



**HAL**  
open science

# Les processus psychiques du réseau périnatal. Etayage et entrave de la potentialité créatrice et humanisante des liens institués autour de la naissance

Sara Tourne Kamierzac

## ► To cite this version:

Sara Tourne Kamierzac. Les processus psychiques du réseau périnatal. Etayage et entrave de la potentialité créatrice et humanisante des liens institués autour de la naissance. Psychologie. Université de Franche-Comté, 2014. Français. NNT : 2014BESA1026 . tel-01279526

**HAL Id: tel-01279526**

**<https://theses.hal.science/tel-01279526>**

Submitted on 26 Feb 2016

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

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

**UNIVERSITE DE FRANCHE-COMTE**  
**ECOLE DOCTORALE**  
**« LANGAGES, ESPACES, TEMPS, SOCIETES »**

Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en  
**Psychopathologie et Psychologie clinique**

**LES PROCESSUS PSYCHIQUES DU RESEAU PERINATAL**  
**ETAYAGE ET ENTRAVE**  
**DE LA POTENTIALITE CREATRICE ET HUMANISANTE**  
**DES LIENS INSTITUES AUTOUR DE LA NAISSANCE**

Présentée et soutenue publiquement par  
**Sara KAMIERZAC**

Soutenue le 6 novembre 2014

Sous la direction de M. le Professeur Denis MELLIER

Membres du jury :

Madame Marie-Frédérique BACQUE, Professeur de Psychopathologie clinique,  
Université de Strasbourg

Madame Françoise MOLENAT, Praticien hospitalier, pédopsychiatrie (CHU,  
Montpellier).

Monsieur André MARIAGE, Professeur de Psychologie clinique et Psychopathologie,  
Université de Franche-Comté

Monsieur Denis MELLIER, Professeur de Psychologie Clinique et Psychopathologie,  
Université de Franche-Comté

Monsieur Sylvain MISSONIER, Professeur de psychopathologie clinique de la  
périnatalité et de la première enfance, Université Paris Descartes

*« [...] Etre né quelque part  
Pour celui qui est né  
C'est toujours un hasard  
[...] Je suis né quelque part  
Laissez-moi ce repère  
Ou je perds la mémoire... »*

**Maxime LE FORESTIER**  
« Né quelque part »

## REMERCIEMENTS

Parce que tout ce travail n'aurait pas pu avoir lieu sans eux,  
je tenais très chaleureusement à remercier...

*Les bébés, pour avoir laissé à leurs parents assez de disponibilités pour nos rencontres  
Aux parents, pour avoir accepté de témoigner  
et ainsi partager ce moment si important de leur vie.*

*Les équipes et chacun des professionnels, pour leur accueil chaleureux, leur confiance  
et la richesse de leurs transmissions.*

*Denis Mellier, mon Directeur, pour la qualité de ses accompagnements  
empreints de bienveillance et de ténacité.*

*Ma famille, pour leur patience, pour leur soutien  
et pour avoir su par leurs interpellations plus ou moins insistantes  
me rappeler qu'au-delà de la doctorante  
j'étais avant tout une fille, une épouse et une mère.*

*Mes amies, Sousou, Bellou et Claire, pour leur réconfort, leur réassurance  
et leurs compétences en matière de distractions anxieuses.*

*Mes collègues et néanmoins ami(e)s, Valou, Gégé et Jean-Mimi,  
pour le précieux et indéfectible intérêt porté à ce présent travail.*

*Mes mentors, Claude-Emile Tourné (alias « Tonton » en sa fonction primordiale)  
Joël Roy et Michel Dugnat, pour avoir guidé et ainsi permis mes premiers pas  
dans la recherche en périnatalité, dans la communication et dans la publication.*

*Mes correctrices, Maguy et Françoise, l'une pour le français, l'autre pour l'anglais,  
pour leur relecture et l'attention ainsi portée à ce travail.*

*Les équipes de Béziers périnatalité et de l'AFree,  
pour les enseignements directs et indirects qui ont suscité ce travail.*

*Les établissements du Languedoc-Roussillon qui ont pris le risque de s'exposer  
(bien que tous n'aient pu malheureusement être représentatifs) :  
CH d'Alés, CHU de Nîmes, Polyclinique Kennedy (Nîmes),  
clinique Saint Roch (Montpellier), clinique de Ganges, CH de Béziers,  
CH de Carcassonne, Clinique Montréal (Carcassonne)*

## SOMMAIRE

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	p. 6
<b><u>I. PROBLEMATIQUE, HYPOTHESE ET METHOLOGIE(S)</u></b>	p. 12
<b>I.1. Démarche de recherche, émergence des problématiques et conceptualisation</b>	p. 12
<i>I.1.a La périnatalité et la Naissance</i>	p. 12
<i>I.1.b Abords psychologique et psychopathologique de la Naissance ; une clinique psychanalytique de l'enfantement</i>	p. 14
<i>I.1.c Bébé réalité ; les perceptions explicites et implicites de l'enfant par son entourage manifeste et fantasmatique</i>	p.18
<i>I.1.d. Le sujet pensant parce que désirant, et désirant parce que vivant en groupe(s) : groupalite(s) intra et intersubjective(s)</i>	p. 23
<i>I.1.e. Le réseau périnatal ; accueillir la mise et la venue au monde des enfants à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire</i>	p. 28
<i>I.1.f. Les notions de réseau périnatal et de réseau dans la tête en lien avec le concept de réseau(x)</i>	p. 44
<b>I.2 Hypothèse et méthodologie(s)</b>	p. 56
<i>I.2.a Evolution des hypothèses</i>	p. 56
<i>I.2.b. Pour résumer...</i>	p. 58
<i>I.2.c. Méthodologie(s)</i>	p. 59
<b><u>II. LES PROCESSUS PSYCHIQUES DU RESEAU PERINATAL</u></b>	p. 74
<b>II.1 Recueil des représentations attenantes aux protagonistes de l'enfantement</b>	p. 74
<i>II.1.a. Les familles</i>	p. 74
<i>II.1.b. Les professionnels</i>	p. 117
<b>II.2 Analyse des représentations attenantes aux protagonistes de l'enfantement ; construction d'un modèle</b>	p. 216
<i>II.2.a. Représentations, affects, complexes, imagos, fantasmes : la richesse des mouvements perceptifs</i>	p. 216
<i>II.2.b. Les paradoxes problématique ou les problématiques paradoxales de la périnatalité organisée en réseau(x)</i>	p. 220
<i>II.2.c. Observations et analyses d'un système complexe ; chaos et créativité de l'enfantement et de ses accompagnements</i>	p. 238
<i>II.2.d. Etayages et entraves des dynamiques complexes de la périnatalité organisée en réseau : la potentialité créatrice des liens institués autour de la Naissance</i>	p. 253
<b>II.3 Recueil des représentations attenantes au réseau périnatal</b>	p. 259
<i>II.3.a Pour les familles</i>	p. 259
<i>II.3.b Pour les professionnels</i>	p. 261

<b>II.4. Analyses des représentations attenantes au réseau périnatal ; développement du modèle</b>	p. 273
<i>II.4.a. Analyse concernant les perceptions des familles</i>	p. 273
<i>II.4.b. Analyse concernant les perceptions des professionnels ; processus psychiques, organisateurs réticulaires</i>	p. 274
<i>II.4.c. Les notions de répondant, de préoccupé et de référent : de quelques propositions pour lier constats et actions possibles sur le terrain</i>	p. 286
<b><u>III. ACCUEILLIR LA MISE ET LA VENUE AU MONDE DES ENFANTS : RENCONTRES ET PARTAGES FANTASMATIQUES AUTOUR DU BEBE ENTRE LES FAMILLES NAISSANTES ET LES PROFESSIONNELS DE LA PERINATALITE</u></b>	p. 291
<b>III.1 Mme M. ou ces docteurs qui ne savent pas compter : impact du fonctionnement psychique d'une future mère sur les processus perceptifs et émotionnels des équipes obstétricales</b>	p. 292
<b>III.2. Mme et Mr G., quand le masque est tombé, les repères s'en sont allés : impact des mouvements perceptifs et émotionnels des équipes sur les vécus d'un couple de futurs parents</b>	p. 305
<b>III.3. Petit Daye et sa maman ; l'impensable Naissance ou la quête des responsables : réciprocité perceptive et émotionnelle d'une mère et d'équipes pédiatriques autour d'un bébé en grande souffrance somato-psychique</b>	p. 319
<b><u>CONCLUSION ET PERSPECTIVES</u></b>	p. 337
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	p. 342
<b><u>ANNEXES</u></b>	p. 354
<b><u>TABLE DES MATIERES</u></b>	p. 367

## INTRODUCTION

« *Le présent serait plein de tous les avènements,  
si le passé n'y projetait déjà une histoire* »

**André GIDE**

Les nourritures terrestres

Mlle A., jeune et dynamique étudiante, consulte avant de commencer ses cours un médecin généraliste pour des douleurs dans le bas du dos, qu'elle ressent depuis quelques jours et qui font suite à ce qu'elle pense être une gastro-entérite. Durant la palpation de l'abdomen, le médecin généraliste informe avec précaution Mlle A. qu'il lui semble « ressentir une vie dans son ventre » et lui propose de réaliser une exploration gynécologique. Mlle A. paniquée à l'idée d'être enceinte sans s'en être rendu compte et expliquant que ces derniers mois de sa vie d'étudiante ont été fort festifs en termes d'alcoolisation et de consommation d'autres toxiques divers et variés, s'effondre en larmes. Après avoir pris le temps de consoler Mlle A., le médecin généraliste peut alors réaliser l'examen gynécologique et constater la dilatation du col à quelques centimètres. Il explique à Mlle A. qu'il va prévenir les autres patients qui sont dans la salle d'attente de son indisponibilité pour « urgence » et revient rapidement auprès d'elle pour lui expliquer comment vont se dérouler les événements à partir de là. Il appelle les urgences de la maternité la plus proche qui envoie une ambulance et rentre en contact avec la sage-femme qu'il « passe » (téléphoniquement parlant) à Mlle A., pour que cette maïeuticienne puisse reprendre directement elle-même avec la patiente, le déroulement des événements dès qu'elle sera arrivée dans le service.

À l'arrivée de l'ambulance, Mlle A. a retrouvé son sourire malgré ses inquiétudes et est amenée dans le service de la maternité, où la sage-femme qu'elle a eu au téléphone l'accueille elle-même dès son arrivée. Entendant les préoccupations de cette future maman quant à son bébé, la sage-femme contacte l'interne de néonatalogie qui étant disponible à ce moment-là, prend le temps de venir en salle d'examen gynécologique pour expliquer à Mlle A. avec beaucoup de bienveillance et de précautions et *en présence de la sage-femme*, les différentes éventualités qui peuvent se poser pour son bébé, compte-tenu du caractère festif de sa vie d'étudiante.

Le travail suivant son cours sans aléas particulier, la sage-femme s'enquiert auprès de Mlle A. d'éventuelles personnes qu'elle souhaiterait contacter et se charge elle-même de passer les appels, afin de permettre à cette jeune et future maman de ne pas avoir à tout expliquer à nouveau. Les parents de Mlle A. arriveront quelques heures après, non sans avoir été préalablement accueillis par la sage-femme qui va les « briefer » sur la nécessité que si certains points sont probablement à discuter avec leur fille, cela pourra sans doute attendre quelques jours avant de les aborder.

Mlle A. accouchera sans difficultés particulières en fin de journée, d'un bébé en bonne santé. Elle sera accueillie avec sa petite fille durant quelques jours dans le service de l'unité kangourou, où un petit syndrome de sevrage sera jugulé sans médicament, tandis que le déni de grossesse sera travaillé avec la psychologue du service. Elle pourra ensuite rentrer à son domicile avec un accompagnement des services de PMI, qui noteront une évolution positive de la situation dans les mois qui suivront...

Ce type de situation, exceptionnelle quant au nombre majoritaire d'enfantements qui se déroulent avec moins de « fracas », apparaît pourtant encore souvent de nos jours. Bienveillance des professionnels, transmissions étayées et étayantes, anticipation des difficultés afin de tenter de les prévenir... existent dans les pratiques périnatales quotidiennes.

Mme et Mr C. sont accueillis une nuit aux urgences de la maternité, les ressentis maternels de « quelque chose de pas normal » les ayant amené à consulter. Mme C. est visiblement « bien enceinte », elle-même expliquant que le terme théorique est prévu dans trois semaines. La sage-femme qui les reçoit les installe en salle d'examen et s'en retourne chercher un dossier qu'elle ne trouvera pas. D'abord un peu gênée, ne sachant comment expliquer aux parents ce qu'elle anticipe alors comme un des nombreux dysfonctionnements que rencontre actuellement le service en cours de réorganisation, elle comprendra en le leur expliquant qu'il ne s'agit pas du tout de cela, mais qu'en fait Mme et Mr C. « font partis de *ces parents* » qui ont fait le choix d'un « accompagnement parallèle » aux circuits habituels : cette première grossesse a été déclarée et suivie par un médecin traitant et une sage-femme libérale réalisant habituellement des accouchements aux domiciles les a accompagnés avec l'aide d'une doula.

Accueillant la nouvelle avec un scepticisme particulièrement marqué, la sage-femme débute l'examen, constate la dilatation du col, installe le monitoring et informe les futurs parents que « compte-tenu de la situation » elle va interpellé l'interne du service (ayant du mal à envisager que l'on puisse mettre au monde un enfant sans avoir vu de gynécologue-obstétricien). De leur côté, Mme et Mr C. qui n'ont jamais vu de gynécologue-obstétricien et pour qui l'interpellation de ce type de spécialiste signifie un problème important, se retrouvent seuls et très inquiets dans la salle d'examen, environnement qui ne leur est que très peu familier. A l'arrivée de l'interne qui, tenu au courant de « la » situation par la sage-femme est également d'un scepticisme particulièrement expressif dès qu'il entre dans la salle d'examen, Mme et Mr C. n'osent plus demander ni des informations sur leur situation, ni que l'on contacte leur sage-femme et leur doula (appel qu'ils avaient pourtant envisagé dans leurs angoisses, comme pouvant être une source de réassurance pour eux).

Après que l'interne ait réalisé le même examen auquel venait de procéder la sage-femme et constater les mêmes éléments, tandis que Mr C. retournait garer son véhicule, les deux professionnels indiquent à Mme C. que compte-tenu de l'avancée du travail ils vont la garder dans le service et prennent le temps de bien expliquer alors tous les dangers qu'elle a encouru et aurait pu faire encourir à son bébé, de par le choix qu'elle a fait. Tentant alors d'expliquer ce choix et d'indiquer que « s'il ne s'agit que de l'enclenchement du travail, elle va alors rentrer chez elle pour accoucher », Mme C. se trouve en bute à l'incompréhension, voire la colère de la sage-femme et de l'interne qui signifient que « si elle ne veut pas comprendre » elle ne pourra sortir que contre avis médical et que cela n'engendrera « rien de bon » pour la suite avec les services sociaux. Sidérée par le déroulement des événements, Mme C. se retrouve à nouveau seule dans la salle d'examen, attendant impatiemment le retour de son mari pour qu'il l'aide à « s'en aller d'ici » : lieu évité par conviction, mais auquel elle s'était résolu à venir face à ses ressentis « d'anormalité », n'ayant pas alors réussi à contacter ni sa sage-femme, ni sa doula.

De retour dans la salle d'examen pour récupérer les premières données du monitoring et faire les prélèvements d'usage « qui n'avaient probablement pas été faits » avant de passer dans la salle d'échographie, la sage-femme ne trouve plus personne et comprend que Mme et Mr C. sont partis. Donnant l'alerte à tout le service et aux agents de sécurité, Mme et Mr C. sont retrouvés sur le parvis de l'hôpital : les processus d'expulsion s'étant engagés, ils n'ont pu aller plus loin. L'accouchement se déroulera donc finalement dehors par un temps automnal fort pluvieux et venteux : le bébé étant en très bonne santé, Mme C. en revanche étant rapidement pris en charge pour une hémorragie de la délivrance très importante ...

Ce type de situation, exceptionnelle quant au nombre majoritaire d'enfantements qui se déroulent avec moins de « fracas », apparaît pourtant encore souvent de nos jours. Incompréhension mutuelle, insécurisation réciproque, difficulté à communiquer... persistent aussi dans les pratiques périnatales quotidiennes.



C'est au sortir d'un précédent travail de recherche<sup>1</sup> ayant interrogé en quoi la périnatalité à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire organisée en réseau(x), procédait d'une logique historique et anthropologique de l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants, que de nombreuses questions sont d'une part apparues et pour d'autres, restées en suspens. Cette recherche qui a consisté entre autres à un travail d'archivage et de documentation auprès des formateurs et des participants de l'AFree<sup>2</sup>, a permis de souligner ce qui était alors apparu comme une problématique inaugurale : comment se faisait-il qu'après tant d'années d'investissements réflexifs et cliniques des intervenants de la périnatalité, qu'après tant d'efforts et d'énergie à tenter d'accueillir au mieux les familles naissantes, il semblait persister encore beaucoup de difficultés à observer et/ou analyser et/ou mettre en place, les savoir faire et savoir dire tendant à offrir des accompagnements suffisamment bons pour les familles ? Constat faisant écho aux travaux de Gérard Neyrand :

« ...deux constats : - celui de la présence d'un désir plus ou moins unanimement partagé d'œuvrer à une prévention psychique ;  
- et celui de la difficulté à ce que se constitue et se pérennise une dynamique organisationnelle qui permette de formaliser efficacement une telle démarche préventive. » (p. 105, Neyrand, 2004)

Les hypothèses pressenties à cette époque, étayées des réflexions et des discussions avec les dits professionnels, s'orientèrent primordialement vers la variable des dynamiques représentationnelles et communicationnelles des intervenants (professionnels) et des acteurs (familles) de la périnatalité. Les pressentis cliniques inauguraux à ce présent travail de thèse nous orientaient alors vers la problématique des éventuels accordages et désaccordages représentationnels participant et procédant des éventuelles harmonies et dysharmonies dans les transmissions entre ces différents protagonistes de l'enfantement, le tout étant plus ou moins conscientisé par chacun. Avec en toile de fond le présupposé de Didier Anzieu :

« Dans un groupe qui ne marche pas, il y a toujours un fantasme tu. » (p. 122, Anzieu, 1981)

---

<sup>1</sup> Mémoire de DEA, 2003, *La périnatalité en réseau : une organisation humaine professionnelle comme outil préventif. Approche ethnopsychologique de la fonction contenante des liens autour de la Naissance.* DEA « Histoire et Civilisations contemporaines, de la Renaissance à nos jours », Equipe EUR-idés, départements d'Ethnologie et de Psychologie clinique, Université Paul Valéry-Montpellier III.

<sup>2</sup> Association de Formation et de Recherches sur l'Enfant et son Environnement, Montpellier, <http://www.afree.asso.fr/> (site consulté de 2004 à 2013. Dernière consultation effectuée en septembre 2013)

L'ampleur et la diversité des données envisagées, la complexité de l'objet d'observation et d'analyse que pouvait alors revêtir le réseau périnatal en ses qualités psychiques, amenèrent au projet d'instrumentaliser la formation doctorale afin de pouvoir mener à bien cette étude dans un cadre universitaire, temporel, méthodologique et théorique défini. C'est ainsi que cette aventure débuta : voyage de « quelques » années à travers différents services de maternité, de pédiatrie néonatale et de psychologie périnatale ; expédition au fil des rencontres avec les familles et les professionnels qui les entouraient ; échanges réflexifs et émotionnels réciproques, où les participants se sont révélés co-acteurs de la recherche. Le présent travail invite le lecteur à partager les essais de description et d'analyse issus de ces pérégrinations.

L'accession au monde des petits d'Homme mobilise nombre de mouvements somato-psychiques, à la fois pour ceux qui la vivent, pour ceux qui l'accompagnent, pour ceux qui l'observent et pour ceux qui l'analysent. Parce que l'enfantement se situe à la charnière de tous les intérêts, les ressources scientifiques attenantes à ce processus sont transdisciplinaires, nombreuses et variées. Nous tenterons dans une première partie (où seront également présentées la problématique, l'hypothèse et les méthodologies) d'exposer le positionnement réflexif qui sera le nôtre dans ce présent travail de recherche. Positionnement réflexif, primordialement au sein de notre discipline mère la Psychologie clinique, où nous serons amenés à évoquer principalement les théoriciens psychanalystes et systémiciens. Positionnement réflexif également plus interdisciplinaire, avec des bases ponctuelles empruntées à l'Histoire, à l'Anthropologie, à la Sociologie et à la Philosophie, afin de souligner la part socio-culturelle non négligeable lorsqu'il s'agit d'aborder les processus perceptifs des Hommes à l'égard de leurs Naissances. Nous établirons ainsi une sorte d'aménagement théorique particulier, notre objet d'étude nous semblant l'être tout autant : il s'agira de tenter de proposer une analyse des processus psychiques procédant et participant de la périnatalité organisée en réseau(x). Ainsi, au-delà des cloisonnements disciplinaires (voire des querelles de chapelles intra disciplinaires) ce qui nous intéressera dans la première partie sera de présenter toutes les ressources pouvant potentiellement nous aider à échafauder des outils de compréhension d'un objet d'étude dynamique, concernant tout à la fois des focales singulières et groupales et des mouvements psychiques et sociaux plus ou moins conscientisés.

A partir de là, sera esquissé dans une deuxième partie le paysage humain relationnel de la périnatalité organisée en réseau(x), tel que les participants (familles et professionnels) se le sont représenté, ou tout du moins ce qu'ils ont pu exprimer de leurs élaborations à ce propos lors de nos rencontres : sorte de photographie clinique et ethnopsychologique des dynamiques perceptives du réseau dans un ici et maintenant donné de la périnatalité, celui s'étalant de 2005 à 2008 en Languedoc-Roussillon. Nous entendrons ainsi de quelle manière les participants à la recherche ont élaboré et exprimé les perceptions quant à leur propre place dans le réseau, quant à la place des autres et quant au système en lui-même. Nous observerons à travers leur discours les dynamiques psychiques en jeu et les préoccupations à l'œuvre, et proposerons à partir de ces observations des modélisations de lecture de ces fonctionnements psychiques tout-à-fait particuliers que sont les processus psychiques réticulaires et en l'occurrence, ceux qui participent et procèdent de la périnatalité organisée en réseau(x). Ce faisant, bien qu'étant parti de pressentis cliniques qui basaient les mouvements d'accordage et désaccordage représentationnels et communicationnels comme variables potentiellement perturbatrices de toutes ces dynamiques, nous exposerons finalement combien il est apparu que ces mouvements, très riches et complexes, posaient justement les potentialités humanisantes d'un système de soins qui, tendant à terme à fonctionner pour lui-même, risquerait d'en devenir iatrogène. Les théoriciens du chaos nous permettront dans ce contexte d'élargir les données d'ores et déjà présentes chez les psychodynamiciens et les systémiciens en ce qui concerne l'étude des groupes plus restreints. La périnatalité organisée en réseau(x) étant apparue comme un « plus-d'un-groupe » mêlant tout à la fois intra-groupe, inter-groupe, trans-groupe, microgroupe, meso-groupe et macro-groupe, les sujets sont apparus dans ces différentes strates comme étant sujet de, dans, entre et à travers le groupe : sujet de la réticularité.

Cette focale d'appréhension qui se voudrait novatrice, cette modélisation qui pourrait apparaître complexe dans un abord uniquement théorique, gagnera à être illustrée dans une troisième et dernière partie, par trois vignettes cliniques. Nous exposerons alors de façon plus « pratico-pratique » de quelle manière les mouvements psychiques procédant et participant de la périnatalité organisée en réseau(x), malgré l'aspect imposant autant en quantité qu'en qualité de la complexité de leurs dynamiques, sont plus aisément appréhendables avec les outils d'observation et d'analyse que nous proposons dans cette thèse : outils réflexifs transversaux aux fausses controverses entre l'intra et l'inter subjectivité, outils de médiation, outils de liaison... de phénomènes psychiques

singuliers et groupaux extrêmement riches, sources et/ou entraves de la potentialité créatrice et humanisante des liens institués autour de la Naissance.

## **I. PROBLEMATIQUE, HYPOTHESE ET METHODOLOGIE**

**« La finalité de la transmission est de transmettre à un sujet  
la capacité de transmettre à son tour »**

**Robert NEUBURGER**

Le mythe familial

Parce que toute pensée s'élabore dans un ici et maintenant donné, mais procède d'une progression dynamique qui la précède, l'anime et fonde les potentialités de son évolution future, il nous est apparu important afin d'introduire les développements qui vont ici nous occuper, de revenir sur les points clés des travaux ayant conduit à l'élaboration de la présente thèse et de commencer à introduire ainsi également, son positionnement conceptuel.

### **I.1. Démarches de recherche, émergence des problématiques et conceptualisation**

#### **I.1.a. La périnatalité et la Naissance**

Le contexte dans lequel notre recherche s'est déroulée est le champ de la périnatalité. Nous avons ainsi souhaité débiter nos questionnements conceptuels par l'abord du cadre, de l'environnement, dans lequel notre étude s'est inscrite : notamment car cela nous permet d'ancrer rapidement la spécificité de notre objet d'étude.

Faisant partie du lexique médical, la « périnatalité » est un terme conceptualisé par des médecins, dans et pour un cadre professionnel médical et paramédical.

La recherche encyclopédique révèle une délimitation sémantique assez floue. Bien que son utilisation à la fois pratique et théorique soit très importante, son acception et l'origine de son apparition ne font l'objet que de très rares développements (Encart n°1) ; en cela, les réflexions de Sureau (2001) font à la fois office d'exception et de référence.

Au travers des divergences, nous pouvons retenir que le néologisme « périnatalité » désigne ce qui se passe autour de celui qui né, avant, pendant et après sa naissance. Terme développé à la fin des années 60, il s'inscrit dans la vague de progrès obstétricaux, qui en rencontrant le fœtus grâce aux perfectionnements de l'imagerie médicale, l'ont (re)découvert comme futur enfant, révélant ainsi la continuité du processus de venue et de mise au monde des enfants, de la grossesse au post-partum immédiat.

Dictionnaire médical\* :

PERINATAL ; « Qui se produit aux environs de la naissance. La période périnatale s'étend des dernières semaines de gestation aux 10 jours après la naissance. »

Dictionnaire des termes de médecine\*\* :

PERINATALE ; « Période allant du 154<sup>e</sup> jour de la gestation au 7<sup>e</sup> jour après la naissance. »

PERINATALITE ; « Ensemble des soins qui entourent la naissance de l'enfant, avant, pendant et après la grossesse : lutte contre la stérilité, conseil génétique, surveillance de la femme enceinte, de son accouchement, du nouveau-né et du nourrisson. Du grec *Péri*, « autour de », et du latin *Natus*, « né ».

PERINATOLOGIE / PERINATOLOGIE ; « Etude des maladies de l'enfant qui peuvent survenir pendant les périodes précédent ou suivant immédiatement la naissance. »

Larousse médical\*\*\* :

PERINATOLOGIE ; « Etude du fœtus à partir de la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse et de l'enfant pendant ses premiers huit jours de vie. Spécialité nouvelle née de la collaboration des pédiatres et des obstétriciens. »

\* MANNILA L., MANNILA A., LEWALLE P., NICOLIN M. *Dictionnaire médical 9<sup>e</sup> édition*. Masson 1999-2001

\*\* GARNIER M., DELAMARE V., DELAMARE J., DELAMARE T. *Dictionnaire des termes de médecine 7<sup>e</sup> édition*. Maloine 2002.

\*\*\* *Larousse médical 1995*

**Encart n°1**

Dés lors, les différentes spécialités médicales morcelées (dont notamment l'obstétrique et la pédiatrie) s'occupant de ce phénomène à différentes étapes, se sont (re)découvertes comme travaillant dans la même direction ; une nouvelle médecine réunissant toutes les autres fit ainsi son apparition : la médecine périnatale. Ainsi, la périnatalité est ce qui se passe, médicalement parlant, autour de la naissance, pour des professionnels qui ne travaillant pas directement sur les mêmes bords, n'en resteraient pas moins sur le même chemin.

L'imbricatio des limites temporelles différemment, voire contradictoirement octroyées, a attiré notre attention, d'autant que nous avons retrouvé ce flou pour le terme « naissance » (Encart n° 2).

Dictionnaire des termes de médecine :

NAISSANCE ; « Début de la vie autonome après l'expulsion du corps maternel. Du latin *Natio*, « reproduction ». »

Larousse médical :

NAISSANCE ; « Expulsion ou extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de gestation, d'un produit de conception qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie [...] que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché. »

**Encart n°2**

Etant béotienne en lexique médical, je crus confondre la naissance telle que définie précédemment, avec l'accouchement, et effectivement (Encart n° 3).

Or, la naissance ne peut selon nous n'être simplement amalgamée qu'avec l'étape de l'accouchement. La mise et la venue au monde d'un enfant ne sont pas simplement son apparition hors du ventre maternel et elles ne concernent pas différemment et/ou tour à tour la mère et son bébé.

Dictionnaire des termes de médecine :

ACCOUCHEMENT ; « Acte par lequel une femme se délivre, ou est délivrée par voie naturelle du produit de la conception (fœtus et annexes). Du latin *Accubare*, « se mettre au lit ». »

Larousse médical :

ACCOUCHEMENT ; « Ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors de l'organisme maternel. »

**Encart n°3**

La Naissance, que nous écrirons avec une majuscule afin de nous démarquer des définitions plus classiques et réductionnistes, sera ici entendue comme un processus, un long cheminement, au sein duquel l'accouchement est un temps paroxysmal certes, mais qui nous paraît en aucun cas ne pouvoir être confondu de manière synonymique.

A l'instar de C-E TOURNE (1999) la définition prêtée à la Naissance dans notre travail, est celle de *la période où le naissant accède à son humanité, la femme à sa maternité, l'homme à sa paternité, dans un processus mutatoire bio-psycho-social s'échelonnant du projet d'enfant aux premières années de vie du petit d'Homme, dans un environnement particulier pour chacun ; à la fois intra et interpsychique, plus ou moins conscientisé, familial et sociétal.*

La périnatalité deviendrait ainsi *l'organisation des professionnels s'occupant du déroulement somato-psychique du naissant et du devenir parent.*

### **I.1.b. Abords psychologique et psychopathologique de la Naissance ; une clinique psychanalytique de l'enfantement**

La Naissance, phénomène naturel par essence, devient quand elle est humaine, événement culturel par excellence. Dans cette humanité qui spécifie, nous nous intéresserons plus particulièrement à ce qui la fonde et la caractérise : son fonctionnement psychique. Il existe différentes façons d'aborder le fonctionnement psychique, nous souhaitons ainsi dans ce paragraphe délimiter quels seront nos préoccupations spécifiques au sein de ce champ vaste qu'est la Psychologie.

Nous considérerons tout d'abord l'être humain, comme doté d'un encéphale tout à fait particulier, permettant des processus perceptifs exceptionnels, en regard aux compétences à ce jour établies des autres membres du règne animal (Leontiev, 1959 et Changeux, 1983). En l'occurrence, l'être humain est en capacité de pouvoir traiter de manière approfondie une masse d'informations importante, provenant tout à la fois des stimuli exogènes et endogènes. Il est d'autant plus capable de traiter nombres d'informations, que sa particularité cognitive lui offre la capacité de différer ses réflexions, autant dans l'espace que dans le temps, ouvrant ainsi des possibilités

réflexives plus autonomes quant à l'immédiateté des vécus. Ces potentialités induisent alors dans le décalage qu'elles augurent entre les données recueillies dans l'environnement extérieur et le fonctionnement métabolique interne, un espace psychique afin de (re)construire, compléter et inventer le cas échéant.

« Toute représentation confronte à une double mise-en-forme : mise-en-forme de la relation imposée aux éléments constitutifs de l'objet représenté - ici encore la métaphore du travail cellulaire de métabolisation rend parfaitement compte de notre conception – et mise-en-forme de la relation présente entre le représentant et le représenté...Le but du travail du Je est de forger une image de la réalité du monde qui l'entoure et de l'existence duquel il est informé, qui soit cohérente avec sa propre structure. Connaître le monde équivaut pour le Je à se le représenter de manière à ce que la relation liant les éléments qui en occupent la scène lui soit intelligible : intelligible voulant dire ici que le Je peut les insérer dans un schème relationnel conforme au sien propre. » (pp. 27-28, Aulagnier, 1975)

C'est entre autres, mais essentiellement finalement, de ces capacités à produire de la pensée, des actes et des paroles, de manière plus ou moins autonome quant aux expériences concrètes, que traite la psychologie, lorsqu'elle s'occupe plus particulièrement du sujet humain.

Science de l'âme, aussi vaste que peuvent l'être les manifestations dont elle s'occupe, la psychologie procède par différents angles d'approche, tendant à aborder la diversité du thème, selon différentes focales. Un de ces points d'observations et d'analyses, s'intéresse plus particulièrement à « ... « la personne totale en situation » (Daniel LAGACHE), « en évolution » (Juliette FAVEZ-BOUTONNIER) et « en interaction » (Claude REVAULT d'ALLONES). »<sup>3</sup> : il s'agit de la psychologie clinique. Posture scientifique et thérapeutique, la psychologie clinique tend à appréhender la singularité de la personne humaine dans sa spécificité, dans la rencontre avec un autre être qui l'est tout autant, et qui va se servir de ses qualités subjectives afin de la percevoir.

La naissance de la Clinique, telle qu'a pu l'analyser Michel Foucault (1963) est ainsi, au-delà de la praxis soignante auprès du malade qui l'a certes permise, une nouvelle modalité de transmission des connaissances qui, afin de communiquer l'expérience par le verbe, tend à (re)transcrire les symptômes perceptibles en signes dicibles. C'est à la fois un langage de ce qui est perçu et de ce qui ne pouvant être perçu dans l'immédiat, ne peut apparaître que par la médiation de la parole. Il s'agit du postulat que le visible, l'entendable, le sentable, sont énonçables et qu'ils sont d'ailleurs perceptibles parce qu'ils sont énonçables. La perception subjective et sa possible communication

---

<sup>3</sup> Cités par Bouyer et Mietkiewicz (1998) p. 100



deviennent un outil de recueil et de transmission de connaissances sur l'être humain, primordialement dans ses dysfonctionnements (car ces phénomènes interpellent plus notamment) et en procédant ensuite par analogie différentielle dans ses lois globales de fonctionnement.

Ainsi, la psychologie clinique est difficilement appréhendable sans sa proximité avec la psychopathologie, de par les conditions mêmes de son éclosion, mais ne saurait pourtant s'y confondre. Certes, ce sont des manifestations psychiques problématiques qui ont suscité l'intérêt pour une approche psychologique singulière et holistique de l'être humain ; certes les praxis quotidiennes, autant sur le plan thérapeutique que sur celui de la recherche, tendent également à être mobilisées par des questionnements qui interpellent quant à la nature équivoque de certaines situations ; toutefois, ce qui pose problème ne participe et ne procède pas forcément du pathologique. Ce point nous paraît d'autant plus important à relever que dans le domaine périnatal, les dynamiques psychiques mobilisées par la venue et la mise au monde d'un enfant sont d'une grande intensité et d'une grande complexité, posant question à bien des égards sur leur part éventuellement psychopathologique. Or, la souffrance psychique quelle que soit son mode d'expression est, comme sa racine latine le rappelle (du latin *sufferre*, « action de supporter ») une capacité à pouvoir tenir face aux tensions et non un dysfonctionnement pathologique. Or c'est bien d'endurance psychique dont il va s'agir en périnatalité, entre rigidification et flexibilité, afin que chacun, famille et professionnels, puisse trouver son rythme dans ce grand chamboulement somato-psychique qu'est l'enfantement.

La psychologie clinique périnatale pourrait ainsi être reformulée dans le cadre de notre thèse, comme *l'approche subjectivée et subjectivant, des sujets humains émus et pensant, évoluant autour de la Naissance, en y agissant et interagissant. Abord holistique des vécus, des ressentis, des perceptions, des représentations et des affects singuliers de chacun, elle tend à accompagner l'ensemble de ces manifestations afin de prévenir et/ou soigner leurs aléas et de recueillir en cela les connaissances qui y sont attendantes.*

Dans ce contexte scientifique, une hypothèse prend également place (initialement philosophique et notamment portée par Gottfried Wilhelm Leibniz, Arthur Schopenhauer et Friedrich Nietzsche<sup>4</sup>) développée dans un abord théorico-clinique par Sigmund Freud (1900, 1915 et 1938) : celle de l'Inconscient. Notant un dépassement du

---

<sup>4</sup> Cités dans les dictionnaires Encyclopaedia Universalis, des Philosophes et de la Psychanalyse, 2001.

cogito cartésien, l'Inconscient vient nommer le principe selon lequel les processus réflexifs ne sont pas tous appréhendables consciemment. Ainsi, de la même manière que ne peuvent être perçus que quelques stimuli exogènes, il est soutenu par ce présupposé de l'existence de l'Inconscient, qu'il n'est pas possible d'embrasser consciemment l'ensemble de nos processus endogènes, dont ceux de la pensée. Ceci fondant la différence entre le réel, ce qui existe indépendamment de la perception que l'on peut en avoir, et la réalité, perception reconstruite par nos réflexions. Nous retenons donc dans ce travail de thèse l'Inconscient tel qu'il a été explicité dans la deuxième topique freudienne, plus sous sa forme adjectivale et donc, préférentiellement en ses qualités dynamiques et économiques. Ainsi, notre lecture du recueil des données et de leur analyse sera-t-elle sous-tendue par ce principe selon lequel d'une part, ce qui est exprimé ne recouvre pas l'ensemble des processus réflexifs et d'autre part, procède et participe justement du fait que tout ne soit pas exprimable. Nous travaillerons selon un angle utilisant les théories psychanalytiques (telles que les enseignements de Paul-Laurent Assoun peuvent notamment les présenter de manière synchrétiques. Assoun P-L, 1997 et 2009). Dans le même mouvement, nous considérerons que ce n'est pas parce que tout est potentiellement interprétable que nous serons à même de tout interpréter. Enfin, nous tenterons, à travers les éléments manifestement recueillis et traités, d'entendre leurs soubassements plus latents, plus ou moins conscientisés, tout en reconnaissant que ce que nous pourrions ici en retenir n'est fort heureusement pas exhaustif et ne peut constituer que des propositions interprétatives.

L'abord psychanalytique en périnatalité sera ainsi l'adaptation au contexte de la mise et de la venue au monde des enfants, des trois principes freudiens, ci-après approfondis par Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis (1967) :

« Une méthode d'investigation consistant essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires [...] d'un sujet. [...] »

Une méthode psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir. [...]

Un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique... »

Etant dans un contexte de recherche, nous retiendrons ici plus particulièrement les premier et troisième points de cette définition.

Beaucoup de psychanalystes se sont intéressés au tout-petit enfant et à l'accession à la parentalité pour les femmes et les hommes. De manière plus indirecte, en traitant de ces dynamiques afin d'analyser plus globalement le fonctionnement psychique et notamment les jalons de la psychogenèse, nous retrouverons les écrits pour nous fondateurs de Sigmund Freud et de Jacques Lacan. De manière plus spécifique à l'enfance<sup>5</sup>, nous nous sentons théoriquement plus proche des travaux de l'école anglo-saxonne avec Mélanie Klein (1932 et 1937), Donald Woods Winnicott (1957, 1958 et 1971) et Donald Meltzer (1986) ; de par leur manière d'aborder la relation d'objet précoce dans une approche somato-psychique intégrative et que nous ressentons comme particulièrement bienveillants dans leur lecture des aléas psychiques et émotionnels des enfants et de leurs accompagnants. Françoise Dolto (1981, 1982 et 1990), Piera Aulagnier (1975), Albert Ciccone (1991) et Aldo Naouri (1995 et 2004) plus récemment, viendront également largement étayer nos réflexions ; de par leur ancrage somato-psychique également, mais aussi car leur relecture et leur adaptation didactique analogique entre des théorisations du monde des enfants et de celui des adultes et réciproquement, nous semblent avoir permis ainsi des approches cliniques tout-à-fait innovantes et dans de moindres clivages théoriques. Enfin, plus proches de nous encore, nos travaux s'ancreront notamment sur ceux de Monique Bydlowski (1997, 2000) et la richesse des éclaircissements qu'elle nous a apporté sur les dynamiques psychiques de l'accession à la maternité ; de Bernard Golse (1985 et 1999) pour les abords transdisciplinaires et collégiaux qu'il propose dans la compréhension de l'enfant et de ses accompagnants ; de Sylvain Missonier (2003 et 2007) pour avoir permis par tous les travaux qu'il mène, de faire en sorte que les psychologues puissent également avoir une place importante dans les développements de la psychologie psychanalytique périnatale.

