

Souffrance et soin spécifiques du bébé dans un contexte de troubles des interactions mère-bébé

Cindy Mottrie, Stéphanie Culot, Pauline Delannoy, Mélissa Alexandre and Justine Gaugue

Volume 31, Number 2, 2023

Polyphonie 1

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1111202ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1111202ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Article abstract

This qualitative research project proposes to study the resonances between two approaches to infant distress in a population of mother-baby dyads, hospitalized in a parent-infant unit. The first step corresponds to clinical research conducted through direct contact with the family, while the second involves remote analysis based on videos of the baby and standardized rating (ADBB) of relational withdrawal. The evidence shows that, when the observer conducting the research is familiar with the family's history, it is not always possible to maintain a neutral stance in observing the baby, due to identification with parental distress. However, when the baby is observed "blindly", by one or more observers who have no prior knowledge of the family context, the baby's distress can be assessed more objectively. The authors suggest increasing this type of intervention within the teams themselves or between teams in order to ensure a type of care tailored to each baby. Finally, the evidence shows that, in some ways and in certain dyads, the baby's body can be seen as "translating" certain fantasy interactions. For this reason, the authors propose to use the term "tonic fantasy interactions."

Cite this article

Mottrie, C., Culot, S., Delannoy, P., Alexandre, M. & Gaugue, J. (2023). Souffrance et soin spécifiques du bébé dans un contexte de troubles des interactions mère-bébé. *Filigrane*, 31(2), 79–106. <https://doi.org/10.7202/1111202ar>



Souffrance et soin spécifiques du bébé dans un contexte de troubles des interactions mère-bébé

Cindy Mottrie,
Stéphanie Culot,
Pauline Delannoy,
Mélissa Alexandre
et Justine Gaugue

Résumé: À partir d'un travail de recherche qualitative sur une population de dyades mère-bébé hospitalisées en unité parents-bébé, nous étudions les résonances entre deux approches de la souffrance du bébé. La première correspond à une recherche clinique au contact direct de la famille, la seconde à une analyse à distance sur base de vidéos du bébé et d'une cotation standardisée (ADBB) du retrait relationnel. Les résultats mettent en évidence que, lorsque l'observateur menant la recherche connaît l'histoire de la famille, un regard neutre sur le bébé n'est pas toujours possible, de par l'identification à la souffrance parentale. Lorsqu'une ou plusieurs personnes tierces observent le bébé « à l'aveugle », sans connaître le contexte familial, se dégage alors un accès à la souffrance du bébé plus objectif. Les auteurs proposent de multiplier ce type d'interventions, au sein des équipes ou entre les équipes afin de garantir un soin spécifique au bébé. Enfin, il apparaît que le corps du bébé se fait le traducteur au moins partiel et pour certaines dyades, d'une part des interactions fantasmatiques. C'est pourquoi les auteures proposent de parler plutôt d'interactions *tonico*-fantasmatiques.

Mots clés: souffrance du nourrisson; retrait relationnel; interactions en souffrance; unités parents-bébé

Abstract: This qualitative research project proposes to study the resonances between two approaches to infant distress in a population of mother-baby dyads, hospitalized in a parent-infant unit. The first step corresponds to clinical research conducted through direct contact with the family, while the second involves remote analysis based on videos of the baby and standardized rating (ADBB) of relational withdrawal. The evidence shows that, when the observer conducting the research is familiar with the family's history, it is not always possible to maintain a neutral stance in observing the baby, due to identification with parental distress. However, when the baby is observed "blindly", by one or more observers who have

no prior knowledge of the family context, the baby's distress can be assessed more objectively. The authors suggest increasing this type of intervention within the teams themselves or between teams in order to ensure a type of care tailored to each baby. Finally, the evidence shows that, in some ways and in certain dyads, the baby's body can be seen as "translating" certain fantasy interactions. For this reason, the authors propose to use the term "tonic fantasy interactions."

Key words: infant distress; relational withdrawal; distressed interactions; parent-baby unit

Comment le corps du bébé parle-t-il des interactions en souffrance ?

La recherche sur les interactions précoces en souffrance atteste des grandes compétences relationnelles du bébé tout comme de sa fragilité lorsqu'elles sont entravées par des interactions troublées. Les interactions se définissent dans le contexte particulier de la périnatalité par « l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le nourrisson et sa mère » (Lamour et Lebovici, 1991, p. 180). Trois types d'interactions parent-enfant sont communément admises : les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques. Grâce à de nouveaux regards (Apter, 2017 ; Brazelton, 1983 ; Devouche et al., 2012 ; Guedeney et Cyrulnik, 2021 ; Lebovici, 1983 ; Lev-Enacab et al., 2015 ; Mac Hale et al., 2008 ; Sameroff, 1984), la conception des liens parent-enfant s'est modifiée, passant de théories considérant la mère comme organisatrice des échanges à une reconnaissance du bébé comme un réel acteur dans la relation. L'environnement et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement, modifiant ainsi l'interaction.

Les souffrances précoces s'expriment de façon polysémique et variable quant au moment d'apparition. Elles se caractérisent par une grande labilité, pouvant passer du pôle maternel au pôle bébé (Rochette-Guglielmi, 2014) et encore au pôle paternel, voire familial de manière élargie. Selon la perspective systémique, qui rappelons-le, sous-tend la théorie des interactions précoces, cette grande labilité implique que chacun des membres de l'interaction puisse porter le symptôme, révélant la souffrance tout en cherchant à la soulager. Plusieurs facteurs interviennent dans l'expression de ces souffrances précoces : les qualités de régulation propres au nourrisson, les capacités de mentalisation du parent, ses propres capacités de régulation, l'étayage environnemental (maternel, paternel, soignant) et l'histoire infantile précoce du parent (Debray et Belot, 2008). Lebovici (1991) a noué la logique de la complexité chère à la systémique aux théories développementales et

psychanalytiques concernant la naissance à la vie psychique, considérant que le corps du bébé permet le repérage des premières traces d'émergence de la pensée. Cependant, comme le rappelle Apter (2017), l'approche de la complexité de la vie intrapsychique et des conditions de son émergence est à ce point plurielle que nous ne possédons pas (encore !) les conditions de recherche nécessaires à son étude. Si la vie psychique et la subjectivité émergent au contact de l'environnement immédiat, elle a, concomitamment, des effets sur cet environnement. De cette façon, l'ajustement mutuel, la contingence, l'accordage, la régulation mutuelle créent un espace intersubjectif dans lequel il n'est pas aisé de déceler les effets de l'un et l'autre des protagonistes et de leurs co-crétions intersubjectives. Le bébé, dont les moyens relationnels sont riches mais limités par ses contraintes développementales, engage son corps comme moyen de se dire à l'autre. Ainsi, les réponses de son partenaire aux assauts de ses demandes et besoins auront un effet sur l'organisation de l'expression somatique du bébé, avec pour toile de fond cette complexité infinie d'effets rétroactifs. Tout notre propos est d'étudier quelle voie emprunter pour que ces éléments de contexte n'empiètent pas sur la lecture singulière de la souffrance du bébé.

Ainsi, si « le bébé seul n'existe pas », des outils innovants permettent aujourd'hui de se pencher singulièrement sur sa souffrance psychique. Le tout-petit présente un appareil psychique en pleine construction, mais participe pourtant activement à « parentaliser » sa figure de soins, à rendre son parent « parent ». « Un parent seul, ça n'existe pas ! » (Coum, 2018, p. 1), l'adulte a donc lui aussi besoin du bébé et de son action pour advenir comme parent singulier de ce bébé-là. Lebovici (1998) proposait déjà que le bébé soit le meilleur agent de modification de l'interaction. Grâce à ses capacités de « séduction », permettant de maintenir la figure de soins proche de lui, le bébé provoque la relation avec son entourage pour que protection, soins et régulation de ses états lui soient dispensés. En appui sur les interactions parent-bébé qui permettent la régulation de son tonus, le bébé édifie par exemple le lien entre la sphère orale, sa main et son regard au sein d'une « construction corporeopsychique ». Son corps se fait le langage d'une intériorité psychique en construction, corps « lieu de l'expression psychique de l'enfant, des interactions avec ses parents » (Garret-Gloanec et Pernel, 2012, p. 202), ou encore réceptacle et lieu d'expression de ses « identifications intracorporelles » selon Haag (1990, cité dans Garret-Gloanec et Pernel, 2012). Celles-ci sont décrites comme « la capacité des bébés à représenter dans leur petit théâtre corporel, quelque chose d'une rencontre qui vient

d'avoir lieu avec un adulte» (Golse, 2013, p. 162). Joyce McDougall utilisait déjà cette métaphore de « théâtre du corps » (McDougall, 1989). Selon Golse (2013, p. 162), il y aurait là « un travail de (re) figuration corporelle d'un événement interactif ».

