repasser dans la circulation, je me suis demandé si cette première tétée précoce, cette première stimulation digestive précoce n'expliquerait pas, dans une certaine mesure, cette rareté des

---

Voir également l'évolution des conceptions du Dr Bernard Séguy entre les deux éditions de son livre *Naissance :* févr. 1975 (Hachette), p. 133 et suiv. Et mars 1976 (Maloine), p. 129 et suiv.

ictères nécessitant des soins pédiatriques. Ce n'est pas une chose que j'avais développée, je l'ai citée entre autres...

M. TOURNAIRE :

Il m'avait semblé que tu le disais sans avoir effectivement fait un compte précis.

M. ODENT :

Je n'avais pas cité de chiffres parce que ce n'était pas mon propos, mais j'étais prêt à le faire.

M. TOURNAIRE :

Il m'avait semblé que tu ne raisonnais que sur des impressions.

M. ODENT :

Non, non !

G. HARDOUIN :

Et la polyglobulie, dont Francoual a parlé au mois de juin ?

A. LACROIX :

Nous avons eu un certain nombre de polyglobulies, on a donc limité le délai de clampage du cordon.

M. ODENT :

Oui, alors, d'habitude on nous reprochait, on craignait le contraire ; on disait : « Ce nouveau-né, sur le ventre de sa mère, plus haut que le placenta, est-ce que ça ne va pas être une déperdition sanguine ? » On a plutôt eu à faire face à la crainte contraire.

C. FRANCOUAL

Ce n'est pas ça. Quand un nouveau-né, après un accouchement normal, est sur le ventre de sa mère, il reçoit du sang par contractions de l'utérus sur le placenta. Le problème n'est pas l'anémie mais la polyglobulie.

M. ODENT :

Mais pour revenir à l'allaitement, il faut parler de ce qu'on a introduit dans la salle de naissance... Parce qu'on a parlé beaucoup de ce qu'on a essayé de supprimer, on a parlé de traumatisme, de la violence, mais si on pense à ce qu'on a introduit dans la salle de naissance, on y a introduit le plaisir. Or qu'est-ce qui permet à la posthypophyse de la mère de sécréter de l'ocytocine dans la première demi-heure, eh bien c'est le plaisir de voir son bébé, de le toucher, d'avoir le mamelon déjà stimulé.

C. FRANCOUAL:

Alors vous pensez vraiment que la méthode d'accouchement de Leboyer...

M. ODENT :

Je ne sais pas ce que c'est que la *méthode* Leboyer.

C. FRANCOUAL :

Enfin, la « bonne méthode » va transformer la polyglobulie des nouveau-nés, de telle manière qu'à polyglobulie égale ils vont faire moins d'ictères ?

M. ODENT :

On ne peut voir ça qu'à l'échelle collective

J. CHAVINIÉ :

Bon, eh bien il commence à se faire tard... Je crois que l'avantage de ces réunions ce n'est pas de déboucher sur des méthodes ou des techniques précises, mais de pouvoir parler tous ensemble. Arriver non pas à une technique, mais peut-être à un état d'esprit nouveau. Je crois que c'est ça qui est important. Merci à vous d'être venus.

Applaudissements.

Il n’y a pas de conclusion.

Cet ensemble de textes, au contraire, par sa richesse, mais aussi par son imperfection, ses heurts et rebondissements, ses difficultés de communication, est dynamique.

Il nous pousse à continuer l’étude critique des conditions de la naissance.

Si vous avez envie de participer à cette réflexion, si vous êtes concerné par cette évolution, écrivez-nous *...

Car nous avons d’autres colloques en projet, d’autres numéros de ces Cahiers en préparation; vos textes et observations peuvent peut-être s’y intégrer, contribuant à une évolution des conditions de la naissance.

---

* Cette conclusion date de la première édition de « Naître... et ensuite ? ». Depuis cette date six autres numéros des Cahiers du nouveau-né ont été publiés mais les éditions Stock ont cessé de les publier en 2006. Cette invitation à nous écrire n’est dont malheureusement plus d’actualité.

LISTE ALPHABÉTIQUE DÉTAILLÉE

DES INTERVENANTS

Bienaymé (Pr Jean)
Chef du service de Chirurgie infantile de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 74 av. Denfert-Rochereau - 75014 Paris.

Breteau (Marie-José)
Infirmière anesthésiste Maternité de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Busnel (Marie-Claire)
Chargée de recherches au Laboratoire de physiologie acoustique, Institut national de la recherche agronomique - 78350 Jouy-en-Josas.
- Direction (avec E. Herbinet) de l'ouvrage collectif : *L'Aube des sens* (« Les Cahiers du nouveau-né », n° 5) Stock, 1981.

Casala (Betty)
Infirmière en salle de travail à la Maternité de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Chatel (Marie-Madeleine)
Psychanalyste Psychologue à la Maternité de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Chavinié (Pr agr. Jacques)
Chef de Service de la Maternité de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Dolto (Dr Catherine)
Médecin généraliste, C.E.S. de pédiatrie en cours.