### **I.1.c. Bébé réalité ; les perceptions explicites et implicites de l'enfant par son entourage manifeste et fantasmatique**

C'est à l'occasion d'un travail de recherches effectué lors de l'année de maîtrise en Psychologie clinique<sup>6</sup>, que les premières réflexions attenantes au domaine périnatal et à la groupalité ont commencé à émerger.

---

<sup>5</sup> Geissmann C. et Geissmann P. (1992)

<sup>6</sup> Mémoire de maîtrise « Bébé réalité ; des fantasmes à la rencontre », dirigé par Guérin C., 2002, Département de Psychologie, Université Paul Valéry-Montpellier III.

Les questionnements s'étaient alors portés sur les processus de parentalisation de l'ante au post-natal, observés alors notamment à travers l'évolution des représentations parentales concernant le futur et le nouvel enfant, du deuxième trimestre de grossesse au premier trimestre du post-partum ; afin de dégager et ce, le plus tôt possible, d'éventuelles distorsions représentationnelles potentiellement génératrices de difficultés relationnelles parents-enfant.

Dans ce cadre, qui n'avait alors pour dessein « que » d'observer et d'analyser singulièrement, ou tout au plus parentalement, les mouvements de réaménagements psychiques engendrés par l'arrivée d'un bébé chez sa mère et chez son père, se sont rapidement dessinés en toile de fond d'autres mouvements plus groupaux, familiaux (inter et transgénérationnels) et socioculturels. Ainsi, au-delà de la notion de *Bébé réalité* élaborée dans ce mémoire, d'autres perspectives réflexives étaient apparues dans les discours parentaux quant à la part non négligeable des dynamiques historiques et anthropologiques de chaque naissance, à travers des narrativités familiales et sociétales. Sans reprendre tout le développement théorico-clinique ayant été élaboré au sein du mémoire de maîtrise (en lien avec les nombreux travaux attenants à ce thème<sup>7</sup>) l'idée de mettre en place la notion de *Bébé réalité* procédait du souhait de relire les processus de passage du bébé imaginaire au bébé réel, en introduisant les notions de perception et de reflet<sup>8</sup> parentaux, qui semblaient alors plus dynamiques. Ainsi, l'accueil psychique de l'enfant par ses parents n'était plus seulement abordé dans la césure « effractante » d'un bébé imaginaire se trouvant en bute au bébé réel, mais considéré comme un long et profond processus de réaménagements parentaux, initié dans l'anténatal et se perdurant ensuite dans les nouvelles dynamiques relationnelles familiales, induites par l'arrivée de cet enfant là, à ce moment là, dans cette famille là.

Le réel, existant indépendamment de la perception que chacun peut en avoir, laissait la place aux réalités, reconstructions dynamiques intra et inter psychiques pour tout un chacun ; le bébé, ante et post natal, devant y trouver sa place comme tout objet perceptible qui, une fois effectivement perçu dans des consensus plus ou moins harmonieux entre attentes, désirs et expériences effectives, peut être subjectivable et subjectivé. Travail de relations intra et interindividuelles dont nous connaissons l'impérieuse nécessité, pour que chaque enfant puisse accéder de manière adéquate à un

---

<sup>7</sup> Nous avons alors notamment travaillé avec Pasini W. (1984) Brazelton et Cramer (1991), Greiner G. (2000), Delassus J-M (2001), pour découvrir un peu plus tard Bensoussan P. (1999), Bayle B. (2005) et Missonnier S. (2004)

<sup>8</sup> Leontiev A. (1959)

développement somato-psychique satisfaisant et donc humanisant. Travail psychique extrêmement riche au niveau parental mais qui, soulignant intrinsèquement la dimension relationnelle intersubjective de par les « caryogamies fantasmatiques » parentales, laissait également entrevoir des horizons familiaux et sociétaux autrement plus abyssaux. En effet, ce qui avait pu transparaitre dans les données recueillies lors du travail de maîtrise dans les discours parentaux, était la part extrêmement importante du principe du miroir winnicottien<sup>9</sup>, abordé dans son sens initial en intergénérationnel, mais s'élargissant également ici dans des dynamiques plus transgénérationnelles et socioculturelles. Autrement dit, les futurs et jeunes parents interrogés soulignaient la prégnance du regard des autres sur leur bébé et sur leur devenir parents et l'influence de ces regards familiaux, amicaux et sociétaux, sur leur manière de se percevoir et de percevoir leur futur et nouveau-né.

Ainsi, parler de *Bébé réalité* n'était plus uniquement parler de l'évolution des représentations parentales attenantes au futur et nouvel enfant, mais prendre également en compte les dynamiques perceptives de l'entourage élargi de ces familles naissantes : réaliser que les processus perceptifs de la mise et de la venue au monde d'un enfant ne concernaient pas uniquement ses parents, mais concernaient également sa famille et sa société, dans des abords à la fois manifestes et fantasmatiques. Dans ce contexte, une place toute particulière était donnée aux soignants périnataux dans les discours parentaux : membres incarnés et en première ligne, de l'abord sociétal de l'accompagnement de la Naissance. Les actes et paroles de ces professionnels, de ces personnes supposées savoir pour les parents, apparaissaient comme éminemment importants. Cette importance ayant des fonctions et des impacts différents selon l'ambiance émotionnelle dans laquelle ils se déroulaient, mais non négligeables dans tous les cas : que ce soit entre l'extrême d'une valence positive (où ces accompagnements pouvaient être vécus comme ressource bienveillante et étayante) ou l'autre extrême d'une valence négative (où ils étaient alors potentiellement iatrogènes). Commençaient à s'ancrer ici les perspectives réflexives historiques et anthropologiques du *Bébé réalité*, avec comme porte d'entrée préférentielle de par leur prégnance, l'abord de ces dits professionnels de la périnatalité. D'où l'idée dans le cadre du DEA interdisciplinaire<sup>10</sup>, de commencer à réfléchir aux modes, manifeste et fantasmatique, d'organisation de ces accompagnants entre eux et avec les familles.

---

<sup>9</sup> Principe que nous reformulerions comme l'étayage, en tant que condition quasi sine qua non, du regard des accompagnants dans l'élaboration de l'image spéculaire : ici adapté à « regarder moi devenir parent »

<sup>10</sup> Cf. op. cité

Cette entrée en matière nous paraissait importante à développer, afin de rappeler que bien que notre intérêt de recherche s'ancre depuis plusieurs années maintenant dans des dynamiques groupales et institutionnelles, la primordialité, chronologique et qualitative, des processus de subjectivations singuliers, reste et restera le moteur motivationnel de la recherche. Ainsi, la question du fonctionnement psychique du réseau et des fonctionnements psychiques de ses membres, objet de la thèse, ne se pose que dans le lien ci-dessus énoncé, de l'intérêt de comprendre l'environnement somato-psychique actuel de la mise et de la venue au monde des enfants, afin d'accompagner au mieux la Naissance des familles ; du devenir petit d'Homme, du devenir mère et du devenir père. Ainsi, notre préoccupation primordiale s'inscrit autour du Naissant (Tourné, 2007) et ce qui, dans son environnement et son entourage, peut lui permettre de parcourir de la manière la plus satisfaisante possible son développement. Dans ce cadre, le processus des *bébés-réalités* dans lequel il va baigner, c'est-à-dire les dynamiques représentationnelles sous-tendant les paroles et les comportements de ceux qui vont lui apporter les soins nécessaires à sa bonne croissance somato-psychique, est d'une grande importance. Il a longuement été travaillé<sup>11</sup> dans les observations et les analyses des processus de parentalisation, la part des représentations attenantes à l'entourage familial de l'enfant qui, parce que constituant son écosystème relationnel primordial et privilégié, méritait cette priorité scientifique. La part plus sociétale a également été prise en compte dans des versants historiques<sup>12</sup> et ethnologiques<sup>13</sup> et de manière plus resserrée autour du singulier, par des démarches psychosociologiques<sup>14</sup>. Sur un plan plus clinique, la part d'un au-delà du noyau familial, bien que parfois élargie à des dynamiques inter et transgénérationnelle, n'est que peu abordée. Dans ce contexte, nous avons centré essentiellement l'étayage de nos réflexions sur les écoles des psychodynamiciens du groupe, des systémiciens et des théoriciens de la psychothérapie institutionnelle, afin d'élargir cliniquement nos sources à des abords du sujet en relation à l'autre et au plus-d'un-autre. Pour les premiers, Wilfred Ruprecht Bion (1961 et 1983) Didier Anzieu (1981 et 1987) Enrique Pichon-Rivière (1985 et 1987) et René Kaës

---

<sup>11</sup> En ce qui concerne nos sources plus effectives et outre les op. cite. : Bleanonu G. (1992) Houzel D. (1999), Guedeney N et Guedeney A. (2006), Sellenet C. (2007)

<sup>12</sup> Delaisi de Parseval G. et Lallemand S. (1979) Kniebielher Y. et Fouquet C. (1980), Coulon-Arpin M. (1981), Laget M. (1982), Gelis J. (1984), Guidetti M., Lallemand S. et Morel M-F (1997), Morel M-F et Rollet C. (2000)

<sup>13</sup> Verdier Y. (1979), Bonnet J. (1988), Olive J-L (1994), Lallemand S. (2002)

<sup>14</sup> Thery I. (1998), Neirinck C. (2001) et Neyrand G. (200 et 2006)

(1976, 1987, 1993 1996 et 1999) nous guideront quant à leurs réflexions sur les dynamiques psychiques des groupes et notamment sur celles des institutions, dans leurs interactions avec les dynamiques singulières. Pour les seconds, Paul Watzlawick (1972 et 1975) Joël de Rosnay (1975) et Gérard Donnadiou (2002) nous permettront une approche où l'objet d'étude devient la dynamique, voire parfois le système en lui-même, avec d'autres clés de lecture que celles développées par les psychodynamiciens du groupe. Enfin, Jean Oury (1976) et François Tosquelles (1984 et 2003) (auxquels nous n'avions pas pensés initialement et que les indications bienveillantes d'un très cher et fraternel collègue clinicien, Gérard Desplos, nous ont permis d'intégrer finalement comme bases à ce travail) viendront soutenir par leur théorisation, les « idéaux » préventifs et thérapeutiques du cercle vertueux de la périnatalité organisée en réseau(x). A la fois pour le bébé et pour son entourage familial, les parts groupale, institutionnelle et sociétale nous paraissent revêtir une grande importance ; influences plus ou moins directes, plus ou moins conscientisées, mais faisant partie intégrante du bain culturel au sein duquel l'enfant accède à la vie. Ainsi, comme nous l'avons précédemment souligné, parler des représentations qui entourent le bébé n'est pas seulement parler des représentations de ses parents (même au sens élargi) mais parler également des représentations de l'ensemble des personnes qui vont pouvoir prendre soin de lui. Aborder donc également la notion de bébés-réalités des professionnels avec tout ce qu'elle engage, puisque les représentations du bébé-réalité ne concerne pas seulement l'enfant, mais aussi l'agencement associatif dans une matrice représentationnelle mêlant à celles concernant l'enfant, les perceptions plus vastes attenantes à la féminité, à la masculinité, à la parentalité, à la maternité, à la paternité, à la famille, à l'éducation, à la vitalité, à la mortalité...la liste est loin d'être exhaustive et concerne essentiellement tout ce qui touche de plus ou moins près à la conception pour chacun et pour tous, que véhicule l'idée d'« enfantement ».

Nous tendons dans notre travail, à recentrer la question des dynamiques psychiques des intervenants de la périnatalité, comme variable incontournable et nécessaire dans l'exercice de leur profession : variable qui nous semble avoir été mise de côté (ou peu explorée) dans sa fonction, mais également ses impacts éventuels sur la qualité des accompagnements proposés aux familles naissantes. Autrement dit, l'observation et l'analyse de la part des processus émotionnels et représentationnels des professionnels, sous-tendant les actes et paroles donnés au bébé durant ses soins, nous semblent importantes dans les réflexions théorico-cliniques attenantes au développement de

l'enfant durant ses premiers temps de vie (Mellier, 2000). Nous prendront appui à cet égard sur des groupes de travaux théorico-cliniques qui, à partir de différentes pratiques ont dégagé nombres d'informations à ce propos : l'association Pikler-Loczy, l'Association de Formation et de Recherches sur l'Enfant et son Environnement, l'association Béziers Périnatalité et l'Association pour la Recherche et l'(In)formation en Périnatalité.

Avec un point de départ pour nos réflexions, sorte d'a priori clinique très syncrétique (s'ancrant comme toute pensée inaugurale dans une certaine valence illusoire) qu'afin de permettre aux parents de bien accueillir leur(s) enfant(s), le respect de leur rythme de parentalisation est une donnée primordiale qui doit pouvoir être aménageable par les intervenants de la périnatalité, mais qui ne peut l'être qu'à condition qu'eux-mêmes puissent se sentir respecter dans leur propre rythme réflexif de professionnels ; comme nous le développerons plus loin dans le paragraphe sur les principes du cercle vertueux de la périnatalité organisée en réseau.

#### **1.1.d. Le sujet pensant parce que désirant et désirant parce que vivant en groupe(s) : groupalité(s) intra et intersubjective(s)**

Il existe différentes manières d'aborder le sujet humain. Nous avons commencé à éclaircir dans les précédents paragraphes les postures scientifiques que nous adoptions en cela et souhaitons dans les développements qui suivront ici, spécifier encore plus particulièrement de quelle manière le sujet humain est perçu dans le cadre de ce présent travail de thèse.

« Psyché et monde se rencontrent et naissent l'un avec l'autre et l'un par l'autre, ils sont le résultat d'un état de rencontre que nous avons dit être coextensif de l'état d'existant. » (p. 33, Aulagnier, 1975)

Le monde humain est un monde sociétal, le sujet humain ne peut être tel selon nous, que parce qu'il fait partie de groupes humains. En ce sens, le modèle psychique qui s'offre à lui est d'emblée celui de l'altérité et du groupal : ses processus internes s'agenceront donc dans cette logique. Réciproquement, parce que le groupe est constitué de sujets humains, sa manière de fonctionner sera le reflet de ce qu'il advient pour chacun et l'ensemble de ses membres.

« Nous sommes constamment influencés par ce que nous croyons être l'attitude d'un groupe envers nous, et notre comportement en est consciemment ou inconsciemment affecté. [...] ...le groupe est plus que la somme des individus qui le



composent, car un individu dans un groupe est plus qu'un individu isolé. » (p. 17 [...] p. 58, Bion, 1961)

C'est une co-émergence pour chaque sujet humain, de sa condition de sujet du groupe et le fonctionnement de réciprocité qui s'instaure alors entre l'appareil psychique singulier et l'appareil psychique groupal, tel que René Kaës l'a longuement travaillé.

« Le champ théorique qui est en train de se constituer est organisé par la recherche des structures, des formations et des processus psychiques qui se constituent aux *points de nouage des formations de l'inconscient entre le sujet singulier et les ensembles intersubjectifs* [Ndlr<sup>15</sup> : mis en italique par l'auteur] Cette construction ne peut faire l'économie d'une double métapsychologie : celle du sujet de l'inconscient en tant qu'il est un « sujet du groupe », et celle des ensembles intersubjectifs en tant qu'ils forment et régissent une part spécifique de la réalité psychique...la vie psychique se conçoit comme processus multidimensionnel dans lequel se pose comme condition ce que j'appelle, en écho à la formulation freudienne, *l'exigence de travail psychique imposée à chaque psyché par ses objets, en tant que ceux-ci sont dotés d'une vie propre, et par les conjonctions de subjectivités qui en résultent.* [Ndlr : idem]...Le cœur du problème est de concevoir les rapports d'appareillage entre les espaces internes des sujets dans le lien et les espaces du lien intersubjectif...il s'agit de prendre en considération les rapports mutuels du sujet à l'objet, en tant que celui-ci est animé de la présence de l'autre. » (pp 8-9, Kaës, 1996)

Le sujet humain, aux balbutiements de son existence, se trouve dans un état de grande dépendance quant aux nécessités de sa survie, ne pouvant subvenir seul à ses besoins. Dans ce contexte, il pressent et intègre avec une intensité toute particulière, les informations de ce qu'il représente pour les personnes qui s'occupent de lui et de la manière dont ces dernières appréhendent leurs interrelations. Lors de son accession au monde aérien, le tout petit d'Homme n'est pas selon nous spécifiquement prématuré eu égard aux autres petits du règne animal, mais « spécifiquement empêché », selon les termes de J-M Delassus (2001). Les observations réalisées quant au développement fœtal des êtres humains (Busnel, Daffos, Dolto-Tolitch, Lecanuet et Negri, 1997) démontrent que notre synaptogenèse ne se déroule pas plus lentement que n'importe qu'elle autre espèce, mais diffère en ce qu'il existe des potentialités qui perdurent bien après l'accession à la vie aérienne, en termes de spécialisation neuronale. Cela va permettre au nouveau-né humain de préparer son intégration dans le monde de ses pairs, par l'adaptation progressive de ses aires associatives à son environnement propre et à ce qui est notamment et éminemment, un monde langagier et sociétal. Ce constat est important dans le cadre de notre travail, parce qu'il permet tout d'abord de poser les bases de compréhension de la co-élaboration des appareils psychiques singuliers et

---

<sup>15</sup> Note De La Thésarde

groupaux. Il l'est également car il permet alors d'expliciter que les liens qui commencent à s'établir lors de la vie fœtale, sont à prendre en compte dans l'étude des relations précoces : que l'anténatal fait non seulement partie intégrante de la Naissance, mais en constitue une part non négligeable à la fois pour l'enfant, mais également pour sa famille. Commencant sa vie dans la cavité utérine, dans des sensations et leur enregistrement comme éprouvés de perfection quasi absolu des échanges, le tout petit d'Homme débute l'histoire de ses relations par un contexte communicationnel particulièrement favorable, où les questions d'accordage n'auraient a priori peu lieu d'être. C'est dire les sentiments de déconvenues qui peuvent advenir au sortir de l'accouchement pour le nouveau-né et son entourage, lorsque se produit ce passage entre un monde « qui va de soi » et un nouveau monde où tout semble devoir être reconstruit. Pour que l'effraction de ce passage puisse toutefois être intégrable, les figures de soins de l'enfant vont, par leur savoir-faire et savoir-dire, façonner dans ses premiers temps de vie une certaine continuité illusoire de « l'Absolu de l'Origine » (Delassus, op. cit.) en ménageant alors pour lui les fantasmes magiques d'omnipotence. La poursuite des sensations de satisfaction quasi concomitantes avec celles de ses besoins, permet au bébé de percevoir ce qu'il vit comme non seulement faisant partie de lui, mais également comme contrôlé par lui. De par le fait, le soi et le non-soi ne sont pas encore clairement différenciés, même si certains décalages dans les accordages commencent à initier le tout petit d'Homme à l'éventualité de nouvelles déconvenues. L'enfant ne serait donc pas plongé dans un monde auquel il doit s'habituer, il serait dans un espace dynamique créatif où lui-même esquisse petit à petit les jalons de son monde interne, ceux qui vont constituer les fondations de son être et de ses rapports au monde (Winnicott 1971, Aulagnier 1975). Cette co-construction-découverte est possible, parce que l'enfant est entouré de personnes qui le perçoivent et qui en le percevant, vont lui prêter leurs propres bases à percevoir (Bion 1983, Meltzer 1986). Bases à percevoir qui vont être peu à peu désillusionnantes pour le nouveau-né, car soulignant progressivement une adaptation non plus plénière, mais chaotiquement plus ou moins satisfaisante pour lui. A partir de ces petits écarts entre besoin et satisfaction, de ces petits désaccordages, le bébé va pouvoir progressivement faire l'expérience du manque. Manque qu'il va alors s'attacher et ce dès lors jusqu'à la fin de sa vie, à tenter de combler par des tactiques psychiques plus ou moins glorieuses, de liaison-crétion-destruction-relation : le tout petit sujet comblé, frustré, désillusionné, devient ainsi peu à peu sujet désirant et pensant, tout à la fois pensant parce que désirant et désirant parce que pensant (Lacan,

1966). C'est dire combien la notion de désaccordage ne va pas dans ce travail être liée à celle de dysfonctionnement, mais bien au contraire, peut selon nous constituer l'essence de ce qui est humain dans l'être et le rapport au monde, dans des échelles autant singulières que groupales.

Le sujet s'inscrirait donc tel un maillon entre ascendants, descendants et pairs... manifestes et fantasmatiques, qu'il co-construit dans sa perception en induisant alors les principes de sa « double existence » (Freud, 1914) en tant que propre fin et assujettissement. Cette co-construction nous convoque aux notions de groupalité intrapsychique et de groupalité interpsychique : notions développées notamment par René Kaës, dont nous utiliserons ici la terminologie afin de situer le sujet pensant et désirant, dans ce rapport particulier à lui-même et à son entourage. Parce que la co-construction ne s'adapte que mal aisément aux exigences typographiques de notre écriture linéaire, nous avons dû arbitrairement faire le choix de débiter par l'exposé de l'une ou l'autre de ces groupalités. Toutefois, nous souhaitons rappeler par cette précision, qu'il n'y a pas selon nous de pré-existence de l'une ou l'autre des groupalités, mais une co-émergence de ces élaborations.

« L'invention psychanalytique du groupe... en construit une élaboration spécifique, distincte de celles que proposent la psychologie ou la sociologie : son intérêt se spécifie par l'attention qu'elle porte aux effets de l'inconscient sur les processus de groupe, autant que par les effets de groupe sur les processus psychiques. [...] ... « Groupe » désigne la forme et la structure d'une organisation des liens intersubjectifs entre plusieurs sujets de l'Inconscient telle que leurs rapports produisent des formations et des processus psychiques spécifiques... « groupe » désigne la forme et la structure d'une organisation *intrapsychique* caractérisée par les liaisons mutuelles entre ses éléments constitutifs (des objets psychiques) et par les fonctions qu'elle accomplit dans l'appareil psychique et dans les liens intersubjectifs. » (pp. 4-5 [...] pp. 12-13, Kaës, 1999)

Il s'agira donc de deux groupalités : l'une s'inscrivant dans les rapports entre plusieurs psychismes, l'autre prenant racine à l'intérieur même d'un psychisme singulier. L'appareil psychique groupal désigne la groupalité des rapports intersubjectifs. Il note le principe selon lequel le groupe intersubjectif n'est pas une simple accumulation de psychismes singuliers, mais une formation psychique à part entière :

« L'appareil psychique groupal est un « appareil » irréductible à l'appareil psychique individuel ; il n'en est pas l'extrapolation. Il accomplit un travail psychique particulier : produire et traiter la réalité psychique de *et* dans le groupe. Il n'y a pas seulement collection d'individus, mais groupe, avec des phénomènes spécifiques, lorsque s'est opéré entre les individus constituant ce groupe une construction psychique commune... » (pp. 64-65, Ibid.)

Les groupes internes notent le principe selon lequel la psyché singulière d'un sujet est organisée de manière groupale :

« ...la psyché est structurellement organisée comme un groupe...La notion de *groupalité psychique* qualifie une structure et une activité fondamentale, originaire et constante de la psyché : celle d'associer de la matière psychique, d'en combiner les éléments, de les différencier, de les transformer et de les organiser en des ensembles de complexité variable, mais aussi de les dissocier, ou de les réduire en une masse compacte et indifférenciée, ou encore de les agglomérer en des formations composites et hétérogènes...Elle n'est pas la simple introjection des groupes « externes », mais d'abord un schème d'organisation et de représentation de la matière psychique. » (pp. 112-113, Ibid)

Cette co-construction et co-émergence du sujet de/dans le groupe, participe et procède d'exigences particulières à la fois pour le sujet et pour les groupes intersubjectifs, exigences qui ne sont pas non plus réductibles aux exigences des psychés singulières agglomérées, mais mobilisent de nouvelles exigences « qui double(nt), en parallèle ou en interférence, celle qu'impose à la psyché sa nécessaire liaison avec le corporel » (p. 121, Ibid.). Nous verrons plus loin en quoi la périnatalité dans ce qu'elle convoque de corporéité justement, est un domaine spécifique, un champ spatio-temporel particulier, lorsque l'on tend à comprendre les processus psychiques qui y participent et en procèdent.

Ainsi, lorsque nous parlerons dans ce travail de groupe intersubjectif, nous évoquerons les relations entre sujets pensants et désirants, qui médiatisent en cela un mode « d'être ensemble » contextualisé dans l'actualité de leurs rencontres et qui fondent un fonctionnement psychodynamique particulier (comme formation et processus de liaison-création-destruction-relation) à la fois par et pour les singularités et par et pour les groupes, intra et interpsychiques. Le groupe ne sera donc pas dans ce présent travail simplement entendu comme englobement des sujets, mais tiendra compte des quatre concepts psychodynamique de l'abord des groupes :

« ...le concept de groupalité psychique et de groupe interne ; le concept d'exigence de travail psychique imposée à la psyché par la subjectivité de l'objet ; le concept de travail de l'intersubjectivité ; le concept de sujet du groupe. » (pp. 111-110, Ibid.)

Comme nous serons amenés à l'entendre tout au long de cette recherche, nous considérerons que les observations réalisables à une échelle singulière peuvent ne pas être seulement analysables à cette échelle et réciproquement : que les observations réalisables à des échelles intersubjective et groupale, peuvent signifier beaucoup plus

que les informations simplement attenantes à ce qui se joue à ces niveaux d'analyse élargie. Autrement dit, nous nous inscrivons dans les focales cliniques consistant à tenter d'entendre au-delà de l'aspect concret voire incarné des émetteurs-transmetteurs-récepteurs, le principe selon lequel les dynamiques psychiques respectives, aux niveaux singuliers et groupaux, augurent une très grande richesse d'adressage, d'assignation, de partage des vécus, de penser et parler en place de... où chacun et tous vont, plus ou moins consciemment, fonctionner en interrelations représentationnelles et émotionnelles et porter pour leur propre compte mais également celui des autres, affects, images, pensées...etc.

### **I.1.e. Le réseau périnatal ; accueillir la mise et la venue au monde des enfants à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire**

En partant d'un travail de terrain de type ethnopsychologique ayant consisté à interviewer, avec la méthode ethnobiographique (Poirier J., Clapier-Valladon S. et Raybaut P. 1983) au sein d'une maternité de niveau III, les professionnels actuels de la périnatalité, l'idée était d'entendre et de comprendre, avec une recherche documentaire en parallèle sur les cahiers de l'Affree, les réflexions théorico-pratiques contemporaines de ces intervenants. Ayant analysé à l'aide des théoriciens de la psychodynamique groupale (Anzieu et al. 1987, Kaës et al. 1987) ce qui pouvait ressortir de ce recueil des données en ce qui concernait les modes, manifeste et fantasmatique, de fonctionnement de ces accompagnants, des liens avaient alors été échafaudés avec les éléments recueillis dans le troisième volet de ce mémoire de DEA : l'étude documentaire historique et anthropologique de l'évolution de l'Obstétricie, de la Préhistoire à nos jours (Foucault M. 1963, Coulon-Arpin 1981, Laget M. 1982, Kniebielher Y. et Fouquet C. 1980 et 1983, Gelis J. 1984 et 1988, Bonnet J. 1988).

Sans reprendre tout le développement théorico-clinique ayant été élaboré au sein du mémoire de DEA, il apparaît important dans ce paragraphe de baser certains jalons étayant les réflexions du travail de thèse qui va ici nous occuper.

### **Un fil rouge**

La périnatalité organisée en réseau, telle que nous la vivons actuellement, procéderait d'une logique anthropologique de l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants, dans un abord transversal, à la fois historiquement, mais également ethnologiquement. Autrement dit, les soubassements symboliques à l'organisation des professionnels actuels de la périnatalité, s'inscriraient phylogénétiquement dans des préoccupations similaires à leurs prédécesseurs et homologues étrangers, mais en étant simplement exprimés autrement, à travers des mythes, des rites et des techniques issus de notre société moderne occidentale.

Un des points primordiaux souligné par cette étude de DEA, fut un fil conducteur retrouvé à travers les âges et les différentes civilisations : les êtres humains s'organisent pour accompagner la mise et la venue au monde des enfants, dans le but de prévenir et de protéger. A l'aide de techniques, de rites et de mythes propres à chaque culture, ils tentent de contreenir aux dangers réels et symboliques de la naissance. Les risques de mortalité et de morbidité à la fois pour la mère et pour l'enfant, constituent le socle appréhendable dans la réalité, de la dangerosité de l'enfantement. Mais, au-delà de cet aspect manifeste qui ne recouvre qu'une part infime de l'ensemble des enfantements, c'est notamment les dangers symboliques qui amènent les Hommes à s'organiser autour de la gestante, de la parturiente, de la jeune mère et de son enfant. Ce risque, beaucoup plus latent, procède du fait que la Naissance est considérée symboliquement comme un moment charnière entre vies et morts. Un passage où se rencontrent, dans la dynamique trans et intergénérationnelle, les ancêtres et leurs descendants, déjà nés ou à naître, manifestes et fantasmés. C'est une porte ouverte sur un au-delà de la vie ordinaire, l'Inconnu qui risquerait de déstabiliser l'ordre établi. Quand en plus, nous prenons en considération ce que rappelle José Bleger :

« Ce n'est pas seulement la nouveauté qui provoque la peur, mais aussi *l'inconnu qu'il y a à l'intérieur de ce qui est connu* (rappelons que ceci est l'essence de l'inquiétante familiarité... » (p. 53, Bleger, 1987)

nous comprenons l'éminence de ces enjeux.

Ainsi tente-t-on de prévenir et de protéger à la fois la femme devenant mère, le naissant devenant enfant, mais également et surtout les groupes familiaux et sociaux qui, se transformant pour leur permettre (ou pas) de s'intégrer, risquent eux-mêmes de se désorganiser. Les savoir-faire et savoir-dire alors mobilisés, sont fonction des différentes perceptions culturelles dans un « ici et maintenant » donné sociétal ; notamment quant aux théories cosmogoniques et de la procréation, aux représentations

de la femme et de la mère, à celles de l'enfant et surtout de ce qui fait autorité en matière de protection à ce moment-là et dans ce lieu-là. Ainsi, au fil des temps et des cultures, la Naissance a toujours été un enjeu central de lutte, de pouvoir et d'influence : du phallocentrisme machiste contre le féminisme hystérique, à la sécularisation républicaine contre le prosélytisme religieux, en passant par la médicalisation scientifique contre les thérapeutiques populaires. Ces éléments historiques et anthropologiques qui continuent à nourrir de façon non négligeable la dynamique des actes et verbes actuels, sont pourtant souvent ignorés ou mis de côté face aux problèmes rencontrés dans l'immédiateté des pratiques quotidiennes, avec des confusions latent/manifeste qui peuvent alors apparaître comme le souligne Paul Cesbron :

« Notre attitude, dictée par le principe de précaution aboutit – et nous le pressentons fort bien les uns et les autres, mais le plus souvent isolément - si nous n'y prenons pas garde, à une fuite en avant sécuritaire et stérilisante à l'opposé de l'attention. [...]

C'est de bienveillance, d'extrême attention et donc d'infini respect qu'ont besoin ce bébé, sa mère et tous les siens. Et non pas de réglementations protocolisées, tatillonnes et déshumanisantes. » (p. 70 [...] p. 77, Cesbron, 2006)

Ainsi était-il important de souligner dans le mémoire de DEA (et de les rappeler ici au début de notre thèse) ces éléments historico-anthropologiques afin de les lier aux préoccupations contemporaines, en tentant par là même de dégager pour ces dernières, une lecture plus novatrice et transdisciplinaire que les modèles théorico-cliniques jusqu'alors proposés.

### **Des tenants historiques**

Afin de se recentrer directement sur ce qui va nous concerner dans ce présent travail, nous n'allons pas reprendre tout l'historique développé dans le travail de DEA, mais souligner le moment charnière basant, plus ou moins implicitement, les conceptions actuelles qui vont nous occuper (Foucault M. 1963, Coulon-Arpin 1981, Laget M. 1982, Kniebielher Y. et Fouquet C. 1980 et 1983, Gelis J. 1984 et 1988, Bonnet J. 1988).

C'est notamment à partir de la formidable évolution des représentations qui s'est déroulée du XVII<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle, avec les modifications politico-économiques des révolutions industrielles, que s'augure un tournant historico-anthropologique majeur. Tournant qui via l'exode rural, voit s'éroder peu à peu la richesse symbolique naître des traditions d'un mode de vie paysan, au profit d'une technicisation et d'une individualisation des modes de vie urbains. En effet, la conception de la vie

traditionnelle (du cycle de l'énergie vitale où l'homme était inscrit dans des lignées familiales, communautaires et écologiques élargies, où l'appréhension du corps et de ses vicissitudes était incluse dans une logique cosmologique) trouvait son fondement et sa pérennisation au sein d'un mode de vie rural, dans une grande proximité entre l'Homme et le Nature. Avec l'urbanisation grandissante au fil des siècles, la conscience de cette cohabitation s'estompa peu à peu, laissant place à une représentation de l'être humain de plus en plus détaché de son écosystème phylogénétique et par là-même, de plus en plus éloigné de ses appartenances aux différents groupes bio-sociologiques d'identification. Dans ce contexte, la vie individuelle prend de la valeur, d'autant plus que parallèlement et de façon réciproque, la nouvelle théorie socio-économique de la richesse des nations fondée sur la richesse humaine (quantitativement et qualitativement performante) renforce l'idée que la maladie, la souffrance et la mort, ne doivent plus être inéluctables. S'estimant dès lors hors, et sans doute supérieur au reste des éléments naturels, l'Homme entend bien les domestiquer et pour ce faire, les examiner. Les sciences naturelles prennent un essor considérable, préparant la révolution médicale qui s'annonce : la nature devenant objet de science allait permettre au sujet humain de le devenir à son tour. Et parce qu'en revanche, l'assignation séculaire de la femme à ses prérogatives maternelles ne change pas, parce que malgré les théorisations balbutiantes de la procréation le mystère de la matrice reste entier et signifié comme animalité, la Naissance perd d'un côté la place prédominante qui était la sienne dans les systèmes analogiques et animistes de la symbolique traditionnelle, pour être de l'autre rationalisée et domestiquée comme tous les éléments naturels à contrôler.

Auparavant, la prévention et l'intervention thérapeutiques consistaient majoritairement à laisser le temps aux diverses affections de se dérouler pour bien se faire connaître, la maladie étant alors signifiée comme essence néfaste universelle se propageant de corps en corps, sans aucune prise en compte du souffrant : bien au contraire, pour explorer le mal, il fallait faire abstraction du malade. On ne se rendra compte ensuite, malgré l'immutabilité de la maladie, que de certaines variations selon la localisation de l'indisposition, selon le contexte environnemental de son apparition et donc également et finalement, selon les individus. Dans ce contexte de pré et post Révolution Française immédiat, deux mythes apparaissent : premièrement, la représentation de la profession médicale nationalisée et investie de nouveaux pouvoirs sur le corps semblables à celui que l'Eglise exerçait sur les âmes et ce faisant deuxièmement, l'utopie d'une grande épopée médicale, ayant pour dessein la disparition des pathologies. Dès lors, le



mouvement médical s'octroie une autorité et une audience quasi omnipotentes dans tous les domaines : scientifiques bien sûrs, mais également moraux et politiques. Position qui dans les actes s'avère d'autant plus problématique qu'alors, on ne sait encore que maladroitement restituer le visible par le dicible, et que l'unité de la connaissance et de la pratique médicale semble impossible. Ainsi, ce qui inaugure la naissance de la Clinique au XIX<sup>e</sup> siècle n'est pas simplement la formation du savoir médical au lit du malade dans le cas par cas de l'enseignement empirique (ce qui existe depuis toujours) mais une nouvelle modalité de transmission des connaissances. Afin d'enseigner l'expérience par la parole, c'est toute une sémantique médicale qui se met en place, où le rôle essentiel du médecin dans sa pratique et son enseignement est de transcrire les symptômes en signes. La perception subjective devient outil du rapprochement soignant-soigné, face à la nécessité de maintenir le discours dans la distance temporelle, puisqu'à ce moment là paradoxalement, c'est la définition médicale de la mort qui permettra une nouvelle définition contemporaine de la vie. En effet, alors que la maladie était traditionnellement conçue comme événement indésirable mais incontournable pouvant engendrer la mort, sa représentation moderne médicalisée la place comme résultante du fait inéluctable que la vie humaine est périssable. Tout ceci conditionnant dès lors la différence majeure entre le soin et la guérison, mais également et surtout, l'idée que la normalité et la santé n'existent que dans la négativité de la maladie. Autrement dit, le corps sain n'est tel que parce qu'il a été prouvé préalablement qu'il n'était pas malade. Ce principe central de la médecine moderne où tout corps est potentiellement malade jusqu'à preuve du contraire, aura un retentissement certain sur l'enfantement. En effet, tout dysfonctionnement et tout dérèglement du métabolisme mettant en porte-à-faux son équilibre habituel, est appréhendé comme facteur pathogène potentiel. Or, aussi maturant puisse-t-il être à plus ou moins long terme, le processus gravidique, parce qu'il bouleverse l'homéostasie générale de la femme devenant mère, fut dès lors appréhendé comme état pathologique. La grossesse étant vectrice de maladie, sa surveillance étroite par le corps médical trouvait là son argument essentiel : positionnant ainsi primordialement la médecine dans les jeux de pouvoir et d'influence énoncés précédemment. Dans cette progression idéologique, la Naissance se trouva peu à peu amputée des soubassements symboliques traditionnels qui soutenaient pourtant, au travers d'un faisceau de sens très étroit, les discontinuités et réaménagements consécutifs nécessaires à la mise et la venue au monde des enfants.

Au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, les conditions de vie sont précaires. Afin de protéger au mieux la population et permettre la reconstruction d'un pays totalement déstructuré, l'Etat s'organise en édifant diverses institutions de santé nationales, où la Naissance est alors appréhendée comme une priorité. L'enjeu central consiste en la réduction des situations de mortalité et de morbidité, maternelles et infantiles, dans un contexte d'urgence démographique, compte tenu de l'extraordinaire progression de la natalité. Ainsi, bien que de manière chaotique, la prévention des dangers manifestes de l'enfantement redevient un axe politique primordial, maintenant toutefois encore l'oblitération sur la part symbolique de la Naissance. De par entre autres les revendications de mai 1968, la Société de Médecine Périnatale est créée par les praticiens concernés (collèges d'obstétriciens, de pédiatres et des autres spécialistes amenés à intervenir dans le champ de la Naissance) en induisant ainsi un rapprochement progressif de ces professionnels, autour des problématiques de prévention des risques manifestes. Bien que les dispositions prises entraînent rapidement une certaine amélioration des indicateurs, de nombreux problèmes persistent, dont notamment la constatation des effets iatrogènes d'une surmédicalisation experte, morcelée et morcelante. Parallèlement, les avancées scientifiques en obstétrique et en pédiatrie dans les années 1970, dont notamment les explorations fœtale et néonatale, offrent des progrès considérables et leur corollaire d'interrogations éthique et déontologique. La spécialisation des interventions induites par ces découvertes, amène les différents professionnels à communiquer et à s'organiser en réseau, avec comme axe primordial le rapprochement des services de Maternités et de néonatalogie : soit sur un plan plus latent, une suture de la continuité entre l'ante et le post natal. Les dysfonctionnements restent pourtant nombreux, dont notamment les conséquences de prises d'initiatives esseulées et non congruentes mettant à mal les perspectives préventives nationales. D'où, dès le début des années 1990, l'élaboration de normes matérielles et ergologiques induisant la création des centres obstétrico-pédiatriques en Maternité de différents niveaux. Ce système organisationnel issu à la base des préoccupations des soignants, se constituera sur des logiques médicale et politique et permettra peu à peu la constitution d'un faisceau de liens humains concourant à une dimension préventive autour de la Naissance, tendant à être dans un au-delà du médico-centré technicisé. Ce fut ainsi en parallèle des logistiques technico-techniques des maternités « de niveau », la création d'un tissage d'interrelations générateur de sens, la mise en exergue d'un héritage intercesseur des symboliques oubliées, la (re)naissance d'une culture : celles des

accompagnants de l'enfantement. La périnatalité organisée en réseau possède en cela des ressources symboligènes, pouvant offrir lorsque les dynamiques de sens sont à l'œuvre, une fonctionnalité préventive et thérapeutique des troubles relationnels et émotionnels éventuels, au-delà des soins portés aux corps.