Nous savons depuis de nombreuses années que, lorsque le bébé est en souffrance dans le lien avec ses partenaires, il développe des stratégies de protection qui peuvent, en retour, mettre à mal les interactions (Lamour, 2010). Un bébé en souffrance est moins actif dans le processus de parentalisation. Clinique périnatale et recherche démontrent que ces bébés peuvent ainsi littéralement se couper sensoriellement pour se protéger des interactions troublées (Rousseau et Duverger, 2011). Le retrait relationnel est une réaction normale de régulation des interactions chez le bébé. Il se définit comme « un désengagement de la relation et une moindre réactivité aux stimulations environnementales, c'est-à-dire une diminution des manifestations comportementales qu'elles soient positives (sourires, contact visuel) ou négatives (pleurs) » (Tonnadre et al., 2017, p. 256). Le retrait relationnel constituerait la forme précoce de la dépression et le mode d'entrée dans celle-ci (Guedeney et Fermanian, 2001). Lorsque ce retrait se prolonge et s'intensifie, il peut être considéré comme un signal d'alarme et devenir un symptôme signalant l'exposition à un stress et à des relations perturbées (Rousseau et Duverger, 2011 ; Wendland et al., 2010). Des facteurs sensoriels (déficiences sensorielles) ou organiques (douleurs, malnutrition) peuvent également être à l'origine du retrait relationnel. Il s'observe dans la plupart des grands ensembles diagnostiques de la petite enfance (Wendland et al., 2010).

Lorsque le retrait relationnel s'installe chez un bébé, il risque d'alimenter une spirale interactive marquée par le rendez-vous manqué du plaisir réciproque, indispensable support de la construction de l'appareil à penser du bébé, d'interactions satisfaisantes et du sentiment de compétence parentale. Ce faisant, les bébés dont la mère (et/ou le père) souffre de troubles psychiatriques sont particulièrement à risque de retrait relationnel (Tonnadre et al., 2017). Les souffrances parentales peuvent affecter les interactions avec le bébé et le bébé lui-même, de façon durable (Apter et Williams, 2018), tel que décrit par Green (1983) avec la notion de mère – psychiquement – morte. La psychologie et la psychiatrie périnatales mettent ainsi davantage encore l'accent sur les soins spécifiques de la souffrance du bébé et l'urgence à les mettre en œuvre (Guedeney et Cyrulnik, 2021).

Dans le contexte spécifique des unités parents-bébé, la souffrance du bébé peut émerger face à des projections parentales massives dont les interactions fantasmatiques témoignent. 35 % des bébés hospitalisés dans une unité mère-bébé bordelaise présenteraient un retrait relationnel (Tonnadre et al., 2017). La métaphore des « fantômes dans la chambre d'enfants » de Fraiberg (1993) illustre comment des éléments de l'histoire familiale insuffisamment élaborés (Ciccone, 2001 ; Chabert et Chauvin, 2005 ; Fraiberg et al., 1975, 1993 ; Mottrie et Duret, 2017 ; Poinso et Glangeaud-Freudenthal, 2009) agiraient inconsciemment dans les interactions directes et réelles entre le nourrisson et ses parents. Les éléments qui n'ont pas pu être mentalisés et élaborés risquent de surgir dans cette relation via l'émergence de scénarios relationnels ou narcissiques (Manzano et al., 1999). Ce serait là une tentative de symbolisation d'un impensable. Comment alors observer l'interaction tout en écoutant ce qui ne se dit pas et ce qui se joue au niveau fantasmatique ? C'est en s'essayant à la complémentarité des regards et des postures que les auteures tenteront de répondre à cette question.

Méthodologie

Question de recherche

Cette recherche s'inscrit dans le contexte des unités parents-bébé. Elle s'est déroulée en deux temps. Le premier temps est mené par Cindy Mottrie lors de sa recherche doctorale en unité parents-bébé (2017). Ces lieux d'hospitalisation conjointe accueillent des familles, mère-bébé, père-bébé, mère-père-bébé dont la rencontre avec leur tout-petit fait émerger des souffrances telles qu'angoisses maternelles/paternelles, dépressions et psychoses maternelles/paternelles du post-partum, troubles de la parentalité, psychopathologie maternelle et/ou paternelle ou encore difficulté du père à prendre sa place. Le processus de rencontre intersubjective avec le bébé y est freiné, entraînant tous les membres du système familial dans une recrudescence de souffrance et de fragilisation, le bébé y compris. La recherche qualitative impliquait des observations directes du bébé selon Esther Bick (Bick, 1964 ; Ciccone, 2001) mais également des rencontres avec les parents via des entretiens semi-directifs et la réalisation de génogrammes. L'objectif de la recherche doctorale était d'explorer les représentations filiatives et affiliatives des parents ainsi que leurs liens éventuels avec les interactions parents-bébé.

L'étude de la souffrance propre du bébé n'étant pas un des objectifs de la recherche, la professeure Justine Gaugue, membre du jury de la thèse,

a proposé de retravailler à l'aveugle les enregistrements vidéo lors d'un second temps. De ces échanges, une question commune a émergé entre les protagonistes de la présente recherche : que nous montre le bébé de sa souffrance si on l'isole de son histoire relationnelle et familiale ? Ce bébé observé à l'aveugle, sans que les observateurs ne connaissent rien de son histoire relationnelle et familiale, raconte-t-il quelque chose de sa souffrance ? À la suite de la soutenance de la thèse de doctorat, l'équipe de recherche de la professeure Justine Gaugue s'est donc réunie pour visionner « à l'aveugle » des séquences filmées des bébés en relation avec leur mère afin de se laisser saisir par le langage corporel des tout-petits. L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) (Guedeney et Fermanian, 2001) a été sélectionnée pour ce second temps afin de permettre que les observatrices indépendantes puissent se centrer sur le bébé à part entière, en étant dégagées du contexte et de l'histoire familiale. Nous posons l'hypothèse de potentiels effets « occultants » ou « grossissants » de la souffrance des parents sur la perception de la souffrance du bébé. Ces éléments spécifiques de la souffrance parentale viendraient faciliter ou entraver l'accès à la souffrance du bébé pour la chercheuse clinicienne (C. Mottrie), impliquée davantage dans la rencontre avec les parents, et seraient moins opérants chez les chercheuses dites « indépendantes » (Justine Gaugue et son équipe). Nous nous sommes laissé surprendre par ce qui allait émerger des échanges spontanés lors de la cotation ADBB.

Population

Neuf familles sont concernées par le dispositif, toutes accueillies au sein d'unités mère-bébé et parents-bébé d'hospitalisation temps plein en Belgique. L'âge des bébés à l'entrée dans l'unité varie entre 2 semaines et 3 mois et demi. La durée d'hospitalisation varie de 1 à 4 mois. Ils ont entre 2 et 8 mois au moment de la recherche et présentent une bonne santé physique. Les mères sont âgées de plus de 18 ans. Toutes sont suivies par un psychiatre et bénéficient d'une psychothérapie mère-bébé à raison de deux séances par semaine. Pour certaines, le père et/ou la famille élargie sont ponctuellement rencontrés dans le cadre d'entretiens parents-bébé ou familiaux (voir Tableau 1).

Procédure et outils de repérage de la souffrance du bébé

— Dans le premier temps (T1), trois observations directes du bain suivant la méthode d'observation du nourrisson selon Esther Bick

Tableau 1 : Âge des bébés au moment de l'hospitalisation et de l'enregistrement

Bébé	Âge lors de l'hospitalisation	Âge lors de l'enregistrement
Léa	3 mois ½	5 mois et 19 jours
Bérénice	2 mois	3 mois et 6 jours
Judith	1 mois ½	3 mois et 20 jours
Manon	15 jours	3 mois et 13 jours
Noé	6 mois	7 mois et 17 jours
Pierre	21 jours	5 mois et 2 jours
Sébastien	2 mois	3 mois et 2 jours
Victor	21 jours	2 mois et 3 jours
Théo	1 mois ½	5 mois et 18 jours

(1964) ont été réalisées par la chercheuse-clinicienne¹ et suivies d'un enregistrement vidéo une semaine après les observations directes. Réaliser trois observations permet non seulement d'observer la redondance ou la variété des interactions dans un même contexte, mais aussi d'habituer la dyade à notre présence avant d'introduire la caméra.

L'observation du nourrisson selon Esther Bick se pratique aujourd'hui dans de multiples contextes. Elle offre une formation qualitative à la compréhension de la naissance à la vie psychique (Prat, 2013a, 2013 b; voir aussi <http://www.aidobb.org/fr/home-fr/>), ainsi qu'à la posture d'attention et de contenance soutenant un processus psychothérapeutique. Cette méthode constitue également un soin psychique pour le tout-petit en souffrance puisque la présence et l'attention soutenues améliorent les interactions, comme relevé dans plusieurs recherches (Mellier, 2012; Rochette et al., 2005; Houzel, 2011). Dans le contexte d'une formation, il est demandé d'observer un bébé durant une heure dans son milieu familial et ensuite de retranscrire les détails de l'observation en vue de les mettre au travail lors du séminaire de formation.

Dans le contexte de notre recherche, nous avons effectué des observations du bain à maximum trois semaines d'intervalle, avec la personne qui donne généralement le bain. Dans notre population, il s'agissait des mères. Le moment du bain a été choisi car il implique par lui-même qu'une rencontre ait lieu, *a minima*. Aucune consigne

n'a été donnée au parent. Les observations ont été retranscrites et travaillées avec la docteure Annette Watillon-Naveau (1999), pédo-psychiatre ayant introduit la méthode d'observation selon Esther Bick en Belgique. Lors de ces échanges étaient partagées des informations concernant l'histoire de la famille et le contexte de l'hospitalisation. La chercheuse-clinicienne avait elle-même une pratique clinique dans certaines unités où les familles étaient rencontrées. Sans pour autant être engagée cliniquement avec ces familles, elle assistait aux réunions d'équipe et avait donc une vue globale de leurs difficultés.