Dolto (Dr Françoise)
Psychanalyste, Paris
Auteur de :
- *Le Cas Dominique,* Le Seuil, 1971.
- *Psychanalyse et pédiatrie,* rééd., Le Seuil, 1971.
- *Lorsque l'enfant paraît.* Le Seuil, 1.1 : 1977 ; t. II : 1978; t. III : 1979.
- *L'Evangile au risque de la psychanalyse,* Ed. Jean-Pierre Delarge, t. I : 1977 ; t. II : 1978.
- *Au jeu du désir.* Le Seuil, 1981.
- *La difficulté de vivre.* Inter Editions, 1981.
- *Et d'autres livres ultérieurs...*

Dunais (Madeleine)
Mère de famille - 92330 Sceaux.

Duroussaud (Dominique)
Sage-femme à la Maternité de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Francoual (Dr Christine)
Pédiatre à la Maternité de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Girodet (Dr Dominique)
Pédiatre à la Maternité de l'hôpital de Montmorency.

Hardouin (Dr Gérard)
Gynécologue accoucheur, attaché à la Maternité de Port-Royal, 123 bd de Port-Royal - 75014 Paris.
Auteur de :
- *Un gynécologue se révolte contre les mythes,* Paris, Retz, 1977.

Henocq (Dr Alain)
Pédiatre de la Maternité du Belvédère - 76130 Mont-Saint-Aignan.

Herbinet (Dr Etienne)
Chef de clinique à la Maternité de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.
- Direction de l'élaboration collective des « Cahiers du nouveau-né » **n°** 1-2 : *Naître... et ensuite ?* 1978 - n°3 : *D'amour et de lait...,* 1980 - n°5 : *L'Aube des sens* (avec M.- C. Busnel), 1981, Stock.

Herbinet-Baudouin (Marianne)
Psychologue clinicienne à la Maternité et en Chirurgie infantile, hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Husson (Dr Jean-François)
Gynécologue accoucheur Maternité des Vallées - 92290 Châtenay-Malabry.

Jalenques (Dr Etienne)
Psychiatre (dynamique **é**motionnelle**)** Service du Pr Soulairac, hôpital Sainte-Anne, 1 rue Cabanis 75014 Paris.

Kreisler (Dr Léon)
Unité de psychiatrie de l'enfant de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.
Auteur de :
- *L'Enfant psychosomatique,* P.U.F., coll. « Que sais-je? », 1976.
- « La psychopédiatrie », in *Traité de pédiatrie,* Flammarion, 1970.
- *Guide de la jeune mère de la naissance à trois ans,* 19" éd., E.S.F., 1978.

En collaboration :
- KREISLER (L.), FAIN (M.) et SOULÉ (M.) **:** *L'Enfant et son corps,* P.U.F., coll. « Le fil rouge », 2" éd., 1978.
- LEBOVICI (S.) et KREISLER (L.) ; *La homosesualid en el niño y en adolescente,* Buenos Aires, éd. Protes, 1966.

Lacroix (Dr André)
Gynécologue accoucheur, Maternité des Noriets - 94400 Vitry-sur-Seine.

Lacroix-coutry (Dr Andrée)
Pédiatre résidente, Maternité des Noriets - 94400 Vitry-sur-Seine.

Le Lirzin (Pr agr. Roger)
Clinique obstétricale et gynécologique, C.H.U. d'Angers - 49000.

Le Vaguerèse (Dr Laurent)
Psychanalyste, Paris.

Morin (Dr Jean-Paul)
Chef de clinique en Anesthésie-Réanimation des hôpitaux Cochin et Saint-Vincent-de-Paul.

Odent (Dr Michel)
Chef de Service, Maternité de l'hôpital de Pithiviers - 45300.
Auteur de :
- *Bien naître.* Le Seuil (Technocritique), 1976.
- *Genèse de l'homme écologique.* Epi, 1979.

Rapoport (Danielle)
Psychologue en services de pédiatrie, hôpital Trousseau, hôpital des Enfants-Malades.
- Direction de l'ouvrage collectif : *Corps de mère, corps d'enfant.* (« Les Cahiers du nouveau-né », n° 4) Stock, 1980.

Revault d'Allonnes (Claude)
Psychologue, Laboratoire de psychologie clinique individuelle et sociale, Centre Censier Université de Paris VII
Auteur de :
- *Le Mal joli,* 10/18, 1976.

Straus (Dr Pierre)
Secrétaire général de l'Institut de pédiatrie sociale, hôpital des Enfants-Malades, 149 rue de Sèvres - 75015 Paris.

Teyssandier (Denise) Sage-femme, Responsable des assises nationales des sages-femmes.

This (Dr Bernard) Psychanalyste, Directeur médical de la cure ambulatoire du Centre Etienne-Marcel, 39 rue Greneta - 75002 Paris.
Auteur de :
- *La Psychanalyse, science de l'homme en devenir,* Casterman, 1960, épuisé.
- *Naître,* Aubier-Montaigne, 1972, réédité.
- *Naître... et sourire,* Aubier-Montaigne, 1977.
- *Le Père : acte de naissance.* Le Seuil, 1980.

Tournaire (Dr Michel)
Chef de clinique à la Maternité hôpital Saint-Vincent-de-Paul.
Auteur de :
- *Surveillance et thérapeutique obstétricales,* Masson, 1982.

Zara (Dr Gioia)
Gynécologue accoucheur Attachée de consultation à la Maternité Baudelocque, 123 bd de Port-Royal - 75014 Paris.