### **Le concept de « cercle vertueux » du réseau périnatal**

Des principes de prévention peuvent être dégagés dans l'organisation périnatale, principes développés notamment à partir des travaux de l'AFree et dans les ouvrages de la collection « Prévention en maternité »<sup>16</sup> : sources littéraires qui ont nourri nos cogitations en amont, mais également pendant notre recherche doctorale et resteront probablement encore longtemps pour nous, une grille de lecture théorico-clinique pertinente pour les praxis d'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants. Nous ancrons ainsi dans ce paragraphe la description de notre positionnement réflexif doctoral, par là où nous en étions restés lors du travail de DEA : une tentative de synthèse de théorisation, de la démarche psychoprophylactique du travail en réseau de la périnatalité. Il ne s'agissait pas bien sûr de dresser une sorte de « guide pour le parfait intervenant en périnatalité », mais d'explorer les pistes proposées par les professionnels eux-mêmes, quant à la mise en place d'une approche préventive somato-psychique globale de l'enfantement. Il s'agira surtout ici, si nous nous plaçons à un niveau méthodologique doctoral, de positionner quelles ont été les bases jouant presque pour nous le rôle de sortes de modèles internes opérants à la recherche, quant à la problématique de la thèse.

#### *Des préoccupations professionnelles actuelles et actualisées dans des enjeux et perspectives pour demain*

Les nouvelles techniques d'explorations et de soins soulèvent la question d'éventuelles attitudes eugénistes et d'une manière plus symbolique et plus globale, induisent une prise de responsabilité non négligeable du système médical dans le rapport vies/morts autour de la Naissance. Sans d'une responsabilité latente, la légitimité et l'utilité déontologique des savoir-faire actuels sont ainsi apparues comme des objets de questionnements constamment présents dans les préoccupations des soignants. Avec l'attrait du tout objectivable et du tout maîtrisable, les notions de limite entre intervention et intrusion et entre transparence des transmissions et confidentialité, sont

---

<sup>16</sup> Molénat F. 2001 et 2009

apparues problématiques. Tout comme le principe que les techniques préventives et thérapeutiques humaines, humanisées et humanisantes qui fondent la démarche de soin de l'organisation en réseau de la périnatalité, ont des effets difficilement quantifiables. La prévention si justement elle fonctionne, ne peut quasiment pas apparaître avec les outils évaluatifs actuels. Dans un domaine où les demandes de soins ne cessent d'augmenter alors que les moyens stagnent, voire diminuent, les efforts de sens se retrouvent alors souvent dans des temps officieux, des temps d'interstices, ceux qui ne laissent que peu de traces officielles et dont la transmission posent grandement question : laissant souvent les soignants esseulés et morcelés avec leurs préoccupations et leurs émotions.

Or, « Apprendre à apprendre de l'expérience » sans généraliser, tenter de dégager une trame commune à travers les cas par cas sans tomber dans des logistiques protocolaires trop rigidifiantes, se laisser surprendre tout en apprenant dans l'après-coup à relire le matériel clinique et réintroduire ce qui advient dans l'informel dans une logique de continuité, nécessitent temps, énergie et sentiment de sécurité pour les professionnels.

La difficulté centrale de la mise en place de l'interdisciplinarité (position optimale, entendue ici comme la communication entre elles de différentes disciplines versus pluridisciplinarité, entendue ici comme la simple accumulation des discipline ou multidisciplinarité, entendue ici comme le simple amalgame de ces dernières) est à ce titre un symptôme qui procède et participe tout à la fois de ces déliaisons. Le morcellement des intervenants, dont les formations initiales très spécifiées apparaissent comme potentiellement génératrices de difficultés communicationnelles et dont les sémantiques techniques représentent une entrave à la mise en place d'un langage commun plus transversal, se trouve en butte à la nécessité de confrontation des différentes disciplines : la périnatalité concernant un moment éminemment charnière où le biologique, le psychologique et le culturel s'entrelacent plus qu'à tout autre moment de l'existence, incite à aborder la naissance de manière holistique. Ces croisements langagiers recourent notamment deux dimensions sous-jacentes : les communications verbales et les communications corporelles, chaque discipline s'adressant plus primordialement selon sa fonction au langage somatique et/ou au langage psychique, mais en ayant souvent que peu de moyens pour garder en tête la dynamique somato-psychique globale pourtant incontournable du processus mutatoire psychosomatique de la Naissance, tel que l'a défini Claude-Emile Tourné (2002). Ces entrelacements des problématiques entre corps, psychisme et social, introduisent également la question des

rapports entre nature et culture, pathologie et normalité, fonctions symboliques et fonction manifestes des praxis : un équilibre se cherche alors entre méfiance et naïveté cliniques, entre surveillance et vigilance, entre réunionite et passages à l'acte : autant d'interrogations controversées et parfois conflictuelles dans les pratiques quotidiennes, sans que cela ne soit par ailleurs toujours conscientisé. Dans cette même problématique des accordages, la question du temps constitue également un autre chantier de données à harmoniser : face au diachronisme du processus d'enfantement (à la fois long et court et/ou lent et rapide) et aux différentes notions d'urgence, le temps des interventions de chacun ne correspond pas forcément et demande plus ou moins de travail de lien pour maintenir continuité et congruence. Le travail en équipe, entre équipes, entre services et entre institutions n'est donc pas sans interroger la multiplicité des points de vue, des fonctions, des techniques, des théories, des savoir-faire et savoir-dire...façonnant une sorte de vision en kaléidoscope des différentes situations cliniques. Le morcellement de la répartition géographique des différents services apparaît alors comme une variable manifeste et une dynamique potentiellement iatrogénique, à la fois pour les familles et pour les soignants eux-mêmes. Les disparités entre statuts et rôles conscients et inconscients dans l'intra et l'intersubjectivité, font partie de cette clinique institutionnelle extrêmement complexe. Clinique d'une grande richesse, mais fomentant également les risques de désaccordages majeurs : non respect de la place de l'autre, sentiments d'incompréhension et de rejet. Dans ce contexte, les ratés dans les transmissions apparaîtraient symptomatiques par leur absence, leur insuffisance ou leur inadéquation quant aux informations attendues pour maintenir la continuité et la congruence des accompagnements. Expectative déstabilisante pour tous et qui cristallisent dès lors une tendance défensive pouvant faire obstacle au travail en commun. Si certains problèmes sont propres à la singularité des soignants, la plupart des interrogations sont relatives à la gestion de « l'être en commun » et concernent donc des relations humaines globales, des intervenants entre eux et des intervenants avec les familles. Ce problème central de « l'être ensemble », entre la possibilité « d'être avec » et l'évitement « d'être à la place de », souligne l'importance que chacun puisse avoir une place à la fois stable et plastique. Elle permettrait par ailleurs de repositionner la logique selon laquelle ce sont les familles qui naissent et qui devraient donc pouvoir, d'une part être les bénéficiaires principales de l'organisation des accompagnements autour de la Naissance, et d'autre part nommer elles-mêmes le ou les professionnels avec le(s)quel(s) elles souhaiteraient évoluer. Position souvent d'autant plus difficile à

tenir, que les situations cliniques problématiques sont complexes et sensibles, mobilisant alors des mécanismes défensifs groupaux plus rigides et moins confortables, quant à la question des sujets de/dans le groupe.

Ces développements des réflexions professionnelles issues des archives de l'Affree et des recueils ethnobiographiques de l'enquête du DEA sur le terrain, ne s'avéreront pas fondamentalement différentes de celles que nous recueillerons lors de l'enquête doctorale, telles que nous les développerons dans la deuxième partie de ce manuscrit. Il sera en revanche intéressant d'entendre que les formulations, recueillies en individuel dans le cadre de cette thèse, ne seront pas exprimées de la même manière que celles issues des groupes de formation. Qu'en cela nous pourrions ici entendre plus explicitement nous semble-t-il, les mouvements psychiques représentationnels et défensifs notamment, sous-jacent aux discours des participants à la recherche doctorale.

#### *Des tentatives de progression*

Afin de permettre aux parents de bien accueillir leur(s) enfant(s), le respect de leur rythme de parentalisation serait une donnée primordiale, qui devrait pouvoir être aménageable par les intervenants de la périnatalité, mais qui ne pourrait l'être qu'à condition qu'eux-mêmes puissent se sentir respecter dans leurs propres rythmes réflexif et émotionnel de professionnel. Dans cette optique, il serait un constat en réciprocity: les dysfonctionnements de l'organisation des intervenants autour de l'enfantement pourraient également engendrer une iatrogénie importante. Entre ces deux valences, certains accros peuvent apparaître.

« La survenue d'une discordance, un changement de service, une bévue, peuvent être l'occasion d'une irruption émotionnelle éclairante si elle est travaillée. » (p. 136, Molénat, 2003)

Ces mouvements d'étayage trouvent un début d'explication en étant reliés à la notion de contenance. Le temps de la Naissance est un temps particulier de réaménagements, de déséquilibres maturants, qui entraîne la résurgence plus ou moins consciente d'affects et de représentations chez chacun. Moment de crise offrant un espace de création où les mouvements psychiques trouvent une nouvelle chance d'intégration, mais fondant également une période de fragilité particulière lors de laquelle les familles apparaissent très sensibilisées (Bydlowski, 1997 et 2000).

L'infans (Lacan, 1966) c'est-à-dire l'enfant qui ne peut encore accéder au langage (l'infans-naissant dans l'actualité de sa Naissance, mais également l'infans-futur parent et l'infans dans le parent, ainsi que l'infans-futur soignant et l'infans dans le soignant) ressent et/ou a ressenti différentes sensations, sans être encore capable de les intégrer de manière fonctionnelle. Pour qu'il puisse y arriver, la personne qui lui donne les soins, qui le nourrit, qui remplace momentanément son incapacité à ne pouvoir subvenir seul à ses besoins, va en réalisant ce qui est préconçu par le bébé (diminution des tensions, plaisir de la satisfaction des besoins...) lui permettre d'échafauder peu à peu une activité de pensée. Parallèlement au maternage en actes se met en place un maternage psychique, qui consiste à penser l'infans, à le parler et à lui parler (Dolto 1990). Ce faisant, en mettant des mots sur ce qui n'est au départ pour l'enfant qu'une sensation, la personne qui prend soin de lui va lui prêter en quelque sorte, sa propre machine à penser, à interpréter et à intégrer les données de l'environnement : transformer au sens de Bion (1983) les éléments  $\beta$  en éléments  $\alpha$  qui lui reviennent signifiés et donc pré-intégrables, par la fonction-alpha et permettre ainsi au petit d'Homme de métaboliser (selon les processus décrits par Aulagnier (1975) ses sensations en ressentis, ses ressentis en perceptions et ses perceptions en représentations fonctionnelles dans l'économie intra et intersubjective.

C'est en ce sens que sera entendue dans notre travail la fonction contenant, au sens de Anzieu (1987) que nous nommerons plus précisément à l'instar de Denis Mellier (2002, 2005) la « fonction à contenir », telle qu'il l'a également défini par ailleurs :

« Le travail psychique à effectuer consisterait ainsi à transformer de profondes tensions non-psychiques, une souffrance primitive, en éléments psychiques émotionnellement repérables pour le sujet, représentables ou plutôt pré-représentables, au niveau de « représentations de chose ». La fonction à contenir désigne ce travail à effectuer, c'est ainsi également une fonction à symboliser. » (Mellier, 2002)

« Si la fonction à contenir concerne très directement la construction des propres capacités de penser du bébé, elle concerne également les soins qui lui sont prodigués par ses parents, sa famille mais aussi par le lieu d'accueil. Il y a ici tout un « emboîtement » des différents niveaux de la fonction à contenir : individuel, familial, groupal et institutionnel. » (pp. 428-429, Mellier, 2005)

Cette notion d'emboîtement et de différentes strates apparaît fondamentale quant à l'objet de notre recherche, comme nous le développerons par la suite.

Fonction à contenir non en amalgame à la fonction-alpha donc, mais comme en découlant de par le fait qu'elle procède des sentiments de congruence et de continuité que permet justement une structuration de l'activité de pensée(er) suffisamment stable

et plastique à la fois. Par la fonction-alpha, la personne qui prend soin de l'enfant inaugure une relation de contenant/contenu, de laquelle le naissant grandira peu à peu en tant que sujet, en construisant par lui-même les mécanismes psychiques organisateurs de ses processus d'intégration et des éléments qui en seront les fruits. Ce faisant, il constitue une séparation entre ce qui sera dès lors son monde interne (mode de penser singulier) et son monde externe (espace environnemental dans lequel il s'inscrit) ; séparation plus ou moins perméable selon les dynamiques relationnelles en jeu, à la fois intra et intersubjective, frontière d'échanges entre le soi et le non soi : l'enveloppe somato-psychique. Fonction plus qu'entité puisque la contenance n'est pas un état de simple réceptif, mais un véritable organisateur psychique qui, tout en permettant la stabilité de l'ensemble de la structure somato-psychique, autorise la communication des différents espaces qu'elle délimite (espace psychique interne, espace psychique perceptif et espace psychique d'autrui, au sens de Houzel<sup>17</sup>) sans que ces échanges ne mettent en péril le fonctionnement global.

Pourtant, il existe certains moments où le sujet se trouve dans l'impossibilité de métaboliser dans l'immédiateté du vécu ce qui se passe pour lui. C'est le cas notamment des premiers temps de vie, mais c'est également le cas des temps de crise de l'existence humaine, dont notamment la Naissance. Alors que dans le contexte d'élaboration de la fonction-alpha l'infans n'a pas encore les capacités de penser mais n'en a que les potentialités, lors des moments de crise, le sujet possède les processus d'interprétation et d'intégration mais ne peut que difficilement s'en servir. L'enfantement, de par le grand chamboulement que produisent les nombreux réaménagements de la parentalité, de par la massivité des représentations et des affects plus ou moins conscients qui sont mobilisés, peut engendrer des débordements et enrayer les processus psychiques de régulation : une sorte de chaos, espace trop vide ou trop plein, peut-être même trop vide de trop plein, potentiellement créateur, mais également potentiellement pathogène. L'enveloppe et sa fonction contenante mobilisées de manière paroxystique par les dynamiques intra psychiques, tend à se fragiliser pour aménager les possibles réaménagements et tend à devenir ainsi plus vulnérable. Le rapport au monde, les abords frontaliers côté espace psychique perceptif et espace psychique d'autrui, apparaissent alors également beaucoup plus perméables aux différents échanges : d'où l'important impact de l'environnement à ces moments-là. Ainsi, le processus mutatoire de l'enfantement est un système d'englobements influents somato-psychiques. Le

---

<sup>17</sup> In Anzieu D. 1987



naissant est englobé dans une relation dyadique avec sa mère. Cette dernière, parce que primordialement femme, est englobée dans une dynamique de couple auquel son compagnon et futur père participe. Eux-mêmes, sont englobés dans une filiation faite de leurs histoires familiales respectives dès lors réunies. Ces systèmes familiaux sont englobés dans une structure sociale particulière, dont l'environnement le plus immédiat au moment de la Naissance, parce que tel est notre modèle culturel, s'avère être l'institution médicale et en l'occurrence le réseau périnatal. Outre les personnages familiaux et amicaux qui font parfois défaut, l'environnement des familles naissantes étant la périnatalité, se donner les moyens de permettre un étayage du devenir parent serait permettre que le réseau périnatal en ses représentants, puissent devenir une référence. Ainsi, la ou les personne(s) référente(s) seront les représentants d'une groupalité pour les familles naissantes.

Nous connaissons et travaillons en tant que psychologue clinicien intervenant en périnatalité (Missonier, 2003) les aléas de la mise et de la venue au monde des enfants (Lebovici S., Diatkine R. et Soulé M. 1995, Dayan J, Andro G. et Dugnat M. 2003, Mazet P et Stoleru S. 2003). Nous intervenons dans le cadre de nos compétences psychothérapeutiques en colloque singulier avec les bébés et les couples parentaux, voire avec les autres membres de la famille élargie, mais finalement souvent de manière très ponctuelle et sporadique en rapport aux différents temps de la prise en charge somato-psychique globale de l'enfantement. En parallèle, nous mettons en travail et nous nous mettons en travail dans une dynamique d'équipe. Mais, et malgré la qualité et l'intensité relationnelles mise en jeu par les alliances thérapeutiques lors de nos accompagnements du travail psychique, les intervenants de première ligne sont ceux qui, étant en contact direct et continu avec les familles, restent les plus à même d'effectuer leur accueil global. Dans la mesure de leurs compétences certes, mais en aucun cas dans les limites de leur spécialisation. Ce n'est pas parce qu'un somaticien n'est théoriquement censé s'occuper que du corps que ses compétences s'arrêteraient à ce simple domaine et que ses autres capacités s'en trouveraient invalidées. Par ailleurs, les professionnels transversaux, intervenant plus ponctuellement, n'étant pas forcément praticiens en direct sur le terrain, n'en restent pas moins présents lors des échanges plus indirects, formels et informels, manifestes et fantasmés.

Ainsi, permettre à l'environnement éco systémique de la mise et de la venue au monde des enfants à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire d'être adéquat pour l'accueil des parents et de l'enfant, serait se donner les moyens que le fonctionnement périnatal dans sa globalité

soit « suffisamment bon » pour ces derniers. Autrement dit, permettre la Naissance des familles nécessiterait que l'environnement humain, le réseau périnatal en sa démographie, soit à même de les penser comme accédants potentiels à cette place. Un environnement adéquat pour la Naissance est un environnement sécurisant et bienveillant dans la continuité et la congruence des vécus de chacun. Or, la bienveillance est avant toute chose l'acceptation de l'altérité : les notions d'empathie et d'identification, piliers des processus d'alliance, eux-mêmes sous-jacents aux processus thérapeutiques, trouvent là leur point d'ancrage. Le premier objectif du travail en équipe serait de pouvoir arriver à faire à plusieurs ce que l'on n'aurait pu, ou plus difficilement, faire seul : c'est-à-dire que nous retrouvons dans cet abord manifeste du groupe, les principes de la psychologie fonctionnaliste des ensembles humains. Les mouvements en jeu dans la mise et la venue au monde des enfants qui mobilisent massivement de part et d'autres des émotions profondes, engendrent la nécessité pour chacun de se sentir épaulé. Travailler en équipe ne signifie alors pas que tout le monde intervienne, mais que ceux qui interviennent soient porteurs de l'idée et de la dynamique globale de l'équipe, manifeste et fantasmée. La nécessité que chacun puisse avoir une place à la fois stable et plastique (à l'image de l'enveloppe somato-psychique) permettrait aux différents protagonistes, acteurs et intervenants de la Naissance, de se représenter et de pouvoir être représentés, dans l'acceptation du jeu intersubjectif des assignations.

En ce sens, les modes de communication sont importants. La confrontation des différents points de vue offre ainsi à chacun la possibilité de trouver sa place dans la dynamique d'équipe. Percevoir quels sont, pour chaque situation, les différents rôles et statuts de chacun, plus ou moins conscients, les différentes places et assignations de chacun, plus ou moins implicites, permet de mentaliser l'ensemble des faits, des vécus et des protagonistes : « d'avoir le réseau dans la tête ». D'où la nécessité de trouver un compromis groupal pour chaque situation, afin de dégager un discours unifié et congruent, où chacun peut ainsi se repérer, être repérable et repéré, afin que le respect de chacun ne soit pas trop antagoniste par rapport au système de valeur groupal ainsi initié et ne nuise donc pas à l'articulation commune.

En bref, cette « cascade » d'étayage où les professionnels se sentant en sécurité peuvent être disponibles pour l'accompagnement bienveillant des familles, engendre le soutien de ces dernières dans leur processus mutatoire de parentalité, autant dans ses vicissitudes que dans ses potentiels créateurs. C'est une dynamique de soutiens mutuels qui est ici à l'œuvre : la contenance des professionnels permettant celle des parents qui,

à leur tour peuvent être contenantants avec leur enfant. Redevenant capable de penser, le parent pourra penser l'enfant et lui offrir ainsi les possibilités de se penser un jour. Autrement dit, la fonction contenantante, la fonction à contenir, attribuée à la périnatalité en réseau dans sa démarche préventive pourrait être une contenance groupale.

Fonctionnant pour sa propre survie, « l'appareil psychique groupal » tel que le définit Kaës (1976, 1997) produit pour chacun et l'ensemble de ses membres qui participent de cette dynamique, des processus et des produits de pensée. Par ce que Kaës (1993 et 1996) a également conceptualisé sous l'appellation de « formations intermédiaires » (dont notamment les processus fantasmatiques et d'identifications qui vont particulièrement nous occuper dans ce travail de thèse) sorte de points de nouage du sujet et de l'ensemble, qui forme des alliances plus ou moins conscientes pour le bon fonctionnement commun, le sujet de/dans le groupe se voit assurer un étayage majorant sa propre gestion de l'énergie psychique. Ainsi, à l'instar des premières figures de soins, lorsque le sujet n'est plus en capacité de pouvoir gérer ses propres activités de pensée, d'interprétation et d'intégration des tensions et conflits intra et intersubjectifs, le groupe peut venir prêter son appareil psychique groupal afin de traiter et réguler ces mouvements, le temps que le « débordement psychique » se résorbe et que le sujet puisse recouvrir son état adéquat de pensant. Par l'expulsion dans l'espace groupal de ses contenus psychiques non élaborés, le sujet utilise le groupe comme pare-excitation. Par la transformation, le groupe lie ce qui ne pouvait l'être dans la psyché individuelle, instaure une régulation par l'instauration de limites et de significations aux objets non interprétés, en leur prêtant dans l'ici et maintenant, les représentations de son activité de pensée(er). Cette psychodynamique groupale est essentielle quant à la problématique de la fonction psychoprophylactique du réseau périnatal : c'est grâce à cette co-affiliation que ce qu'il advient dans le singulier pourrait être appréhendable pour et par le collectif et réciproquement et que la fonction contenantante groupale, la fonction à contenir de, pour et par le groupe, pourrait advenir. Lorsqu'un acteur et/ou un intervenant se trouve en difficulté au sein du réseau périnatal, ce dernier en tant que groupe, voire institution, pourrait fonctionner comme appareil psychique groupal, en enveloppe psychique contenantante (Anzieu 1981). Le groupe n'est pas transcendantal, il est dynamique et incarné par les différents acteurs et intervenants de la périnatalité qui, parce qu'ils sont chacun et ensemble membres et porteurs du groupe, peuvent ressentir et outiller les dispositifs défensifs de l'appareil psychique groupal du réseau. Dans ce contexte, le plus-d'un-autre est à la fois le collègue pour le professionnel, le soignant pour le soigné

et le patient pour le praticien. L'importance de cette dynamique est le sentiment de congruence et de continuité qu'elle procure pour chacun et pour l'ensemble, fondant ainsi le vecteur primordial des démarches préventive et thérapeutique. En effet, ce type de fonctionnement fondant l'architecture du faisceau des liens, pourrait permettre le façonnage d'un tissage d'interrelations phoriques, pour tous et pour chacun :

« ...le groupe est thérapeutique parce qu'il est le lieu de la réunification interne, le lieu du sens et le lieu du lien... » (p. 7. Kaës, 1999)

« ...[Ndlr : le sujet (re)trouve dans le groupe : ] des fonctions de suppléance anaclitique contre l'effondrement des étayages internes, un système d'objets de réassurance contre l'état primordial de détresse et contre la peur d'être seul dans le noir, un dispositif de protection contre l'excitation traumatogène et contre l'angoisse. » (p. 197, Kaës, 1993)

Ainsi se dessinerait le « cercle vertueux » de la fonction contenant des liens autour de la Naissance : la périnatalité en réseau, organisation humaine professionnelle comme outil préventif. La réciproque en cas de dysfonctionnement risquerait alors de provoquer, par les impacts éventuellement pathogènes de cette psychodynamique groupale, certains processus iatrogènes.

« ...l'institution est une instance d'articulation de formations psychiques extrêmement sensibles aux effets de la déliaison. Qu'elle affecte les niveaux intra- ou intersubjectifs, qu'elle se manifeste par une dérégulation partielle, un désinvestissement global ou une mise en crise catastrophique, la dérégulation des liens institutionnels s'accompagne d'une souffrance psychique affectant les personnes et les groupes composant l'ensemble... les phénomènes de déliaison pathologique des liens institutionnels sont révélés par une dérégulation économique groupale... Ils résultent d'une carence de l'appareil psychique groupal [Ndlr : au sens de Kaës] à articuler la force et le sens, à maintenir un espace de symbolisation qui accueille, gère et transforme les éléments pulsionnels insensés qui immobilisent les formations psychiques communes. » (pp. 49-50, Pinel, 1996)

Ici en étions-nous restés au sortir de notre travail de DEA, points qui pourraient être synthétisés dans le tableau suivant :

Fonction contenant prophylactique et thérapeutique de la périnatalité organisée en réseau	Difficultés du travail en réseau
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupalité psychique organisée en réseau, fonctionnant et s'harmonisant de façon adéquate avec accordage représentationnel</li> <li>• Repérage adéquat de chacun dans le travail intra équipe, inter équipes, intra institutionnel et interinstitutionnel</li> <li>• Qualité satisfaisante du fond et de la forme des transmissions</li> <li>• Sentiment de sécurité des professionnels, identifiables et identifiés, travaillant en collaboration non cloisonnée</li> <li>• Accueil bienveillant des familles</li>   <li>• Sentiment de sécurité des parents, entourés dans le respect de leur dynamique personnelle</li> <li>• Accueil suffisamment bon du bébé</li> <li>• Adaptation globale optimale de chacun face aux aléas rencontrés</li> <li>• Bon présage pour la suite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupalité psychique organisée en réseau, fonctionnant difficilement en tentant de s'harmoniser</li> <li>• Accordage des représentations très compliqué</li> <li>• Repérage fragilisé de chacun dans le travail intra équipe, inter équipes, intra institutionnel et interinstitutionnel</li> <li>• Discordance communicationnelle du fond et de la forme des transmissions</li> <li>• Sentiment de vulnérabilité et/ou de toute puissance des professionnels, peu identifiables et peu identifiés, travaillant de manière isolée et morcelée</li> <li>• Prise en charge des familles tendant à être un accueil</li> </ul>

#### **1.1.f. Les notions de réseau périnatal et de réseau dans la tête en lien avec le concept de réseau(x)**

Traitant de la périnatalité organisée en réseau(x), notre recherche aurait difficilement pu faire l'économie d'aborder les très nombreuses références attenantes à la question de(s) réseau(x). Très nombreuses références, véhiculées notamment par trois revues scientifiques : *Quaderni, Réseaux et Flux*<sup>18</sup>, où cette notion est abordée de manière interdisciplinaire, bien que les tenants primordialement technologiques y tiennent une

<sup>18</sup> *Quaderni* : <http://www.revues.msh-paris.fr>. « ... se propose d'explorer un champ encore en jachère : la communication et ses rapports essentiels avec les technologies et le pouvoir. » Sous la direction de son créateur, Lucien SFEZ, Professeur de sciences politiques, « ...trois numéros annuels abordent ces questions dans une perspective résolument interdisciplinaire ». 69 numéros publiés depuis 1987, dont le dernier en 2009.

*Réseaux. Communication - Technologie - Société* : <http://revue-reseaux.univ-paris-est.fr/fr/revue-reseaux>. « ... s'intéresse à l'ensemble du champ de la communication en s'axant tout particulièrement sur les télécommunications. [...]La réflexion sur la communication étant à l'origine de nombreux débats au sein des sciences sociales, des numéros sont aussi consacrés à des questions d'ordre théorique ou méthodologique. Bien qu'orienté plutôt vers la sociologie, la revue *Réseaux* souhaite traiter les problèmes de la communication de façon pluridisciplinaire, et ouvre ses colonnes aux historiens, aux philosophes et aux économistes. » Sous la direction d'un de ses créateurs, Patrice FLICHY, Professeur de sociologie, il existe à ce jour 170 numéros, depuis 1982.

*Flux. Cahiers scientifiques internationaux Réseaux et Territoires* : <http://olegk.free.fr/flux/homefl1.html>. « ... revue pluridisciplinaire d'aménagement publiant des travaux sur les réseaux techniques (transports, eau et assainissement, énergie, télécommunications, etc.) et leurs relations avec les territoires qu'ils desservent. » Sous la direction scientifique de Gabriel DUPUIS, Docteur en mathématiques, Docteur d'Etat en lettres et science humaines, Professeur d'aménagement, il existe à ce jour 86 numéros, depuis 1990.

place plus majoritaire. Ainsi entendons-nous dès à présent un des points très importants de la notion de(s) réseau(x), celle de sa matérialité : point qui constituera un des éléments non négligeables de notre réflexion. Initialement, dans l'histoire de la constitution sémantique de ce terme, l'objet « réseau » est palpable et observable de manière manifeste avant d'être virtuel, viendront ensuite les considérations plus socio-philosophique, politique et psychologique à ce sujet.

### **La notion de réseau à travers les disciplines**

Pierre MUSSO (2003) comme nous le verrons plus amplement à la fin de la deuxième partie de notre travail, argumente une généalogie de la notion de réseau en quatre mouvements : biométaphysique<sup>19</sup>, biologico-politique, biotechnologique et technoutopique.

L'exposé qu'il dresse dans son ouvrage, nous est apparu incontournable quant aux réflexions de ce présent travail. Il introduit tout d'abord ces réflexions par un constat :

« Partout la figure du réseau s'impose. Tout est réseau, voire « réseau de réseaux ». [...]

Ce culte permanent du Réseau qui réenchante le quotidien... permet en même temps de réinterpréter le monde contemporain. [...]

Le réseau, objet multidimensionnel et mot fétiche, est devenu une doxa pour la pensée contemporaine... Le réseau est devenu une notion passe-partout, un outil d'analyse souvent utile, mais il ne peut plus prétendre au statut de concept... En effet, l'inflation des emplois du mot « réseau » est le double indice de la puissance originelle du concept et de sa « dégradation commerciale » contemporaine, pour reprendre une formule de Deleuze et Guattari<sup>20</sup>. Le triomphe actuel du réseau rend compte de ce mouvement de dégradation d'un concept accompagné de sa cohorte de métaphores et de leur réinvestissement imagier... » (p. 5 [...] p. 6 [...] pp. 9-10, Musso, 2003)

Constat qui n'est pas sans importance, compte-tenu de notre objet d'étude et de nos objectifs de recherche, dans les préoccupations qui sont les nôtres de pouvoir justement ici interroger ce qu'il en est de ce constat à propos plus spécifiquement de la notion de « réseau périnatal ». La notion de réseau serait polysémique et cette qualité engendrerait une perte de sens à son propos et réciproquement : le symptôme que nous avons précédemment évoqué du « trop vide de trop plein et du trop plein de trop vide ». Ainsi avons-nous repris comme socle réflexif à ce présent travail de thèse, les repères communs quant à la notion de réseau :

---

<sup>19</sup> Terme emprunté à Anne Cauquelin (1987)

<sup>20</sup> Renvoi de bas de page réalisé par Pierre Musso à ce propos : Gilles Deleuze et Félix Guattari, *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Paris, Editions de Minuit, coll. « Critique », 1991 (ouvrage non consulté dans le cadre de la thèse)

« La première représentation empirique d'un réseau (reconnaissance immédiate que « ceci ou cela ressemble à un réseau ») est un ensemble de lignes et d'interconnexions, de chemins et de sommets : chaque ligne conduit à plusieurs nœuds ou intersections et réciproquement, un nœud rassemble plusieurs lignes ou chemins. Le réseau produit une représentation faite de lignes et de points, de carrefours et de chemins. Cette image est toujours référée au maillage, c'est-à-dire au tissu et au filet, et quelquefois à des formes observées dans la nature, notamment la toile d'araignée, version naturelle du réseau que l'on retrouve jusque dans la désignation du web... Aujourd'hui, dès qu'on parle de réseau dans une discipline, c'est pour évoquer sa substance d'être intermédiaire. L'« inter » est convoqué : intersection (de lignes), interaction (en physique ou mécanique), interrelations (sociologie), intermédiation (économie) interconnexion (réseaux de communication), etc. « L'inter », désigne l'entre-deux, c'est-à-dire la relation d'échange et la fonction de passage. L'être du réseau est cet « entre-deux » ; sa substance est la relation, à la fois comme être intermédiaire et comme « passage », lorsqu'il est considéré en dynamique. Cette mise en liaison ne réduit pas le réseau à un simple lien, à une liaison, voire à une métailiaison, car il relie deux ou  $n$  pôles, lieux, acteurs. Il est à la fois ensemble de relations et de pôles reliés, d'où sa puissance analytique et évocatrice. [...]

En résumé<sup>21</sup>, nous présentons trois mouvements de l'invention du Réseau, marqués par un double processus : un premier d'incarnation symbolique de la technique réticulaire du tissage identifiée au corps et notamment au cerveau, et le second de formalisation-mathématisation du réseau comme forme générale pour expliquer les systèmes complexes par leurs structures réticulaires. Ainsi se développe un double processus d'abstraction/dégradation théorique et d'incarnation/dispersion symbolique du réseau. Tout se passe comme s'il s'agissait d'extraire une forme générale d'un dispositif technique existant (réseau-représentation), puis de la matérialiser dans un nouveau dispositif technique (réseau technique), à son tour célébré et fétichisé... Le parcours dans « l'invention du réseau » auquel ce livre invite, permet de suivre un travail de formalisation du réseau considéré comme une forme artificielle, celle du filet et du tissu, avant d'envahir toutes les représentations artificielles et naturelles avec les Lumières, et de devenir aujourd'hui omniprésente, notamment comme mode de représentation de l'ensemble de la société. » (pp. 12-13 [...] pp. 27-28, Musso, 2003)

Nous retrouverons tout-à-fait ce processus représentationnel (l'inter comme outil, décrit, théorisé et devenant objet en lui-même) dans les différents discours des participants à la recherche à propos du réseau périnatal, comme nous le verrons dans la deuxième partie présentant nos données. Nous entendrons également dans les développements de la seconde partie de notre travail (au sein du paragraphe sur l'évolution de la notion de réseau) l'aspect interdisciplinaire dans l'usage de ce socle commun qu'est la réticularité, autant sur les plans technico-techniques (artisanal, industriel, scientifique...) que sur les plans moins matériels (philosophie, sociologie, politique, économique...). Nous découvrirons que les fruits de ces différentes disciplines et notamment la manière dont

---

<sup>21</sup> Nous développerons plus amplement les développements de Pierre Musso en fin de deuxième partie, afin de lier ces apports réflexifs dans l'analyse des représentations des participants à la recherche attenantes au réseau.

chacune de ces disciplines a pu se nourrir des autres, offrent un grand intérêt quant à nos présentes réflexions, mais qu'en ce qui nous concerne nous travaillerons plus amplement avec les données psychologiques, notre discipline mère.

### **La notion de réseau dans le champ psychologique : anatomo-physiologie, cognition, psychosociologie et processus psychodynamiques**

Bien que nous serons évidemment amenés à parler dans ce présent travail de la part concrète du réseau périnatal, notre place de chercheur en Psychologie clinique nous amènera surtout à nous attacher à l'étude des processus psychiques, groupaux et singuliers, participant et procédant de l'établissement de cette organisation soignante autour de la Naissance. Processus psychiques que Françoise MOLENAT, avec les autres membres de l'équipe de l'Affree, ont travaillés et finalement conceptualisés sous la nomination de « réseau dans la tête », ou plus précisément du principe de « travailler avec les autres dans la tête ». Notion importante qui constitue notre socle de travail, puisqu'elle revêt selon nous l'essence des problématiques attenantes à la question du réseau périnatal, comme exemple de réseau de soins. Le réseau périnatal, *en tant qu'objet d'étude à part entière*, donne peu de résultats quant aux références scientifiques. En revanche, en élargissant les données à ce qu'il peut advenir au sein du réseau périnatal, dans les champs somatique, psychologique et psychiatrique, socio-anthropologique et politico-économique, les références sont nombreuses et variées, questionnant tour à tour les fonctions et les impacts du réseau périnatal quant aux différents objets d'étude abordés initialement dans ces ouvrages et articles.

Ce qui nous intéressera plus particulièrement dans ce présent paragraphe sur les liens entre les notions de « réseau », « dans la tête » et périnatal, est l'histoire de la constitution de la périnatalité organisée en réseau, telle que nous la connaissons aujourd'hui. La progression sémantique s'est réalisée dans une continuité de mouvements réflexifs en va-et-vient entre matérialité et conceptualisation. En effet, comme nous l'avons précédemment abordé dans le chapitre sur les tenants historiques, l'éclosion des logiques réticulaires au niveau sanitaire s'est faite dans les allers-retours tâtonnants entre constatations cliniques, réflexions, mises en place de référentiels de bonnes pratiques, retours épidémiologiques sur ces évolutions, etc... L'enquête menée auprès des professionnels de l'Affree, dont notamment Rose-Marie TOUBIN, Jean-Pierre VISIER, Joël ROY et Rafi KOJAYAN, ainsi que les échanges augurés avec les autres équipes périnatales très engagées dans ce travail de réflexion sur l'organisation en



réseau, dont notamment l'équipe du comité scientifique de Béziers périnatalité de Paul MARCIANO, avec notamment Mireille GALTIER et Jacques BESSON, ainsi que l'équipe de l'ARIP orchestrée par Michel DUGNAT, a permis d'ancrer les problématiques attenantes au réseau périnatal dans des préoccupations actuelles, mais surtout historicisées. Au fil de ces dernières décennies (qui s'échelonnent de l'après seconde guerre mondiale avec une accélération du phénomène de réticularisation des organisations de soins à partir des années 70 et jusqu'à leur avènement dans les années 90) les professionnels en poste feront l'expérience inaugurale de la mise en place de pratiques nouvelles, conditionnées par le sens de leurs remises en question cliniques. Travailler en réseau n'était pas alors une donnée de la réalité comme aujourd'hui, où les soubassements matériels et géographico-politico-économiques de l'organisation sanitaire justifient de manière tautologique les logiques de soins en réseau en elles-mêmes, mais bien au contraire. A partir de l'après-guerre, les prises de conscience de la nécessité des liens interprofessionnels sur le terrain comme outil de prévention de la mortalité et de la morbidité infantiles et maternelles, induisaient l'organisation matérielle comme outil nécessaire afin d'accompagner les familles naissantes dans une continuité et une congruence des soins, censées pallier aux effets potentiellement iatrogènes du morcellement, de l'isolement et des désaccordages des professionnels de l'enfantement. Au tout départ, le réseau périnatal n'existait pas en ce qui peut le décrire aujourd'hui. Initialement, il y a eu des constatations quant aux impacts éventuels (voire parfois avérés) morbides et parfois mortels, de l'accompagnement de l'enfantement tel qu'il pouvait être pratiqué : chaque praticien, selon sa spécialité et selon sa praxis, libérale et/ou hospitalière, travaillant en isolement et en cloisonnement, inaugurait alors des parcours de soins en discontinuité, discontinuité elle-même potentiellement et parfois concrètement iatrogène. Ensuite, les tentatives pour pallier à ces phénomènes de praxis morcelées et morcellantes se sont progressivement transformées en culture de travail, elle-même dénommée par la suite « travail en réseau », pour finir par la création très formalisée sur le plan des financements et politiques de santé, des organisations en réseau des services médicaux et sociaux périnataux.