- Dans le second temps (T2), les analyses ont porté sur les enregistrements vidéo uniquement. Les vidéos analysées durent 3 minutes pour chaque dyade et débutent au moment où le bébé est amené dans le bain. Les quatre expertes de l'équipe de recherche² ont utilisé la cotation ADBB à laquelle elles sont formées. Il s'agit d'un outil de détection et d'évaluation de signes précoces du retrait relationnel chez les jeunes enfants, conçu au départ en vue d'un examen pédiatrique de routine. Il peut être administré de 2 mois à 24 mois (Guedeney et Fermanian, 2001; Matthey et al., 2013). L'échelle comporte 8 items suivant l'ordre d'entrée en contact avec un bébé: expression du visage; contact visuel; activité corporelle (tête, tronc et membres); gestes d'autostimulation, autocentrés et activités des doigts; niveau de l'expression vocale (vocalisations); vivacité de la réponse à la stimulation; capacité de mise en relation avec autrui; et attractivité (effort que doit faire l'observateur pour garder son attention centrée sur le bébé). La cotation se situe entre 0 et 4, allant de l'absence de comportement anormal (0) à un comportement nettement ou massivement anormal (4). Elle se base sur la réaction attendue d'un bébé par rapport à une stimulation normale en fonction de son âge. Un score total entre 0 et 4 caractérise un enfant sans retrait relationnel, un score total entre 5 et 10 désigne un enfant légèrement en retrait et au-dessus de 10, un enfant ayant un retrait manifeste. L'utilisation de l'échelle nécessite une formation et s'adresse aux professionnels accompagnant des familles et des bébés: puéricultrices, pédiatres, psychologues, psychiatres, psychomotriciens, infirmières, professionnels de crèche, ostéopathes. Cette formation est déconseillée aux femmes enceintes ou venant d'accoucher; ceci met en évidence la charge toute particulière du

travail avec les tout-petits qui bouscule les soignants du fait de ses contenus et de sa charge émotionnelle (Humagogie, 2023). En effet, les soignants au contact des bébés puisent dans leurs propres ressources et vécus archaïques, ce qui s'avère très mobilisant et nécessite une solide formation.

Dans ce second temps, l'équipe de recherche a examiné le retrait relationnel du bébé à partir des documents vidéo, sans rien connaître de l'histoire familiale et en ne visionnant que l'image du bébé. Lors de la cotation via l'ADBB, les chercheuses ont laissé libre cours aux associations suscitées chez elles par le bébé. Ce matériel a été recueilli par la chercheuse clinicienne en vue d'être associé aux analyses cliniques réalisées grâce aux entretiens avec les parents. C'est lors de cette étape que des liens étonnants se sont révélés à elle en entendant les associations spontanées des chercheuses-indépendantes, comme si le bébé racontait son histoire à travers son corps.

Dans le cadre du présent article, c'est ce matériel associatif qui sera traité, ainsi que les données issues de l'ADBB (T2) et des entretiens avec les parents (T1).

Considérations éthiques

La recherche a été menée conjointement au sein du Service de psychologie du développement et de la famille de l'Université libre de Bruxelles et du Service de psychologie clinique de l'Université de Mons. Elle a reçu un avis favorable du Comité d'éthique biomédicale du Centre hospitalier universitaire de Tivoli à La Louvière en Belgique et du Comité d'éthique biomédical de la Faculté des sciences psychologiques et de l'éducation de l'Université libre de Bruxelles. La chercheuse clinicienne a également récolté le consentement éclairé des familles ayant participé à la recherche.

Résultats

Concernant le retrait relationnel évalué au moyen de l'ADBB, 7 bébés sur 9 présentent un retrait relationnel, laissant supposer l'impact des dysfonctionnements relationnels au sein de la dyade mère-bébé sur leur capacité à engager la relation. Trois bébés dépassent le seuil critique avec un retrait allant de « net » à « massif » (Tableau 2).

Trois cas sont étudiés ci-dessous en explorant les concordances et discordances entre les observations de la chercheuse-clinicienne et des chercheuses-indépendantes lors de la cotation ADBB. Les vignettes cliniques

Tableau 2 : Détail des items de l'ADBB (temps 2)

ADBB	Léa	Bérénice	Judith	Manon	Noé	Pierre	Sébastien	Victor	Théo
Expression visage	1	1	2	2	1	1	0	0	1
Contact visuel	1	1	2	0	1	0	1	1	0
Activité corporelle	0	1	2	2	0	0	0	0	0
Autostimulation	0	2	1	1	0	2	2	0	3
Vocalisation	1	1	3	2	2	1	2	1	2
Vivacité réaction	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Relation	0	1	2	2	1	1	1	0	1
Attractivité	1	1	2	2	1	2	2	1	1
TOTAL (score de retrait*)	4	8	16	13	6	7	8	3	10

* 0 à 4 = pas de retrait ; 5 à 10 = léger retrait ; 11 et au-delà = retrait manifeste.

choisies ont pour objectif de mettre en évidence de façon contrastée une situation montrant un accord important entre les deux temps de la recherche (Judith), et deux autres situations (Théo et Pierre) montrant des résultats divergents entre les appréciations de la chercheuse-clinicienne et des chercheuses-indépendantes. Lors du temps 1, une souffrance avait été relevée chez Théo via la présence d'une nette hypertonie, mais Pierre n'avait pas été repéré en souffrance. Cependant, lors de l'analyse dite « objectivante », ces deux bébés sont repérés comme étant en retrait relationnel avéré, Théo étant en retrait net et Pierre en retrait léger clair.

Concordances et discordances entre les observations aux T1 et T2

Judith³, le bébé énigme

Judith est âgée de 1 mois et demi lors de son entrée dans l'unité parents-bébé qui l'accueille avec sa mère, Sophie. Cette dernière demande de l'aide car elle est en grande difficulté pour s'occuper de son bébé. Durant la grossesse, elle dit avoir été hospitalisée « pour dépression ». Dès l'accouchement, elle a voulu « la redonner ». Elle ajoute éprouver une peur de « faire mal à Judith ». D'après l'équipe qui prend soin de la famille, elle présente un tableau dépressif important avec des idées suicidaires. Le médecin généraliste de Judith lui transmet les coordonnées de l'unité et elle prend contact elle-même pour le premier rendez-vous auquel fait suite une hospitalisation. Sophie est en couple avec le père de Judith depuis 2 ans et 6 mois. Le bébé porte le nom de famille de son père. Sophie parle beaucoup de

son compagnon et nous décrit leur rencontre comme «exceptionnelle». Cependant, il investit peu sa fille et est le plus souvent absent. Il sera rencontré une seule fois dans le cadre de la recherche «car il habite trop loin». Sophie se sent coupable de laisser son compagnon seul à la maison.

Les représentations de Sophie à l'égard de son bébé sont pauvres. À l'occasion des observations du bain, elle confie ne pas parvenir ni à parler ni à jouer avec elle, «comme s'il manquait un lien entre nous, qu'il manquait quelque chose». Elle parle de «blocage» et a parfois envie qu'elle soit «encore dans son ventre». Elle raconte comment elle continue parfois à mettre sa main sur son ventre, comme si elle n'avait pas accouché et fait le constat: «Ben non, y'a plus rien.» Elle aimait surtout quand «Judith bougeait à l'intérieur [...] Là, elle était protégée».

Les représentations et projections maternelles concernant Judith semblent actives sur le versant du manque et concernent la petite fille qu'elle a été: «elle me ressemble quand j'étais bébé». Sophie dit de Judith qu'elle est belle «sans plus», ou encore que «c'est une énigme». Devenue mère, Sophie manifeste une souffrance psychique importante. Elle semble être en contact avec une part de sa mère interne, négligente et idéalisée. Les souvenirs d'événements incestueux émergent. Le ralentissement tant de sa pensée que de son tonus inquiète beaucoup l'équipe de soins. Il en va de même de Judith qui se manifeste peu et semble toujours attendre. Lors des observations, la chercheuse-clinicienne se sent très inconfortable face à un bébé qui, au départ, semble pourtant tenter de réanimer sa mère. Au fil des observations, elle semble se dégrader: son corps est de moins en moins animé et les temps d'observation constituent une épreuve pour l'observatrice.

Lorsque les chercheuses-indépendantes visionnent les images de Judith, elle leur apparaît tout à fait figée et comme «monolithique». La situation interactionnelle provoque une grande inquiétude, la mère ne donnant jamais de retour à sa fille et Judith restant très passive. Judith suscite l'envie d'être «réanimée». Le score à l'échelle ADBB la situe à 16, soit un retrait massif qui confirme l'inquiétude énoncée lors des discussions de la cotation inter-juges. Le détail des scores à l'ADBB (Tableau 2) met en évidence que 6 items sur 8 mènent à un score de 2: expression du visage, contact visuel, activité corporelle, vivacité à la réaction, relation et attractivité. Le scorage lui aussi assez fixe est cohérent avec d'un côté l'observation d'un bébé figé, et de l'autre des représentations maternelles elles aussi figées dans un idéal intra-utérin. L'absence de souplesse représentationnelle à l'égard de Judith est évocatrice d'une forme de rigidité qui empêche l'investissement du bébé

réel. Les vocalisations sont cotées à 3. Ce score illustre le grand silence qui entoure Judith et dont elle-même s'est emparée. Nous pourrions dire des vocalises qu'elles sont le marqueur de la subjectivité naissante au bout de la voix. Judith est probablement elle aussi gelée et pétrifiée par une rencontre avec sa mère marquée du sceau de l'énigme. La voix s'éteint dans une rencontre trop peu subjectivante.

Dans cette situation, il apparaît ainsi que la pauvreté interactive et l'angoisse déclenchée chez Sophie au contact de sa fille sont palpables dans ses effets. Le corps de ce bébé, sa façon de peu bouger et de se retrancher du monde par différents canaux alertent et signalent d'une certaine façon la détresse maternelle. Cette détresse maternelle est effectivement très claire aux yeux des soignants. Ainsi, une congruence apparaît entre la souffrance maternelle et la souffrance du bébé qui est lisible tant pour les soignants que pour la chercheuse-clinicienne et les chercheuses-indépendantes.

Pierre, le bébé passif

Pierre a 3 semaines lorsqu'il entre dans l'unité parents-bébé avec sa mère, Edith, qui dit souffrir de trouble obsessionnel-compulsif. Elle est orientée par un service de pédiatrie générale vers l'unité parents-bébé car elle se sent débordée par son bébé. Pierre porte le nom de famille de sa mère, car son père ne l'a pas reconnu. Le couple se connaissait depuis un mois au moment de la conception. Très vite, la situation conjugale se détériore et leur relation s'arrête. Edith pense alors à une interruption volontaire de grossesse, mais rencontre une association qui l'en dissuade.

Edith ne parle pas spontanément de Pierre si nous ne lui posons pas de questions. Pour autant, les représentations maternelles à son égard sont positives : souriant, sociable, gourmand, têtu. Elle semble rejouer, avec son bébé, un scénario qu'elle dit bien connaître : celui de devoir mettre beaucoup d'énergie pour être vue, entendue, regardée. Elle raconte que ses parents ne se sont jamais vraiment intéressés à elle. Elle fait l'hypothèse que les délits mineurs (vols) durant son adolescence avaient probablement pour fonction d'attirer leur attention. Pierre pourrait être mis en place de devoir répondre lui aussi à ce besoin. Elle explique : « J'essaie de lui parler, comme si je voulais entrer en relation, et lui, il n'a pas l'air de s'intéresser plus que ça. J'ai l'impression que j'en fais des tonnes. » Elle confie beaucoup son bébé aux infirmières : « il m'épuise » dit-elle. Lors des observations directes, Pierre est perçu par l'observatrice, la chercheuse-clinicienne, comme un très beau bébé avec un intense regard. Il apparaît souriant mais assez passif dans sa

motricité et ses initiatives relationnelles. Il est cependant au rendez-vous quand on le sollicite. Les interactions mère-bébé lui font l'effet d'un échange tendre et un peu anxieux du côté maternel.

D'entrée de jeu, l'équipe des chercheuses-indépendantes s'est découverte plus concentrée sur la mère de Pierre, même sans la voir, que sur le bébé, tant elle parle. Au départ, Pierre est vécu comme donnant l'illusion d'aller bien : il bouge, il regarde, mais la cotation met en évidence qu'il s'auto-stimule beaucoup. Il vocalise peu et semble centré sur sa propre activité corporelle au détriment de l'investissement de la relation. La mère offre apparemment des stimulations adéquates, mais questionne quant à l'aspect « démonstratif » devant la caméra. Pierre provoque un désintérêt car il cherche peu à être en relation avec l'autre. Une question vient : à quel point a-t-il l'habitude d'être seul ? Avec un score à l'échelle ADBB de 7, il présente un retrait net. Les items « attractivité » et « autostimulation », avec une note de 2, obtiennent le score le plus élevé de l'échelle (Tableau 2). En ce qui concerne le contact visuel, l'activité corporelle et la vivacité à la réaction, Pierre est noté à 0. Contrairement à Judith dont les scores aux items étaient assez homogènes, Pierre obtient des scores plus variables, allant donc de 0 à 2, un peu comme si ces scores fluctuants relataient la présence maternelle aléatoire. Pierre est souvent confié à l'équipe infirmière, mais lorsqu'Edith est sous le regard d'une tierce personne avec son bébé, elle dit elle-même « en faire des tonnes ». Pierre s'accroche probablement à cette présence indéterminée pour développer des registres relationnels plus fonctionnels (le contact visuel par exemple est à 0) et se tenir par une accroche, notamment à des autostimulations (item noté 2). Celles-ci lui permettent probablement de se réguler lorsque la présence maternelle est vécue comme trop envahissante et dérégulante. Par ailleurs, l'attractivité est également notée à 2. Pierre suscite un intérêt neutre, avec une difficulté à rester centré sur lui. Le sentiment d'ennui domine. Ceci peut être entendu comme un effet probable des interactions fantasmatiques à l'œuvre : Edith semble avoir besoin de beaucoup s'activer pour qu'on s'intéresse à elle. Pierre l'aurait-il capté en ne prenant pas le devant de la scène ? Ceci nous mène à le qualifier de bébé « passif ».

Nous avons noté que Pierre n'avait pas été repéré comme manifestant des signes de souffrance par la chercheuse-clinicienne. Pourtant, l'échelle ADBB met en évidence un retrait net. Il est intéressant de voir qu'Edith est une femme qui est considérée comme « au travail » par l'équipe de soins. Elle a une possible introspection et porte un regard sur elle-même qui semble

chercher à trouver une place plus juste auprès de son bébé. Ainsi, ce qu'elle-même décrit sous l'expression « en faire des tonnes » transite dans l'observation de son bébé par les chercheuses-indépendantes. En effet, celui-ci est au départ occulté par une mère pourtant vécue comme « adéquate » dans les stimulations proposées. Malgré l'utilisation d'une échelle de retrait qui appelle à observer surtout le bébé et non le parent, un effort est nécessaire pour se focaliser sur le bébé. Ceci est un signe éloquent des difficultés relationnelles. Avec cette dyade, il apparaît que l'intensité du trouble maternel est moins saillante que chez Judith. Cet élément a peut-être participé à occulter le retrait relationnel certes léger de Pierre, et pourtant bien présent.

Théo, le bébé sujet de liens

Théo arrive à l'unité parents-bébé avec sa mère, Meryl, lorsqu'il a 1 mois et demi. Meryl explique qu'elle a envisagé différentes solutions pour ne pas devenir mère de l'enfant qu'elle portait : comportements en vue de provoquer une fausse-couche, IVG, accouchement sous X, mise en adoption. Sa décision de « devenir la mère de Théo », selon ses termes, mène à l'hospitalisation conjointe, proposée par la maternité. Mère et bébé sont hospitalisés en unité parents-bébé depuis plus de 4 mois lorsque la recherche débute. Théo porte le nom de famille de sa mère. Ayant des relations multiples à l'époque de la conception, Meryl ne sait pas qui est le père.

Lorsque Meryl évoque son bébé, les représentations qu'elle partage sont positives : « souriant, attentif, curieux, aimant », elle le décrit également comme un bébé « tendu ». Cette notion de tension revient à différents moments des rencontres : la mère dit lors de l'observation du bain que « lorsqu'il est tendu comme ça, il me tend » ; l'équipe est parfois en difficulté dans le contact avec Théo tant il est tendu ; Meryl se dit « tendue » pour se qualifier en tant que mère. Dans le même temps, il semble que Théo soit mis en place d'apaiser sa mère : « Je suis allée voir ce que ça voulait dire [le prénom] : ça veut dire “calme”, “repos”, ce n'était pas un hasard... parce qu'il a été aussi calme avant et du fait qu'il peut m'apaiser... »

En outre, nous posons l'hypothèse que Théo apparaît comme le révélateur d'une sexualité connotée particulièrement, dans une famille aux transactions incestuelles. Si Théo est en lien avec une mère qui semble lui donner le mandat de la « relancer » dans la vie, elle semble aussi attendre de lui qu'il lui fasse « don d'amour ». En découvrant les images filmées du bain, elle dit : « Il s'offre à moi. » Par cette voie, la répétition d'une dimension érotisée d'un lien parent-enfant semble se révéler. Lors des observations directes, Théo

paraît toujours actif et en tension. Il transmet à l'observatrice un sentiment d'échec. De fait, elle ressent une difficulté à entrer en relation avec lui de manière paisible. C'est un bébé qui se montre fatigable, très agité, difficile à contenir, Théo semble vite débordé.