Nous pourrions constater dans ce développement un hiatus : celui de la perte de sens progressive potentielle, entre les bases symboliques sous-jacentes à la mise en place de ces organisations réticulaires et le renversement qui s'opéra alors, entre réflexions échafaudant des conditions matérielles et réalité concrète donnée d'emblée, d'organisations risquant alors de devenir une fin en soi. Autrement dit en ce qui nous

concerne, le passage d'un contexte où les professionnels qui, ayant constaté les effets potentiellement délétères de leur organisation clinique ont travaillé à fonctionner progressivement de manière plus liée, à une situation plus actuelle où l'organisation des soins en elle-même justifierait une culture de travail, moins réfléchie et véhiculant alors peut-être moins de sens pour les intervenants et les acteurs de l'enfantement.

D'où toute la problématique qui constituera le socle de ce présent travail de thèse : quels seraient aujourd'hui les soubassements psychiques singuliers et groupaux actuels qui participent et procèdent de l'organisation périnatale en réseau que nous connaissons ? Quels seraient les fonctions et les impacts cliniques de ces processus psychiques, de la culture du « travail avec les autres dans la tête » ?

Lorsque l'on se positionne à ce niveau d'analyse « dans la tête », au niveau du psychisme donc, le concept réticulaire tient une place non négligeable : place qui permettra d'aborder la part à la fois concrète et métaphorique de cette dernière notion et de tenter en cela de lier les concepts de « réseau », « dans la tête » et « périnatal ».

« ...la psychologie clinique étudiant l'homme au singulier est une discipline interface entre les territoires de la psychologie, de la psychiatrie, de la psychopathologie, des neurosciences, de la psychanalyse et de l'anthropologie. Si elle veut se développer elle doit fonctionner comme telle entre différentes spécialités, tout en gardant rigoureusement son paradigme fondateur qui est l'étude de l'homme au singulier... » (p. 2, Doron, 1987)

Cette précision effectuée, nous débuterons sur le plan anatomo-physiologique où le cortex cérébral est considéré comme un entrelacs neuronal. Nous revenons ainsi aux balbutiements des logiques réticulaires en partant d'un palpable métabolique : le réseau dans la tête n'est alors pas une simple métaphore, mais une nomination révélant concrètement la nature organisationnelle neuronale. Organisation neuronale qui a mis du temps à pouvoir être décrite, comme le rappelle Jean-Pierre Changeux (1983) et non sans controverses : du « pneuma psychique » de Galien, à la phrénologie de Gall, en passant par la glande pinéale cartésienne, pour arriver aux démonstrations de Broca puis de Brodmann, les débats seront houleux entre « unitaristes » et « localisationnistes ». Débats qui mettent en exergue une problématique philosophique prégnante quant à ce présent travail de thèse : les liens entre indivis et partition, ou autrement dit la question de conjuguer multiplicité et continuité. Controverses que nous retrouverons plus tard dès le XVII<sup>e</sup> siècle entre les « réticularistes » et les « neuronistes », qui se questionneront sur l'organisation anatomique du cortex : les uns défendant l'idée d'une

organisation réticulaire où les cellules du cerveau liées les unes aux autres constitueraient un vaste réseau, les autres présentant le principe anatomique selon lequel les cellules neuronales seraient disjointes les unes des autres de par leur morphologie. Il faudra attendre la microscopie électronique de l'après seconde guerre mondiale et les développements électro physiologiques et biochimiques, de Galvani à Elliott en passant par Claude Bernard, pour comprendre qu'une effective discontinuité anatomique pouvait ne pas totalement remettre en cause les logiques réticulaires de l'organisation corticale et nerveuse puisque, à défaut d'être anatomiquement liés, nous savons aujourd'hui que les neurones et les nerfs le sont en revanche physiologiquement, électriquement et chimiquement. « Réseau dans la tête palpable » donc, où nous constatons à l'aide de ces digressions permises par l'histoire de la « neurobio-anatomo-physio-logie », que la question du réticulaire exige parfois de changer de focale réflexive afin de pouvoir être observée et analysée. Possibilités d'existence de différentes strates d'observation et d'analyse, que nous retrouverons dans notre propre démarche, comme nous le développerons en fin de deuxième partie du manuscrit.

Nous retrouverons cette préoccupation des différentes strates d'observations et d'analyses au niveau cognitif, où le fonctionnement psychique est abordé par des principes différents selon ce que l'on tend à étudier (Annick Weil-Barais (1993). En ce qui concerne le « réseau dans la tête », la démarche connexionniste apparaîtrait de prime abord comme la plus prégnante : conceptualisant en effet le fonctionnement psychique tel un ensemble de systèmes réticulaires interconnectés, le connexionnisme serait finalement le plus proche, à la fois des descriptions neurophysiologiques telles que précédemment énoncées, mais également du concept de « réseau dans la tête ». Toutefois, outre les idées de processus dynamiques et donc éminemment plastiques qu'elle souligne dans ses théorisations (lorsqu'elle décrit l'évolution et l'adaptabilité permanentes des liaisons et des connexions selon l'activité psychique) cette école cognitiviste mettant de côté la question des propriétés et des productions du fonctionnement psychique, nous semble ne pas pouvoir à elle seule rendre compte d'un « réseau dans la tête cognitif ». La démarche computationnelle qui aborde la question du fonctionnement psychique par la focale du traitement de flux informationnels, aurait également pu nous aider dans l'approche d'une cognition réticulaire puisque, comme nous l'avons souligné plus haut, les notions de « réseau » et de « flux » ont toujours été mises en lien dans les réflexions. Toutefois cette approche, outre la matérialisation en

flux informationnels qui nous semble parlante quant à la problématique de la circulation cognitive, parce qu'elle réduit par ailleurs au simple état de calculs et de manipulations les productions psychiques, nous paraît faire l'impasse sur la notion de potentialité créatrice de l'esprit humain : notion qui tient une place non négligeable dans ce présent travail de thèse. Le structuralisme quant à lui, bien que comme son nom l'indique tende à s'éloigner d'une modélisation dynamique au profit de l'établissement de schèmes fonctionnels, a l'avantage en revanche de proposer une lecture cognitive mettant en exergue les potentialités du fonctionnement psychique à construire et organiser le monde environnant le sujet. Toutefois, outre le fait que cette approche permette enfin d'aborder la problématique de la production psychique en symbole et non plus simplement en entités difficilement cernables comme dans les précédentes théorisations, outre les tentatives d'introduction d'une plus grande flexibilité dans ce modèle structural par l'approche modulariste de la cognition, gestaltiste et piagétien positionnent dans leur lecture le fonctionnement psychique dans un abord « individuocentriste » faussement indépendant, morcellant entre elles les différentes compétences cognitives et dichotomisant l'être et son environnement, en risquant de mettre à mal ainsi une compréhension plus holistique du fonctionnement psychique, transversale aux autres disciplines des sciences de l'Homme. Dans ce contexte, l'approche interactionniste nous semble, quand elle ne bascule pas dans un culturalisme exacerbé, repositionner les principes dynamiques des échanges comme moteur des potentialités cognitives, sans hiérarchisation par ailleurs d'une part de l'environnement sur le sujet pensant et vice versa, et d'autre part des processus et productions psychiques. Ainsi, nous pourrions tenter de synthétiser les différentes précédentes approches, en reformulant que « cognitivement » parlant, *le réseau dans la tête est présent premièrement dans la dynamique fonctionnelle procédant et participant de l'élaboration idéatoire, émotionnelle et comportementale. Deuxièmement par le traitement interne de flux informationnels dans une organisation réticulaire de liaisons et d'interconnexions, permettant à l'Homme d'intégrer ou non ses perceptions intra et intersubjectives, en (re)construisant en cela à sa manière, l'écosystème physique et social qui l'environne, et ainsi, d'y interagir de manière singulière.*

Dans le contexte des réflexions qui nous occupent ici plus particulièrement, ce positionnement cognitif impliquerait donc que le réseau périnatal est tel, parce que les modélisations psychiques qui lui sont sous-jacentes l'ont permis, mais qu'également de manière réciproque (sans induire de chronologie clairement identifiable entre les deux

phénomènes) l'organisation périnatale en réseau permet des modélisations psychiques qui correspondent à son fonctionnement.

Sur le plan psychosociologique, c'est au XX<sup>e</sup> siècle et notamment dans la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle, que se développent les études attenantes à l'organisation psychosociologique des liens humains (Pierre Mercklé, 2004). Dans ce contexte, une continuité s'inscrit entre les préoccupations philosophico-politiques des siècles précédents et les objectifs de recherche du XX<sup>e</sup> quant aux tentatives de compréhension des organisations des liens entre les Hommes. Différentes dichotomies rentrent alors en jeu, les organisations pyramidales verticales versus les organisations réticulaires horizontales, les organisations circulaires véhiculant des notions de déterminisme et de fermeture versus les organisations en réseau véhiculant les idées de potentialités infinies (Bes et Grossetti, 2003). Dans ce cadre du post-modernisme, les données psychosociologiques s'avèrent très proches des recherches liées aux processus de communication (Watzlawick, Weakland et Fisch, 1975) : les organisations humaines sont plus perçues comme procédant des systèmes techniques environnementaux que comme y participant (Rallet et Jaeger, 1990). Bien que Georg Simmel, Jacob Moreno et Norbert Elias inaugurent dès les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle un premier pas dans la représentation de la société dans des configurations de relations d'interdépendance réciproque (venant mettre à mal les modèles plus classiquement linéaires et hiérarchisés de l'époque) ceux sont Barry Barnes et Harrison White qui vont dans les années 50 utiliser la notion de « social network » et permettre en cela l'utilisation de l'outil-concept de « réseaux sociaux », dès lors très régulièrement usité.

« En résumé, l'approche sociologique des réseaux est marquée par la description préalable d'une société éclatée par atomisation des acteurs, voire des individus, aussitôt compensée par une survalorisation des « intermédiaires » et un déterminisme de la relation et de l'interaction. Trois temps ordonnent cette approche en termes de « réseaux sociaux » : d'abord, la description d'un état de la fragmentation sociale et institutionnelle, ensuite une analyse valorisant toutes les formes de liens, d'intermédiaires et de relations, et enfin, une formalisation de ces relations délivrant une clef de lecture du social, par l'intensité des relations observées entre acteurs atomisés. » (p. 313, Musso, 2003)

Sur le plan psychosociologique, les préoccupations sont notamment attenantes à la compréhension des effets des réseaux sociaux sur les psychismes. Nous tendons en ce qui nous concerne à atteindre ici les tentatives de compréhension non pas uniquement des psychismes procédant de, *mais procédant et participant tout à la fois des liens*

*humains en réseaux*. De la même manière, la démarche sociologique tendait de manière certes « méso » (entre « micro » et « macro » sociologie) de comprendre les processus réticulaires, mais en les constatant plus qu'en les analysant et pas du tout à une échelle singulière. Nous tenterons ici d'adopter une position plus charnière dans ces différents processus : position plus charnière qui marquerait en cela notre différenciation entre une approche psychosociologique et notre approche clinique. Toutefois, ce que nous apportent toutes ces sources, est le principe récurrent de la réticularité comme notion moderne et surtout postmoderne, de la relecture de processus sociaux semblant détoner dans leur perception en tous les cas et dans les réflexions qu'elles suscitent alors, avec des modèles sociétaux plus ancestraux. Remarque presque historique finalement, venant nous interpeller grandement quant à notre propre engagement de chercheur et au choix de notre objet d'étude. En effet, le réseau est très présent depuis quelques décennies et induit en cela les vigilances scientifiques quant à cette « mode », à l'instar des paradigmes de Thomas Samuel Kuhn (1962). Nous tenterons d'analyser en fin de deuxième partie du manuscrit, quels sens et quels enjeux pourraient revêtir ces constats dans le cadre de la périnatalité organisée en réseaux.

Dans un abord plus psycho dynamique, Frédéric Forest (2002) s'est attaché à étudier le fonctionnement des formations réticulaires (notamment virtuelles) avec l'aide d'une grille de lecture psychanalytique et notamment lacanienne. Ce faisant, il a mis en exergue de quelle manière les théoriciens psychanalytiques, dès Sigmund Freud, ont été influencés dans leur conceptualisation par des modélisations réticulaires. D'abord de par l'attachement de Freud aux connaissances neurologiques de son époque qui, comme nous l'avons précédemment énoncé, s'ancraient alors dans les thèses réticularistes. A partir de là, Freud réfléchit via sa « métapsychologisation » du fonctionnement psychique, à des processus en strates de réseaux psychiques afin de tenter d'expliquer les dynamiques sous-jacentes aux processus de pensées, intégrations des excitations intra et intersubjectives. Il s'agit alors pour Freud de comprendre les articulations permettant ou non la circulation de quantités d'énergie psychique, de flux donc, à partir d'un modèle déjà préexistant, celui des réseaux neuronaux. Ainsi, d'une base anatomo-physiologique réticulaire découlerait la métabolisation d'une métapsychologie suivant ce précédent modèle. Le flux de quantum énergétique initial et la conceptualisation réticulaire de son écoulement, laisseront place (en conservant toutefois l'idée d'une

organisation en réseaux) aux notions de circulations de la pensée, de représentations, d'affects...

« Si des ruptures épistémologiques sont franchies entre les conceptions neurologique (neurone), métapsychologique (représentation) et linguistique (signifiant), le réseau demeure invariablement l'élément support de leur théorisation sur laquelle il laisse sa trace. » (p. 120, Forest, 2003)

Nous retrouverons dans la théorie lacanienne (reprenant l'héritage de Ferdinand de Saussure) une réticularité à travers le concept de réseau de signifiants, où circule la problématique du désir. Basée sur la linguistique et ses modélisations en réseaux sémantiques, c'est notamment comme le souligne Jean-Pierre Desclés (1987) la problématique des liants et des relateurs (de ce qui permet la coordination entre les termes, des « traits » en un mot résumant) qui inaugure essentiellement l'abord réticulaire de ces questionnements. La chaîne associative participant et procédant du Symbolique, la cartographie en « grand-route » et chemins afin d'illustrer la dynamique et la fonctionnalité des signifiants, soulignent la dynamique réticulaire psychique du sujet pensant, du sujet désirant. Le « réseau dans la tête » s'ancre donc également ici, au-delà de la cognition, dans une inscription plus implicite, plus métaphorique, plus affective de la question. Où nous approchons de l'idée qu'au-delà de sa matérialité, le réseau périnatal est également et surtout présent dans la manière dont il est perçu : non seulement par un système neurosensoriel et intellectuel organisé en réseau, mais également par son inscription au sein d'une dynamique signifiante réticulaire.

A un moment charnière de la vie humaine, la Naissance, où le biologique, le social et le psychologique s'entrelacent tout particulièrement, nous avons choisi de nous intéresser à la compréhension de ce qui fonde les perceptions de ceux qui naissent, de ceux qui les mettent au monde et de ceux qui les accompagnent dans ces devenir. Nous nous inscrivons donc dans l'étude des processus psychiques et de leurs élaborations (représentations, affects, émotions, comportements...) : la Psychologie ; dans un abord singulier de ces productions : la Psychologie clinique. Dans ce contexte, nous nous positionnons à l'aide de grilles de lecture ethnopsychologique et psychanalytique, où le sujet humain singulier est considéré être tel parce qu'il vit en société et où ses dynamiques psychiques sont estimées dépasser ses compétences perceptives conscientes. Dans ce vaste champ de l'ethnopsychologie clinique psychanalytique périnatale, ce qui nous intéressera plus particulièrement est la manière dont les

psychismes humains vont s'agencer pour accueillir la mise et la venue au monde de leurs petits. Et, parce que cet objet nous semble dans ce contexte n'avoir été jusqu'alors que peu théorisé, nous nous attacherons plus particulièrement à étudier ces processus dans des abords tendant à lier le singulier et le groupal. Nous étudions ces processus dans la société française à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire (2005-2008) où l'organisation de Hommes autour de leurs Naissances est fondée sur un système de références et de légitimité données préférentiellement aux sciences et en l'occurrence, aux sciences médicales qui y sont spécialisées : la périnatalité. Ainsi, s'intéresser à la question des processus psychiques périnataux en ce qu'ils procèdent et participent tout à la fois des singularités et des groupalités, serait également se questionner sur les processus psychiques qui procèdent et participent de l'organisation périnatale, nommée comme étant « en réseau(x) » depuis quelques décennies.

La périnatalité en réseau(x) pose question quant à son évolution et notamment quant aux écarts constatés cliniquement entre ses soubassements réflexifs et ce qu'il en est des vécus quotidiens sur le terrain. L'objet de ce présent travail de thèse consistera ainsi à observer et analyser les processus psychiques et leurs élaborations, procédant et participant de la périnatalité organisée en réseau(x) : le réseau périnatal en ses dynamiques psychiques, le « réseau dans la tête », ou comment les Hommes à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire perçoivent (ressentent, pensent et réfléchissent) singulièrement et groupalement, leur organisation des accompagnements de la mise et de la venue au monde de leurs petits. Ainsi, lorsque nous parlerons dans ce présent travail de « réseau périnatal », nous n'évoquerons pas uniquement ce qu'il en est du fait de prendre acte de son organisation « géographico-politico-économique », mais nous traiterons notamment des liens de cette matérialisation avec les processus procédant et participant de sa perception. Autrement dit, lorsque nous parlerons dans ce travail de « réseau périnatal » nous évoquerons en tant que clinicien *les dynamiques psychiques procédant et participant de l'organisation des sujets pensants et désirants autour de leurs Naissances.*



## **I.2. Hypothèse et méthodologie(s)**

### **I.2.a. Evolution des hypothèses**

Une porte d'entrée a été préférentiellement choisie pour aborder le vaste thème des dynamiques perceptives au sein du réseau périnatal : la notion du « réseau dans la tête », celle du penser et du travailler « avec les autres dans la tête », le réseau en sa dimension psychique, la manière dont les protagonistes concernés (acteurs et intervenants, familles et professionnels) se représentent et se le représentent.

Le pressenti réflexif inaugural était que le principal obstacle à la mise en place de ce travail élaboratif serait un phénomène d'amalgame des identités, des places et des assignations, le tout se soldant par un flou représentationnel nuisible à la constitution de repères internes et à la qualité des communications intra et intersubjectives. Outre la multiplicité des protagonistes qui pouvaient être le versant manifeste de cet imbroglio, les questionnements allaient vers la mise en exergue d'éventuels facteurs, plus latents, du phénomène.

Dés lors, il était apparu nécessaire de mettre en place une approche d'observation et d'analyse des processus représentationnels du réseau périnatal :

- De quelle manière les acteurs et intervenants de la Naissance se représentent-ils leurs places au sein du réseau ?
- A quelles positions s'assignent-ils mutuellement ?
- Existe-t-il des écarts entre les rôles et statuts respectifs de chacun ?
- Ces écarts éventuels ne pourraient-ils pas être source de désorganisation, à la fois dans les communications intra et intersubjectives ?
- De quelle manière, les fonctionnements institutionnels soignants et familiaux interagissent-ils réciproquement ?
- Dans quelles mesures les dysharmonies représentationnelles, intra et intersubjectives, plus ou moins conscientes, peuvent-elles potentiellement entraver les principes du cercle vertueux de la périnatalité organisée en réseau(x) ?

Cette problématique procédait et participait des pressentis suivants :

Le principal obstacle à l'acte de symbolisation du « réseau dans la tête » et à ses fonctionnalités, est engendré par certaines incompatibilités entre les représentations

identitaires, intra et intersubjectives conscientes d'une part et les représentations identitaires, intra et intersubjectives inconscientes d'autre part.

Les difficultés communicationnelles manifestes seraient induites de façon latente par une inadéquation dans le jeu des rôles, statuts, places et assignations conscients et inconscients de chacun des membres du réseau périnatal, entravant alors les dynamiques groupales et leur fonctionnalité.

Autrement dit, les dysharmonies représentationnelles du tissage identitaire périnatal proviendraient d'inadéquations entre les rôles et statuts, places et assignations, intra et intersubjectives, conscientes et inconscientes, faisant symptômes quant au processus de fantasmatisation, alors trop fragile pour pouvoir être organisateur, au sein de la groupalité psychique périnatale, organisée en réseau.

La finalité de la mise à l'épreuve de ces pressentis était ainsi d'observer et d'analyser comment était constitué le tissage identitaire périnatal et en quoi ses modalités, satisfaisantes ou non, pouvaient influencer les pratiques d'équipes et le vécu de la Naissance par les familles (en réciprocité : la construction familiale fonction de l'environnement soignant et le fonctionnement des soins fonction de la dynamique familiale).

Au fur et à mesure du recueil des données et de leur traitement, comme nous le verrons dans les deux parties suivantes, les pressentis initiaux sont toutefois apparus insatisfaisants. En effet, bien que fussent soulignées certaines différences représentationnelles intra et intersubjectives, plus ou moins conscientes, inhérentes et incontournables aux singularités psychiques, leurs liens avec un éventuel impact d'entrave sur le fonctionnement groupal ne semblait pas aussi évident. Bien que certaines dysharmonies représentationnelles soient bien apparues, elles ne constituaient pas forcément, ni distorsions communicationnelles, ni dysfonctionnement des processus de pensée(s).

Dés lors, émergèrent de nouveaux questionnements :

- Si les dysharmonies représentationnelles ne participent pas toujours et/ou directement, de la fragilisation des processus de fantasmatisation, quel(s) facteur(s) pourraient entraver la capacité organisatrice des dynamiques groupales ?

Cet élargissement de la problématique nous rapprochait de l'élaboration de notre hypothèse, en poursuivant l'affinement des questionnements avec les précieuses aides des participants au Séminaire Interuniversitaire International de Recherche en

Psychopathologie Psychanalytique Périnatale (SIIRPPP) et notamment, les remarques de Sylvain Missonnier et de Michel Dugnat :

Le principal obstacle à l'acte de symbolisation du « réseau dans la tête » et à ses fonctionnalités, serait la « rigidification » des dynamiques représentationnelles intra et intersubjectives, plus ou moins conscientisées, qui entraverait les potentiels accordages et les dynamiques communicationnelles subséquentes. Les difficultés communicationnelles manifestes, seraient induites de façon latente par un appauvrissement de la flexibilité psychique, entravant alors les dynamiques groupales et leur fonctionnalité. Au-delà des dysharmonies représentationnelles du tissage identitaire périnatal, ce serait la fragilisation des processus d'accordage, intra et intersubjectifs, plus ou moins conscientisés, qui ferait symptôme quant au processus de fantasmatisation, alors trop rigide pour pouvoir être organisateur, au sein de la groupalité psychique périnatale organisée en réseau.

Avec alors comme problématique nodale :

- Quelles variables pourraient induire la fragilisation et/ou l'étayage des processus d'accordage représentationnels et communicationnels, au sein de la périnatalité organisée en réseau(x) ?
- Quels facteurs pourraient engendrer l'appauvrissement et/ou l'enrichissement des flexibilités psychiques des réseau(x) dans la tête ?
- Quels éléments pourraient mobiliser la rigidification et/ou l'adaptabilité des dynamiques psychiques procédant et participant du « penser et travailler avec les autres dans la tête » ?

### **1.2.b. Pour résumer**

*Notre hypothèse est que la compréhension du travail psychique des réseau(x) de soins, ici situés autour de la Naissance, passerait par :*

- 1) la prise en compte de l'existence d'un « réseau dans la tête » de chaque protagoniste de l'enfantement, professionnel et parent, en tant que formation psychique spécifique des groupalités intra, inter et trans-subjective de la réticularité*
- 2) le fait d'envisager les résistances et ressources propres aux exigences de ce travail psychique en réseau, qui entravent et/ou étayent les qualités dynamiques des processus perceptifs, relationnels et communicationnels*

*3) le principe selon lequel ces processus perceptifs procèdent et participent de la périnatalité organisée en réseau(x) et fragilisent et/ou soutiennent les qualités potentiellement préventives et thérapeutiques de cette organisation de soins spécifiques à la mise et à la venue au monde des enfants.*

*4) l'idée que cette organisation des soins se modélise en réticularité pour permettre une adaptabilité des processus psychiques défensifs, groupaux et singuliers plus ou moins conscientisés, face aux émergences et réminiscences mobilisées par le phénomène de la Naissance.*

### **I.2.c. Méthodologie(s)**

#### **Les démarches générales et transversales au travail de thèse**

Ainsi devaient être recueillies et analysées les dynamiques psychiques singulières et groupales, procédant et participant de l'organisation périnatale en réseau(x).

Il s'agissait dans une première étape, de recueillir auprès des protagonistes de l'enfantement leur manière de se percevoir et de percevoir leur organisation. Autrement dit, d'essayer d'observer sur un corpus particulier, les dynamiques psychiques en jeu quant au(x) réseau(x) dans la tête de chacun : de tenter d'analyser de quelle manière tous et chacun, ont les autres dans la tête.

Au sein des formations de l'AFree, nous avons pu percevoir l'efficacité des travaux menés autour de cas cliniques, quant à la transmission de la culture du « travailler avec les autres dans la tête » aux professionnels de l'enfantement. Nous avons entendu à travers cette méthode, la richesse de ce qui pouvait alors par là-même être plus compréhensible, en restituant à tous et chacun par cette démarche de formation, le sens de cette culture de travail menée autour des familles, au rythme des familles, afin de rester au plus près du respect de ce qu'elles sont, aux moments et dans les lieux de leur Naissance. Nous nous sommes longuement interrogée sur la porte d'entrée que nous allions utiliser afin de tenter d'observer autrement le travail psychique à l'œuvre au sein de la périnatalité organisée en réseau(x). Nous partions sur deux grandes voies possibles : soit poursuivre dans la tactique des études de cas, afin d'enrichir par nos travaux de nombreuses données d'ores et déjà présentes dans cet abord de la problématique ; soit tenter de réaliser un travail qui n'avait pas encore été mené, celui de réaliser, par la tactique ethnobiographique, une photographie ethnopsychologique clinique psychanalytique des dynamiques psychiques participant et procédant de la

périnatalité organisée en réseau(x). Parce que nous estimions que si des interrogations perduraient quant aux difficultés rencontrées sur le terrain, c'était parce que les outils de compréhension de ces difficultés jusqu'alors proposés ne permettaient pas encore d'embrasser qualitativement et surtout quantitativement leur objet, nous avons opté pour la deuxième solution.

Nous évoquerons cette tactique ethnopsychologique en tant que clinicien et dans un abord psychodynamique :

« Ce qui spécifie la perspective psychanalytique est qu'elle envisage le groupe comme *système* de formations et de processus psychiques dérivés de l'inconscient dans sa détermination propre à chaque sujet et dans ses déterminations transindividuelles ; elle définit aussi le groupe comme *appareil* générateur d'effets psychiques relativement autonomes par rapport aux psychés singulières qui en sont les supports et les produits ; comme appareil de la réalité psychique qui maintient en liaison les formations intrapsychiques de ses sujets, travaille et contient les formations qui leur sont communes, ainsi que celles qui sont générées par leur groupement. [...]

La psychanalyse ne rend pas compte des objets sociaux, mais seulement de leur fonction d'étayage ou de dépôt, ou encore de cadre dans la formation de la réalité psychique...» (p. 81 [...] p. 99, Kaës, 1993)

Ce qui nous intéressera dans notre recherche, seront les exigences de travail psychique suscitées et sous-tendant la groupalité psychique réticulaire, en tentant d'analyser ses fonctions et fonctionnements dans une terminologie psychodynamique, qui ne laissera pas non plus de côté le constat selon lequel le sujet n'est tel que dans un environnement humain sociétal. D'où notre positionnement en ethnopsychologie clinique psychanalytique, soutenu notamment par les réflexions de George Devereux (1970) qui précise qu'« historiquement, la culture et l'esprit humain sont des coémergents (qui) se présupposent réciproquement » (p. 371). Nous entendrons ici l'ethnopsychologie comme en position charnière par rapport à ses « disciplines-mères ». Première confrontation entre l'ethnologie (plus précisément l'ethnographie) et la psychologie, apparue au début du XX<sup>e</sup> siècle dans une visée qui serait aujourd'hui apparentée à la psychologie interculturelle, elle tendait à analyser psychologiquement des données ethnographiques. Puis vinrent dans la même idée de rapprochement disciplinaire, l'anthropologie culturelle, l'anthropologie psychanalytique et enfin, l'ethnopsychanalyse et l'ethnopsychiatrie (deux courants majeurs de l'ethnopsychologie). Le concept clé de l'ethnologie est celui de « culture », celui de la psychologie est le « psychisme » : la participation scientifique principale de l'ethnopsychologie fut de pondérer les luttes stériles du culturalisme d'un côté (estimant le psychisme largement déterminé par la culture) et du psychologisme de l'autre

(estimant la culture totalement déterminée par le psychisme) car il paraît difficilement déniale qu'il ne puisse y avoir d'humanité sans culture et de culture sans Homme. Nous rejoignons donc ici directement les préoccupations des psychodynamiciens des groupes dans leur conceptualisation des groupalités intra, inter et transpsychique.

« ...si le cadre institutionnel soutient la définition de rôles, de statuts et de tâches spécifiques, il assigne à chacun une place, qui sera investie selon des modalités singulières. La quantité et la qualité des investissements constituent un élément moteur fondant la trame des liens se tissant dans l'ensemble. Ces investissements et ces liens vont s'étayer sur une structure groupale de contension, de liaison, de transformation et de transmission des formations et des processus psychiques : une forme *d'appareillage psychique institutionnel*. » (p. 53, Pinel, 1996)

Il s'agissait ainsi de recueillir sur un corpus délimité :

- les représentations identitaires des soignants entre eux
- les représentations identitaires des soignants à l'égard des familles
- les représentations identitaires des familles en ce qui concerne les soignants
- les représentations identitaires familiales à leur propre sujet
- les représentations des soignants et des familles, quant à leur organisation autour de la Naissance

Afin de tenter de reconstituer le tissage représentationnel des dynamiques psychiques singulières et groupales, plus ou moins conscientisées, participant et procédant de la périnatalité organisée en réseau(x) et d'essayer d'en dégager des variables potentiellement entravantes et/ou étayantes pour les dynamiques préventives et thérapeutiques. Travail qui s'inscrit dès lors dans une portée groupale, mais en ayant toujours pour dessein d'éclaircir la clinique du sujet humain dans sa singularité :

« S'il s'agit bien de tenir pour nécessaire l'étude des relations *intersubjectives* qui s'ordonnent autour du sujet considéré dans sa singularité, ce n'est que pour en reconstituer le réseau à l'*intérieur de la psyché* du sujet, à partir des points d'appui et des processus d'étayage intersubjectifs. » (p. 42, Kaës, 1993)

A sein de cette démarche ethnopsychologique clinique psychanalytique, nous n'avons pas pour autant laissé de côté la démarche en étude de cas, car il nous apparaît qu'elle est la seule qui permette et qui fonde les possibilités de transmettre et de comprendre la richesse et la complexité du sujet humain. Toutefois, parce que notre dessein de recherche tend à jongler entre le macro, le meso et le micro, nous ne partirons pas de vignettes cliniques dans ce présent travail. Nous partirons de données ethnopsychologiques et nous nous appuierons ensuite sur les études de cas, afin de

réintroduire cliniquement et en cela transmettre avec plus de sens, les analyses précédemment réalisées.

Afin de tenter de recueillir un plus grand nombre de données au départ et ce, dans le dessein d'élargir le champ de la compréhension, nous avons opté pour une démarche inaugurale ethnopsychologique clinique psychanalytique. Ensuite, afin de permettre d'échafauder les liens entre les données ainsi nouvellement recueillies et les praxis et réflexions théorico-cliniques déjà existantes, nous avons choisi de développer les analyses proposées dans trois études de cas.

Plus concrètement, nous avons procédé sur le terrain en deux grands mouvements ci-après explicités.

### **Le « tout venant »**

#### *Les modalités du recueil*

Afin de satisfaire au recueil des dynamiques représentationnelles et à leur analyse, un premier mouvement que nous nommerons « *en tout-venant* » (par opposition au second mouvement plus identifié sur un plan épidémiologique) consista à constituer des *entretiens semi-directifs* à l'attention des familles et des professionnels<sup>22</sup>.

Les modalités de rencontre, en *colloque singulier*, nous posèrent grandement question de par l'objet de l'étude. Des rencontres groupales, afin d'entendre au plus près la dynamique groupale, apparurent au départ beaucoup plus adaptées à l'objet de notre recherche. Toutefois, et nous rentrions par là d'emblée dans le vif des problématiques de ce présent travail, de quel groupe parlerions-nous alors ? Et surtout, quel groupe induirions-nous ? Services par services ? Unités par unités ? Fonctions par fonctions ? Groupe ouvert, fermé ? En volontariat, par désignation ? En sachant que chacun de ces modèles aurait probablement produit plus de biais que l'entretien individuel, en cloisonnant à l'intra groupe arbitrairement constitué pour la recherche des dynamiques représentationnelles qui risquaient dès lors de ne plus être représentatives quant à l'objet de nos réflexions. Nous avons malgré tout conscience que nous nous privions en revanche dès le départ, en choisissant l'entretien individuel, d'une focale d'observation privilégiée des avatars des mouvements inconscients groupaux. Nous nous privions notamment de ce que René Kaës a nommé « l'interdiscursivité », le « discours de groupe » et la « pensée de groupe » :

---

<sup>22</sup> Nous invitons le lecteur à consulter le contenu des questionnaires et leur discussion, dans les annexes, en fin de manuscrit.

« La pluralité a une incidence directe sur l'organisation des processus associatifs et sur le travail d'association. En situation de groupe, les énoncés de parole (et plus généralement de significations : mimiques, postures, gestes) sont insérés dans une pluralité de discours qui s'ordonnent selon un double axe synchronique et diachronique : lorsque les membres d'un groupe parlent, leurs énoncés sont toujours situés au point de nouage de deux chaînes associatives : celle commandée par leurs représentations-but individuelles et celle produite par l'ensemble des énoncés et commandée par les représentations inconscientes organisatrices des liens de groupe. L'*interdiscursivité* organise les énonciations et contextualise les énoncés selon ce double axe. [...]

La notion de discours de groupe exprime particulièrement le modèle structural du groupe... En situation de groupe, la pluralité des discours intriqués les uns dans les autres et la succession des énoncés singuliers produit un ensemble discursif original qui porte inscription des effets de l'inconscient. [...]

La pensée de groupe correspond à des formes et des contenus de pensée produits par le groupe en tant qu'ils sont le résultat de processus spécifiques. » (p. 44 [...] p. 57 [...] p. 107, Kaës, 1999)

En n'accueillant pas les participants à la recherche lors de rencontres groupales, nous n'avons pu toucher à ces précédents éléments. En revanche, par les méthodes que nous décrivons ci-après (ethnobiographie et socio-sémantique croisée) et selon la nature de notre hypothèse, pouvait être observable la « pensée en groupe » (et peut-être par analogie lexicale le discours en groupe... ?) :

« Autre chose est la pensée en groupe. Il s'agit dans ce cas de définir les conditions intersubjectives, ici groupales, de l'émergence et du développement de la pensée chez chaque sujet du groupe, en tant qu'il est potentiellement porteur d'une pensée qui pense sa propre situation dans le groupe. » (p. 107, Ibid.)

Précision non négligeable qui explicite par ailleurs également la qualité de notre objet d'étude. Dans les différenciations travaillées par René Kaës dans ses réflexions sur les différents espaces de la réalité psychique, nous noterons ainsi nous positionner dans l'étude du « subjectal » et du « transsubjectal » :

« *Subjectal* désignera la position du sujet dans la reconnaissance de son rapport singulier, intrasubjectif et intersubjectif, à ce qui le constitue, aux ordres auxquels il est assujéti, spécialement à l'ordre déterminé de l'Inconscient : la pulsion (le besoin), le fantasme (le désir), l'autre et la réalité externe en ce qu'elle n'est pas la réalité psychique. [...]

La qualité *transsubjectale* se manifeste dans l'utilisation qui est faite des dispositifs appartenant aux espaces transpsychiques, pour reconnaître ce qui chez chaque sujet participe à la communauté de l'héritage, des identifications, des conflits et des exigences de travail psychique qu'implique l'appartenance à des ensembles institutionnels. La qualité transsubjectale se fonde essentiellement sur le rapport du sujet à la culture, au sens où la décrit Winnicott, c'est-à-dire comme prolongement de l'aire transitionnelle ou, selon G. Roheim comme aire intermédiaire utilisable par le sujet dans son rapport à lui-même, aux autres et à la réalité matérielle. » (p. 101 [...] p. 113, Kaës, 1993)



*Entretiens semi-directifs individuels* donc, dont les tenants groupaux nous invitèrent à emprunter à l'Anthropologie certains outils de recueil afin d'aborder l'aspect « macro » du phénomène réseau, via le « micro ». Parce que nous en connaissions l'efficacité pour l'avoir d'ores et déjà utilisée lors d'une précédente recherche, la méthode ethnobiographique fut privilégiée : voie méthodologique royale afin de conjuguer les différentes strates d'analyse et dépasser les cloisonnements niveau singulier/niveau groupal. Méthode qui :

« ...vise non seulement à transcrire l'aventure individuelle de l'informateur, mais aussi à exprimer les modèles culturels de son groupe à travers la connaissance qu'il en a... » (Poirier, Clapier-Valladon et Raybaut, 1983)

« ...par une reconstitution de l'existence de l'intéressé, scientifiquement conduite, et soucieuse de replacer les données dans leur contexte. » (Poirier, 1982)

L'*ethnobiographie* (Bonnet, 1996) induit un dialogue continu avec le participant, par la mise en place de plusieurs entretiens et par la restitution, dactylographiée et/ou audio et/ou vidéo, de sa participation. En ce qui nous concerne, nous nous sommes restreints à un audio-enregistrement, non communiqué, qui n'avait pour but qu'une frappe plus efficace et un retour-document écrit plus respectueux de l'investissement à la recherche du participant. Retour-document écrit, ensuite récupéré avec les annotations, pour étayer dans un second temps le traitement des données.

Concrètement, le recueil des données consista, durant près de quatre années (2005 à 2008) à voyager en région Languedoc-Roussillon, afin d'aller à la rencontre des familles accueillies et des équipes accueillantes, en services de Maternité, de Pédiatrie néonatale et de Psychologie périnatale<sup>23</sup>. Tous les sites de cette qualité ont été contactés et sollicités pour participer à la recherche.

Six sites, avec des établissements publics et privés, de niveau I et II, ont finalement accepté de participer à la recherche qui consista en :

- trois entretiens semi-directifs auprès des professionnels.
- une rencontre avec les familles (bébé, maman, papa) à j-2/j-3 en maternité et jusqu'à 50 SA en pédiatrie néonatale et psychologie périnatale.

---

<sup>23</sup> Nous invitons à nouveau le lecteur à consulter dans les annexes, en fin de manuscrit, les éléments statistiques tendant à donner une représentation des participants.

Ce n'est donc pas de manière exhaustive que nous abordions la périnatalité organisée en réseau(x), mais par une des différentes portes d'entrée possibles : celle de la périnatalité en sa partie sanitaire. Initialement était également pressentis les équipes de la Protection Maternelle et Infantile qui, bien qu'ayant été contactées, ne pourront effectivement participer : les méandres administratifs préalables à l'accord de recherche sur le terrain nous ayant réciproquement tout à fait découragés.

Afin de toucher au plus près la dynamique du réseau, une *immersion à fréquence régulière et préétablie, à moyen et long terme*, fut privilégiée. Elle consistait à être présente, plusieurs mois, voire parfois années d'affilée, toujours les mêmes jours de la semaine et toujours aux mêmes horaires, sur les mêmes sites. Elle nous permettait de prendre le temps de rencontrer les différents lieux, les différents rythmes et les protagonistes des différents sites et des différents services.

C'est notamment parce que les effets concrets de cette démarche dépassèrent très largement les effets escomptés, en qualité des échanges et richesse des données, qu'un second outil nous apparut rapidement nécessaire : le *carnet de bord clinique*. Sorte de feuille de route où furent conservés tous les éléments (impressions personnelles, données spatio-temporelles concrètes, discussion des interstices...) *hors entretien*, à l'exclusion des données émanant de participants qui ne souhaitaient pas que cette part discursive fasse partie de la recherche. Répertoire esthétique, émotionnel, réflexif, géographique, démographique, historique, où furent ainsi tracées la multiplicité des lieux et des personnes, leur organisation spatio-temporelle physique et psychique, la coloration de nos rencontres ; en conservant ainsi à l'esprit, que chaque entretien s'inscrivait dans un ici et maintenant donné où, selon l'emplacement et le temps de la rencontre, les paysages visuels et auditifs, les bains olfactifs, les mouvements individuels et groupaux alors à l'œuvre offraient un cadre au tableau de nos échanges à ne pas négliger. Outil qui s'avéra dans l'après-coup, non seulement d'une très grande richesse, autant en qualité qu'en quantité d'informations recueillies, mais également être le garant de la démarche de la *recherche clinique en Psychologie*.