Lors du visionnement des images de Théo, les chercheuses-indépendantes relèvent qu'il semble ralenti dans le contact avec sa mère, tout en donnant l'illusion qu'il va bien grâce à ses sourires et ses regards. Cependant, la cotation ADBB met en évidence une utilisation particulière de son corps ; il provoque un sentiment de malaise chez les chercheuses, comme si elles étaient soumises à une curiosité malsaine. Des mouvements d'autostimulation sont repérés, notamment avec l'hypothèse que mettre un doigt en bouche l'aide à être en relation. Ses mouvements sont très stéréotypés : mains sur la fesse, pincements, lenteur des mouvements des membres. Le score de 10 à l'échelle ADBB le situe comme étant en retrait relationnel très net. Les items « autostimulation », « vocalisations » et « vivacité à la réaction » obtiennent les scores les plus élevés de l'échelle, allant de 3 pour la première à 2 pour les autres. Ainsi, la retenue vocale (les vocalisations spontanées sont seulement négatives chez Théo) et le retardement de la réaction à la stimulation empêchent l'expression, voire l'expérience du plaisir partagé. Les autostimulations fréquentes caractérisent un investissement de son propre corps comme détaché de l'activité générale, sans plaisir, sous la forme d'un agrippement stéréotypé. Ces items augmentent le score général et conduisent à un retrait relationnel avéré. Il s'agit aussi d'items qui engagent à penser que Théo élabore des stratégies de régulation singulières face au plaisir potentiel d'une rencontre avec sa mère. Mais nous pourrions formuler cette proposition autrement : les stratégies de Théo sont singulières face au plaisir potentiel provoqué chez sa mère dans la rencontre avec lui. La charge fantasmatique autour des relations familiales incestueuses voyage littéralement dans cette interaction. Rappelons également qu'Edith, dans la période où Théo a été conçu, a expérimenté une sexualité que l'on pourrait également qualifier d'autostimulation au vu de l'enchaînement des partenaires. Elle est ainsi incapable de repérer qui est le père de Théo. Le rapproché corporel semble donc provoquer un danger potentiel, et Théo semble l'avoir bien saisi. Nous le qualifions de bébé « sujet de liens » car déjà bien inscrit dans un scénario issu de sa propre histoire familiale.

Les associations libres des chercheuses-indépendantes au contact des images de Théo sont saisissantes. En effet, la chercheuse-clinicienne avait émis des hypothèses autour d'un climat incestuel dans la famille d'origine.

Dans le temps 1 de cette recherche, Théo manifestait une nette hypertonie. La cotation ADBB au temps 2 vient révéler plus précisément un retrait relationnel non repéré dans le premier temps. L'histoire de Meryl, l'investissement inattendu qu'elle souhaite offrir à son fils après de longues réflexions vient-il occulter une vision plus objective des vécus du bébé? C'est un peu comme si ce choix que Meryl pose, à savoir «décider d'être la mère de Théo», n'autorise pas les personnes en lien avec elle à percevoir pleinement la détresse de Théo.

Synthèse des vignettes

À la lecture de nos résultats, nous constatons combien le corps du bébé parle et fait transiter les représentations fantasmatiques actives au sein des interactions mère-bébé. Les résultats obtenus à l'échelle ADBB donnent une cotation chiffrée. Cependant, il apparaît que les dimensions corporelles observées chez le bébé à travers les items de l'échelle permettent de dégager ce qui est à l'œuvre dans les interactions entre le bébé et son partenaire de soins privilégié. Le petit théâtre corporel du bébé (Golse, 2013; McDougall, 1989) rejoue et joue le scénario fantasmatique (Manzano, Palacio Espasa et Zilkha, 1999; Debray et Belot, 2008) à l'œuvre dans la rencontre intersubjective avec le partenaire. Comment ce phénomène peu papable peut-il néanmoins se décrire pour les trois bébés qui nous occupent?

Nous avons vu que Judith se présente comme monolithique et figée, ce que confirme la cotation ADBB puisque les résultats sont homogènes, illustrant une stratégie de retrait relationnel massive qui gèle l'ensemble des comportements organisant habituellement la rencontre. Rappelons que les 8 items de l'ADBB respectent la séquence habituelle d'entrée en contact avec un bébé. Sa mère est en panne et en peine pour investir ce bébé réel, coincée par des représentations idéalisées d'elle-même enceinte. Judith ne semble pas encore exister dans le psychisme maternel comme un petit sujet doué d'une vie psychique et affective. Ainsi, ce bébé «énigme» se fige dans un retrait qui signe une forme de «vécu de non-existence». Les scores nuancés de l'ADBB de Pierre expriment la fluctuation de l'investissement maternel: elle peut s'absenter longtemps, mais lorsqu'elle est présente, elle l'est dans le *trop*, ce qui occulte là aussi la présence de son bébé. Pierre a développé des ressources fonctionnelles pour séduire sa mère (le regard par exemple) et stimuler le lien tout en s'autoréglant par des autostimulations face aux surstimulations maternelles. Il attend que sa mère soit là et, lorsqu'elle est là, il se défend de l'excitation provoquée par cette rencontre, semblant

paisible et passif, mais il s'agrippe subtilement par des gestes d'autostimulation. Entrant dans le scénario fantasmatique maternel, il semble la laisser au-devant de la scène puisque son score à l'item « attractivité » est élevé, confirmant une forme d'ennui à son contact. Les chercheuses-indépendantes s'ennuient en observant Pierre, comme si se matérialisait ainsi l'utilité de l'agitation maternelle, validant sa représentation : elle a besoin d'en faire des tonnes pour exister et Pierre, lui, s'efface. Enfin, Théo semble perçu par sa mère comme étant son régulateur : il peut « la tendre » ou « l'apaiser ». Cependant, il apparaît aussi qu'un risque d'embrasement pulsionnel guette la rencontre mère-fils. Dans le contexte d'un fantasme familial incestueux, Théo, en s'autostimulant, en vocalisant peu et en marquant une retenue suite à la stimulation, semble construire une protection face à un potentiel « trop de plaisir » dans la rencontre mère-fils. Par ailleurs, le malaise provoqué par Théo chez les chercheuses-indépendantes lors de la séance de cotation vient également rejouer ce dont le petit théâtre corporel de Théo se fait la scène.

Les chercheuses-indépendantes se font l'écho d'une forme de pré-narrativité mise en langage/en forme dans le corps du bébé. Comme l'illustre l'observation du nourrisson selon Esther Bick (1964) décrite plus haut, le clinicien s'appuie sur ses propres éprouvés dans la rencontre avec le bébé, non encore muni du langage articulé. Lebovici (1991) avait nommé une part de ce phénomène l'« éniacton », qui naît « de l'émotion forte ressentie par l'analyste dans son corps, à un moment de la consultation. Émotion et ressenti sont alors créateurs de nouvelles représentations [...] Elle permet un passage du corps vers la psyché » (Léandri, 2016, p. 187). Les observations à l'aveugle témoignent d'un travail proche de ce processus de lecture corporelle du bébé. En effet, les chercheuses-indépendantes observant les images du bébé seul traduisent avec une étonnante finesse le scénario fantasmatique à l'œuvre dans la rencontre mère-bébé.

Ainsi, Judith, prise dans les représentations maternelles énigmatiques et anxiogènes, se présente monolithique, figée, mettant mal à l'aise les chercheuses-indépendantes. Son retrait est net et cohérent avec la grande souffrance affichée par sa mère. La dépression chez sa mère est telle que l'identification à la souffrance de son bébé dans ce contexte est claire. Les deux temps de la recherche concluent donc à un repérage du retrait similaire.

Théo lui aussi provoque ce malaise. C'est la tension qui domine les représentations maternelles à son endroit. Contrairement à Judith, les deux temps de la recherche ne mènent pas aux mêmes constats. C'est l'analyse

par les chercheuses-indépendantes qui révèle le retrait relationnel de Théo. Comme si le fait d'avoir accès à l'histoire de sa mère limitait l'accès au repérage de la souffrance de son bébé. Meryl est une jeune femme qui cherche à construire sa vie, tout en se construisant comme mère. Elle élabore ces questions au regard de son histoire familiale. Elle cherche à prendre un autre chemin. Probablement, l'empathie pour ce parcours singulier prend le dessus lorsqu'on est face à la dyade. Pourtant, Théo raconte bien, à sa façon, l'histoire familiale et il met en place des stratégies pour se réguler face à une rencontre peut-être déjà trop à risque d'érotisation. Enfin, Pierre, en contact avec des représentations maternelles idéalisées, semble devoir réparer un narcissisme maternel fragile. Sa mère a tendance à mettre à distance sa souffrance. L'idéalisation qui colore les interactions fantasmatiques pour cette dyade se raconte au travers d'un bébé qui provoque peu d'associations chez les chercheuses. Des sentiments d'ennui et de neutralité se dégagent de son observation. Même si au départ Pierre, tout comme sa mère, donne le change, on peut se questionner : être vécu comme un objet teinté d'idéal permet-il d'exister vraiment ? Son retrait apparaît donc masqué, voire paradoxal.

Selon la façon dont ils s'engagent ou se ferment à la rencontre corporelle, relationnelle et affective, ces trois bébés semblent raconter comment les fantasmes maternels les impactent. Ces mouvements particuliers interviennent alors comme faisant des traces singulières, au fondement de la construction de leur appareil à penser. Dans le cadre de notre recherche, le repérage de ces « traces singulières » et corporelles s'est opéré à l'aide de deux outils structurés autour de l'observation du bébé réel : l'observation du nourrisson selon Esther Bick et l'ADBB. L'angle de recherche pris par la chercheuse-clinicienne dans le temps 1, à savoir le bébé dans le contexte des représentations filiales, donnant accès à la connaissance de l'histoire familiale, semble avoir occulté pour certains bébés l'intensité de leur souffrance singulière. La « lecture » du bébé par des chercheuses-indépendantes dans un second temps via l'ADBB a permis au contraire un déchiffrement saisissant du niveau *a priori* impalpable des interactions fantasmatiques appréhendées dans le temps 1 et de leur souffrance, en tout cas de leurs effets (Ciccone, 2011).