D'après les réflexions de Fernandez et Pedinielli<sup>24</sup> définissant les différents types de recherche en Psychologie clinique, ce présent travail apparaît à cheval sur trois démarches :

---

<sup>24</sup> Pedinielli J-L, 1994 et Fernandez L. et Pedinielli J-L, 2006.

- certains points de notre approche correspondent à *la recherche clinique*, en ce qu'ils s'inscrivent dans :

« ...la démarche clinique où des approches descriptives et interprétatives peu contrôlées semblent fournir des résultats plus intéressants [...] Elle repose sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche. Elle porte une attention particulière à l'engagement de l'observateur et procède à une description minutieuse de la spécificité de la situation [...] qui vise à construire en une structure intelligible des faits psychologiques dont un individu est la source. Ce type de recherche permet une étude approfondie d'un sujet fondée sur une pratique de la communication langagière, satisfait aux critères de reproductibilité et favorise de nouvelles conceptions théoriques. La recherche clinique correspond à une succession d'élaborations conceptuelles, de moments de relation avec les sujets et de retours vers le matériel clinique, l'objectif étant de comprendre certains processus et de formuler des significations [...] Il n'y a pas une hypothèse formulée au départ mais un corps d'hypothèses avec des questions issues de la pratique qui se posent au chercheur et que la recherche va contrôler à partir du matériel recueilli traité selon les principes de l'analyse clinique. » (Fernandez et Pedinielli, 2006. p. 45)

Toutefois, certains éléments de l'article concernant ce paragraphe taxinomique se différencient de notre approche. Tout d'abord car notre méthodologie ne s'inscrit pas uniquement dans l'étude de cas, ce qui semble être le seul outil présenté pour la recherche clinique. Deuxièmement car nous ne sommes pas tout à fait en accord avec le fait que

« Elle permet d'aborder des phénomènes complexes en évitant leur réduction inhérente à la connaissance de type scientifique.» (Fernandez et Pedinielli, op. cite. p. 45)

Nous ne sommes pas tout à fait en accord, car la non-exhaustivité nous apparaît en science, comme dans toute démarche réflexive d'ailleurs, incontournable et nécessaire, quelque soit le domaine de recherche concerné et la complexité de l'objet étudié.

Enfin et surtout, car l'autre nomination de la recherche clinique proposée dans ce texte sous la formulation « *recherche non objectivante* » détone avec ce vers quoi nous tendons dans cette étude. Nous sommes donc aller plus loin vers le second type exposé dans l'article.

- la *recherche en clinique*, également nommée *recherche objectivante*, où nous avons retrouvé certains éléments de contiguïté avec notre démarche :

« ...recherche planifiée qui se dégage de l'expérience concrète pour prévoir le déroulement d'une recherche en fonction d'un but [...] C'est le sujet acteur dans la situation observée qui est source de connaissance... » (Fernandez et Pedinielli, op. cite. p. 46)

Toutefois, là encore un point non négligeable et rejoignant notre perplexité quant à la qualité objectivante ou non d'une recherche, est apparu non adéquat à notre approche :

« Elle...exclut la reprise spontanée d'un matériel rétrospectif non standardisé [...] L'objectif du chercheur est de produire des connaissances en validant empiriquement des hypothèses issues du matériel clinique ou des conceptions théoriques. Dans ce cas, la recherche en clinique s'engage dans une démarche rigoureuse où seuls les travaux de recherches systématiques correspondant à des procédures rigoureuses de recueil, de traitement et de vérification peuvent être considérés comme une démarche scientifique... » (Fernandez et Pedinielli, op. cite. pp 45-46)

Nous défendons en effet une position de recherche qui, tout en restant rigoureuse, n'induit pas forcément l'exclusion de la créativité et de l'historicité inhérentes à toute rencontre humaine et humanisante, qui représente pour nous l'essence même de la démarche clinique et n'adjoint donc pas forcément la notion de rigueur scientifique avec celles de systématisation et de vérification. Mais finalement, nous sommes avec cette dernière réflexion au sein même des controverses qui concernent notre objet d'étude et qui seront plus amplement discutées et développées dans cette thèse.

- enfin, notre démarche s'inscrirait également dans le troisième type développé : la *recherche-action* puisqu'elle

« ...désigne une recherche théorique qui reste empirique et menée sur le terrain à des fins pratico-pratiques [...] L'intervention poursuivie suppose l'espace réel d'une institution [...] Elle a comme intention de modeler, d'infléchir ou de transformer la réalité [...] Elle inclut donc pour y arriver une stratégie prévisionnelle [...] opérationnelle [...] hypothétique et aléatoire [...] La recherche-action naît de la rencontre d'une expérience théorique qui est celle de la théorie de la pratique [...] et d'une expérience pratique [...] La recherche-action est une action de recherche et une recherche d'action [...] Le processus de recherche peut susciter chez les participants une meilleure prise de conscience de leurs propres ressources [...] La recherche-action devient la science de la praxis exercée par des praticiens au sein de leur lieu d'investissement. » (Fernandez et Pedinielli, op. cite. pp 46-47)

Nos réflexions à partir de là, nous amenèrent à distinguer deux autres dimensions et à établir un tableau d'éclaircissement de notre position de chercheur clinicien en Psychologie et les réflexions subséquentes :

<b>Recherche clinique en Psychologie</b>	<b>Recherche en Psychologie clinique</b>
Place de chercheur prépondérante (se réfère principalement à la déontologie de la recherche <sup>25</sup> )	Place de clinicien prépondérante (se réfère principalement au code de déontologie des

<sup>25</sup> <http://www.sfpsy.org/spip.php?article19> et <http://www.sfpsy.org/IMG/pdf/Conference-Ethique-Grenoble-25avril2008.pdf> (consultés pour la dernière fois en septembre 2013) d'après Caverni (1998 et

	Psychologues <sup>26</sup> )
La démarche de recherche est l'activité principale et le motif de la rencontre	La démarche de recherche est une activité secondaire, le motif de la rencontre n'y étant pas forcément lié.
La dynamique réflexive <u>quant à l'objet de l'étude</u> , est co-élaborée avec les participants	La dynamique réflexive <u>quant à l'objet de l'étude</u> , est élaborée en parallèle du travail-motif initial de la rencontre

Autant pour les participants (notamment professionnels) que pour moi-même, la question de la différence entre recherche en Psychologie clinique et recherche clinique en Psychologie est venue étayée la problématique de ma place, quelque peu polymorphe, entre chercheur, clinicien, Psychologue, Ethnologue (...) et la manière donc, dont *on* pouvait s'adresser à moi et la façon dont je pouvais m'adresser aux autres.

La bienveillance réciproque durant les échanges et la proximité permise par notre approche en immersion, nous amena tout au long de la phase de recueil des données à questionner et exprimer le cadre de notre intervention. En effet, les demandes plus ou moins conscientisées et plus ou moins clairement exprimées, autant du côté des familles que des professionnels, pouvaient induire un débordement de la simple place de chercheur clinicien en Psychologie, en interpellant parfois la psychothérapeute autant sur des problématiques singulières que groupales. Questionnements et tenants du positionnement qui ne furent pas sans mobiliser efforts et énergies réciproques, afin d'une part de ne pas accepter une place qui n'était pas et ne devait pas être la mienne et garantir ainsi le cadre de la recherche, tout en ne rompant pas d'autre part les alliances positives, bases de la méthode coactive et vecteur de la richesse des données.

Basé sur du volontariat de participation, ce travail s'inscrit en effet dans une *coaction* de recherche, encadrée par *un seul critère méthodologique : que chaque fonction soit au moins représentée une fois pour chaque service*. Critère qui n'était pas sur le terrain sans induire une certaine forme d'injonction paradoxale et d'ores et déjà des mouvements groupaux : dans la mesure où les équipes avaient fait « groupalement » le choix de participer à la recherche, ce qui est bien autre chose ensuite lors du recueil de prendre la parole seul et à plus forte raison en tant que porte-parole de sa fonction. *La méthode coactive* procède d'une relation particulière où le participant n'est pas objet, mais sujet de l'étude. La recherche et son évolution sont co-construites par et dans la dynamique des rencontres. Le chercheur vient donc à la fois étayer la réflexion du

---

1999)

<sup>26</sup> <http://www.sfpsy.org/IMG/pdf/Code-deonto2012.pdf> (consulté pour la dernière fois en septembre 2013)

participant et en faire œuvre de mémoire, tout en connotant de son propre filtre perceptif la mise en forme du recueil et de l'analyse des données.

Une autre problématique est apparue dans la mise en place de la méthodologie, non sans lien avec la question de la promiscuité des échanges : le rapport aspect chronophage/bénéfice du retour-document écrit. En effet, ce temps important dans la méthodologie ethnobiographique et coûteux en temps (dans l'adresse au participant notamment, très personnalisée, afin de garantir la confidentialité des échanges) ne fut que peu fructueux de par la rareté des annotations recueillies. Aspect à la fois décevant mais également significatif (nous semble-t-il) quant à la qualité de la coaction de recherche, en ce que les participants interpellés à ce sujet pouvaient en expliquer : que leur prise de parole lors de la rencontre leur semblait tout à fait satisfaisante et qu'ils n'avaient rien à annoter de plus. Nous choisisons au final, compte-tenu du peu de bénéfices et de la quasi permanence de cette problématique, après en avoir averti les participants, de ne plus faire de retour-document écrit et de nous en tenir au document dactylographié à partir des audio-enregistrements pour effectuer le traitement des données. A propos de la méthode ethnobiographique, il est toutefois intéressant de souligner que ce temps de frappe des documents audio a permis une dynamique d'écoute en après-coup des discours des participants, non négligeable en sa qualité d'étayage de la réflexion et notamment dans les possibilités offertes à ce moment, d'esquisser une vision globale au-delà du participant, des services et des sites, de la dynamique représentationnelle du réseau périnatal. Sorte de médiation dans le processus réflexif de la coaction, comme si les rubans magnétiques des cassettes audio permettaient dans leur continuité un lien de pensées dans le plus d'un-autre et le plus d'un groupe : matérialisant alors ces ponts méthodologiques jetés entre l'intra et l'interindividuel. Etape dactylographique contraignante et chronophage, mais ayant donc constitué la première marche concrète vers le travail de métabolisation et de mise en forme des réflexions issues et constitutives de notre recherche.

#### *Les modalités du traitement des données*

Le traitement des données, car la méthode ethnobiographique est telle dans la rigueur de son déroulement, débutera une fois le recueil totalement terminé sur les différents

sites : autrement dit très tardivement en rapport au commencement proprement dit du travail doctoral.

L'analyse consistera en une *fouille sémantique* des données, effectuée de manière organique afin d'utiliser notre attention réflexive plutôt qu'un logiciel informatique et respecter ainsi le processus clinique, cadre de notre étude. Fouille abordée dans l'après-coup des années passées sur le terrain, avec les pressentis réflexifs d'ores et déjà élaborés durant les phases de recueil et de transcription des entretiens ; fouille colorée donc par l'expérience préalable, mais ayant tendu toutefois à une objectivation du traitement par la fixité du cadre du dépouillement<sup>27</sup>. Il s'agissait alors de dégager de chaque document dactylographié :

- les éléments permettant de répondre pour chaque personne ayant participé ;
  - la manière dont elle se nomme
  - la manière dont on la nomme
  - la manière dont elle se perçoit
  - la manière dont elle est perçue
  - la manière dont elle pense qu'on la perçoit
  - la manière dont on pense qu'elle se perçoit
  - la manière dont elle s'était projetée avant de faire l'expérience concrète de sa fonction

- les éléments permettant d'appréhender les représentations du réseau périnatal ;
  - en sa définition
  - en son incarnation
  - en sa localisation
  - en sa temporalité
  - en sa qualité
  - en son adressage
  - en son objectif

Le tout étant étayé par une recherche sémantique tendant à réinscrire nos observations et analyses dans une dynamique phylogénétique plus large des mots et de leurs sens : recherche effectuée à partir notamment des données numériques du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales<sup>28</sup>, soutenu par le Centre National de la Recherche

---

<sup>27</sup> Les feuilles de dépouillement sont annexées en fin de manuscrit.

<sup>28</sup> <http://www.cnrtl.fr>. Site consulté de 2005 à 2013

Scientifique et notamment le laboratoire d'Analyse et de Traitement Informatique de la Langue Française

Et dans un abord plus clinique, il s'agissait également de dégager de chaque document dactylographié :

- les éléments permettant d'analyser les effets potentiels de l'étude en recherche-action

- les éléments permettant d'appréhender l'investissement du participant vis-à-vis de la recherche

- les éléments permettant de jalonner la dynamique psychique et notamment défensive, dans l'élaboration et/ou l'expression des réponses

Abord plus clinique où le carnet de bord sera à ce moment grandement utilisé dans le dépouillement des données, afin de tenter d'entendre au-delà des éléments concrets et manifestes des discours, ce qui n'a pas été dit et comment le participant a organisé son discours pour ne surtout pas le dire. Autrement dit, nous avons adopté pour cet abord plus clinique, une posture d'écoute analytique.

C'est une *analyse des discours* qui est ici utilisée, dans des *approches socio-sémantique croisée et psychodynamique*, en prenant en compte le contexte de l'énonciation, les caractéristiques des locuteurs ainsi que les caractéristiques sémantiques de l'énoncé. Tout ceci afin de dégager des données, à partir du lexique et de sa syntaxe, les sémèmes basant la dynamique représentationnelle groupale du réseau périnatal. Autrement dit, dans un *abord linguistique structuraliste*, l'analyse tendait en travaillant les signifiants, à dégager les signifiés et leurs rapports dans l'intra et dans l'inter psychique. Et parce que nous nous situons toujours primordialement et dans la finalité dans des perspectives cliniques, la visée de cette analyse sémantique croisée tendait à s'inscrire dans une *démarche herméneutique* et surtout *praxématique* : c'est-à-dire tentait d'interpréter à partir des discours recueillis, le sens véhiculé par les processus représentationnels issus et participant de l'expérience et des vécus, qu'ils soient professionnels et/ou familiaux.

## **Les Menaces d'Accouchement Prématuro**

### *Les modalités du recueil*

Les rencontres permises par la première démarche en tout-venant, ouvriront des perspectives quant à la pertinence d'une co-inclusion de cette recherche avec une étude



menée par Joël Roy<sup>29</sup>, à propos de la mise en place, des effets et des impacts, d'un outil de transmission interprofessionnel dans l'accompagnement des Menaces d'Accouchement Prématuro. Cette recherche-action tendait à interroger la valeur prophylactique, voire thérapeutique, de la mise en place d'un tel outil dans la gestion des accompagnements de MAP. Ainsi, devait être outillée notre méthodologie afin de compléter le recueil et le traitement des données collectées sur un site de niveau III, en parallèle des questionnaires d'ores et déjà créés exclusivement pour l'étude sur les MAP<sup>30</sup>.

Finalement, le principe de co-inclusion s'avérera très compliqué. Notamment car la partie d'enquête auprès des professionnels issue du protocole de cette recherche-action hospitalière aura déjà en elle-même assez de mal à aboutir (compte-tenu du peu de disponibilité des soignants) pour que nous n'ayons pas souhaité en plus y rajouter nos trois entretiens semi-directifs. Cette entrave méthodologique nous interpellera beaucoup, et à travers elle sera grandement questionnée la différence qui s'inscrivait alors entre le temps accordé à la réflexion par les professionnels en « tout-venant » et leur « indisponibilité » à prendre du temps pour réfléchir à des situations plus concrètes. Comme si la praxis concrète et directe était plus difficilement abordable que la pratique appréhendée dans un abord plus global et plus distancié. Difficultés méthodologiques qui ne seront pas sans intérêt, puisqu'elles permettront de vivre<sup>31</sup>, en suivant primordialement le parcours des futurs et jeunes parents (notamment les mamans) la fugacité des rapports avec les multiples intervenants gravitant autour des situations. Ainsi pourrions nous résumer que dans le premier mouvement en tout-venant, le rythme de notre investissement aura permis une flexibilité des identifications, permettant des empathies autant du côté des familles que des professionnels, alors que dans le rythme du second temps du recueil des données au sein de l'étude sur l'accompagnement des MAP, notre focale privilégiée sur et par les situations singulières, constituera une entrave à de possibles accordages temporels avec les professionnels. Nous trouvons en ces constatations (mais peut-être avons-nous également plus ou moins consciemment initié ces processus afin de pouvoir faire ces constatations...) une réassurance quant à

---

<sup>29</sup> Médecin Pédiopsychiatre, formateur à l'Affree, intervenant, entre autres, sur les services périnataux de l'hôpital de Nîmes.

<sup>30</sup> Les supports de cette étude sont annexés en fin du manuscrit

<sup>31</sup> Dans la mesure où mon intervention très ponctuelle dans le cadre de la co-inclusion, offrait un rythme tout à fait différent que pour l'immersion continue du mouvement en tout-venant

notre choix initial de ne pas procéder primordialement avec des études de cas dans le cadre de ce présent travail de thèse.

Ce deuxième temps du recueil consistera donc finalement en :

- trois entretiens semi-directifs avec les parents, dont notamment les mamans ; dans la semaine qui suivait son hospitalisation pour MAP (entre 23 SA et 28 SA), après l'accouchement (quelque soit l'importance de la prématurité) et trois mois après le retour à la maison des bébés.

- un entretien semi-directif avec les référents des différents temps de la prise en charge (sage-femme, obstétricien, pédiatre, puéricultrice) ; entretiens qui ne pourront donc pas, compte-tenu de leur sporadicité, être inclus dans le protocole des données.

Onze familles participeront à ce deuxième volet de la recherche, après que la proposition leur ait été faite par Joël Roy. Familles rencontrées initialement dans le service d'accompagnement des grossesses pathologiques, en service de maternité parfois, en pédiatrie néonatale surtout, autant en soins intensifs qu'en réanimation, puis au domicile. Car, six de ces familles initialement en MAP, vivront effectivement l'épreuve d'une naissance anticipée et des soins qui l'accompagnent : une naissance prématurissime sur les six et cinq autres avec une moindre incidence, entre 32 et 35 SA.

### *Les modalités du traitement des données*

Une partie de ce recueil des données effectué par audio-enregistrement mais sans retour-document, rejoindra le dépouillement en analyse des discours en socio-sémantique croisée et analytique. L'autre partie nourrira l'abord plus clinique, dans une approche en étude de cas, dont deux seront proposées dans la troisième partie de ce manuscrit.

## **II. LES PROCESSUS PSYCHIQUES DU RESEAU PERINATAL**

*« Il faut être au moins deux pour faire vivre une légende :  
Un pour la raconter et l'autre pour la croire. »*  
**Proverbe amérindien**

Dans cette deuxième partie, seront exposés les fruits du recueil et de l'analyse des représentations exprimées par les participants à la recherche à propos d'eux-mêmes, à propos des autres et à propos du « réseau ». Les perceptions attenantes à chacun des

membres, familles et professionnels, seront développées et discutées dans le but d'en souligner les éléments saillants et les nœuds problématiques. Nous ferons de même avec les données se rapportant au réseau périnatal lui-même, afin de dégager en fin de partie, les points nous étant apparus pertinents quant à l'objet de cette recherche.

## **II.1 Recueil des représentations attenantes aux protagonistes de l'enfancement**

### **II.1.a. Les familles**

#### **Les parents**

##### *Pour eux-mêmes*

Peut-être parce que les questionnaires ne les y invitaient pas directement ? Peut-être parce que la plupart des entretiens se dérouleront en présence conjointe des deux parents ? Toujours est-il que les participants à la recherche n'évoqueront jamais spontanément la problématique de l'« être parent(s) ».

Ils l'aborderont en revanche indirectement et notamment en exprimant l'idée du « même », lorsqu'ils développeront leurs réponses quant aux places et fonctions paternelles et maternelles. Les représentations pouvant être perçues comme « parentales » seront mobilisées majoritairement par les indications du « faire pareil que », du « comme » et du « idem que », autant dans le discours des mères que dans celui des pères. Les élaborations tendaient tout d'abord à figurer l'« égalité » des membres du couple parental à l'égard de leur processus du devenir parents. Elles tendaient également à transmettre les notions de « partage » et de « mise en commun » de certaines postures et/ou actions. L'« être parent » est vécu comme un « étayage mutuel » : c'est « être deux pour faire des enfants et être deux pour les élever ». Il s'agit pour les pères de faire « ce que la mère ne peut pas faire » et pour les mères, de faire « ce que le père ne fait pas ».

Un subtil cocktail entre « complémentarité » et « subsidiarité », où nous retrouverons primordialement l'idée de « protection » : protection vis-à-vis des enfants, mais également à l'égard du partenaire. Protection qui serait plus physique, plus incarnée dans la force virile paternelle et plus affective pour les mères.

Nous entendrons ensuite les notions de « prise de responsabilités », maître mot pour nos participants, de l'accès à la parentalité. Devenir parent c'est « assumer », « assurer » et « garantir » les conditions nécessaires au bon développement et au bien-être de son bébé d'abord, de son partenaire ensuite.

Enfin, la « nécessaire adaptation » apparaîtra également comme une donnée non négligeable et éminemment éprouvée par les deux partenaires : adaptation induite par les nombreux réaménagements somato-psychiques suscités à la fois par le concret de la quotidienneté et par les rituels socioculturels. « Changements » dans les rythmes de vie, dans l'organisation du couple qui devient famille, dans le regard des autres et dans ses propres ressentis.

#### *Pour les professionnels qui les accueillent*

Bien que nous n'aillions pas directement posé la question dans les entretiens, les participants à la recherche évoqueront spontanément les « parents », notamment en abordant l'interrogation concernant l'ensemble des personnes qu'ils sont amenés à rencontrer dans l'exercice de leur métier. Egalement nommés « famille », « entourage » et « couple », les patients adultes seront appréhendés dans des représentations très contrastées, voire ambivalentes : contrastées entre les différents participants à la recherche, mais également souvent dans le discours d'un même professionnel.

Durant les entretiens semi-directifs, nous interpellerez les professionnels sur leurs définitions et leurs perceptions de la place et de la fonction des parents au sein de leur foyer et au sein du réseau périnatal. Autant l'interrogation relative à la place de chacun au sein du foyer ne semblera pas poser de difficulté particulière aux intervenants, autant les questions à propos de la définition et de la fonction au niveau du réseau, soulèveront souvent des réactions très vives : d'hilarité d'une part et d'offuscation de l'autre. Réactions qui n'ont pas été sans nous interpeller, comme si le fait que les familles puissent avoir une fonction (une activité déterminée sur le domaine périnatal donc, une capacité à y accomplir quelque chose) pouvait être source d'étonnement pour les professionnels. Cette sensation d'« étrangeté dans le discours de l'autre » tel que J. Guillaumin (1987) l'a définie, nous a amené à des digressions particulièrement intéressantes avec les professionnels, qui se mobiliseront surtout dans l'interstice de ces rencontres « officielles » (au sens de René Roussillon, 1987).

Malgré ces processus défensifs premiers, les participants à la recherche apparaîtront finalement assez prolixes sur la place, la fonction et le rôle des parents, autant au sein des foyers que dans l'organisation périnatale.

Nombre de points développés par les professionnels quant à leurs perceptions des parents, seront émis en dichotomisation et analogie. Ces réflexions nous amèneront

initialement et majoritairement à nous situer dans un cadre post-partum, une fois l'enfant advenu dans le monde aérien et en ce qui concerne alors la notion de parents-accompagnants : du parent qui est surtout perçu comme tel lorsque l'enfant est effectivement né.

Les premières différenciations et comparaisons élaborées par les soignants, porteront en effet sur les concepts de « futurs » et « nouveaux » parents. Non sans en souligner l'aspect controversé, les participants à la recherche évoqueront en effet le principe selon lequel parler « *véritablement* de parents », serait ne les nommer comme tels qu'à partir du moment où l'enfant est dit « né », en fait déjà mis/venu au monde. Quid dans l'anténatal alors ? Comment faire lorsqu'il y a une situation de deuil périnatal ? Que dire lorsque les « futurs » pour cette grossesse là, dans ce lieu et ce temps là, sont déjà parents par ailleurs ?

Le deuxième distinguo exprimé sera attenant aux notions de primipare et multipare : les professionnels expliquant ne pas « travailler de la même manière » et ne pas « se positionner de la même façon », selon que les parents ont déjà une expérience en tant que tel ou non. Tout en soulignant à nouveau l'aspect parfois trop évident de cette réflexion (voire potentiellement gênante dans les a priori qu'elle véhicule) les participants à la recherche argumenteront alors ce procédé par un rapprochement avec la différenciation précédente, entre les notions de « futurs » et « nouveaux » parents. Un parent qui l'est déjà au moment où on le rencontre, est attendu comme pouvant se servir de repères quant aux vécus passés. En cela, et bien que reconnaissant que « chaque naissance est différente », que les repères peuvent parfois être des « mauvaises habitudes finalement » et que les précédentes grossesses peuvent être « trop anciennes pour que l'on s'en souvienne », un parent est un parent : il est en situation multipare, dans une évolution « forcément différente » que dans un contexte de primipare et l'on fonctionne donc avec « forcément différemment ». Dichotomisation constructive de par l'inscription dans une continuité de l'histoire familiale, appréhendée donc avec une certaine congruence. Abord plus entravant lorsque cette continuité bloque les possibilités représentationnelles d'appréhender la famille autrement que ce qu'elle a pu être précédemment, avec alors les risques de répétition que nous connaissons bien, non uniquement parce que les ressources parentales ne leur permettaient pas encore de se positionner de manière plus adéquate, mais également parce que l'assignation plus ou moins consciente par les professionnels, ne le leur permettait pas non plus.

La troisième distinction opérée par les professionnels à propos des parents, le sera entre les parents « patients » et les parents « accompagnants ». Nous trouverons ainsi tout d'abord la différenciation entre ante et post natal : les parents « patients » étant nommés comme tels avant la venue au monde de l'enfant et en désignation essentielle des gestantes et des parturientes, les parents « accompagnants » consistant en la présence des pères en ante natal et post-partum immédiat et en la présence des deux parents en service de pédiatrie. Dans le cas du parent-patient, c'est la notion de patient qui primerait (en l'occurrence de patiente donc) avec tout ce que cela peut véhiculer de particularité de « double patient en un seul corps ». A cet égard, patient-adulte et patient-enfant seraient de manière tout à fait exceptionnelle dans l'ensemble des spécialités médicales, à un même niveau d'attention pour les soignants qui les entourent, dans l'ante natal et le post-partum immédiat notamment. Dans la situation du parent-accompagnant, plusieurs degrés se dessinent : le parent-accompagnant-conjoint de l'ante natal apparaît souvent utile, mais non nécessaire ; le parent-accompagnant-conjoint-père du post-partum immédiat, également ; le parent-accompagnant-mère en pédiatrie, apparaît en revanche tout à fait nécessaire voire incontournable et, à défaut, le parent-accompagnant-père pourrait alors le devenir. Tout parent-accompagnant en revanche est vécu comme une sorte de « patient indirect », de par la fonction de contenance qui est attendue à l'égard de l'enfant. Il s'agit de la logique selon laquelle si le premier n'est pas à l'aise, il risque de ne plus pouvoir remplir son rôle et de majorer alors également un mal-être du second : le bien-être du parent-accompagnant est donc un objet de préoccupation constant. Le parent s'il est aidant justifierait sa place de parent-patient-indirect, s'il n'est pas perçu comme tel en revanche, certaines tensions relationnelles tendraient à apparaître.

La quatrième et dernière dichotomie concerne les notions de parents « aidants » et de parents « gênants » les praxis quotidiennes des soignants, dans un contexte essentiellement post-natal. Dans ce contexte, sera développé le principe de parents « demandeurs de manière adaptée/participatifs » et de ceux qui sont dans une demande démesurée, trop passifs ou au contraire trop opposants. Dans le premier versant, que nous nommerons « bons parents pour les soignants », les intervenants se sentent en collaboration, pouvant rester à leur place de professionnels car ayant en face d'eux des familles remplissant leur rôle d'accompagnants pour les enfants : des familles à l'écoute des discours des intervenants et finalement, des familles qui savent rester dans l'assignation institutionnelle qui leur est faite, plus ou moins consciemment. Dans le

second versant, seront décrits pêle-mêle les parents donnant soit trop ou pas assez de légitimité au système médical et partant, aux soignants. Interpellant incessamment et semblant ne pas entendre et/ou comprendre les informations transmises, le dénuement de certains accompagnants, qui finissent justement par ne plus accompagner du coup, est parfois difficilement contenable par les professionnels, qui se sentent alors dans l'obligation de « tout gérer ». Dépassés par la situation, les parents s'en remettraient « totalement » aux soignants, dans une adhésion en dépendance au fonctionnement des équipes, dans des postures quasiment « fusionnelles » et qui donnent alors une sensation d'« hyper responsabilité », anxiogène pour les intervenants. Nous entendons ici le jeu empathique qui se déroule avec les mouvements de transmissions émotionnelles réciproques sous-jacents : anxiété parentale, anxiété des professionnels, et vice versa (comme nous le verrons dans les cas cliniques développés en troisième partie du manuscrit). A contrario, mais souvent finalement et simplement dans une autre modalité défensive face à leur anxiété, certains parents seront vécus comme « particulièrement opposants ». En réaction à des situations concrètement vécues dans la prise en charge (où certains dysfonctionnement ont pu induire un défaut de confiance dans les compétences soignantes) parfois par conviction oppositionnelle face à l'institution médico-centrée et hyper-technicisée, cette catégorie de famille est appréhendée comme très « pénible », avec parfois la tentation pour les soignants de ne « même pas tenter de collaborer » avec eux. Dans une analyse plus ancrée en autocritique, mais concernant toujours la question des parents aidants ou gênants, les mêmes participants à la recherche reconnaîtront leur part dans la qualité des alliances thérapeutiques, résumée dans les notions de parents « attendus » ou non. Selon la « culture des services » présentée comme variable primordiale de la qualité de l'accueil des familles, il serait permis aux accompagnants de pouvoir ou non remplir cette fonction. C'est ici la part de l'exigence institutionnelle à l'égard des parents qui est explicitée comme variable relationnelle : une trop grande rigidité dans les attentes institutionnelles à leur égard (qu'elles aillent d'ailleurs soit dans le sens d'une demande de mise à distance, soit dans celui d'une invitation appuyée à la participation) tendant à réduire les possibilités de réajustements intervenants-accompagnants et d'induire, au final, un climat discordant dans l'entourage global de l'enfant. Selon où en sont les parents de leur propre évolution dans le ressenti de leur(s) identité(s), les adressages des professionnels tendent à s'ajuster. L'importance de « ce regard porté » et de « cette parole donnée » par le soignant à ce propos, induit comme nous l'avons souligné dans un travail précédent et

repris au début de ce manuscrit, un jeu interrelationnel particulièrement sensible, qui mobilise grandement l'attention des intervenants et nourri leurs discussions de « l'entre deux portes ». Ce sujet de controverse est d'ailleurs tout à fait reconnu par les professionnels comme interpellant souvent des ressentis intrapsychiques plus personnels, créant une résonance tout à fait exceptionnelle et surtout, suscitant les ressources empathiques permettant d'aller dans un au-delà de la simple technicité soignante. Chaque soignant ayant alors ses propres compétences en termes de flexibilité représentationnelles à ce propos : d'où les controverses, les discordances éventuelles dans les discours apportés, mais également, l'offre de multiples supports identificatoires pour les parents et donc les possibilités d'un étayage représentationnel plus important.

Le parent est appréhendé en fonction de l'enfant, du petit patient donc, « un plus » pour ce dernier, mais également pour les professionnels. Tout d'abord en « étant responsable de leur enfant » et en « se sentant responsable », les parents lui permettraient un certain « sentiment de sécurité ». Les parents « rassurants », « repères » et « continuité » pour leur enfant, l'« accompagnent ». Le petit patient n'est pas seul face à sa détresse somato-psychique, il n'est pas seul non plus face au système médical et en cela, les parents deviennent une sorte d'outil pour les professionnels dans le projet thérapeutique, un plus favorisant les soins. « S'occupant de tous les côtés » en libérant ainsi par leur présence la disponibilité des soignants, pouvant parfois même acter certains soins directement, les parents « soutiennent », « soulagent » et « cajolent » : ils sont là « parce que l'enfant en a besoin ». En cela, leur place est reconnue par les participants à la recherche, comme « primordiale » au sein du système de soins.

A ce niveau, un contraste sera souligné : celui des « premières lignes » dans l'entourage soignant de l'enfant (chronologiquement, spatialement, quantitativement et qualitativement parlant) et en cela la potentielle collusion des rôles entre famille et professionnels. Les parents sont en effet reconnus comme primordiaux dans tous les sens de ce terme : ils engendrent l'enfant, constituent son écosystème naturel et recouvrent en cela les primordialités chronologiques, spatiales et quantitatives. Ils représentent pour l'enfant ses figures d'attachement privilégiées et sont en cela dans une primordialité qualitative socio-affective. Or, l'accueil hospitalier en post-partum, à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'une prise en charge en pédiatrie néonatale, vient questionner toutes ces primordialités. L'écosystème quotidien de l'enfant devient le



service où se déroulent ses soins, avec souvent une présence discontinue de ses parents. Selon les contextes et les raisons de sa prise en charge, le bébé n'aura pas forcément pu avoir le temps de rentrer en contact avec ses parents. Au mieux la culture du service où il est accueilli fonde la relation parents-enfant au centre de ses préoccupations et les membres de la famille pourront activement participer auprès de leur bébé. Ainsi, les primordialités susnommées sont-elles, si ce n'est inversées, en tous les cas grandement chamboulées dans les vécus de chacun, ce qui n'est pas sans être source d'interrogations et parfois de tensions relationnelles, à la fois pour les parents, les professionnels et probablement pour les bébés. Aidants, les parents le seront également selon les soignants, dans leur place d'« informateurs ». Dans ce contexte, ils sont attendus comme « étant les seuls à pouvoir fournir certains renseignements sur leur enfant », lui permettant en cela de ne pas être un petit patient comme les autres et d'être accueilli dans la singularité de son histoire. Positionnés ainsi en tant que « personnes ressources », les parents sont perçus comme supposés savoir. A ce niveau, un autre contraste sera explicité : celui de ce présumé de parents « savants » qui n'est pas toujours aisément admissible, notamment en période néonatale. En effet, la rencontre avec le bébé est en cours pour tous (bien qu'à des degrés différents) et chacun semble attendre de l'autre un rôle informatif et interventionnel, sans que ces attentes ne soient toujours clairement et réciproquement, ni conscientisées, ni assumées, ni exprimées. Cette situation de légitimités croisées (les parents attendant des équipes des savoirs et savoir-faire et réciproquement) parce qu'advenant dans un processus de construction identitaire et de réaménagements somato-psychiques globaux pour les membres de la famille, peut être parfois source de quiproquos représentationnels et communicationnels. A plus forte raison lorsque les expériences et compétences de chacun ont du mal à se poser en complémentarité et risquent alors de s'inscrire en rivalité : « prendre soin d'un enfant » est une expression sémantiquement vaste, où se retrouvent et parfois se recoupent des façons différentes de penser, de faire et de dire selon chacun. Pour nombre de professionnels, une part non négligeable du temps des familles en périnatalité est consacrée à s'adapter et à tenter de (re)construire des repères, dans ces temps et lieux de la mise et de la venue au monde des enfants qui ne leur sont ni ordinaires, ni habituels. Faisant partager aux professionnels une « tranche importante de leur vie », livrant « leurs souffrances » et « s'en remettant totalement » parfois même aux soignants, les parents étant « faits tels par leur enfant finalement » et étant souvent « de plus en plus isolés et perdus », sont perçus comme « en crise » et « tentant de

gérer », leur « nouvelle place » dans la famille élargie. Être parent ce serait « évoluer » et, dans ces temps mutatoires de la Naissance qui se déroulent par ailleurs dans des lieux hospitaliers également source de problématiques identitaires, les parents feront finalement et magnanimement selon les professionnels, « de leur mieux » et « ce qu'ils peuvent ». Les parents « de passage en périnatalité », « cherchent » et « demandent ». Ils solliciteraient des « informations », des « renseignements », des « conseils », de « l'aide » et à « ne pas être jugés ». Dans l'attente de tout cela, ils « accepteraient beaucoup de choses » et feraient « beaucoup d'efforts », sans forcément s'en rendre compte et surtout sans que « nous (dixit les professionnels) nous y fassions assez attention ».

Les représentations professionnelles attenantes aux parents, assez clivées finalement, soulignent toute la paradoxalité que nous développerons plus loin, des nécessités d'adaptations réciproques entre un système fait pour et non par ses « usagers », entre des patients pour qui est généré ce système, mais au sein duquel ils ne sont que nomades et surtout, entre les bénéficiaires de ce système (les familles) et les représentants de ce système (les professionnels). Ces derniers qui sont tout à la fois intervenants et usagers potentiels, se trouvent dans des mouvements conflictuels entre la préservation nécessairement conjointe des patients et des institutions, dont les intérêts ne sont pourtant pas toujours compatibles. Ainsi pour les soignants, entre attentes des familles, respect du patient et de ses accompagnants dans leur intégrité somato-psychique et injonctions institutionnelles, conformité au cadre qui sous-tend l'existence même du professionnel, l'équilibre n'est pas toujours simple à trouver. Peut-être la recherche de cet équilibre constitue-t-elle finalement l'axe dynamique homéostatique entre « disposition soignante » et « dispositif soignant », tels que Fabienne Brugère (2011) peut les définir. Nous interrogerons et développerons cela plus loin, dans les chapitres de discussion terminant cette deuxième partie de la thèse.

Comme nous avons pu l'entendre, les parents ont tendance à être perçus de façon assez binaire dans les aspects plutôt descriptifs, abordés par les professionnels. Dichotomisations qui pourraient apparaître paradoxales vis-à-vis du point suivant, sur lequel s'attarderont longuement les participants à la recherche et qui concerne la nature « globalisante » du terme « parent ». « Résumé de personnes et d'âge qui se croisent », « sens large qui résume », le terme viendrait donc telle une présentation abrégée, une récapitulation symbolique, un resserrement lexical, véhiculer une sorte d'entité

représentationnelle, au-delà des incarnations réelles. La justification en utilisation générique, sera également argumentée pour les autres dénominations de « famille », d'« entourage » et de « couple ». Ainsi, serait-il intéressant ici d'explorer les définitions concernant tous ces termes, tels qu'ils sont référencés dans les glossaires officiels.

### *La sémantique des glossaires officiels*

Les mots ont des sens plus ou moins conscientisés, en eux et entre eux dans des dynamiques métaphoriques et métonymiques (Lacan, 1957). Construits au fil du temps et de leurs usages, leur(s) étymologie(s) et les sémantiques académiquement reconnues sont importantes afin d'en entendre les soubassements, nous avons donc choisi de nous y intéresser.

*Parent(s)*, à la fois substantif et adjectif, évoquerait l'appartenance à un même groupe, notamment familial et par extension, ce qui est proche et analogue. Du latin *parere* signifiant « engendrer » et de *parens* définissant le père et/ou la mère, nous retrouverons cette contiguïté sémantique dans l'usage moderne du terme, selon que le mot sera employé au pluriel (soulignant alors le « et » entre père ET mère) ou au singulier (désignant alors le « ou » entre père OU mère). C'est donc dès la définition, voire même dès l'étymologie de ce mot, que s'ancrerait le mouvement de globalisation sémantique et ses paradoxalités, non loin finalement des problématiques parentales de complémentarité et/ou subsidiarité, telles que nous avons pu les entendre dans les discours des participants.

*Famille*, substantif féminin, définit un (re)groupement de personnes unies et liées par des éléments communs. Du latin *familia*, qui véhicule l'idée d'un ensemble de personnes résidant dans le même lieu, le terme dans son acception moderne est majoritairement utilisé dans le cadre des notions d'affiliation et de filiation. L'intérêt de ses détails sémantique et étymologique, est l'aspect large de la signification qui, initialement évoque un aspect sociologique clanique, au-delà des réductions plus contemporaines du terme. Là encore, nous retrouvons dès les racines sémantiques le mouvement de globalisation.