Discussion

L'objectif de notre étude était de mettre en évidence les résonances, concordances et discordances entre l'utilisation d'un outil évaluant la souffrance des bébés (le retrait en particulier), sans attention à leur histoire

singulière, et une analyse davantage clinique des interactions mère-bébé. La grande complémentarité des résonances entre ces deux approches, à mains nues (Favez-Boutonnier, 1959) et armées (Lagache, 1949), se confirme. Guidées par notre curiosité, nous avons créé un dispositif de cotation inter-juges évaluant la souffrance éventuelle des bébés rencontrés par l'une de nous dans un premier temps dans le contexte d'une recherche qualitative. Associant librement au départ du matériel de recherche clinique à notre disposition, nous avons été surprises de constater combien les interactions fantasmatiques recueillies dans le temps 1 se racontaient lors de l'analyse focalisée sur le bébé « seul » lors du temps 2. À partir de ces résultats émergeant du dispositif et des données, nous développons trois points d'attention qu'il nous semble essentiel de considérer, soit :

- installer des observations par un tiers extérieur au système professionnels/familles en souffrance afin de se pencher spécifiquement sur l'éventuelle souffrance du bébé ;
- considérer le retrait comme un signe singulier de compétence interactionnelle chez le bébé ;
- proposer un soin tout à fait spécifique pour le bébé, en particulier au sein des unités parents-bébé.

Repérer singulièrement la souffrance du bébé en introduisant un tiers

Il est évident que le contexte relationnel prend une part importante dans la construction psychique du tout-petit et que lui-même, en retour, l'impacte. Cependant, il importe de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour que ce contexte fondateur n'occulte pas le vécu singulier du bébé face à la découverte de son environnement.

En connaissant l'histoire de la famille et en rencontrant le bébé avec ce « savoir », nous avons vu qu'un regard dédié particulièrement à l'univers psychique du bébé ne semble pas toujours garanti. Le fait d'introduire une ou des personnes tierces semble permettre une lecture singulière de ce que le bébé vit et éprouve. Ce dispositif est courant dans le cadre de la recherche, mais il gagnerait à être pratiqué davantage dans les contextes de soins. Les mouvements d'identification à la souffrance parentale et/ou à sa trajectoire de vie sont parfois tellement puissants que la souffrance du bébé risque d'être occultée. Il est donc pertinent de s'enrichir de personnes extérieures à la famille ou à l'équipe de soins pour « faire le point » sur la santé mentale du bébé.

Ainsi, un repérage spécifique de la souffrance du bébé prend tout son sens. Plusieurs auteurs ont mis en évidence l'intérêt et l'impact positif du repérage précoce des souffrances du bébé. Notamment, Rochette et Mellier (2007) ont objectivé l'efficacité spécifique de l'échelle ADBB dans le repérage des dysfonctionnements relationnels lors de la première année de vie de l'enfant. L'usage de cette échelle aux trois mois de vie du bébé est probant quant à la détection d'un groupe à risque, mais aussi dans un but préventif. Durieux et de Vriendt-Goldman (2018) démontrent quant à elles comment l'échelle de Brazelton (Brazelton et Nugent, 2011), outil destiné aux tout-petits, permet à la fois le repérage précoce des signes de souffrance et l'ouverture éventuelle vers un espace psychothérapeutique parents-bébé. En outre, l'observation directe du bébé selon Esther Bick (1964) apparaît là aussi comme un soin efficace doublé d'un outil de repérage (Delion, 2008; Houzel, 2011; Prat, 2013a, 2013 b; Rochette et al., 2005).

Cependant, nos résultats démontrent l'intérêt d'aller un pas plus loin, munis de ces outils, afin de privilégier des observations réalisées par un tiers indépendant du contexte et du suivi, qui ne soit pas impliqué directement dans le soin thérapeutique parents-bébé ou encore dans une connaissance fine des enjeux relationnels et familiaux. Il pourrait être intéressant de développer davantage de collaboration entre les terrains cliniques et les équipes de recherche afin de favoriser cette neutralité, mais aussi, pourquoi pas, entre les équipes périnatales ?

S'il semble que les effets de la structuration et du fonctionnement psychique maternel aient moins d'incidence sur le retrait relationnel chez le bébé que la qualité de l'interaction mère-bébé en elle-même – sensibilité maternelle, réactivité, accueil dans l'interaction (Puura et al., 2013) –, nous avons néanmoins démontré que lorsque le professionnel, chercheur ou clinicien, a un « savoir » sur le fonctionnement singulier de la mère et de la famille du bébé, cela peut limiter l'accès au repérage du retrait du bébé.

Par ailleurs, nous avons observé que l'ADBB reflète de manière étonnante l'état de souffrance de la dyade et entre en résonance avec les interactions dites « fantasmatiques » à l'œuvre dans la rencontre mère-bébé. Il permet aussi de se décaler plus spécifiquement de la souffrance parentale, qui capte parfois les cliniciens au contact d'une dyade dont les interactions sont en souffrance, comme nous l'avons vu. Le travail en périnatalité sollicite le professionnel à utiliser des niveaux de lecture propres à son fonctionnement infantile. Les parties « adulte », plus organisées et plus accessibles, permettent probablement une identification plus rapide à la souffrance

du parent, contrairement à celle du bébé, qui sollicite un travail d'identification à l'archaïque. Comme l'a transmis Albert Ciccone à l'une d'entre nous (Cindy Mottrie) lors du séminaire interuniversitaire international de recherche en psychopathologie psychanalytique périnatale qui se tenait à la Baume en 2009: « Ne jamais oublier l'enfant voire le bébé en soi ! Là est la source de toute créativité ! » Peut-être avons-nous tendance à oublier ces parties précocissimes qui se signalent par d'autres moyens, soit ceux du corps, des traces et d'une mémoire au langage non encore articulé ? C'est peut-être là une des raisons qui expliquent pourquoi les soignants sont plus enclins à s'identifier à l'adulte-parent en priorité plutôt qu'à la détresse singulière du tout-petit ?

Le retrait: signe de compétence du bébé ?

Dans le contexte de notre étude, à savoir les unités mère-bébé/parents-bébé, le retrait relationnel du bébé est à considérer non pas comme une fragilité, mais davantage comme une construction défensive face aux interactions en souffrance. Pour construire les capacités d'autorégulation de son attention, de ses états internes et de ses émotions, le bébé a besoin de faire l'expérience préalable d'interactions satisfaisantes lui offrant d'abord une régulation mutuelle (Beebe et al., 2008). Plusieurs auteurs s'accordent sur l'idée que le retrait relationnel est un comportement défensif pour « faire face à la transgression constante de ce que le bébé attend lors de l'interaction » (Pérez et al., 2015, p. 271) et « faire face à ces ruptures menaçant un lien nécessaire à sa survie, à sa physiologie face au stress de la vie » (Deprez, 2021, p. 48). Ce retrait traduit la possibilité d'ajustement du tout-petit à la disponibilité parentale et/ou l'énergie qu'il investit pour se protéger des projections parentales dont les effets se répercutent dans le déroulé de l'interaction comportementale et affective. Lorsque le bébé perçoit une difficulté de son partenaire pour gérer l'échange, il est en quelque sorte, et à certains moments, amené à se retirer de la relation pour se protéger. Le retrait relationnel se présenterait alors comme une capacité à se défendre et à se préserver.

Une forme de clivage, répondant à un besoin de préserver la bonne part du parent et du bébé, se mettrait en place par cette *voie*, à savoir la *voix* du corps. Dans le modèle kleinien (Klein, 1986), le clivage prend source précocement au sein de la position schizo-paranoïde. Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons pas d'hypothèses *a priori*, nous avons suivi le processus associatif qui a émergé lors de la cotation inter-juges. Nous avons été étonnées par la concordance des associations lors du visionnement des

images du bébé au temps 2 et la nature des interactions fantasmatiques repérées dans le temps 1. Nos observations abondent dans le sens des constats et théories établis par d'autres avant nous (Garret-Gloanec et Pernel, 2012; Golse, 2013; McDougall, 1989). Le corps du bébé se fait porteur de traces, notamment celles concernant l'investissement dont il est l'objet dans le psychisme parental. L'évidente implication des interactions « réelles » qui engagent pleinement le corporel dans la construction du psychisme chez le bébé n'avait pas échappé à Mélanie Klein (1986). Elle en soutenait déjà la portée. Dès lors, nous pensons qu'il est judicieux d'adjoindre plus clairement la participation corporelle comme vecteur des échanges fantasmatiques entre un parent et son bébé en renommant les interactions fantasmatiques, interactions « *tonico-fantasmatiques* ».

Si on peut comprendre le retrait relationnel comme une ressource fonctionnelle *a minima* pour le bébé, il n'est pas question pour autant de s'en contenter. Ce signe doit nous alerter et mobiliser alors les adultes afin qu'ils puissent offrir un soin ajusté aux besoins du bébé fragilisé dans sa rencontre avec le monde. Car, si le retrait relationnel est une stratégie protectrice et efficace un temps, lorsqu'il s'installe durablement il a un coût développemental pour le bébé (Deprez, 2021).