*Entourage*, substantif masculin, désigne ce qui se trouve autour de. En transitivité donc, dans une sémantique également vaste et s'inscrivant dans un abord majoritairement spatial, où ce qui se trouve autour de, l'est dans un nombre et une

qualité indéfinis, même si l'usage s'applique plus à des êtres vivants qu'à des données matérielles.

*Couple*, substantif masculin, définit un objet d'attache et/ou un processus liant et/ou le résultat des deux premiers, consistant à réunir deux éléments préalablement séparés. Du latin *copula* désignant un lien étroit, « couple », lorsque les éléments reliées sont des êtres humains, évoque une union généralement affective, corporelle et matérielle.

En associant les élaborations des participants avec ces développements, nous pourrions entendre le concept kleinien d'imgo parentale combinée (Mélanie Klein, 1932). Nous reprendrons cette idée plus loin, dans les interrogations que nous porterons sur le bain somato-psychique archaïque qu'induit l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants et ce que cela peut mobiliser en termes défensifs à des échelles singulières et groupales.

*Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels :*

Le fait que les parents, a contrario des professionnels, ne s'évoquent pas comme tels spontanément d'une part et le fassent d'autre part dans le sens contradictoire d'une liaison et/ou (con)fusion entre deux êtres, a attiré notre attention sur la question de la temporalité quant aux différentes perceptions de la parentalité dans les dynamiques psychiques périnatales. Temporalité, car il pourrait en effet s'agir d'un décalage dans l'appréhension de (se)sentir ou pas, ou pas encore, parent(s). Les parents en plein vécu du devenir comme tels, n'auraient ainsi pas encore assez de distance réflexive, baignés qu'ils sont dans l'esthétique et l'émotionnalité de la naissance de leur famille, ils seraient ainsi (trop ?) au cœur de la dynamique pour l'évoquer spontanément. Les professionnels seraient alors plus dans l'observation de cette dynamique, pouvant ainsi réfléchir quant à ces perceptions du devenir parent(s), mais eux-mêmes également (trop ?) au cœur de cette dynamique d'observation de la dynamique des tiers, pour percevoir à leur tour en quoi ces processus les mobilisent aussi. Car, dans les mouvements de différenciations, d'analogies et de globalisations sémantiques, apparaît en filigrane la problématique des clivages et des éloignements spatiotemporels à l'œuvre, quant à la conscientisation des phénomènes projectifs suscités chez tous et pour chacun, au sujet de la mobilisation souvent non assumée, des imagos parentales. Autrement dit, et nous retrouverons également ces processus défensifs pour les autres imagos familiales, ces scansion dans les élaborations groupales et singulières, semblent

ne pas être tout à fait étrangères à l'hyper catégorisation perceptive qui se met en place, lorsqu'il s'agit d'élaborer sans trop d'affects et avec rationalisation, voire intellectualisation, les interrogations éminemment intimes pour tous et chacun, qui concernent l'être et le devenir parent(s). Le cadre institutionnel laissant dans ce contexte (selon les différentes cultures des services) peu, pas assez ou trop de place au(x) parent(s), deviendrait alors tout à la fois support projectif latent et alibi manifeste de cette tactique défensive du « saucissonnage perceptif ». En effet, les éléments soulignés comme problématiques (césure spatio-temporelle de la perception du devenir parent induite par l'organisation des services ; processus du devenir parent en cours ; asymétrie relationnelle soignant-soigné ; mouvements empathiques et de demandes réciproques ; écart entre conviction et effectivité des pratiques...) sont tout à la fois décriés, accusés, mais également sollicités et convoqués comme étayage, pour justifier ce qu'il en est des postures et praxis quotidiennes.

Ainsi, aborder les dynamiques représentationnelles attenantes à la parentalité est apparu pour les soignants essentiellement parler des « autres ». Les parents ce sont « eux », les familles et les accompagnants. Il semble d'ailleurs en aller de même pour ces derniers, puisque les parents participants à la recherche évoqueront un abord très introverti sur la famille même, lorsque seront abordées les imagos qui y sont relatives, dans un décrochage alors quasiment total avec la question des professionnels qui les ont accompagnés. Un accord tacite semble ainsi avoir été trouvé entre familles et professionnels, quant à la mise à distance manifeste de la problématique de ce qui peut se communiquer ou pas au-delà des distinctions soignants-soignés, quant à la question des imagos parentales. Et pourtant, comme nous avons ici commencé à l'entendre, les échanges plus implicites à ce propos apparaissent bien présents et particulièrement dynamiques, ramenant plus ou moins consciemment sur la scène périnatale, le principe selon lequel les imagos parentales, comme les autres imagos familiales d'ailleurs, convoquent des mouvements identificatoires complexes entre ascendants et descendants incarnés et/ou fantasmatiques, autant chez les familles naissantes que chez les professionnels qui les accompagnent. Devenir parent(s) mobilise les conditions de réaménagements somato-psychiques globaux, questionnant sa place d'enfant vis-à-vis de ses propres parents, de ses propres parents vis-à-vis des leurs, de sa place de parent(s) vis-à-vis de son propre enfant et de la place de ce dernier vis-à-vis de soi-même... Accompagner le devenir parent(s), convoque également tous ces questionnements chez l'intervenant d'autant, comme nous le verrons plus loin, lorsque

les fonctions attitrées du professionnel de la périnatalité, l'invite de manière plus ou moins massive et de façon plus ou moins conscientisée, à occuper un rôle particulièrement connoté en termes de substitut, de relais et/ou de soutien familial.

## **Les bébés**

### *Perçus par leurs parents*

#### Les bébés de « manière générale », d'après les mères

La première idée convoquée par les mères à propos d'une représentation « globale » du bébé, sera la notion de « dépendance ». Dans une relation de subordination donc, mais également de solidarité et/ou de causalité (du latin *dependere*, signifiant « être suspendu à ») « pas toujours facile » en cela, être bébé pour les mamans serait un « reflet » et une « image de soi » reproduite, dans le cadre d'une « filiation » où le petit est un « support de fantasmes ». « Faisant partie » d'une histoire familiale, le bébé incarnerait la « continuité » de soi-même, du couple et de plusieurs générations, en étant le « fruit des désirs et des amours ». Dépendance également induite par lui pour les personnes qui l'entourent, il sera évoqué le fait d'être un bébé comme une « raison de vivre » pour ses parents, une possibilité d' « exister à travers lui ».

Perçu ensuite comme « fragile », « sincère » et « innocent », « instinctif », les mères dans le romantisme de leurs préoccupations maternelles primaires, exprimeront comme un « amour incroyable » la rencontre avec leur « petit prince » et « petite princesse ». Le bébé, en « commençant son histoire », en « arrivant dans un nouveau monde » est attendu comme le « bonheur trognon qui change tout » (« his majesty the baby » de Freud -1914- dans le langage maternel...)

#### Place et fonction du bébé dans la famille, d'après les mères

« Cerise sur le gâteau », le bébé dans la famille est esquissé de manière quasi extatique par les mères, comme un « aboutissement », un « enrichissement », un « renforcement » et une « concrétisation » de la vie de couple. « Chouchou » parce que « fragile », « centre du monde » parce que « dépendant », le bébé est vécu « au milieu » de la famille dans une primordialité des préoccupations.

Sa place, qui pour certaines « y est de fait » et pour d'autres « se fait progressivement » est reconnue comme « très grande et importante » dans tous les cas.

Car, et en cela les mères commenceront à aborder la notion de fonction du bébé dans la famille, l'arrivée du petit au sein du foyer est appréhendée comme un

« bouleversement » et un « resserrement » des liens. « Apportant quelque chose de nouveau », le bébé en « évoluant », « restructure » les dynamiques familiales, permet les changements et apporte un « nouvel air », un « nouvel élan » : celui de l'« agrandissement » et du « passage du couple à la famille ». En « tentant de prendre ses marques », le bébé « guide » et « rythme » les autres, en « donnant » tout à la fois « joie et responsabilité ». « Demandant beaucoup d'attention », l'enfant susciterait la « solidarité » parentale en induisant ainsi une « consolidation » des liens afin que l'« apport d'amour et de bonheur » ne soit pas trop fragilisé par l'« apport des contraintes et de la fatigue ».

Dans des mouvements plus observateurs (mais également plus projectifs ?) les mères exprimeront les principales occupations de leurs petits comme étant celles de la croissance. A la maison (comme partout d'ailleurs) « Bébé grandit », « se construit » et « s'éveille », par des actes appréhendés majoritairement comme positifs : il « s'épanouit » en s'amusant, « découvre » en profitant, apprend en « jouissant des plaisirs quotidiens », « s'inspire » en recevant de l'amour... Outre de dormir beaucoup, de manger souvent et de pleurer parfois, Bébé « s'habitue », « rencontre » et « tente » surtout, de « s'exprimer » et de « prendre ses marques » : « lui(elle) aussi doit être fatigué(e) finalement ! » comme le souligneront avec beaucoup d'humour plusieurs des participantes à la recherche.

#### Les bébés de « manière générale », d'après les pères

La notion centrale mobilisée chez les participants en ce qui concerne « l'être bébé » est celle d'« appartenance ». Résultat du fait d'appartenir, d'être la possession de et de faire partie d'une relation définie comme nécessaire entre l'ascendant et le descendant qui deviennent tels d'ailleurs par ce fait même ; du latin *ad-pertinere* signifiant « tendre vers » et soulignant l'importance et la pertinence des liens entre les éléments concernés : les pères s'attarderont longuement sur cette dynamique intégrative familiale du « savoir d'où l'on vient », d'« affiliation » à une famille et d'agrandissement du « clan ».

Le bébé en « venant au monde » va « débiter sa vie » et parfois selon certains participants, également « débiter la galère ». Pourtant, pour la majorité des pères, « l'être bébé » apparaîtra plutôt positif, comme un fait attendrissant et « source de bonheur ».

Une part non négligeable des représentations concernera également l'aspect « essentiellement naturel » et « allant de soi » de l'accession à la vie. « Insouciant »,

cette « petite chose » qu'est le bébé est aussi perçue comme « fragile », parfois même « sans défense », soulevant des emphases philosophico-poétiques paternelles, où « l'être bébé » est apparu pour certains comme une « notion qui signifie moins aujourd'hui que par le passé et plus aujourd'hui que demain »...

#### Place et fonction du bébé dans la famille, d'après les pères

« Destin du couple » et « fruit de l'amour », le bébé dans la famille sera établi par les pères comme « occupant » une place « importante et centrale ». « Vecteur des préoccupations », le bébé sera perçu comme étant dès lors le « cœur du noyau familial » et en cela reconnu comme « faisant sa place de toute façon ». Une notion de non choix donc, sans que cela ne soit forcément apparu comme péjoratif, mais avec toutefois certains sentiments d'être « dépassés » et « débordés » par un petit être « à charge » qui, pouvant apporter « du plus » et « de l'équilibre », peut également induire un bouleversement des rythmes habituels et un mécanisme de « chaises musicales » pour tous les autres membres de la famille. En « grandissant », action essentielle du bébé au sein de la famille d'après les pères, en « commençant » ses « premiers » pas et ses « premières » expériences, Bébé va « changer » celle des autres. Le tout-petit va, en dormant, pleurant, mangeant et faisant ses besoins, « occuper son monde » et « mettre de l'animation », quitte à risquer de devenir en cela « perturbateur » et « source de soucis et de conflits », bien qu'« apportant » avec son avènement « joie, bonheur et amour ».

Ainsi plus mitigés dans les tous premiers moments de vie de leur enfant, les pères apparaîtront dans un romantisme moindre que celui de leur compagne, moindre « sensibilité » soulignée par les pères eux-mêmes et justifiée par des préoccupations et des projections réalisées selon eux, sur un plus long terme que leur partenaire.

#### *Perçus par les professionnels*

#### Les places et fonctions des bébés au sein de la périnatalité

Les professionnels exprimeront avoir été particulièrement touchés par ces questionnements. Premièrement et primordialement, car ils s'avéreront souvent gênés d'avoir l'impression de ne s'être jamais posé la question plus tôt. Ensuite, parce que ces interrogations sembleront convoquer des représentations étroitement liées à différentes



émotions, explicitées comme émergeant de certaines remémorations de situations professionnelles, mais également personnelles. Nous touchions en cela à ce que nous avons pu dès lors développer dans un article<sup>32</sup> : la notion de bébé-réalité pour les soignants, la manière dont ils vont selon leur histoire en tant qu'ancien bébé, selon leur expérience personnelle en tant que parent, selon leurs motivations professionnelles plus ou moins conscientisées, selon leurs places et fonctions actuelles et enfin, selon leurs prédispositions singulières dans l'ici et maintenant des différentes rencontres, percevoir le tout-petit qu'ils vont accompagner dans le cadre de leurs pratiques. Nous avons ici choisi d'exposer ces représentations des professionnels en trois grandes catégories : celles correspondant à des bébés perçus pragmatiquement dans leurs manifestations physiologiques et comportementales, celles traitant des bébés plus passifs dans les vécus observés et celles attenantes à des bébés exprimés dans une certaine agentivité.

« Pas comme, mais presque comme un petit animal », le bébé sera longuement décrit comme un corps à physiologie expressive. Mangeant et dormant notamment, pleurant souvent, déféquant et urinant également, « ça » braillerait aussi, sourirait de temps en temps et gazouillerait parfois. « Vivant » en un mot, le bébé en périnatalité « grandit » et « se développe » en ayant des besoins.

Face à ces états de fait, beaucoup de participants à la recherche percevront le bébé comme assez inactif. Utilisant massivement le passif des verbes, le bébé *est* ainsi soigné, nourri, aimé... Dans le même ordre d'idée, il *se fait* changer, câliner, porter... Un peu « sous le choc » et « ahuri » de son accession au monde, le bébé « encore dans sa bulle », « attend » et « patiente » que les autres « subviennent à ses besoins ». « Se laissant faire » souvent et « s'adaptant » toujours, le bébé est l'« objet » de tous les soins et de toutes les attentions.

Pour nombre de soignants, a contrario de cette précédente idée de passivité, les bébés sont apparus compétents et d'ores et déjà acteurs dans les premiers instants de leur vie, ante et post-partum. Nous trouvons tout d'abord un versant véhiculant des notions de mobilisation de l'entourage : le bébé est perçu comme la personne motivant l'existence même du réseau périnatal et, de manière plus générale, comme le petit patient qui génère la nécessité de soins. « Base » et « centre », il « focaliserait » et « fédérerait » les attentions et les préoccupations, tout à la fois des professionnels et de ses parents : « il fait le bébé et par là, il crée tout ce qu'il y a autour », faisant « progresser », « évoluer »

---

<sup>32</sup> Kamierzac et Tourné, 2008.

et « grandir » les adultes qui l'entourent. Induisant des actes et des comportements, le bébé mobiliserait également son entourage sur des crédos plus implicites : permettant une « relativité » plus importante dans l'appréhension du monde, il fait « rêver » et « espérer », « pose question » et parfois « pose problème ». En ce qui le concerne lui-même et dans un second versant, le bébé est perçu comme courageux et endurant, « face » à une découverte du monde aérien, appréhendée comme particulièrement éprouvante. Dans cette optique, le bébé « essaye », « tente » et « porte beaucoup de choses », il « supporte » même parfois et « se bat » dans les situations pédiatriques particulièrement problématiques. Dans un troisième versant, toujours pour le bébé lui-même, seront majoritairement évoquées les idées de « découverte », d'« initiation » et d'« apprentissage ». En « naissant », en « vivant », en « étant », en « arrivant », le bébé « fait connaissance », il « s'éveille » et « se familiarise ». « Etre en devenir », le bébé est perçu comme particulièrement compétent sur le plan mnésique. Il est également appréhendé comme un expert de la communication et de l'adaptation : « cri du fond du couloir » il est également « éminemment créateur », « apparaissant » et « commençant son histoire ».

#### Les bébés de « manière générale »

Les professionnels exprimeront leur grande difficulté à répondre à ce questionnement, craignant d'apparaître trop vastes ou au contraire trop restrictifs, face à un sujet perçu comme se devant d'être estimable. Certains n'arriveront pas à répondre et beaucoup d'autres discours seront fréquemment scandés par des phases de latence importantes. Au final, divers mouvements pourront être dégagés dans les élaborations des participants, avec à nouveau dans cet abord un versant de petits perçus comme soumis essentiellement aux influences de leur milieu et de leur entourage et un autre versant de leur part plus active, mais toujours en relation étroite avec l'environnement humain et matériel.

Les bébés sont appréhendés d'une part et fréquemment, comme éminemment « dépendants ». Etre un bébé serait dans ce contexte marqué du sceau de l'« involontaire » : l'enfant étant soumis à une histoire qui le dépasse et à laquelle il est intégré « malgré lui », en plus et au-delà de sa réalité physiologique qui fait qu'il a « besoin des autres ». La dépendance est en ce sens envisagée comme « difficile », le bébé se devant de « supporter », voire de « subir », des vécus qu'il n'a pas choisis et des

rêves qui ne lui appartiennent pas, étant essentiellement dans la demande et dans l'attente. En cela est abordée la question très récurrente de l'être « désiré » et/ou « non désiré » et avec elle (parce que souvent évoquée en association) la notion d'« appartenance », le bébé tentant alors de « se construire sur les ruines des deuils parentaux » et de « s'amarrer sur un vide fondamental et permanent ».

Dans un abord où la passivité du bébé serait perçue comme plus joyeuse, les professionnels s'attarderont également sur des aspects plus latents de l'être bébé. « Symbole », « représentation » et « apparition » *pour les autres*, le bébé est « la continuité », le fruit d'une rencontre amoureuse », « la prolongation de deux êtres » et s'inscrit par là-même dans un système de références à partir desquelles il pourra « potentiellement » se construire et dans un giron familial, qui peut également en cela lui apporter protection, reconnaissance et ressources de survivance. A partir de ce socle de dépendance et d'appartenance qui, comme nous venons de le voir, est appréhendé de manière manichéenne par les participants à la recherche (« être bébé c'est à la fois avoir beaucoup de chance et parfois pas du tout ») un fil d'Ariane est apparu dans les différents discours : celui du bébé comme « être en mouvement et en devenir », ouvrant ainsi la voie aux représentations d'un tout petit plus actif et volontaire dans les commencements de sa vie.

« Faisant la famille », « permettant à ses parents de le devenir », le bébé est vécu comme étant dans une « relation », une « communication » et des « interactions » incessantes avec son entourage et son environnement. Dans un « apprentissage fondamental » et continu, le bébé serait l'essence même de la « potentialité ». « Le bébé est une personne » sera bien sûr repris plusieurs fois dans les réponses, avec en association des descriptions également idéalisées de ce qu'être un bébé devrait ou ne pas être : ce devrait être d'avoir « le droit de prétendre à une vie heureuse » et d'être « aimé, chéri et désiré », ce ne devrait pas être d'avoir justement à « subir au-delà de ce qui est acceptable » et d'être « un produit de consommation ». En un mot finissant, le bébé devrait pouvoir être un sujet et non un objet, à la fois pour lui-même, mais surtout pour les autres.

### Les places et fonctions des bébés au sein de leur famille

Ou, autrement dit, de quelle manière les professionnels se projettent-ils lorsqu'il s'agit d'envisager le petit patient dans le cadre familial ? Là encore, de nombreuses digressions rythmeront le temps des réponses des participants à la recherche, qui

réaliseront là un véritable effort de jonglerie entre leur positionnement professionnel et leur ressentis personnels, ouvertement exprimés comme s'ancrant tout à la fois dans leurs expérience d'enfant et de parent.

Il est intéressant de souligner l'importance voire la prééminence des représentations spatiales : la notion de « place » étant ainsi abordée dans son sens le plus manifeste et le plus littéral. Ainsi, pour nombre de professionnels, le bébé dans sa famille est « entre ». De ce fait, il se retrouve au « centre » et au « milieu », même si cette logique a souvent pu (en annulation et dénégation) réveiller de manière réactionnelle un certains conflit entre cette évidence et ce qui devrait finalement ne pas être pour le bien-être de chacun des membres de la famille. En effet, se retrouvant « dans » l'inter parental, le bébé aurait une place « très et parfois trop importante ». Trop importante pour les autres, quand au final « tout tourne autour de lui ». Trop importante pour lui, quand « au centre du centre » il devient le « ciment », l'« élément coercitif », l'« élément de stabilisation », le « lien » et l'« outil » de construction de la famille. Place qui « dépend de beaucoup de choses », place « complexe » et « variable » parce qu'étant finalement surtout une « place dans la tête des autres », un certain consensus est apparu au sein de la conflictualité des discours : le fait que parler de « place » était moins adapté que de parler d' « assignation », en ce qui concerne le bébé au sein de la dynamique familiale. Après la sphère spatiale, les repères temporels viendront guider les élaborations. Temporalité, où la place du bébé se faisant dynamique, est nommée comme une « co-construction » et une « suite vers le futur » : ce qui justifierait les difficultés à appréhender le Naissant. « A la fois aboutissement et départ d'une histoire », « en premier sur certains trucs », « troisième élément dans la chronologie », nous entendons à quel point évoquer la place du bébé dans la famille soulève pour tous une levée défensive maladroitement masquée par les mouvements ambivalents. Chaque élaboration mobilisée souvent inauguralement avec bonhomie et impulsivité par les participants, aboutiront après certaines phases de latence dans les discours et de manière quasi systématique, à une réflexion plus profonde et controversée. Ainsi, le bébé qui est « LA perle », « LE trésor », qui est « comme un roi », induit pourtant une « gêne » et une « perturbation » à son arrivée. Sa place pourtant « prête », « attendue », « désirée » est également « difficile » et « conflictuelle ». Se devant d'« être comme celle des autres membres de la famille », la place du bébé est en même temps reconnue comme

« forcément plus » : plus « importante », plus « fragile », plus « sensible »...en tous cas « dans les premiers temps ».

Le terme de « décalage » étant le plus fréquemment apparu pour synthétiser l'idée de la place du bébé au sein de sa famille, nous avons ici souhaité nous y attarder plus amplement. Substantif masculin, *décalage* défini tout à la fois l'action de déplacer un élément dans le temps et dans l'espace et le résultat de cette action. Du grec *khalao*, signifiant « laisser aller », « détendre », le terme « décalage » véhicule également l'idée d'ôter la cale d'un élément, en induisant par là-même la possibilité de mouvoir l'élément en question et/ou de le déstabiliser. Ainsi la place du bébé dans la famille, en (ré)ajustant en cela les dimensions spatiales et temporelles, est-elle perçue métaphoriquement par les professionnels, comme celle d'un élément dont la dynamique est à même d'induire celle de l'environnement matériel et humain qui l'entoure. Et cela, sans que lui-même en soit tout-à-fait conscient. Ici se noueraient pour les professionnels les valences position active/position passive, telles que développées plus haut. Le bébé dans sa famille n'agirait finalement pas différemment que dans les autres domaines, même s'il est envisagé plus actif au sein de son foyer qu'au sein des services périnataux. Malgré des potentialités « très limitées », Bébé aurait une grande fonction dans l'organisation de son environnement et de son entourage, où il est alors attendu comme élément « fondateur », voire « créateur » de la dimension familiale, dans un au-delà de la dimension de couple. Dans tout ce qu'il mobilise de fantasmes et de représentations, « il fait d'un homme un père et d'une femme une mère ». En cela, le bébé « apporte » des choses « plus ou moins agréables » aux autres. En échange, il « reçoit », notamment parce que qu'il est en « demande » permanente, en échos plus ou moins accordés avec ce qu'il suscite de préoccupations. Là résiderait pour les professionnels, l'essence même de ses compétences relationnelles et communicationnelles.

Le bébé dans son écosystème privilégié qu'est sa famille, passerait la majeure partie de son temps à « croître » en « apprenant », souvent dans un bain émotionnel appréhendé comme « joyeux » et « ludique ». Pour d'autres participants en revanche, le bébé ferait « trop de choses » : *on* se poserait « trop de questions » à son sujet, l'accablant ainsi de problématiques nouvelles qu'il n'aurait pas eu en d'autres temps et/ou dans d'autres lieux.

Au terme de ces développements, nous souhaitons faire une place particulière aux différentes nominations utilisées pour parler les bébés : diversité des appellations qui nous est apparue très significative de la complexité représentationnelle sous-jacente.

### *La sémantique des glossaires officiels*

Pour les participants à la recherche, *bébé* apparaîtra tout à la fois comme le terme le plus usité et le moins consensuel. Terme générique pour certains, au contraire très spécifique pour les autres, cette nomination viendrait d'une part représenter l'être venant au monde, celui qui naît de manière générale sans distinction chronologique entre l'ante et le post-natal, entre le post-partum et l'ensemble de la période de la prime enfance. D'autre part, cette appellation signifierait l'être réel et concret, « sorti du ventre », avec lequel on peut être en interaction. Un deuxième distinguo, non sans lien avec le premier, sera celui de faire précéder dans les discours le terme « bébé » d'un article ou non : « un » bébé, « le » bébé seraient alors plus en corrélation avec le premier mouvement de globalisation, alors que « Bébé », devenu ainsi nom propre sans article le précédant, désignerait a contrario l'être singulier à qui l'on s'adresse en le nommant ainsi. Du nom *Bébé* donné en 1747 par le roi Stanislas Leszczyński à un nain qu'il avait comme bouffon, certains liens étymologiques pourront également être faits, dans les glossaires officiels, avec le préfixe *bab-*, issu de *babiller*, *babine* et sous l'influence du mot anglais *baby*. Dans tous les cas, le terme *bébé* ne sera pas utilisé en français avant le XX<sup>e</sup> siècle et l'idée véhiculée par ce terme restera fortement corrélée avec le qualificatif « petit », dans un sens donc d'amoindrissement quant à une moyenne.

L'adjectif *petit*, en tant que nomination à part entière, sera en effet longuement repris dans les discours spontanés des participants à la recherche. Parfois en utilisation substantive, à nouveau avec ou sans article le précédant et dans le même sens que pour le terme « bébé », « petit » sera également mis en composition du mot « tout-petit » et en qualificatif d'autres termes, tels que petit patient, petit enfant, etc... afin de définir celui qui est moins que...

*Enfant* ensuite, également très utilisé dans les discours, sera décrit de manière consensuelle par les participants à la recherche, comme le terme générique désignant la personne non adulte d'une part et l'ancrage dans la filiation d'autre part. L'enfant est celui qui est considéré comme peu autonome et peu responsable, voire fragile parfois et en cela forcément dépendant d'un autre (« autre » perçu responsable et autonome) : deux acceptions correspondant aux deux sens répertoriés dans les glossaires officiels.

Dans des notions plus spécifiques, plus facilement délimitables et plus consensuelles pour les professionnels, nous trouverons également dans les discours les termes de « fœtus », de « nouveau-né » et de « nourrisson ».

*Fœtus*, désigne unanimement pour les professionnels l'être in utero. Étymologiquement, le terme vient du latin *feo*, signifiant « produire » et « enfanter ».

*Nouveau-né* ensuite, qualifie l'enfant qui vient de naître durant les premiers jours de sa vie pour certains et les premières semaines pour d'autres. L'aspect intéressant plusieurs fois souligné par les participants à la recherche, est la spécificité du nouveau-né qui dans son accession à la vie aérienne, venant « tout juste » de sortir du giron maternel, « a le droit » de présenter des signes physiologiques et comportementaux qui deviendraient inquiétants par la suite. Comme une sorte de sas identitaire spatio-temporel, un passage entre l'ante et le post-natal, le nouveau-né durant cette période en post-partum immédiat, est appréhendé tel un « être de l'entre-deux » dont les manifestations curieuses et bizarres, évoqueraient l'adaptation primordiale d'un changement de monde fondamental et en ce sens acceptable par l'entourage. Le nouveau-né serait de manière éminente le « passant, le « naissant », l'être en phase de devenir et surtout, d'être reconnu comme tel.

*Nourrisson* enfin, désigne pour les professionnels le tout-petit qui étant encore dans sa première année de vie, serait toutefois déjà sorti du stade du nouveau-né. Du latin *nutritionem*, signifiant « nourriture », le terme de nourrisson a évolué du XII<sup>e</sup> siècle où il avait un sens fortement lié à la notion d'éducation, en passant par le XIV<sup>e</sup> siècle où il qualifiait l'acte d'allaitement, jusqu'à son acception actuelle apparue au XVI<sup>e</sup> siècle, désignant l'enfant qu'une femme nourrit de son lait et, par extension, l'enfant en bas-âge pas encore sevré.

Cet exemple d'évolution sémantique et l'utilisation de nombreux termes par les participants à la recherche nous sont apparus significatifs : s'exprimer et communiquer autour d'un être et/ou d'une notion très complexe à cerner mobiliseraient des défenses psychiques, où la richesse lexicale tendrait à contenir l'effraction pulsionnelle, affective, émotionnelle et représentationnelle associée.

*Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels :*

En rapport à la problématique de cette multiplicité lexicale, découvrant une pluralité tout aussi importante des potentialités sémantiques, apparaissent les difficultés potentielles dans les accordages représentationnels quant à l'objet « bébé ». *Objet*, car

nous pourrions entendre en cela la question charnière des capacités de pensée(s) et de rêverie(s), en ce qui concerne *bébé* d'une part et *le* bébé d'autre part : ou autrement dit, la question de métaboliser le concept et/ou d'aborder le sujet. Problématique qui apparaît notamment dans le jeu des termes plus professionnels, tels que précédemment énoncés (foetus, nouveau-né, nourrisson...) mais également dans l'ambivalence partagée par l'ensemble des participants à la recherche, quant à ces notions de bébé actif, passif, acteur... et des valences émotionnelles alors exprimées de manière plus manichéennes, entre un *être* bébé (naître bébé) perçu comme très confortable et/ou particulièrement désagréable. Ambivalence partagée, mais pas forcément accordée. Ici s'esquisse l'essence même de la notion de bébé-réalité et de ce qui va plus ou moins aisément permettre à l'enfant de se construire, en ce qui lui est renvoyé par son entourage à son propos. Chacun de sa place (parent et intervenant) semble pourvoir investir tour à tour les différentes facettes représentationnelles et émotionnelles convoquées par le bébé, et en cela lui offrir un riche panel identificatoire. Mais en même temps, ces dynamiques idéatoires et affectives constituent une toile de fond parfois chaotique, lorsqu'il s'agit pour l'entourage de communiquer à propos du bébé. Les difficultés exprimées de manière plus ou moins manifeste par les participants à la recherche quant à la notion « générale » de l'être bébé, nous sont en cela apparues significatives : la perception du bébé s'inscrit pour tous dans une prééminence esthétique et émotionnelle, éminemment singulière et plus difficilement cernable et dicible pour chacun. La part projective qui fait alors effraction, soulève des processus défensifs plus ou moins glorieusement étayés par le jeu des différents termes. Dans l'ambivalence perceptive entre notamment dépendance/autonomie et activité/passivité du bébé, s'exprime tout un travail d'introjection des accompagnants (familiaux et professionnels) où tentent de s'harmoniser ce qui est attendu, désiré, redouté, constaté... à propos du bébé, mais également et surtout à propos de ses propres postures d'accompagnant à l'égard du bébé, elles-mêmes relatives aux expériences précoces que l'accompagnant a pu éprouver dans ses tous premiers temps de vie, ou tout du moins ce qu'il en a reconstruit et conservé consciemment en mémoire. Processus projectifs qui soulèvent des problématiques lourdes de sens. Comme par exemple celle du bébé comme danger réel et symbolique potentiel de l'ordre culturel établi, du bébé prophète également, mais également et surtout, celles attenantes au risque de remémoration des éléments de la prime enfance frappés par l'amnésie infantile chez chacun de nous. Problématiques qu'il semblerait donc plus confortable de garder sous silence notamment en cette



période périnatale, mais qui constituent pourtant le moteur exceptionnel des investissements et malentendus de chacun autour de la Naissance.

## **Les mères**

*Dans les représentations parentales*

### Les mères de « manière générale » pour elles-mêmes

L'adverbe majoritairement utilisé par les participantes comme connotant le mieux leur perception de la maternité est « beaucoup ». « Être mère » c'est devenir, avoir et ressentir en *grand*. Une sorte de « vague d'émotions », que ces émotions se lisent dans une valence « en tension » (« peur », « angoisse », « doute », « inquiétude »...) ou dans un abord plus agréable (« joie », « bonheur »...). Dans tous les cas « être mère c'est beaucoup de choses » et « c'est éprouvant », autant dans le faire que dans le penser. En cela et réciproquement, « être mère » c'est également vivre l'ambivalence au quotidien : tout à la fois « difficile » et « génial », « rêve » et « expérience très concrète », « inconnu » et « familier », l'accession à la maternité est un « ressenti très personnel » qu'il apparaît peu aisé de mettre en mot.

Pourtant, les mères s'avéreront plutôt loquaces à ce sujet, à travers notamment deux mouvements : un premier (le plus important qualitativement et quantitativement) concernant le rapport à l'enfant et un second, attendant à l'abord plus vaste du devenir mère en rapport aux notions socioculturelles des rôles et des statuts.

En premier lieu, « être mère » pour les participantes à la recherche, est d'abord avoir été gestante et parturiente : « porter », « avoir porté », « mettre au monde », « donner naissance », « donner la vie » à *un* enfant. Part bio-psycho-physiologique non négligeable notamment dans les premiers temps de vie et qui laissera place ensuite selon les mères, à une dimension plus affective et relationnelle. Une fois advenu, les rapports au bébé seront moins envisagés dans la corporéité que dans les interactions, même s'il s'agira toutefois de « protéger », voire de « surprotéger », de « veiller » en cela au « bien-être au quotidien », pour « assurer le bon développement », « apporter *tous* les soins nécessaires » afin de satisfaire à « *tous* les besoins » et pour ce faire, « être très attentive en permanence ». Mais « être mère » surtout, « par dessus-tout », ce serait l'amour à donner et à partager. Ce serait « aider » à grandir et à apprendre. Ce serait « transmettre » les valeurs et les sentiments. Ce serait « être à l'écoute » pour communiquer et enseigner. Ce serait « rassurer » au quotidien et pour « la vie entière ». En bref, ce serait « élever », de préférence au mieux : « faire la courte échelle à ses

enfants ». Ce faisant, « être mère » c'est avoir « de *nouvelles* responsabilités », « d'autres sens des priorités » : c'est « perdre de l'insouciance ». Dans la courte échelle familiale, en passant sous celui que l'on porte après avoir été soi-même porté (et souvent entre celui que l'on porte et ceux qui continuent à nous porter) « être mère » c'est « changer », « grandir d'un seul coup », « passer d'un statut à un autre », en « essayant aussi de rester ce que l'on était déjà ». En un mot finissant « être mère », c'est « se questionner ».

### Place et fonction de la mère dans la famille, d'après elles-mêmes

Autant dans les discours singuliers mêmes que dans l'analyse faite entre les différents protocoles, la question de la place de la mère au sein du foyer familial apparaîtra controversée.

« Au cœur de tout », « centrale » pour certaines, elle serait plutôt « autour de tout » pour d'autres, « à côté » pour quelques unes, « selon le rapport au père et à l'enfant » également et « finalement interchangeable » pour la majorité des participantes à la recherche. « Base » du foyer, mais « passant après tout le monde en fait », nous entendons ici le dynamisme participant et procédant de la problématique de la place et de l'assignation du maternel dans les systémies familiales : l'imgo maternelle est « en balance », tentant tout à la fois flexibilité et stabilité.

Leurs préoccupations leur apparaissant comme se devant d'être holistiques, les mères se percevaient comme dans la nécessité de « *tout* gérer, *tout* le temps ». Une mère « assure » le quotidien et elle essaye de faire en sorte que « *tout* le monde » aille bien. Dans la transitivité donc, dans l'intégralité également, les mères se vivent dans des postures souvent *omniscientes*, *omniprésentes*, mais se défendant toutefois d'en être ainsi *omnipotentes*, au sein et pour la famille : une mère est, dans son foyer, « perpétuellement au four et au moulin ». Dans la quotidienneté également, un des points apparaissant aux participantes comme connotant éminemment le maternel, est celui de la continuité spatio-temporelle. Une mère « est là », elle s'« adapte » et c'est cette présence et cette adaptabilité qui conditionneraient majoritairement sa fonction. Lui permettant ainsi d'avoir un abord à la fois global et intégratif des situations autant en intra qu'en extra familial, la mère est celle qui « à l'écoute », « tente de répondre aux demandes des autres », en offrant en cela les plus importantes ressources attentionnelles. Elle s'« occupe » du foyer, autant de manière très concrète que plus implicite, en emplissant les temps et les espaces familiaux et essaierait en cela d'« assumer ce que la

société attend d'elle ». Référence à des repères plus socioculturels, qui n'est pas sans rappeler l'importance de ces représentations au sein de la constitution des différentes imagos parentales. Dans cette visée plus ethnologique, seront soulignées des éléments propres à la répartition des tâches selon les genres. Bien que cette dichotomisation soit atténuée par des dynamiques de complémentarité et/ou de subsidiarité dans les différentes fonctions, certains rôles et statuts restent majoritairement associés dans l'abord socioculturel, à l'un ou l'autre des partenaires parentaux. Il en est ainsi pour les mères selon elles-mêmes, en ce qui concerne la part des enfants et la part des affects. Une large primordialité est octroyée au maternel socioculturel en rapport à l'infantile : « éducatrice » qui « montre l'exemple », « prépare à la vie », « trace » et « accompagne » ses enfants, la mère est également celle qui « nourrit » et « soigne ». Moins dans le jeu que dans les câlins, une mère serait plutôt côté « tendresse », « affection », « amour », « réconfort », etc...

#### Les mères de « manière générale » pour leur partenaire

Pour les pères, « être mère » est avant tout « compliqué » : pour eux-mêmes qui n'en étant pas, exprimeront leur difficulté à se mettre à la place de leur compagne et pour leur compagne, qu'ils envisagent souvent « débordée » par « tout ce qu'elle a à faire ». Appréhendée comme *plus* dans le « charnel » et le « corporel », la mère est également *plus* dans le « dévouement », dans l'affectif et les préoccupations continues. « *Hyper* » investie et « *sur* » protectrice, les mères sont perçues par leur partenaire comme « passionnées » par leur changement de statut et en cela « débordantes », voire parfois « débordées ».

#### Place et fonction de la mère dans la famille, d'après leur partenaire

Surtout dans l'agir, les pères n'évoqueront que peu la question de la place de leur compagne et répondront alors fréquemment et préférentiellement par le *faire* au sein du foyer. Les rares informations recueillies attenantes à la place, esquisseront des représentations attenantes aux notions de « giron » et d'« enceinte » (« sans jeu de mot » comme nous le préciserons les pères...). Ainsi la mère est-elle tout à la fois « autour », « tout près » et « plus proche », « entourant » notamment son petit, mais également l'ensemble des membres de la famille. Place « charnière » (en articulation

donc) dans un assemblage qui lui permet ainsi tout à la fois de se mobiliser et de mobiliser les autres éléments, il est également grandement souligné au-delà de cette vertu dynamique du maternel, celle de la « permanence », de ce qui demeurant constant, s'institue en repère. La mère est celle « vers qui tout converge » et qui « stabilise ». « Présence » par excellence, elle est en cela reconnue comme « attentive » et « préoccupée ».

Plus particulièrement du « côté de l'enfant » et du « côté des émotions », une mère « cajole », « éduque avec plus de patience et de tendresse », « aidant » et « permettant » ainsi à son enfant de s'épanouir.

La fonction phorique des mères apparaîtra en cela primordiale, qualitativement et chronologiquement parlant. « Portant » et « apportant » autant de réconfort que de « choses » plus concrètes, les mères « organisent », « s'occupant de tout » et « n'oubliant rien ».

### *Les mères perçues par les professionnels*

#### Les places et fonctions des mères au sein de la périnatalité

Pour les professionnels participants à la recherche, la mère est *Le* protagoniste principal de l'enfantement.

« Laisant une trace importante » car n'étant « que de passage », l'activité essentielle des mères au sein de la périnatalité est perçue comme étant celle de le devenir. Perçue comme difficile voire pénible, ce « devenir mère » dans les tous premiers instants de la vie de son petit est appréhendé comme nécessitant de « faire des efforts », à plus forte raison que ce processus, éminemment intime, se déroule devant les yeux de tous. « S'exposant » donc, c'est avec beaucoup de magnanimité que nombre de professionnels insisteront sur le « pouvoir » des mères, aux dépends du « vouloir » : « une mère fait surtout ce qu'elle peut ». Dans ces efforts somato-psychiques accomplis au quotidien, les mères sont envisagées « très fatiguées », « dépassées par les événements », « perdues », « désemparées »... « Espérant que » et « tentant de » plutôt que d'arriver à, les mères sont vécues comme « démesurément inquiètes », « dans l'impuissance » et sont anticipées en cela comme « fortement éprouvées ». Ainsi, la seconde activité de la mère en périnatalité selon les soignants, sera de « se reposer » et de « récupérer ».

Dans cette optique, est associée la perception par les professionnels d'une posture passive de la mère au sein de l'organisation périnatale. La mère « attend » tout d'abord.

Par ce verbe éminemment transitif, est souligné tout à la fois une certaine relation de dépendance à l'égard des autres pour la mère (perçue comme particulièrement fragilisée) mais est également spécifié ainsi le différentiel pouvant exister entre sa posture et celle des autres. Du latin *attendere*, signifiant « prêter attention », ce verbe dessine dans un contexte interrelationnel et interactif entre deux parties, une dimension spatio-temporelle de « sas » où préside le principe de potentialité : la mère serait celle qui pourrait potentiellement beaucoup. La mère serait attentive à ce que les intervenants puissent « répondre à ses questions » tout d'abord et « répondre à ses besoins » ensuite. Ses besoins étant notamment ancrés dans les nécessités de préoccupation et de réassurance, une mère attendrait essentiellement des soignants « qu'on<sup>33</sup> la rassure » et « qu'on s'occupe d'elle ». En cela elle « se fait suivre », se positionnant donc ainsi devant les intervenants, mais auxquels elle « se réfère » pourtant également, auxquels elle se rapporte donc et vis-à-vis desquels elle se situe. Nous retrouvons ici la réciprocité dans les demandes, dans les attentes et dans les assignations de légitimités. La mère au sein de l'organisation périnatale, a pu également être perçue par les professionnels comme beaucoup plus active. Dans un ancrage charnel primordialement, une mère en périnatalité vient pour « enfanter ». Une mère « porte son enfant », autant dans l'ante que dans le post-natal, elle « accouche », elle « met au monde » et finalement, « c'est elle qui fait tout ». En cela, elle « fonde » et « apprend » tout à la fois. Elle « donne » et « reçoit », « désire » et « prend conscience » et « est toute à son bébé ». Les activités maternelles sont essentiellement vécues par les soignants comme éminemment orientées vers le tout petit. Une mère, dans les services périnataux, passerait la majorité de son temps à « soigner », « aider », « observer », « découvrir », « accueillir », « faire connaissance »...avec *Son* bébé. Ce faisant, une mère « essaye » : de « rencontrer », de « s'adapter » et de « s'organiser », afin de « devenir » et d'atteindre les vertus maternelles de « protection » et de « disponibilité » tant attendues par tous et par chacun...

#### Les mères de « manière générale »

Afin de répondre à ce questionnement, les professionnels participants à la recherche ont fourni de gros efforts réflexifs. Interrogation éprouvante pour la plupart, les professionnels exprimeront en effet les tensions ressenties dans l'élaboration des

---

<sup>33</sup> Nous verrons plus loin en quoi les pronoms sont apparus significatifs quant aux problématiques d'identification et de projection au sein de la groupalité psychique périnatale.

réponses : tensions alors associées par les intervenants eux-mêmes, au fastidieux travail psychique de flexibilité et de plasticité identificatoire (même s'ils ne l'exprimeront pas bien sûr exactement en ces termes). Prenant tour à tour la parole en tant qu'enfant de, parent de, compagnon de et soignant de, les intervenants tendront non sans émotions, à transmettre les éléments relatifs à leur imago maternelle, à ses fonctions et à ses impacts dans leur praxis quotidienne. Il est intéressant de souligner à quel point un infime différentiel dans la nature des sollicitations représentationnelles<sup>34</sup>, peut induire un tel déplacement dynamique dans les mobilisations psychiques des participants à la recherche.

« Etre mère » pour les professionnels, c'est avant tout « donner la vie » et « s'occuper de son petit ». Dans ces deux versants, nous trouverons différentes déclinaisons.

En ce qui concerne l'enfantement, il s'agira du port de la création d'une vie de manière holistique, du giron accueillant la fécondation, de l'enceinte permettant le développement de l'être intra-utérin, jusqu'à la délivrance et les dialogues corporels mère-enfant en post-partum : « être une maman c'est biologique, le rester c'est bien autre chose ». Est attendu de la part de la mère : « présence », « attention », « soins » et « protection » vis-à-vis de son petit, afin que soit ainsi « assurer » son bien-être d'abord et son « éducation » ensuite. En cela, les participants insisteront particulièrement sur les rôles d'« accompagnement » et de « transmission », afin que par là-même l'enfant se sente « aidé », « guidé » et « soutenu ». Le tout dans un « grand bain d'amour », afin de répondre à « *tous* les besoins, *toutes* les demandes » de son bébé.

« Etre mère », c'est avoir des « devoirs » et des « responsabilités », même si ce ne devrait pas être « ni une obligation, ni une corvée » : « être mère, c'est accepter ». Une mère devrait « savoir » et pour cela « apprendre ». Ou tout du moins, elle devrait « essayer de » car, dans cette « transformation », cette « autre vision du monde », cette « grosse bousculade » et ce « basculement » que représente aux yeux des professionnels l'accès à la maternité, il est reconnu à la mère la possibilité de « douter » et de « ne pas être sûre ». « Changeant de mode de vie » dans cette prise de « deuxième rôle après celui de femme » auquel la mère accède et qui se devrait d' « être le plus beau », est souligné le caractère progressif, « en construction », « en mouvement » : « un devenir plutôt qu'un état ». « Etre mère » c'est « grandir » et « tenter de conjuguer plusieurs histoires ».

---

<sup>34</sup> En l'occurrence, aborder la question du maternel par la focale du « de manière générale »

« Métier à plein temps », « accession à un nouveau statut social », la part ethnologique et socioculturelle sera fortement exprimée et en cela également, le processus identificatoire fondant l’imago maternelle où la mère « puiserait » au quotidien les repères nécessaires à l’élaboration de sa posture. Et, bien qu’être mère soit appréhendé comme « très compliqué » parce que « très important » et revêtant « beaucoup de choses », le bain émotionnel dans lequel voguent les représentations culturelles attenantes au maternel est éminemment romantique et positif, à l’image des émotions attendues par les intervenants de la part de la mère. Ainsi, « être mère » serait une « chose extraordinaire », un « cadeau », l’« épanouissement », voire l’« apothéose de la féminité » ... il n’y a « rien de plus beau » ... « être mère » c’est « faire don de soi »... et ce dans une « grande joie ».

#### Les places et fonctions des mères au sein de leur famille

La place de la mère dans son foyer selon les professionnels est éminemment « singulière », car « dépendant de nombreux facteurs ». Notamment aussi car c’est une place en « perpétuelle évolution » et à différents niveaux (particulier, familial et sociétal). La place de la mère est « à cheval » entre « deux âges » et entre les rôles et statuts filial, conjugal et maternel. Cette place est « importante » et « essentielle », car « au centre de tout ». Sur un versant plus temporel, elle est « fondamentale » et « initiale ». « Première », elle le serait à la fois qualitativement, quantitativement, spatialement et temporellement. La mère est *Le* « noyau du foyer », elle en est le « pivot » fédérateur au point d’être le « départ de tout » et « notre patrie à tous ».

« Compliquée », « multiple », « pas évidente », la place de la mère dans la famille serait surtout celle qu’elle « essaye de prendre ». Entre les valences du « prendre toute la place » à celle de ne pas la trouver, la majorité des mères se situeraient entre les deux, en « mouvement », dans la possibilité « d’avoir ou pas en tête les autres membres de la famille ». « Place privilégiée » pour beaucoup, « toujours là » pour d’autres, « trop » pour certains, la mère est « au milieu » pour la majorité des participants et « à la même place que les autres » pour quelques uns. Dans cet imbroglio, il est convenu plus consensuellement entre les intervenants que la question de la place de la mère dépend éminemment du fait qu’elle soit primi ou multipare : la première devant s’attendre à des remaniements particulièrement importants, en rapport à la seconde qui ne ferait que « se réajuster ».

A l'instar des pères, les soignants s'attarderont également beaucoup plus longuement sur le faire maternel au sein du foyer, plutôt que réellement sur la place. Les positionnements concrets et symboliques seraient ainsi très fortement corrélés selon eux, aux actes posés quotidiennement eu égard aux autres membres de la famille. Dans ce contexte, seront évoquées surtout les imagos maternelles nourricière tout d'abord, éducatrice ensuite, ménagère et soignante également, aimante et maternante enfin. La mère est primordialement celle qui « subvient aux besoins de » son enfant prioritairement, mais aussi de l'ensemble des membres de la famille : aux besoins physiologiques d'alimentation, d'hygiène et de chaleur humaine, aux besoins plus socio-affectifs de réassurance, de consolation et d'aides, la mère « veille au bien-être ». Une mère serait « pluridisciplinaire » et, bien que chacun reconnaîtra la lente évolution qui ferait qu'il y aurait « moins de distinction qu'avant » et qu'au final, la « seule chose que personne ne peut faire à sa place est de porter et de mettre au monde un enfant », la mère reste celle qui fait « beaucoup » voire « tout » et en cela « toujours trop ». « Tenant, « gérant », « cadrant » et « faisant lien » dans et pour la famille, la mère est celle qui « anticipant », permet de « créer » et d'« initier ». De par ses préoccupations qui l'amène à être dans « un mouvement perpétuel d'apprentissage et d'enseignement », la mère est *La* garante, elle est « l'incarnation de celle qui porte, dans tous les sens du terme ».

Les imagos maternelles sont ainsi apparues mobiliser une véritable richesse émotionnelle et sémantique dans les discours de chacun. Cette polysémie sous-jacente n'aura d'égale que la multiplicité des termes employés par l'ensemble des participants à la recherche, afin d'exprimer la notion du maternel. Nous avons majoritairement employé ici le terme de « mère » (à l'instar des participants) mais ces derniers ont également utilisé ceux de « femme », de « maman », de « patiente », de « future mère », de « femme enceinte », de « parturiente » et d'« accouchée ». Les ayant ici énoncés dans l'ordre allant du plus usité au moins fréquemment cité, nous procéderons ci-après à l'inverse, compte-tenu des logiques sémantiques qui ont émergé dans l'analogie entre les explications par les professionnels du pourquoi de l'utilisation de tel ou tel terme plutôt qu'un autre et les définitions relevées dans les glossaires officiels.

*La sémantique des glossaires officiels*



*Accouchée*, désignera selon les explications des professionnels, une femme ayant d'ores et déjà mis au monde un enfant et ce, dans les tous premiers temps qui suivront cet enfantement. Substantif féminin émanant du participe passé du verbe « accoucher », nous retrouverons exactement la même définition dans les glossaires officiels que celle donnée par les participants à la recherche, puisque de manière tout à fait consensuelle, une « accouchée » est celle « qui vient d'accoucher ». Il est intéressant, comme nous le verrons plus précisément plus loin dans le chapitre sur les médecins accoucheurs, d'observer cette forme en participe passé pour dénommer pourtant l'acteur principal de l'action. En effet, comme son acception l'indique, en substantivant ainsi le « participe », l'idée véhiculée est celle d'une « prise part à » : l'accouchée faisant donc partie des protagonistes de l'accouchement, mais n'étant pas considérée comme étant la seule actrice de ce processus. Son petit notamment, mais également et surtout les personnes qui l'assistent, font partie du paysage de la parturition. En cela, nous pourrions entendre la part ethnologique de cette situation où symboliquement, le corps maternel n'est qu'un lieu de passage et où l'acte d'enfanter ne concerne pas uniquement celle qui enfante.

Mais avant d'être une accouchée, une femme aura été *parturiente*. Adjectif et substantif féminin, ce terme véhicule à l'instar de la définition qu'en donneront les participants à la recherche, la femme qui est « en train d'accoucher », ou la femelle qui est « en train de mettre bas » (le terme étant communément utilisé pour l'ensemble des mammifères). Ici, plus de partage possible entre les acteurs potentiels, la parturiente est seule à pouvoir l'être et ne peut l'être qu'à des temps très précis de sa vie.

En remontant finalement chronologiquement, avant d'être une parturiente, une femme aura été *enceinte*. Pour les professionnels, il s'agit de définir la période où la femme porte son enfant, de manière éminemment physiologique durant la grossesse, temps déterminé à nouveau donc. Adjectif féminin émanant du verbe *enceindre*, il est intéressant de souligner en cela les deux mouvements par là-même évoqués dans les glossaires officiels : rapporté au substantif homonymique (*enceinte*) le sens véhicule l'idée d'un espace clos où la femme, agent du processus, délimite et entoure son enfant de son corps, afin d'endosser en cela sa fonction phorique gestationnelle. Rapproché du verbe (*enceindre*) et dans une utilisation plus proche d'un participe donc, la femme est celle qui plus passive, est « entourée d'une ceinture » et contenue dans certaines limites. Ainsi retrouvons-nous ici à nouveau, comme pour l'« accouchée », cette part ethnologique très importante de l'espace charnel féminin comme maillon dans une chaîne qui la dépasse, mais dont elle fait également partie tout à la fois.

Ces précédentes appellations rythment le processus de la mise et de la venue au monde des enfants par la scansion des différentiels sémantiques. Cet *aspect temporel* souligné en cela comme une variable importante aux yeux des participants à la recherche, apparaîtra également dans l'utilisation fréquente du terme *future* (mère, maman...). Cet adjectif notamment utilisé dans l'anténatal (et de façon rétroactive en post-partum) en opposition aux temps passé et présent, connoterait la potentialité d'un devenir. Invités à expliciter le pourquoi de cette manière de dire, les professionnels, non sans une certaine gêne, évoqueront en effet en guise d'explication, le principe selon lequel une femme sans enfant incarné à ces côtés n'est finalement pas une mère. Principe évoqué dans un premier temps de manière très directe mais qui, dans un second temps, ne sera pas sans poser problème aux participants. Car en cela, comme ils le souligneront eux-mêmes, qu'est-ce à dire des deuils périnataux, des accouchements sous X, des adoptions ... ?

La fréquence de l'utilisation du terme « future » a également attiré notre attention quant à l'importance des projections des professionnels dans l'accompagnement de la Naissance et des fonctions d'étayage de ces processus projectifs qui, évoluant dans de nombreuses expectatives, nécessitent l'élaboration étoffée de repères pour chacun. Parler de « future mère », c'est inscrire pour tous les jalons de l'évolution d'une dynamique à la fois inéluctable et inconnue, c'est esquisser des représentations afin de permettre un travail d'anticipation continu et congruent, jusqu'à l'avènement d'un statut que tous espèrent atteindre sans trop d'encombre.

Ce statut tant attendu est celui de *maman* et de *mère*. « Maman » évoquant pour les professionnels un terme plus familier, mais également plus chaleureux. « Mère » leur apparaissant alors plus générique, plus sociologique, voire plus distancié et « distanciateur ». *Maman*, substantif féminin, définirait dans les glossaires officiels l'utilisation enfantine du terme et/ou celle qui est faite dans l'intime des relations intrafamiliales. L'aspect affectif est ainsi mis en exergue dans l'étymologie même qui, chose singulière, est commune à diverses racines linguistiques, dont notamment en ce qui nous concerne du latin *mamma* et du grec *mammê*, désignant le sein maternel (cette universalité pouvant s'expliquer selon certains linguistes, en rapport aux premiers sons émis par le bébé). *Mère*, substantif féminin et adjectif, désigne une femme ayant mis au monde et/ou élever *des* enfants. Elargissement dans l'usage sémantique du terme, qui renvoie plus à une fonction et nomme ainsi un titre, jusqu'à autoriser l'utilisation dans des contextes extra familiaux, où l'image alors mobilisée est celle d'une personne féminine ayant sous sa responsabilité, son autorité et sa protection d'autres personnes,

dont elle devient ainsi la source et l'asile. Du latin *mater* et de la racine *ma-* évoquant la « mise au monde » et la « création », « mère » s'inscrirait étymologiquement plus dans ce versant sémantique que dans celui de la protection qui, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, serait plus dévolu au père étymologiquement parlant. La « mère » serait ainsi de manière générique, celle qui crée et accompagne sa création.

Lorsqu'elle n'a pas encore mis au monde, mais pour pouvoir mettre au monde et tendant à le rester après avoir mis au monde, une mère a été, est et restera une *femme*. Epicentre de la périnatalité au-delà du maternel, le féminin apparaîtra omniprésent dans le discours des participants, tel un fil rouge à travers les scansions sémantiques telles que nous venons de les développer. Pour les professionnels, le distinguo est d'ailleurs défini comme tel : une femme est celle qui est présente au-delà des problématiques de l'enfantement, bien que dans les glossaires officiels, « femme » vienne étymologiquement du latin *femina*, provenant de *feo* et signifiant « produire » et « enfanter ». Substantif féminin définissant l'être humain adulte et nubile de sexe féminin, « femme » renvoie donc effectivement à un état dynamique et continu, porteur de potentialités et posant une différenciation de genre, physiologique, mais également et surtout, de manière éminemment anthropologique et psychologique.

Enfin, certaines de ces femmes, de ces mères, de ces futures... risqueront également d'être des *patientes*. Pour les participants à la recherche, la différence avec les autres nominations s'ancre dans la nécessité de soins, souvent sur le versant pathologique. Une patiente serait celle qui a besoin d'être soignée, parce qu'éprouvant des difficultés pathogènes et/ou pathologiques. Apparaîtrait ainsi pour les intervenants la controverse Naissance-phénomène naturel versus périnatalité-organisation médicalisée, notamment en maternité où « la très grande majorité » des « patientes » n'en seraient pas finalement, selon les professionnels d'après leur propre définition. Adjectif et substantif, « patiente » renverrait dans les glossaires officiels aux idées d'une vertu, d'une qualité à endurer avec constance et supporter l'impression d'un phénomène vis-à-vis duquel la personne est de toute façon soumise. Il s'agirait d'une posture prise face à une situation inéluctable : posture de tolérance et de persévération, vécue dans la modération et la tranquillité, pour la personne sur laquelle on agit. En associant sur les idées ci-dessus énoncées, il est intéressant de déduire comment lorsque les événements de la féminité et de l'enfantement se déroulent de manière « normale » (puisque ce terme est l'antonyme de « pathologique ») en étant conforme à la norme donc, la femme ne serait pas une

patiente, elle ne serait pas passive et pourrait même être actrice de son processus de création et comment, a contrario, elle bascule rapidement dans un statut où l'entourage soignant va agir sur elle, si ce processus ne se déroule pas comme il l'aurait été attendu. Nœud de controverse au sein de la périnatalité, cette lutte ancestrale naturel/médicalisé nourrit une toile de fond représentationnelle majeure des acteurs et des intervenants de l'enfantement, plus ou moins aisément conscientisable.

*Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels :*

Deux processus ont notamment attiré notre attention quant à la question des accordages représentationnels attenants aux imagos maternelles : ceux des projections et des assignations qui leur sont corrélées. Comme nous avons pu l'entendre dans les développements ci-dessus énoncés (particulièrement dans les difficultés rencontrées par l'ensemble des participants pour aborder la question « de manière générale », mais également dans les tergiversations entre les noms de « mère » et de « maman » et enfin dans les réflexions exprimées entre le « pouvoir » et le « vouloir » des fonctions et places maternelles) apparaissent le dynamisme et la conflictualité des élaborations mobilisées par les problématiques du maternel. Projections plus ou moins assumées et plus ou moins assumables à l'échelle singulière, que le groupe, l'institution et la société, tendent à contenir via la mise en place de référentiels communs, eux-mêmes plus ou moins conscientisables.

D'où un premier hiatus constaté, celui des aléas de l'harmonisation des systémies de chaque famille naissante d'ores et déjà fort tumultueuses, avec la place que leur laissent alors (dans ce dessein défensif) les assignations institutionnelles et sociétales. La puissance des processus projectifs attenants aux imagos maternelles n'a d'égale que la lourdeur des assignations qui entourent le devenir mère, dans un contexte d'ambivalence où chacun semble être tour à tour porteur d'une parole bienveillante (où l'empathie, la compréhension des difficultés, des fragilités et des vulnérabilités éventuelles sont surinvesties) et porteur d'une parole plus castratrice (où quoiqu'il advienne finalement, il faudrait afin de rassurer tout le monde que la mère puisse de toute façon arriver à endosser ce qui « serait attendu » d'elle - parce que pour chacun il aurait été attendu de sa propre mère et/ou il serait souhaité et/ou redouté de retrouver dans chaque mère, ce que chacun a reconstruit de manière plus ou moins consciente de sa propre place d'enfant vis-à-vis de cette figure d'attachement privilégiée). D'où la multiplicité, voire l'infinité des représentations ainsi mobilisées en ce qui concerne la

question du maternel : multiplicité qui offre une richesse très importante des possibilités identificatoires, mais fonde également le ferment des dissensions éventuelles dans l'espace intra et intersubjectif. De l'encensement du « forcément génial » à la terreur de l'échec, les imagos maternelles sont éprouvantes pour tous (dans le sens le plus esthétique du terme) chacun, soignant et soigné, tentant alors d'instaurer une sorte de réciprocité dans les rythmes et les reflets psychiques. Une mère se « fait suivre », mais elle-même se « réfère » également : nous verrons plus loin en quoi les fonctions des différents professionnels répondent souvent de manière latente à cette convocation du maternel dans les soins. Parce qu'il faut qu'une mère arrive à et parce qu'une mère doit arriver à, demander de l'aide pour les mères n'est plus aussi aisé et accepter la demande d'aide pour les professionnels n'est plus aussi confortable.

Lorsqu'il apparaît en plus et/ou de par et/ou en conséquence de toute cette conflictualité, le spectacle archaïque de la sensorialité partagée, propre à la relation précoce mère-enfant et notamment incarnée dans le corps maternel<sup>35</sup>, nous pouvons entendre à quel point réfléchir et communiquer à propos du maternel (à plus forte raison lorsque ces sollicitations sont incontournables et quotidiennes) doit être contenu par tout un référentiel de savoir-faire et de savoir-dire, où la flexibilité de chacun est notoirement amoindrie.

Comment conjuguer alors les nécessités du faire, du taire et du dicible ? Comment orchestrer contenance et potentialité ? Comment harmoniser référentiel et créativité ? Autant de problématiques théorico-cliniques que nous lierons directement avec celles de la périnatalité organisée en réseau(x) : ou autrement dit, commencer à entendre ici en quoi les questionnements soulevés par, pour et dans cette organisation périnatale, expriment transférentiellement ceux mobilisés par les imagos familiales et notamment maternelles.

## **Les pères**

### *Dans les représentations parentales*

#### Les pères de « manière générale » pour eux-mêmes

Les participants à la recherche apparaîtront tout à fait ravis de « prendre part » à la recherche, expliquant qu'ils seront satisfaits de « participer avec » après être restés « à côté de », bien que les réponses aux questionnements adressés resteront majoritairement

---

<sup>35</sup> problématique difficilement appréhendable sans levées défensives singulière et groupale et malgré tout, sans une mobilisation chez chacun d'éprouvés plus ou moins conscientisables

étayées analogiquement aux imagos maternelles. Les pères procéderont en effet par comparaison aux représentations attenantes à la mère, afin de développer la perception qu'ils ont d'eux-mêmes dans ce processus d'accession à la paternité qu'ils sont en train de vivre. Deux mouvements se dessineront ainsi, l'un en lien avec les places et fonctions maternelles et le second en distinguo avec ces dernières.

Un père « seconde » la mère, l'aidant et l'assistant, étymologiquement en « la suivant », afin qu'elle puisse en cela réussir plus aisément ce qu'elle accomplit habituellement. Soit dans le même en « tentant de faire pareil qu'elle », dans un mouvement de remplacement subsidiaire, soit dans la complémentarité, en faisant tout en n'ayant pas le « même type de rapport ». Il s'agira alors d'« aimer » et de « soutenir », femme et enfant, de s'« occuper de » en « donnant tout », afin d'assurer en cela « écoute » bienveillante et « éducation » étayante.

Un père a de nouvelles responsabilités, il est un « chef de famille » et à ce titre, il serait attendu de lui « autorité » et « transmission des valeurs », dans un jeu subtil de « droits et de devoirs » où, bien qu'ayant tendance à être « moins affecté par le quotidien » et donnant parfois l'impression d'« être en dilettante », le père serait finalement « plus exigeant ». Plus exigeant avec les autres, mais également avec lui-même : « être père » c'est « être un exemple pour tous », c'est « faire évoluer sa famille », « assurer sa descendance » et « assurer l'avenir ».

A contrario de l'importance de la continuité dans l'imago maternelle, l'important serait d'« être là au bon moment » pour l'imago paternelle. Moins de présence en quantité qu'en qualité donc et moins dans l'immédiateté également que dans le moyen et long terme : un père « voit plus loin ».

#### Place et fonction du père dans la famille, d'après eux-mêmes

Les participants à la recherche ne répondront que peu à l'interrogation sur la place et développeront essentiellement celle sur le faire au sein des foyers.

Le père se sent « un peu à l'écart » dans la systémie familiale, car « plus tourné vers l'extérieur », ce positionnement lui permettant alors d'endosser son rôle primordial : celui d'apporter « un regard différent » sur ce qu'il se passe dans l'intime familial. Il pourrait « gérer les différents conflits » en « arbitrant » (en étant donc « témoin de ») tout en « instaurant un cadre de règles ». Il agirait ainsi en « renforcement » sur le plan

éducatif, avec « *plus* d'autorité » et « *plus* de distance émotionnelle » : ce qui pour les pères, est apparu représenter la très grande majorité de leur fonction au sein du foyer.

Ainsi, le père est « en plus », une sorte de redondance des actes et verbes maternels, réalisant ce que « la mère ne peut pas faire » en « relais », afin qu'elle puisse en cela être soutenue. Sorte de « seconde ligne » dans des allégories rugbystiques que nous retrouverons très souvent, le père serait donc tout à la fois au sein de l'équipe familiale, polyvalent, étayant si besoin, ouvrant le jeu si nécessaire et assurant la continuité des actions...

L'essence de la fonction paternelle serait d'« être là quand il le faut » plus qu'en permanence, notamment dans les moments difficiles de la vie familiale : il est attendu de lui d'« assurer » quand les autres (re)pères font défaut et d'« assumer » un fond de scène où se déroulerait la dramaturgie familiale. En cela, les références aux représentations socioculturelles seront nombreuses : un Père est dans le « masculin de la parentalité », dans des abords plus matériels et économiques (bricolage, travail salarié extérieur au foyer...) et dans des abords plus ludiques vis-à-vis des enfants. Vis-à-vis de ces imagos paternelles socioculturelles, les pères font « ce qu'ils peuvent », déplorant souvent ces carcans qu'ils désireraient dépasser en occupant une place plus privilégiée auprès des autres membres de la famille.

#### Les pères de « manière générale » pour leur partenaire

Pour les mères, le sentiment majoritaire est que les pères font « les mêmes choses » qu'elles, font « autant » qu'elles, mais en procédant de manière distincte. Un même but sans avoir les mêmes tactiques et de mêmes objectifs sans avoir les mêmes moyens.

La différence sera marquée par le « plus » : tout à la fois plus que la mère et « en plus » de la mère. *Plus* extérieur, *plus* distancié et en cela *plus* objectif, le père est attendu notamment *plus* autoritaire et *plus* à même de poser des limites. Ce faisant, il pourrait se positionner comme protecteur et comme garant de la sécurité ou en tout cas, dans un autre versant que ce que la mère peut offrir, notamment car il assure également ces sentiments pour la mère justement. Par sa présence, incarnée et symbolique, les mères ressentiraient cet « en plus » comme généralement apaisant pour elles, car leur donnant la sensation chaleureuse de ne pas être eseuulée face aux charges familiales. Dans cet « en plus », le père est une aide pour tous, femme et enfant, sa responsabilité nodale serait celle d'« accompagner » afin d'« équilibrer » la systémie familiale. Parce qu'il est « en plus », il pourrait se permettre d'aborder des éléments moins ancrés dans

le quotidien, transmettant ainsi « autre chose » et/ou la même chose mais autrement : par le jeu notamment, l'aspect ludique apparaissant de manière consensuelle éminemment paternelle.

### Place et fonction du père dans la famille, d'après leur partenaire

Pour les participantes le père est d'une importance égale, mais avec la particularité d'être dans une mouvance plus grande. Moins dans le « tout le temps là » en première ligne, il est pourtant là « au cas où » afin de pallier aux impossibilités des autres et notamment de la mère. Place polymorphe donc (qui ne sera pas sans donner beaucoup de peine aux mères pour statuer de manière fixe sur ce positionnement paternel) il sera convenu finalement que le père est là où il tente d'être, mais également et surtout là où « on lui laisse la possibilité » d'être, dans une dynamique permanente de réadaptation. « Présence en pointillé », plus « autour » qu'au centre, en « interface » entre l'intra et l'extra familial, le père est « frontière ».

Gérant le quotidien du foyer différemment, il est notamment attendu un investissement particulier dans l'éducation : apport didactique à la fois plus diversifié et plus strict, où nous retrouverons mêlées les idées d'autorité, de limites et de jeux. « Remettant de l'ordre », le père est résumé comme une « autre paire d'épaules ». « Soulageant » en cela la mère, sera ainsi abordée la fonction phorique paternelle qui porterait celle qui porte.

Dans la dichotomie anthropologique des tâches familiales selon les genres, les mères reprendront pour spécificités paternelles les activités laborieuses à l'extérieur du foyer d'abord et les actes nécessitant pour leur réalisation une force virile ensuite. Dans le pratico-pratique, le père est « nécessaire » dans sa subsidiarité : « complétant » et « aidant » la mère dans ses tâches quotidiennes. Dans ce contexte, il est humoristiquement verbalisé par les mères que les pères « essayent plus qu'ils ne font concrètement » : un partage plus symbolique que matériel, mais qui assurerait ainsi toutes les vertus paternelles de réassurance à leur égard.

### *Les pères perçus par les professionnels*

#### Les places et fonctions des pères au sein de la périnatalité

Les professionnels s'attarderont longuement sur leur plus grande difficulté à s'exprimer quant aux pères, difficultés liées selon eux sur le peu de temps accordé à cette problématique dans les praxis quotidiennes : « nous n'avons déjà parfois pas le



temps de faire ce qu'il faut pour la mère et pour le bébé, alors les pères... ». Dans une sensation de « en plus », le père serait important notamment pour « accompagner » la mère et leur enfant, ce serait bien lorsqu'il est présent, mais finalement s'il n'est pas là dans l'organisation périnatale, il ne l'empêcherait pas de fonctionner. C'est une place qui est en cela reconnue comme difficile, parce que n'obtenant pas toujours de la part des soignants l'attention escomptée. L'ambiance émotionnelle des évocations à l'égard des pères sera partagée entre humour et magnanimité.

Dans un premier mouvement représentationnel chez les professionnels, nous trouverons les idées d'un père qui est là sans y être. « Tournant en rond » et « errant dans les couloirs », le père « essaye », le père « attend », car étant moins à même d'être acteur, notamment durant l'accouchement et le post-partum immédiat.

Pourtant, dans un second mouvement, le père pourrait acter certaines choses concrètes et prendre en cela sa place. De manière tout à la fois manifeste et plus implicite, il « conduit » et il « porte ». Menant physiquement ce que sa femme n'est plus en mesure de faire et soutenant moralement sa compagne afin qu'elle endure physiquement son accession progressive à la maternité, le père est un « tuteur » et un « relais » : « il permet à la mère d'être mère ». Faisant « ce qu'il lui est demandé », il « joue collectif pour la famille », il fait « ce qu'il peut », mais peut également être ressenti comme « gênant », « perturbateur » et « source de discordes », lorsqu'il ne rentre pas dans ce moule des attentes. Dans ce second mouvement représentationnel, le père est défini en rapport aux autres membres de la famille : il « aide », « soutien » et « seconde », se sentant parfois en cela « obligé », quelquefois « impuissant » et souvent « ému ». « Apprenant à être un papa », le père « accueille », « rencontre » son enfant et réalise à son égard ce que la mère « veut bien lui laisser faire surtout ».

### Les pères de « manière générale »

Pour les professionnels, « être père » dans les premiers de temps de vie de l'enfant est représenté en analogie et en fonction de l'« être mère ». Dans ce contexte, les participants distingueront potentialités et actes effectivement posés : les possibilités paternelles étant verbalisées (outre la grossesse et l'accouchement) comme étant égales à celles de la mère, l'effectivité de la posture des pères étant en revanche plus ancrée

dans la répartition anthropologique des tâches selon le genre. Ainsi, « être père » serait avant tout et surtout « déclarer l'enfant ». Ce serait ensuite « accéder à de nouvelles charges » et « assumer » les ressources financières, matérielles mais également affectives, qui permettraient de « préparer l'avenir » pour les autres membres de la famille dont il est « responsable ». C'est enfin « participer » à l'éducation en posant règles et autorité.

A contrario et majoritairement, les professionnels développeront l'idée qu'« être père » est « moins » dans l'investissement parental que ne le serait la mère. Ce « pas grand-chose au départ » a été un point largement développé par les participants, qui s'attarderont alors sur le principe d'un différentiel entre ce fait dans la période post-natale (souvent étendue dans les premiers mois, voire les premières années de vie) et le reste de la vie infantile, où le père se montrerait alors « plus important » et « plus complémentaire lorsque l'enfant est plus grand ». Au début, le père est appréhendé comme un « tiers éloigné » de la dyade, dont la présence à l'égard du bébé serait de toute façon médiatisée par les perceptions de la mère : la communication directe nouveau-né/père apparaît fastidieuse, voire parfois impossible aux yeux des soignants. La problématique esthétique est alors mise en avant : « ressentant les choses » de manière extériorisée en rapport à la sensorialité maternelle très charnelle, le père est perçu comme s'ancrant plus dans une intellectualisation de la situation. Par cette nécessité de passer par l'expérience de la rencontre post-partum, l'« être père » se construirait plus dans le temps, serait plus en évolution et plus dans le devenir, jusqu'à donner l'impression que « se ressentir père » viendrait plus tard : « un papa ne l'est jamais d'emblée » selon les professionnels.

Un père serait ainsi primordialement, chronologiquement et qualitativement parlant, un compagnon avant tout. Son rôle essentiel est attendu dans le soutien et la réassurance qu'il peut procurer à la mère. Il est un « être aimant » et un « être d'à côté », « plus dans l'être que dans le faire » d'ailleurs. Et, bien que la situation paternelle évolue sur un plan socioculturel, bien qu'il soit reconnu que le père « laisse plus parler ses émotions », qu'il est « de plus en plus présent » en prenant ainsi « de plus en plus de place », leur position reste appréhendée comme compliquée et difficile. Parce qu'elle l'est effectivement ? Parce qu'il reste problématique pour les professionnels de gérer l'« être père » en périnatalité ? Dans tous les cas, les récentes et très argumentées recherches sur les phénomènes triadiques dans les systémies familiales<sup>36</sup>, tendraient à faire dépasser ces

---

<sup>36</sup> Stern D. (1985), Fivaz- Depeursinge (1999) et Trevarthen C. (2003) notamment

limites représentationnelles. Un message inscrit en pleins et déliés sur le mur d'une salle de préparation à l'accouchement a attiré notre attention sur les préoccupations des soignants à cet égard :

« Nous ne sommes pas partisans de la présence des maris à l'accouchement mais nous ferons tout notre possible pour permettre la participation des pères à la Naissance».

**Dr. C-E TOURNE, Gynécologue-Obstétricien**

### Les places et fonctions des pères au sein de leur famille

Dans l'intime des foyers, la place du père est envisagée par les professionnels comme « satellitaire ». Dans un lien dynamique de dépendance donc, de manière « plus diffuse », « plus effacée » et « plus lointaine », le père est perçu comme une sorte de « chien de berger qui regroupe » la famille. En « second » et « plus tourné vers l'extérieur », le père graviterait « autour » de la planète familiale. Dans la même idée que celle évoquée pour la mère du positionnement dans les systémies trans et intergénérationnelles, la place paternelle est appréhendée comme peu aisée car « en devenir » entre celle d'« enfant de », celle de compagnon et celle de père.

Au sein du foyer, seront repris les points nodaux fondants l'idée de l'« être père ». Nous retrouverons ainsi tout d'abord les « faire paternels » manifestes : en termes de « chasseur qui ramène à manger », du joueur qui occupe et qui « distrait », du « bricoleur » qui échafaude le foyer au sens le plus strict du terme et du « monsieur muscle » qui réalise les « actions de force ».

Nous retrouverons ensuite sur un plan plus symbolique, les notions de « protection », de « soutien », d'« autorité » et de « tiercéité » : un père est entre « le protecteur et le normatif ». En assurant des actions moins dans la quantité que dans la qualité et la pertinence, le père « ne *fait* pas grand-chose, mais il *est* beaucoup ». Il s'agirait plus de l'importance d'un implicite que d'actes concrets et palpables. Il « représente » : rend donc présent aux perceptions d'autrui ce qui l'aurait été soit autrement, soit plus difficilement sans cette redondance. Il « relaye » en seconde ligne, « transmet et « fait circuler ».

Entourant de manière plus distanciée, il est le « cadre familial » : cadre-bordure entre l'intra et l'extrafamilial et cadre-jalon dans la dynamique intrafamiliale. Il est un peu « butoir dans la recherche des limites » et incarne une « hiérarchie dans les responsabilités ». Ce faisant, il ne devrait pas être dans une « éducation autoritaire », pas

un « père fouettard », mais dans une « autorité didactique », un « autre référent dans l'éducation ».

Il « complète mais ne remplace pas » : ce *distinguo* (qui est apparu de nombreuses fois dans le discours des professionnels) a attiré notre attention. Défini comme l'action de rendre complet en comblant les manques, les lacunes et les insuffisances qui entravent l'objectif d'une constitution meilleure, « compléter », comme son préfixe l'indique, évoquerait un partage et une simultanée. Tandis que « remplacer », signifiant mettre à la place de, connoterait plus l'alternance et la con-fusion. Le père serait avec et non à la place de la mère, l'aidant ainsi au quotidien et sur le long terme par sa présence même, plus que par ses actes. Une allégorie transmise par l'un des participants à la recherche et se rapportant à une technique de maçonnerie nous est apparue très éloquente à ce sujet : « le père, c'est comme l'étau qui tient la poutre principale, il est indispensable, mais ne devrait rester que momentanément, que pour consolider le temps que ça prenne et ne revenir qu'au cas où ça n'aurait pas bien pris. »

L'« être père » serait ainsi un implicite constant incarné dans un manifeste sporadique : un explicite efficace parce qu'il ne l'est justement pas toujours et parce que sa valeur latente elle, est continue et congruente. Ici se nouerait l'essence de l'ancrage étayant, contenant et sécurisant de l'imgo paternelle. De par cette dynamique de persistance potentiellement actrice, un sentiment de sécurité émanerait pour l'ensemble des membres de la famille.

Nous avons pu entendre la remarquable constance représentationnelle, traversant à la fois les participants membres de la famille et les participants professionnels, à propos de l'imgo paternelle à l'intérieur et à l'extérieur de la famille. Cette constance, que nous pourrions associer à celle de ses fonctions, se retrouvera dans les nominations utilisées. En effet, alors que comme nous avons pu l'observer précédemment, les appellations sont nombreuses et diverses en ce qui concerne le bébé et la mère, pour le père, nous ne retrouverons en plus que celles de « papa » et de « compagnon de ».

### *La sémantique des glossaires officiels*

Un *père*, substantif masculin, défini d'abord l'adulte mâle ayant fécondé et permis ainsi la Naissance d'un autre être et décrit ensuite par extension, l'origine d'un engendrement dont il est responsable.