L'indispensable soin pour le bébé

Pour cette raison, dans les situations de souffrance périnatale comme c'est le cas dans les unités parents-bébé, il apparaît important de privilégier un soin spécifique autour des processus de liaison psyché-soma du bébé. Les dispositifs de soins qui permettent la relance et le soutien de la vitalité innée du bébé ainsi que de son appétit pour la relation sont fondamentaux en cas de difficultés relationnelles. Le bébé participe pleinement au processus de parentalisation de son parent (Lebovici, 1998; Tonnadre et al., 2017). Lorsque le bébé ne rencontre pas une interaction suffisamment riche et contenant avec son parent en souffrance, un dispositif soignant sa capacité (et son besoin !) d'être en relation doit être proposé. En s'appuyant sur un tiers, le bébé expérimentant des interactions plus ajustées pourra non seulement maintenir ses compétences à interagir mais aussi construire ses propres outils pour se représenter le monde, celui du dedans et celui du dehors. De cette façon, l'environnement soignant peut participer à préserver le ressort développemental du bébé, car on sait qu'il est aussi un véritable organisateur psychique pour sa mère (Anzieu-Premmureur et al., 2003) et bien entendu pour son père. Nos observations mettent clairement

en évidence l'intérêt d'un soin au bébé pour lui-même, un soin relationnel en dehors du lien potentiellement difficile avec son pourvoyeur de soins. La méthode d'observation du nourrisson constitue un soin psychique reconnu pour le tout-petit en souffrance. Ce dispositif améliore les interactions (Houzel, 2011 ; Mellier, 2012 ; Rochette et al., 2005) et, par cet effet de changement, la régulation mutuelle au sein de l'interaction s'améliore ainsi que la construction des capacités d'autorégulation du bébé qui deviennent moins coûteuses pour son développement. Un tel dispositif relance ainsi à la fois une spirale interactive et développementale positive.

Des équipes (pouponnières, unités parents-bébé ou de psychiatrie périnatale) mettent en place avec créativité des dispositifs de soins spécifiques au bébé. Le travail en binôme offre par exemple un soutien à la fois aux parents et au bébé (Garnier et Mosca, 2020). Les groupes à médiations thérapeutiques telles que la lecture, la musique, etc. soutiennent eux aussi la rencontre du bébé avec le monde. Nos observations mettent en évidence l'importance de multiplier ces dispositifs afin d'offrir des lieux permettant de se centrer sur le bébé réel en le dégageant des projections et scénarios fantasmatiques parentaux.

Conclusions

Si le bébé est un véritable écran de projections pour les parents (Cramer et Palacio Espasa, 1993), il peut également être un attracteur de projections du côté des soignants (Ciccone, 2012). Il s'avère donc utile de s'outiller pour rencontrer et repérer sa souffrance spécifique. Celle-ci, tout en s'inscrivant éventuellement dans la souffrance du lien parents-bébé, s'en différencie. La posture même du clinicien et du chercheur diffère dans ce qui les amène à rencontrer le bébé et ses partenaires. En se penchant sur l'histoire des familles en souffrance, le clinicien peut se laisser happer par les problématiques parentales en occultant une partie de la souffrance du bébé. De multiples hypothèses permettent de comprendre cet effet occultant, en voici quelques-unes : l'identification plus aisée à un patient adulte en tant que soignant adulte ; l'amnésie infantile ; une forme de refoulement collectif dont fait l'objet la souffrance du tout-petit ; la souffrance des parties « bébé » des parents qui se signalent parfois à grands cris. Éventuellement muni d'outils d'observations systématisés, le chercheur ou un autre clinicien qui ignore l'histoire du bébé peut se pencher autrement sur sa santé mentale. En faisant le choix méthodologique de ne rien connaître de son ancrage familial et relationnel, il peut alors dégager ce que vit le bébé singulièrement.

Nous avons tenté de dégager l'intérêt et la richesse qu'il y a à se centrer très spécifiquement sur la souffrance du bébé à l'aide d'un outil qui lui est entièrement dédié, l'ADBB (Guedeney et al., 2001). Il importe de s'outiller pour dégager comment, à l'aube de sa vie, le bébé construit des réponses singulières face à un environnement parental en souffrance. Le retrait relationnel signe d'une certaine façon une forme de compétence à s'ajuster, mais au prix d'une éventuelle souffrance et de répercussions délétères pour son développement. Un outil tel que l'ADBB permet donc de faire un pas de côté face à la souffrance parentale en se centrant pleinement sur le bébé et ses besoins.

À l'heure du programme des « 1000 premiers jours » en France (Santé publique France, 2020 ; Smith, 2021), des avancées considérables dans les soins périnataux au Royaume-Uni (Bauer et al., 2014 ; Gregoire, 2023) et de la constitution de groupes de travail sur ces questions en Belgique (Conseil Supérieur de la Santé, 2023) et au Québec (Gouvernement du Québec, 2023), les pouvoirs publics prennent conscience de la nécessité de mieux financer le secteur de la périnatalité. Il s'agit de penser davantage encore l'accueil tout à fait spécifique du bébé dans les structures de soins périnataux. Nous avons mis en évidence combien le croisement des regards permet d'ajouter à l'engagement clinique l'intérêt d'observations du bébé « à l'aveugle ». Si de tels dispositifs sont coûteux en temps, ils permettent pourtant que le travail en périnatalité soit au plus proche des objectifs suivants : prévenir et soigner. Cet engagement à soutenir des observations précoces en tenant compte de la souffrance spécifique du bébé est aussi le gage de choix thérapeutiques centrés sur les besoins particuliers de chacun des protagonistes de la famille. « Un bébé seul, ça n'existe pas » (Winnicott, 1975), « un parent seul, ça n'existe pas » (Coum, 2018) : est-il temps d'ajouter la formule « un soignant périnatal seul, ça n'existe pas » ?

Cindy Mottrie
Cindy.Mottrie@ulb.be

Stéphanie Culot

Pauline Delannoy

Alexandre Mélissa

Justine Gaugue

Notes

1. Cindy Mottrie, formée à la psychothérapie parents-bébé par le Groupe d'étude en clinique familiale psychanalytique de la petite enfance basé à Bruxelles en Belgique, ainsi qu'à la pratique de l'observation du nourrisson selon la méthode d'Esther Bick.
2. Justine Gague, Pauline Delannoy, Stéphanie Culot et Mélissa Alexandre, équipe formée à la cotation de l'échelle ADBB, formation et certification reconnues.
3. Les prénoms sont fictifs.

Références

- Anzieu-Premmureau, C., Pollak-Cornillot, M., Siksou, J., Palacio Espasa, F., Ciccone, A., Norman, J. et Watillon-Naveau, A. (2003). *Les pratiques psychanalytiques auprès des bébés*. Dunod.
- Apter, G. (2017). L'environnement ou les gènes, l'environnement et les épigènes. Dans D. Candilis-Huisman et M. Dugnat (dir.), *Bébé sapiens. Du développement épigénétique aux mutations dans la fabrique des bébés* (p. 111-119). Érès.
- Apter, G. et Williams, A. (2018). Infants of emotionally dysregulated or borderline personality disordered mothers: Issues and management in primary care. *Australian Journal of General Practice*, 47(4), 200-203.
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M. et Lemmi, V. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. Centre for Mental Health and London School of Economics.
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Feldstein, S. et Andrews, H. (2008). Six-week postpartum maternal depressive symptoms and 4-month mother-infant self- and interactive contingency: Perinatal mood and anxiety disorders and mother-infant relationships. *Infant Mental Health Journal*, 29 (5), 442-471.
- Bick, E. (1964). Remarques sur l'observation des bébés dans la formation des analystes. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 12, 14-35.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 484-486.
- Brazelton, T. B. (1983). *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*. Seuil.
- Brazelton, T. et Nugent, J. (2011). *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (4^e éd.). Mac Keith Press.
- Chabert, D. et Chauvin, A. (2005). Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 62-70.
- Ciccone, A. (2001). *Naissance à la vie psychique*. Dunod.
- Ciccone, A. (2011). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Dunod.
- Ciccone, A. (2012). Rythmicité et discontinuité des expériences chez le bébé. Dans *La vie psychique du bébé. Émergence et construction intersubjective*. Dunod.
- Conseil Supérieur de la Santé (2023). Prévention et détection précoce des problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants (0-5 ans). *Groupe de travail*.
- Coum, D. (2018). Un parent seul, ça n'existe pas ! *Dialogue*, 220, 37-48.
- Cramer, B. et Palacio Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques*. Presses universitaires de France.
- Debray, R. et Belot, R.-A. (2008). Expression somatique du bébé, qualité du fonctionnement psychique maternel et nature de la triade père-mère-bébé. Dans *La psychosomatique du bébé* (p. 283-317). Presses universitaires de France.
- Delion, P. (2008). *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*. Érès.
- Deprez, A. (2021). Stratégies d'attachement et retrait relationnel du bébé. Dans J. Smith (dir.), *Le grand livre des 1000 premiers jours de vie: développement, trauma, approche thérapeutique* (p. 37-61). Dunod.

- Devouche, E., Dominguez, S., Bobin-Bègue, S., Gratier, M. et Apter, G. (2012). Effects of familiarity and attentiveness of partner on 6-month-old infants' social engagement. *Infant Behavior & Development*, 35(4), 737-741.
- Durieux, M.-P. et de Vriendt-Goldman, C. (2018). Apport et richesse de l'échelle de Brazelton dans l'observation des nourrissons nés prématurément. *Devenir*, 30, 225-239.
- Favez-Boutonnier, J. (1959). *La psychologie clinique. Objet, méthodes, problèmes*. Presses universitaires de France.
- Fraiberg, S. (1993). Mécanismes de défense pathologique au cours de la petite enfance (1975). *Devenir*, 5 (1), 7-29.
- Fraiberg, S., Adelson, E. et Shapiro, V. (1993). Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson (1975). *Psychiatrie de l'enfant*, 26 (1), 57-98.
- Garnier, A.-M. et Mosca, F. (2020). Il faut une équipe (un village) pour élever un bébé (un enfant). *Thérapie familiale*, 41 (3), 195-214.
- Garret-Gloane, N. et Pernel, A.-S. (2012). Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *L'information psychiatrique*, 8 (3), 195-207.
- Golse, B. (2011). Des sens au sens. La place de la sensorialité dans le cours du développement. *Spirale*, 1 (57), 95-108.
- Golse, B. (2013). De la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire : plaider pour un gradient spatio-temporel continu autour de la notion d'écart. *Cahiers de psychologie clinique*, 40, 151-164.
- Gouvernement du Québec (2023). *Journées annuelles de santé publique*. <https://www.inspq.qc.ca/jasp/perinatalite-collaborer-maintenant-actions-demain>
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Minuit.
- Gregoire, A. (2023). *Maternal Mental Health Alliance*. <https://maternalmentalhealthalliance.org/about/who-we-are/>
- Guedeney, A. (1997). From early withdrawal reaction to infant depression. A baby alone does exist. *Infant Mental Health Journal*, 18 (4), 339-349.
- Guedeney, A. (2007). Comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Du concept à l'outil diagnostique. *Médecine sciences*, 20 (11), 1046-1049.
- Guedeney, A. et Cyrulnik, B. (2021). *Un bébé n'attend pas : repérer, soigner et prévenir la détresse chez le tout petit enfant*. Odile Jacob.
- Guedeney, A. et Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 22, 559-575.
- Guedeney, A., Charron, J., Delour, M. et Fermanian, J. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB). *La psychiatrie de l'enfant*, 44 (1), 211-231.
- Houzel, D. (2011). L'observation à domicile : une méthode thérapeutique en psychiatrie du nourrisson. *Dialogue*, 193 (3), 125-137.
- Humagogie (2023). *Utiliser l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) pour évaluer le retrait relationnel du bébé*. <https://humagogie.fr/formation-echelle-alarme-detresse-bebe/>
- Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Presses universitaires de France, 1986.
- Kreisler, L. et Cramer, B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, 24 (1), 223-263.
- Lagache, D. (1949). Psychologie clinique et méthode clinique. Dans *Œuvres II* (p. 159-177). Presses universitaires de France.

- Lamour, M. (2010). Souffrances des bébés exposés à des défaillances parentales graves : stratégies adaptatives précoces. Dans M.-R. Moro, R. Riand et V. Plard (dir.), *Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille* (p. 245-270). La pensée sauvage.
- Lamour, M. et Lebovici, S. (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'enfant*, 34 (1), 171-275.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses universitaires France.
- Léandri, M.-L. (2016). L'énaction. Dans L. Danon-Boileau et J.-Y. Tamet (dir.), *Des psychanalystes en séance : glossaire clinique de psychanalyse contemporaine* (p. 184-187). Gallimard.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Le Centurion.
- Lebovici, S. (1991). Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés-parents. *Revue française de psychanalyse*, 55 (2), 667-683.
- Lebovici, S. (1992). *En l'enfant, l'homme*. Flammarion.
- Lebovici, S. (1998). *L'arbre de vie : éléments de psychopathologie du bébé*. Érès.
- Lecourt, E. (2008). *Introduction à l'analyse de groupe : rencontre psychanalytique de l'individuel et du social*. Érès.
- Lev-Enacab, O., Sher-Censor, E., Einspieler, C., Daube-Fishman, G. et Beni-Shrem, S. (2015). The Quality of Spontaneous Movements of Preterm Infants: Associations with the Quality of Mother-Infant Interaction. *Infancy*, 20(6), 634-660.
- Luauté, J.-P., Lempérière, T. et Garrabé, J. (2010). Louis-Victor Marcé (1828-1864), les débuts de la psychiatrie périnatale. Un parcours et un destin météoriques. *Devenir*, 22 (4), 339-359.
- McDougall, J. (1989). *Le théâtre du corps*. Gallimard.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F. et Zilkha, N. (1999). *Les scénarios narcissiques de la parentalité. Clinique de la consultation thérapeutique*. Presses universitaires de France.
- Matthey, S., Črnčec, R., Hales, A. et Guedeney, A. (2013). A description of the modified Alarm Distress Baby scale (m-ADDB): an instrument to assess for infant social withdrawal. *Infant Mental Health Journal*, 34 (6), 602-609.
- Mellier, D. (1999). Devenir parent, devenir bébé ou l'expérience du lien. Dans M. Dugnat et A. Dugnat (dir.), *Des bébés exposés. Séparation, placement, abandon* (p. 19-36). Érès.
- Mellier, D. (2012). Contenances et transformation des enveloppes psychiques chez le bébé. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2 (2), 435-467.
- Mercier, M. (2009). Les alliances inconscientes dans le couple. *Le Journal des psychologues*, 8 (271), 55-59.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2020). *Rapport de la Commission des 1000 premiers jours*. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- Missonnier, S. (2003). Pour une démocratie périnatale. *Enfances & PSY*, 2 (2), 97-107.
- Mottrie, C. (2017). *Étude des liens filiatifs et affiliatifs chez des mères hospitalisées en unité parents-bébé et leurs retentissements sur les interactions mère-bébé* [thèse de doctorat, Université Libre de Bruxelles].
- Mottrie, C. et Duret, I. (2017). Devenir parent après un placement dans l'enfance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 59 (2), 53-66.
- Neyraut, M. (1974). *Le transfert. Étude psychanalytique*. Presses universitaires de France.
- Pérez Martínez, C., Béal, E. et Grollemund, B. (2015). Le retrait relationnel chez les enfants porteurs d'une fente labio-palatine et l'impact sur les parents. Une revue de la littérature et un protocole de recherche clinique. *Devenir*, 27, 269-280.

- Poinso, F. et Glangeaud-Freudenthal, N.-C. (2009). *Orages à l'aube de la vie*. Érès.
- Prat, R. (2013a). La terreur de la dépendance comme expérience fondatrice du maternel. *Le Carnet Psy*, 1 (168), 26-35.
- Prat, R. (2013 b). Shaping and misshaping during clinical training. Some reflections on the impact of infant observation on the clinical paradigm. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 16(3), 244-256.
- Puura, K., Mäntymaa, M., Leppänen, J., Peltola, M., Salmelin, R., Luoma, I. et Tamminen, T. (2013). Associations between maternal interaction behavior, maternal perception of infant temperament, and infant social withdrawal. *Infant Mental Health Journal*, 34 (6), 586-593.
- Robert, P. (2014). *Le groupe en psychologie clinique*. Armand Colin.
- Rochette, J. (2003). Le rituel, la mère et le bébé: un dispositif de soin en périnatalité, les groupes de présentation de bébés. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1 (40), 93-126.
- Rochette, J., Mellier, D., Grisi, S. et Marandet, A. (2005). « Chasse aux papillons » dans le post-partum immédiat. L'observation selon Esther Bick comme armature d'un dispositif de soin inter-institutionnel. *Perspectives Psy*, 44, 394-399.
- Rochette-Guglielmi, J. (2014). Psychopathologie de l'intersubjectivité précoce et développement d'une sémiologie dyadique. Dans N. Presme (dir.), *Recherches en périnatalité* (p. 261-332). Presses universitaires de France.
- Rochette-Guglielmi, J. et Mellier, D. (2007). Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum: stratégies préventives pour un travail en réseau. *Devenir*, 19 (2), 81-108.
- Rousseau, D. et Duverger, P. (2011). L'hospitalisme à domicile. *Enfances & PSY*, 1 (50), 127-137.
- Sameroff, A. J. (1984). The early development of children born to mentally ill women. Dans E. J. N. F. Watt (dir.), *Children at risk of schizophrenia: A longitudinal perspective* (p. 482-514). Cambridge University Press.
- Santé publique France (2020). *1000 premiers jours*. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>
- Smith, J. (2021). *Le grand livre des 1000 premiers jours de vie: développement, trauma, approche thérapeutique*. Dunod.
- Tonnadre, L., Guédeney, A., Verdoux, H. et Sutter, A.-L. (2017). Étude pilote sur les facteurs de risque de survenue d'un retrait relationnel précoce chez les enfants de mères admises en UMB et présentant de graves troubles psychiatriques, et les liens avec le développement psychologique ultérieur. *Devenir*, 29 (4), 255-265.
- Watillon, A. (1999). La technique des thérapies conjointes. Dans M.-B. Lacroix, *Les liens d'émerveillement: l'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications* (p. 211-214). Érès.
- Wendland, J., Gautier, A., Wolff, M., Brisson, J. et Adrien, J. (2010). Retrait relationnel et signes précoces d'autisme: étude préliminaire à partir de films familiaux. *Devenir*, 22 (1), 51-72.
- Winnicott, D. W. (1974). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 35-44.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Gallimard.