En périnatalité, il est avant tout considéré come un *compagnon*, un être qui accompagne et qui étymologiquement, partage. Dans un sens d'intersubjectivité, le

compagnon l'est toujours pour un autre : il est même appréhendé à partir de cet autre, en l'occurrence la mère en ce qui nous concerne. Le père en périnatalité, est celui que la mère nomme comme tel.

*Papa* sera également utilisé dans les discours des participants, mais beaucoup plus rarement. Nous retrouverons alors les bases explicatives déjà évoquées pour « mère-maman », à savoir que cette appellation serait plus ancrée dans l'affectif et la proximité relationnelle. Une appellation souvent utilisée donc dans des relations privilégiées et généralement intrafamiliales. Dans le discours des professionnels, il s'agirait alors de mobiliser cette ressource émotionnelle notamment en s'adressant à l'enfant : « va voir ton père ! Ce n'est généralement pas très bon signe. Va voir papa, c'est autre chose », « un père peut gronder, un papa cajole toujours ».

*Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels :*

A contrario de la dynamique conflictuelle précédemment constatée pour les imagos maternelles, les imagos paternelles en revanche offrent une certaine harmonisation représentationnelle, autant au sein des discours intrafamiliaux que dans ceux des intervenants qui les accompagnent.

Dans la mouvance matriarcale périnatale qui est clairement exprimée par chacun (un père l'est eu égard à la mère et par la nomination de la mère) la question du « faire » se pose finalement moins que celle de « l'être » : la métaphore paternelle quand elle est à l'œuvre, permet de faire pour tous l'économie réflexive des places et fonctions du père incarné en périnatalité. Ce principe de « l'en plus », très fréquemment souligné par l'ensemble des participants, met en lumière à quel point la problématique du « laisser la place au père » se pose notamment lorsque la fragilité de la métaphore paternelle impose de penser manifestement le faire et l'être paternels, que cette fragilité apparaisse dans la systémie familiale ou dans la culture des services concernés. Peuvent apparaître alors d'éventuelles dissensions représentationnelles et communicationnelles, moins dans le contenu que dans la fonction qu'elles accomplissent alors, de tenter de faire tenir symboliquement la fonction phorique du paternel, même lorsque celle-ci semble trop vulnérable.

### **II.1.b. Les professionnels**

## **Les bases motivationnelles de la participation à la recherche**

A la fin du dernier entretien ont été recueillies les explications motivationnelles des professionnels à propos de leur participation. Ce recueil en après-coup permettait d'une part d'entendre une possible évolution de la motivation au cours des entretiens, d'observer d'autre part la qualité de l'alliance dans la recherche et de permettre au final de clore symboliquement l'investissement dans la coaction, en provoquant une perception rétroactive de ses bases motivationnelles. Nous développerons ci-après les éléments élaborés par les participants, en les présentant par ordre de fréquence d'énonciation.

L'argument le plus fréquemment avancé fut celui de profiter d'une tierce personne afin de se mettre en travail réflexif, dans un but personnel avant tout, mais pour en faire également profiter l'ensemble du et/ou des services, voire la totalité du système périnatal. Participation à la recherche outillée dans une sorte de médiation réflexive, afin de « chercher à comprendre » et toujours dans le but d'une « amélioration » des praxis quotidiennes (praxis perçues comme ne permettant que peu habituellement, d'avoir le temps de faire ce travail de « remise en question » et « d'avancées »). La notion d'échange sera également souvent mise en avant : pouvoir s'adresser à une personne extérieure et neutre, afin de « se décroiser » et de « sortir du quotidien », parfois uniquement pour « parler », pour « témoigner » de sa pratique ou pour « laisser une petite trace dans l'histoire de la périnatalité ».

Nous percevons ici l'étroite frontière de la place de chercheur en psychologie dans ce type de contexte, où l'observation et l'écoute participantes au sein des institutions (sur un thème de recherche portant en plus sur l'institutionnel) induisent rapidement une place de récepteur, voire de contenant : fonction qui permettrait la circulation plus fluide des représentations et des affects, comme une sorte de mouvement cathartique, parfois très proche des interventions cliniques sur les problématiques des liens institués. Cette situation de recherche-action, bien que parfois inconfortable et coûteuse en énergie réflexive, a également permis l'instauration d'une dynamique véritablement coactive : chacun acceptant de « jouer le jeu » dans une sorte de relation don-contre don, base de la différenciation chercheur-en-demande/clinicien-intervenant-à-la-demande-de. Beaucoup d'intervenants exprimeront ainsi leur satisfaction quant à la sensation de l'intérêt qui leur était porté (souvent ressentie pour la première fois) comme le moteur essentiel de leur participation à la recherche. Ceci leur permettant alors de « faire le

point », comme une occasion de (re)découvrir autrement sa profession, celle des autres et finalement, le réseau périnatal dans sa globalité.

« Aborder le réseau périnatal autrement » pour des participants d'ores et déjà tous sensibilisés à cette notion de travail en réseau (soit de par un intérêt personnel particulier, soit de par leur formation et/ou leur culture de travail) la plupart se présentera comme « passionnée » par le sujet et comme « investie depuis des années » dans l'organisation de cette dynamique de collaboration : la participation à la recherche revêtant alors le sens d'une continuité et/ou d'une opportunité « d'apporter sa pierre à l'édifice ». Le thème et l'orientation des questionnements initiaux seront également allégués comme des points d'accroches importants dans le choix primordial de prendre part à l'étude, notamment l'écho donné aux interrogations relatives au constat du peu d'évolution des conditions de fonctionnement du réseau, eu égard aux énergies déployées depuis des années. Nous soulignerons ainsi ici un biais important de notre cohorte de participants, qui d'emblée se sont inscrits ou s'inscrivaient déjà dans des vécus proches des nôtres et dans des réflexions souvent déjà initiées depuis quelques temps, voire travaillées plus officiellement depuis des années au sein de groupes de travail systématisés.

De manière toujours liée, mais pourtant plus distanciée quant à la question du réseau périnatal à proprement parler, de nombreux professionnels expliqueront leur intérêt à participer par principe à une recherche scientifique. Il s'agissait alors plus de concourir à un travail de thèse, fût-il en psychologie ou non, sur le domaine périnatal ou pas. Les postures étaient alors plus philosophiques, dans le dessein de « confronter des idées » et de se former également en cela, dans un contexte où « le cadre légitime de la recherche scientifique » serait le bienvenu, afin de permettre des réflexions par là-même également légitimées et surtout « qui pourraient servir concrètement à quelque chose ». Ce groupe motivationnel a ainsi pu démontrer des positionnements moins idéalisés et beaucoup plus critiques à l'égard des pratiques et des fonctionnements mis en place, contrebalançant en cela quelque peu le biais précédemment énoncé.

Une part non négligeable des professionnels argumentera sa participation par la positivité de leur alliance, soit avec la chercheuse elle-même, soit avec les relations entretenues communément entre la chercheuse et d'autres professionnels s'interrogeant sur le sujet. Dans ce contexte, il s'agissait presque d'un « réseau dans le réseau » : celui de ceux qui se questionnent et tentent de faire évoluer les choses. La manière de présenter la recherche et la posture de recherche, décrites comme « patientes et

bienveillantes », ont suscité le désir chez les participants « d'aider » et « d'être solidaire », voire de « remercier » en participant. Nous avons alors été tout particulièrement attentifs dans le dépouillement des protocoles de ce groupe d'intervenants, afin de tenir compte des mouvements éventuellement séducteurs dans les réponses, voire des élaborations orientées dans le désir de répondre aux attentes de la chercheuse.

Sera exprimé de manière moins intellectualisée mais avec autant d'engouement, le souhait de participer « par curiosité ». Dynamique épistémophilique professionnelle sous-tendue par le double mouvement de « savoir » ce que les autres renvoient à son propre sujet et d'entendre si ses propres préoccupations rejoignent celles des autres. Dans ce contexte, certains véhiculeront même l'idée de pouvoir par leur participation percevoir s'ils « sont dans le vrai ». La préoccupation de « faire groupe » se retrouvera souvent ici, avec une utilisation pronominale massive du « on » (nous verrons plus loin en quoi ce point mérite d'être souligné).

Enfin, certains pourront exprimer une sensation initiale « d'obligation » de participation : eu égard à l'injonction paradoxale émise dans la présentation de la recherche aux équipes, où il était explicité qu'au moins un représentant de chaque profession devait être présent pour que le site puisse être pris en compte dans le dépouillement et l'analyse des données. Sentiment d'obligation vis-à-vis des collègues et parfois même des supérieurs hiérarchiques, bien que les participants aient précisé que cette sensation ne s'étayait que sur des ressentis intrapsychiques et non à partir d'événements concrets. Ressentis d'obligation aussi vis-à-vis des familles, où ces intervenants percevant l'engagement de certains parents dans la recherche, se sont sentis mal à l'aise du coup de ne pas participer en tant que professionnels. Tous moins intéressés de prime abord et se sentant moins investis dans la dynamique périnatale en réseau, apporteront un regard souvent plus humble quant aux préoccupations sollicitées. C'est dans ce dernier contexte motivationnel, extrinsèque donc, que les éléments de recherche-action sont apparus les plus gratifiants : à la fois pour les participants eux-mêmes qui nommeront alors leur plaisir de « prendre conscience de leur place dans le réseau » et de l'importance de leur rôle, gratifiants également pour la chercheur qui pourra de manière plus manifeste observer les effets de l'étude coactive/recherche-action sur la progression des intervenants.



Dans tous les cas, il n'y aura aucune défection spontanée de la part des professionnels après le commencement des entretiens : les protocoles non utilisés dans le dépouillement le seront par inachèvement de la totalité des rencontres, dû essentiellement à des problèmes d'organisation autour des roulements de prise de poste (soignants exerçant parfois la nuit, départs du site de recherche de certains participants pour différentes raisons...). L'ambiance globale de la recherche est apparue au final particulièrement positive, esquissant sur des mois et parfois des années pour certains sites, le tableau de rencontres officielles scandées par des temps plus informels, où pourra être recueillie en interstice toute la richesse des réflexions de l'entre deux portes, autant avec les participants qu'avec les non participants : chaque professionnel des services visités ayant donc apporter à sa manière, directement ou non, une contribution non négligeable à cette recherche.

## **Les sages-femmes**

### *Pour elles-mêmes*

Il y a unanimité totale en ce qui concerne l'appellation de « sage-femme », autant en auto-nomination qu'en nomination interrelationnelle. Ce consensus est assez rare pour être remarqué, comme nous le verrons dans les développements à propos des autres professionnels. Même le seul homme de notre cohorte exprimera voire revendiquera, la permanence de cette appellation au-delà du genre qu'il incarne. Pour des commodités de fluidité de lecture, nous garderons toutefois dans les développements suivants et malgré cette unique représentativité virile de la profession, les conjugaisons au féminin.

### La manière dont elles percevaient leur fonction avant de l'exercer

Les sages-femmes se partagent entre trois grandes familles lorsqu'il s'agit des soubassements du choix de leur métier.

Les premières, que nous pourrions appeler les « circonstanciées », n'avaient pas du tout anticipé ce choix. Dans ce contexte, il est mentionné le hasard d'une rencontre qui a suscité le projet voire l'envie, dans des mouvements identificatoires avec les personnes rencontrées, de s'inscrire dans cette profession.

Les secondes, que nous pourrions nommer les « passionnées », expriment un désir s'ancrant dans l'enfance. Il s'agit alors du rapport à la Naissance, à sa magie et à « l'événement extraordinaire de donner la vie », dans des pensées orientées majoritairement vers le bébé. Dans ce contexte, outre les différences effectivement

constatées entre la complexité de la praxis quotidienne et le peu de reconnaissance du métier, les sages-femmes diront « avoir trouvé ce qu'elles avaient recherché ».

Les troisièmes, que nous pourrions qualifier de « rationnelles », expliquent avoir procédé par déduction : les souhaits professionnels vers des domaines de contact et de relation, vers des postes à responsabilité où la prise d'initiative serait possible, dans un versant où la créativité serait envisageable, dans un métier non routinier, vers des fonctions de soins et d'aide dans le secteur médical (poste de docteur en médecine non atteint pour certaines, non initialement recherché pour d'autres) et dans tous les cas où les questions de techniques thérapeutiques seraient centrales.

Toutes, tous groupes confondus malgré les divergences motivationnelles initiales, parleront d'une évolution délétère de leur métier depuis quelques années, notamment en lien avec la question de la reconnaissance de leur fonction dans le système médical global : constat les amenant régulièrement à interroger à nouveau le choix de cette profession.

#### La manière dont elles se perçoivent

Les sages-femmes évoqueront avant tout la diversité de leur pratique, « assez vaste et morcelée » et conditionnée notamment par leurs lieux d'exercice et l'organisation en roulement. Selon l'importance et la culture des services, les sages-femmes évoluent entre des interventions sur les consultations externes, les unités d'hospitalisation de jour, les services de grossesses pathologiques, de suites de couches et le bloc obstétrical : elles se perçoivent comme « touchant à tout » car « faisant le tour de la question » de la féminité et du devenir mère.

Le rôle central, mais également controversé, est l'accompagnement des parturitions. Controversé car en « empiétement » de pratique avec les gynécologues-obstétriciens qui, bien qu'étant primordialement amenés à intervenir sur les dystocies, peuvent selon les cultures intra-services aborder également les eutocies. Les impressions des sages-femmes à ce propos sont mitigées, cette situation les positionnant comme « assistante médicale » et pas uniquement lors des complications, peut parfois être conflictuelle. Mais cette promiscuité des fonctions peut également être vécue comme complémentaire, la relation avec les médecins accoucheurs est alors perçue comme une dynamique en binôme : leur statut particulier de « médicale à responsabilité limitée » soulignant en cela l'importante paradoxalité de leur positionnement au sein de la périnatalité. Ce statut leur permet d'une part de ressentir leurs interventions comme

s'inscrivant dans une grande marge de liberté et de se vivre particulièrement autonomes, mais il peut également induire une place « décalée » eu égard à la dichotomie plus classique médical/paramédical. Car de par ce fait, les sages-femmes sont en asymétrie relationnelle avec les gynécologues-obstétriciens vis-à-vis desquels elles sont subordonnées (mais uniquement à certains égards), elles sont également en asymétrie relationnelle avec les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes pour lesquelles elles sont une supérieure hiérarchique (dans une réalité clinique qui se vit plutôt en partage qu'en véritable supervision), elles sont enfin en asymétrie relationnelle avec les puéricultrices vis-à-vis desquelles elles apprennent progressivement à travailler, puisque ces dernières sont arrivées plus tardivement dans la culture de travail en maternité. « Pas vraiment au-dessus et au-dessous dans le réel », les sages-femmes ne s'imaginent de toute manière pas pouvoir travailler autrement qu'au sein d'une équipe. Pivot et positionnement central en fonction de lien, les sages-femmes sont à une place charnière de la périnatalité, presque comme une pierre angulaire entre les dichotomies instaurées institutionnellement « entre les praticiens de la femme et ceux de l'enfant ».

En post-partum, l'attention des sages-femmes est plus particulièrement portée sur l'accompagnement de la relation mère-enfant, dans tout ce que cela engendre de soins portés à la fois à l'accouchée et au nouveau-né. Ce dernier versant tourné vers l'enfant est nommé comme de plus en plus « sectorisé » à travers les différents professionnels et notamment avec les puéricultrices de maternité. Via les soins, les observations vigilantes et les conseils, les sages-femmes peaufinent la guidance du devenir parents débutée en anténatal et poursuivie une fois le bébé advenu dans l'espace aérien.

En amont de l'accouchement, les sages-femmes accompagnent les couples dans leur « gestation du devenir parents ». Au-delà d'une préparation à l'accouchement, c'est un véritable accompagnement de la Naissance qui est revendiqué. Sous forme de consultations et/ou de cours, les sages-femmes interviennent dans le suivi de la grossesse (notamment en ce qui concerne le non-pathologique) dans une particularité de soins donnés simultanément à deux patients : la future mère et son bébé in utero, dans une visée somato-psychique globale. Ecoute, soutien et aide, basent la fonction d'accueil à l'égard des familles jusqu'au temps paroxystique du travail de la parturition et dans les suites de couches.

En bref, les sages-femmes se vivent comme des « praticiennes médicales du fonctionnement physiologique normal » de la femme et notamment de la femme devenant mère, dans un avant, pendant et après l'accouchement. Tendanciellement dans leurs

actes à surveiller et en cela à dépister l'éventualité de processus pathologiques, les sages-femmes sont également amenées à intervenir dans des soins en gynécologie générale, alors définis comme plus proches d'une praxis infirmière. Il s'agit donc bien d'une thérapeutique de la femme dans un abord globalisant, de l'avènement de sa féminité à sa finitude, de leurs problématiques, des questions identitaires aux interrogations relatives à la sexualité, en passant par les éducations qui y sont relatives et l'accompagnement des aléas dysfonctionnels des fonctions qui y sont attenantes. C'est notamment à cet égard que sera fréquemment soulignée une sorte de ressenti « d'amputation » de la profession, qui ne peut que rarement profiter de cette richesse de compétences et d'expériences holistiques, au profit parfois d'autres intervenants et en tous cas, aux dépens des sensations de réduction de leur fonction.

Amenées à gérer également plus administrativement les services où elles interviennent (stocks pharmaceutiques, gestion de l'organisation des soins, élaboration de protocoles de soins...) les sages-femmes se perçoivent comme tendant de plus en plus à devenir des « techniciennes ». Au-delà de la réalité des terrains cliniques, il s'agit finalement surtout d'une posture professionnelle en tant que soignante : certaines s'inscrivant avec passion dans l'hyper technique plus morcelé (étant moins intéressées par les préoccupations holistiques) d'autres, moins attirées par l'aspect uniquement somatique, tendront à se positionner dans des accompagnements plus inscrits dans la continuité et la globalité. Dans cette dernière optique plus particulièrement, les sages-femmes se vivent comme un relais important entre les différents professionnels qui interviennent autour des « familles naissantes » et entre ces soignants et les familles elles-mêmes. Supervisant la Naissance, les sages-femmes s'éprouvent comme des intermédiaires ponctuelles mais indispensables, comme un « maillon de la chaîne » du réseau périnatal, dans l'interaction et l'échange assurant la congruence des différentes prises en charge.

#### La manière dont elles pensent que les autres professionnels les perçoivent

Ce jeu empathique s'avérera particulièrement mal aisé pour les sages-femmes, qui y résisteront primordialement en s'en tenant majoritairement à l'aspect explicite et très pratico-pratique de leur profession : comme si leurs projections ne s'orientaient presque exclusivement que dans le sens où les autres soignants n'aborderaient pas autre chose que cet aspect manifeste de leur fonction. Ainsi, les sages-femmes s'attendent à

ce que les autres participants à la recherche restent essentiellement dans la description de leur praxis lors de l'accouchement, dans une difficulté d'appréhension de la globalité de leur travail. Bien que pressentant que les autres professionnels pourront exprimer la polyvalence de leurs potentialités, les sages-femmes penseront qu'il sera surtout fait état de leur statut de « spécialiste de la naissance physiologique », dans la difficulté pour les autres de conscientiser l'ensemble de leur champ de compétences. La notion de « médicale à responsabilités limitées » sera perçue en cela comme difficilement appréhendable.

Dans tous les cas, les sages-femmes projeteront souvent douloureusement dans ce jeu empathique, leurs ressentis de « gâchis des savoir-faire » dans un système périnatal qui aurait dévoyé leur profession.

#### La manière dont elles perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Basant leurs interventions sur le « dialogue complice » et dans un « respect mutuel » avec les futurs et nouveaux parents au-delà des simples techniques de soins, les sages-femmes résumeront leur approche comme un « accueil » de la dynamique familiale naissante dans la sensibilité particulière de la période de la Naissance.

Dans un « moment relationnel privilégié » qui bien que ponctuel fonde les bases de l'évolution des histoires de chacun, les sages-femmes transmettent par l'éducation et la guidance, des savoir-faire attendant à la venue et la mise au monde des enfants. Transmissions qui ne sauraient se faire sans confiance, sans contact proximal avec les familles et dont l'utilité est directement reliée avec les notions de légitimité. Dans ce contexte, bien que reconnaissant que sans les techniques de soins cette autorité de parole ne serait pas là même, le « plus » des sages-femmes se situe selon elles dans leur présence rassurante et dans l'aide qu'elles peuvent apporter quant à la fonction à contenir des émotions parentales.

#### La manière dont elles pensent que les familles les perçoivent

Les sages-femmes s'attendent à ce que les parents expriment à leur égard qu'elles sont des interlocutrices privilégiées, mais qu'étant soit dans une « demande éperdue », soit dans une absence totale de demande, les familles ne penseront pas à toutes les compétences et à toutes les aides que peuvent leur apporter les sages-femmes. Qu'à ce titre elles s'inscrivent dans la tête des parents comme une accompagnante de plus dans

la masse des professionnels rencontrés, d'autant que les fonctionnements hospitaliers tendent de plus en plus à morceler le rapport aux familles, entravant en cela les possibilités de continuité et de congruence de la relation soignante (pourtant base et principe initiaux de leurs interventions).

*Pour les autres professionnels*

#### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Les sages-femmes sont vécues comme particulièrement « importantes et présentes » au sein de la périnatalité, car reconnues comme étant les seules à « pouvoir tout faire dans une maternité ». En cela, elles sont LES professionnelles de l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants. Rôle essentiel et « collaboratrice incontournable », les sages-femmes sont appréhendées comme intervenant tout à la fois dans des dynamiques soignantes très techniques sur le plan somatique et très globalisantes sur le plan des préoccupations plus socio-affectives. Attentives « autant du côté du corps que du cœur des mères », les sages-femmes accueillent et guident les familles dans le paysage périnatal : « elles portent, et les bébés et les parents ». Interlocutrices privilégiées « tout le long », il est attendu des sages-femmes qu'elles s'assurent « et du bon déroulement et du bon accompagnement » de la Naissance « dans le sens noble du terme », avant, pendant et après.

L'omniprésence de la sage-femme, ressentie par les autres professionnels de par la très grande diversité de leurs compétences et l'effectivité de leur présence dans toutes les unités de gynécologie-obstétrique, n'a d'égale que la puissance symbolique qu'elle convoque. Il est souligné ainsi leur « particularité », leur « sensibilité » et la « spécificité rassurante pour tous » de leurs savoir-faire et savoir-dire de « l'alcôve d'un intime, à la fois exceptionnel et commun pour tous ». Il est en cela souvent déploré leur hyperspécialisation technique et leur « rapt » par les contraintes administratives, qui « absorbent leur essence » professionnelle.

Plus pragmatiquement, les sages-femmes sont perçues comme « suivant et assistant » familles et soignants durant les grossesses, les parturitions et les suites de couches non-pathologiques, dans un travail de « relais étroit » et de « contact », à la fois avec les professionnels de la femme et ceux de l'enfant : « même rôle que le gynécologue-obstétricien en anténatal, même rôle que la puéricultrice en post-partum ». Soins, écoute, éducation et surveillance, permettraient aux sages-femmes selon les participants, « d'encadrer tout, du début de l'histoire d'une naissance, jusqu'à la fin ».

### La manière dont les autres professionnels pensent qu'elles se perçoivent

Reprenant essentiellement les éléments relatifs à la pratique concrète (c'est-à-dire pensant que les sages-femmes s'attarderont longuement dans un descriptif détaillé des différentes tâches qui leur incombent) les autres professionnels attendront qu'elles expriment primordialement la qualité de leur place centrale au sein de la périnatalité et plus notamment au sein de la maternité. Qu'elles pourront justifier l'importance de ce positionnement par le fait qu'elles ont une fonction très large et complète de l'accompagnement des Naissances. Qu'elles sont même à ce titre une sorte de « responsable de l'organisation des soins » autour de ce processus. Les participants s'attendraient à ce que les sages-femmes insistent sur leur approche globale de la féminité : en ce que cette dynamique peut connaître dans son histoire l'accession à la maternité, en ce qu'elle interroge ses rapports à la virilité et en ce qu'elle questionne sa place au sein des dynamiques familiales, « elle suit la femme de A à Z ». Que les sages-femmes insisteront sur leurs compétences à aménager l'environnement le plus adéquat possible pour la venue et la mise au monde des enfants, par la transmission de leurs savoirs à la fois aux familles et aux autres professionnels. Que certaines pourront se reconnaître de préoccupations technico-médicales majoritairement, tandis que d'autres privilégieront plutôt un abord somato-psychique holistique. Que toutes en revanche exprimeront la dégradation de leur condition d'exercice et qu'elles souffrent de ne pouvoir réaliser leur travail correctement, notamment par surcharge de tâches et manque de temps. Qu'elles souligneront la paradoxalité de leur profession tout à la fois « le plus beau et le plus difficile métier du monde », dans une évolution qui en fait une sorte de clinicienne « dépossédée » par le partage d'un domaine où elles étaient auparavant seules à effectuer ce qu'aujourd'hui une équipe de plusieurs personnes tend à réaliser.

### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les familles s'attarderont longuement sur leur relation avec les sages-femmes : relation décrite avant tout comme la possibilité de « faire tout ce que le gynécologue-obstétricien n'a pas eu le temps de mettre en place ».

Elles sont alors évoquées comme « plus » : *plus* humaines, *plus* abordables, *plus* disponibles, *plus* dans l'aide, *plus* dans l'écoute, etc... et qu'elles sont, dans cette qualité d'accueil, particulièrement rassurantes. Qu'étant dans l'« accompagnement

compréhensif », leurs conseils et leurs explications trouvent une audience fortement légitimée, même si elles peuvent être majoritairement perçues comme une « seconde » du médecin accoucheur.

Les familles attendront des sages-femmes qu'elles permettent le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement, à la fois pour la mère et pour son bébé. Qu'elles peuvent plus facilement et rapidement « régler » les problèmes, de par leur place centrale et leurs compétences. Qu'elles aident et qu'elles préparent dans des actes de « soulagement » et d' « assistance ». Qu'à travers les consultations, les cours, leur présence durant le travail et ensuite leur passage dans les chambres, elles « lèvent les angoisses » en répondant aux questions qui sont « réellement posées et pas celles que les professionnels attendraient ». Qu'elles « prêtent main-forte » pour que « les couples deviennent des parents » et que l'enfant arrive dans de bonnes conditions.

#### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels \_*

« Le » nœud représentationnel semblant notamment conflictuel dans les perceptions de la sage-femme, est apparu être la problématique du latent et du manifeste véhiculés par cette profession. Tandis que l'abord pratico-pratique de l'organisation des soins la concernant apparaît congruent entre ce qu'elle-même vit et comment les autres la perçoivent, la sage-femme, en revanche, semble avoir plus de mal à reconnaître l'importance de sa valeur symbolique aux yeux des autres. De la même manière que les autres professionnels ont parfois du mal à entendre que l'intérêt porté à cette part symbolique (de la « vocation » notamment et de l'approche holistique également) ne concerne pas toutes les sages-femmes. Entre l'injonction paradoxale initiée par le système médical périnatal lui-même (où l'effectivité de l'organisation des soins tend à aller à l'encontre de cette dynamique symbolique globalisante de la sage-femme autour de la Naissance) entre les sages-femmes qui en souffrent et tendent du coup à désinvestir cette part plus implicite de leur profession, entre celles qui se sont tout à fait accommodées au fonctionnement médical périnatal de là à ne plus vouloir endosser le versant symbolique de leur profession et entre les praticiennes qui revendiquant fortement ce versant sont en résistance face à un système de soins qui ne leur sied guère (quitte parfois à interférer dans les logiques des relations interprofessionnelles imposées par le système périnatal) la place de la sage-femme apparaît assez inconfortable et éminemment évolutive voire polymorphe, pour elles-mêmes et pour les autres. Toutefois et finalement, la difficulté d'accordage à ce niveau pourrait procéder et



participer justement de cette fonction de liaison nodale de la mise et de la venue au monde des enfants au sein de la périnatalité organisée en réseau. Leur prééminence dans les rendus statistiques semblerait d'ailleurs aller dans ce sens.

Deux éléments sont ensuite apparus plus saillants dans les dynamiques représentationnelles soignant-soigné concernant la sage-femme. Le premier est la plus grande facilité qu'aurait cette professionnelle et ses patients à entendre la dimension phorique et globalisante de sa valeur symbolique et de l'ensemble de sa praxis, en comparaison avec la plus grande difficulté à ce propos vis-à-vis des autres membres de l'équipe des intervenants. Le second est plus attentant à sa place dans la dynamique d'ensemble de la périnatalité organisée en réseau : bien que la sage-femme ne soit pas noyée dans la masse des professionnels aux yeux des familles (comme elle pourrait le pressentir) elle est en revanche positionnée dans une subsidiarité vis-à-vis du médecin-accoucheur, place de subordonnée aux yeux des patients qu'elle n'a pas abordée dans ses réponses. Ainsi la sage-femme est importante dans les perceptions familiales et elle peut d'ailleurs le ressentir dans ses relations avec les patients. En revanche, elle l'est en rapport à, et non pas intrinsèquement : arriver à penser son positionnement moins *omniscient* et *omniprésent* lorsque les attentes plus ou moins implicites des autres vous y convoquent incessamment, peut apparaître en effet conflictuel. Entre souhait de reconnaissance et demande démesurée, l'équilibre n'est pas toujours aisé à trouver pour les sages-femmes, leurs patients et leurs collègues. Là encore, ce travail de fantasmatisation du *tout* ne participerait-il et ne procéderait-il pas justement de l'essence symbolique de la sage-femme dans le processus de la Naissance ?

*La sémantique des glossaires officiels :*

L'Organisation Mondiale de la Santé, définit la sage-femme comme :

« Une personne [...] en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum [...] et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. »

Nous retrouvons dans ce consensus international, les idées de spécificité périnatale dans des actions autant orientées vers la femme que vers l'enfant, les notions de

subsidiarité vis-à-vis du référent médical accoucheur et enfin, l'élargissement de la praxis dans une visée à la fois plus grande sur le plan gynécologique et non exclusivement obstétrique, et plus transversale aux problématiques familiales, au-delà de l'accès à la parentalité.

Dans les glossaires sémantiques en revanche, la définition de ce substantif féminin se restreint rapidement à l'assistance au médecin, à la gestante et à la parturiente, avec des soins perçus comme plus indirects envers le nouveau-né.

Pour aller plus loin dans notre travail, nous avons souhaité dichotomiser la forme composée du terme.

Nous obtenons tout d'abord le terme *sage*, substantif et adjectif. En tant que qualifiant, « sage » véhicule l'idée d'une compétence : celle de comprendre, de « prendre avec » et de faire sien, dans le dessein de pouvoir alors se positionner en conséquence. Les significations sont alors étroitement liées aux façons de réfléchir et de se comporter et aux notions de discernement entre bien-mal / bon-mauvais en rapport aux repères moraux alors en vigueur. C'est donc un adjectif hautement subjectif et convoquant des représentations particulièrement diverses et plastiques. En tant que substantif, il s'agit de désigner la personne possédant les compétences afin de mener les actes susnommés. Dans les deux cas, « sage » vient du latin *sabius*, signifiant « ce qui a du goût et de la saveur », qui est donc reconnu esthétiquement comme consistant et agréable. Par extension et figuration, ce sens étymologique a été étendu au-delà de la sphère gustative aux autres étalons interrelationnels (notamment sur le plan intellectuel et moral) comme potentialité cognitive de raisonnement permettant à la personne de tendre vers une posture adéquate et notamment eu égard à ce que l'on attend d'elle.

Nous obtenons ensuite *femme*, substantif féminin désignant un être humain sexué fémininement sur les plans anatomique et physiologique et de manière plus controversée, sur les plans psychique et social. Nous ne pouvons ici développer les multiples éléments, parfois complémentaires, parfois contradictoires, de ces deux derniers plans : en revanche leurs aspects éminemment subjectifs autant dans les perceptions individuelle que culturelle, soulignent un abysse lexical (qui plus est en perpétuelle évolution) non négligeable quant à nos réflexions. Nous retiendrons que « femme » vient étymologiquement du latin *femina*, provenant de *feo*, signifiant « produire, enfanter ».

En adjoignant alors à nouveau les deux termes, nous terminerons en relevant l'aspect éminemment subjectif en ce qui concerne la sémantique à propos des sages-femmes. Selon des termes qui varieront donc dans les temps et les lieux, la sage-femme pourrait être celle qui possède les connaissances et les compétences lui permettant de penser et d'agir de manière satisfaisante en ce qui concerne les êtres humains sexués fémininement. Il est intéressant de retrouver dans cette richesse sémantique le clivage explicite/implicite, concret/symbolique de la fonction de cette professionnelle.

### **Les gynécologues-obstétriciens**

#### *Pour eux-mêmes*

En auto-nomination comme en appellation interrelationnelle, nous trouvons majoritairement les termes « gynécologue », « obstétricien » (adjoints ou non) plus dans un souci de raccourci que d'appui sémantique (raccourci allant même souvent jusqu'à l'utilisation générique du terme « gynéco »). Plus rarement, sera utilisée l'appellation de « médecin accoucheur ».

#### La manière dont ils percevaient leur fonction avant de l'exercer

A contrario des autres médecins qui exprimeront de quelle manière leur représentation du métier s'est développée au sein et au rythme même de leurs études et du choix de leur spécialité, les gynécologues-obstétriciens apparaîtront s'être inscrits très précocement (parfois même avant leur formation initiale) dans leur projet professionnel. Les liens avec l'histoire personnelle sont alors clairement exprimés (plus facilement et notamment par les participant<sub>es</sub>): associations prenant souvent racines dans des questionnements remontant à l'enfance, proches dans la manière dont elles seront énoncées de la pulsion épistémophilique infantile, dans un versant notamment scopique (« la passion de savoir, de voir, ce qu'il se passait là-dedans »). La « magie » de la Naissance sera avancée comme objet motivationnel essentiel dans le choix de la profession, avec l'intention également fortement soulignée de se « mettre au service des autres ».

#### La manière dont ils se perçoivent

Les gynécologues-obstétriciens se vivent tout d'abord comme le « médecin de la femme ». Gynécologue donc dans un premier temps, bien qu'aucun n'envisagerait la gynécologie sans l'obstétrique. La profession sera ainsi primordialement décrite dans

des termes assez vastes, comme si la fonction du gynécologue-obstétricien allait de soi et pouvait convoquer chez les autres des processus représentationnels intuitifs. Médecin de la femme dans sa globalité, l'accompagnement de l'accession à la maternité tient une place prépondérante, mais dans des préoccupations pourtant plus larges quant aux différents temps de la vie féminine. Différents temps de « l'évolution normale », de la ménarche à la ménopause et ses conséquences, des questions identitaires aux interrogations relatives à la sexualité ; différents temps pathologiques également, lorsque les organes de la femme et leur fonction sont affectés.

Les gynécologues-obstétriciens se perçoivent comme des pivots au sein de la périnatalité : au centre de l'organisation des accompagnements de la femme et de la Naissance, de l'aide à la mise en route de la grossesse, à la gestation et à la parturition. Il s'agit alors de la coordination de la surveillance de l'évolution de ces différentes étapes, dans un but sécuritaire où la technicisation grandissante tend à renforcer les objectifs de maintien de l'intégrité somato-psychique de la femme et de son « bébé in utero ».

Le gynécologue-obstétricien est un cadre qui se vit comme LE référent des soins prodigués à la femme : médecin à qui les autres soignants s'adressent lorsqu'il s'agit d'interventions portant sur le corps féminin, que ces autres professionnels soient médicaux ou paramédicaux. Personnalité importante dans les décisions à prendre, le gynécologue-obstétricien s'inscrit activement dans les nombreuses tâches administratives de liens interservices, avec les tutelles également, afin de coordonner pour tous les projets de soins autour de la femme, à la fois comme organisateur des compétences et relais des informations. Les transmissions ont la forme de conseils, en collaboration clinique ou dans un but formatif, dans un travail d'équipe recherché, mais également dans l'ambivalence d'avoir dans l'histoire de leur profession partagé les questions périnatales de manière moins collégiale. « Coachant » les sages-femmes, la relation avec ces intervenantes est décrite comme souvent ambiguë : dans une asymétrie relationnelle induite par les politiques de santé, qui en soulignent d'autant la paradoxalité. Problématique de l'empiétement des compétences, qui se vit selon les services et les personnes de manière complémentaire et/ou conflictuelle : les cultures de travail sont apparues très diverses d'un lieu à l'autre et d'une équipe à l'autre. « Nous nous partageons le domaine de la spécialité de la femme » autant vis-à-vis des familles que des autres membres de l'équipe. La différence essentielle entre la sage-femme et le gynécologue-obstétricien se posant alors en termes de responsabilités juridiques : le

médecin étant LE référent médical de la femme, il en endosse également les devoirs institutionnels aux yeux de la société. Diversité également entre le fonctionnement des cliniques privées et de l'hôpital public : distinction portant alors notamment sur la question de la « fidélité soignante » auprès des patientes permise ou non par les roulements de garde (une plus grande flexibilité serait ressentie à ce niveau par les gynécologues-obstétriciens au sein des établissements privés). La question reste dans tous les cas celle de la présence lors de la parturition : « accompagner jusqu'au bout la patiente » que l'accouchement soit eutocique ou pas.

#### La manière dont ils pensent que les autres professionnels les perçoivent

Les gynécologues-obstétriciens souligneront dans leurs réponses, leurs ressentis quant aux capacités empathiques des autres professionnels à leur égard, qui percevraient la « dureté » de leur praxis quotidienne en reconnaissant l'importance de leur place de médecin accoucheur dans la globalité du système périnatal. Les autres soignants pourraient entendre également l'aspect complexe et parfois douloureux que revêtent les exigences d'investissement personnel dans ce domaine. Il serait appréhendé par l'ensemble des intervenants qui projette et se projette en cette « personne-leader », toute la mesure de l'impéiosité anthropologique d'être responsable de l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants.

#### La manière dont ils perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Les gynécologues-obstétriciens se vivent en « très étroite relation » avec les femmes, mais également avec les autres membres « des familles en gestation ». Il s'agit de la notion d'un intime partagé, voire de l'Intime, utilisé dans un sens plus large et transversal. Ainsi, bien que la démarche de soins induise en elle-même une asymétrie relationnelle avec une « ascendance » fortement marquée, les rapports dépassent très largement le simple contexte médical. Même s'il s'agit avant tout pour les patients de rechercher une sécurisation médicale de leur devenir parents, la manière dont les gynécologues-obstétriciens peuvent entendre l'autorité et la légitimité de parole qui leur sont octroyées est assez proche du principe du miroir winnicottien : au-delà des conseils sont recherchés les repères et au-delà de l'observation médicale est recherché le regard porté par un « expert supposé savoir » sur le processus de parentalisation dans sa globalité.

## *Pour les autres professionnels*

### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Il est intéressant de souligner que l'aspect « évident » de la fonction des gynécologues-obstétriciens sera effectivement repris par les autres participants à la recherche. Constituant pour tous le « cœur de l'activité des services de maternité » et celui qui la fait vivre, le gynécologue-obstétricien est « l'œil global » posé sur la femme à tous les âges de sa vie. Il est concerné par « tout ce qui touche » à la féminité, dont notamment et en l'occurrence à son accession en tant que mère, dans un abord holistique et continu de l'avant, du pendant et de l'après. « Indispensable » à la périnatalité, le gynécologue-obstétricien permet en effet l'entrée dans le réseau des patientes. Il est le médecin « ouvrant » et « initiant » les accompagnements soignants autour de la Naissance et restant en place afin de les organiser « jusqu'au bout ». Prescripteur primordial dans les deux sens du terme, il est LE responsable dont on attend surveillance, diagnostics et conseils, dans le but de garantir l'intégrité somato-psychiques de la gestante, de la parturiente et plus indirectement de son bébé. Collaborateur instigateur pour les autres médecins de la périnatalité, il est en revanche perçu comme le supérieur hiérarchique par les autres membres de l'équipe.

Plus particulièrement assigné aux situations problématiques et notamment pathologiques, il est vécu dans ce contexte comme travaillant en binôme avec la sage-femme, bien que ce binôme soit hiérarchisé. Dans cette optique, il est de plus en plus attendu dans une hyper technicité médicale aux dépends de contacts plus relationnels avec les familles, même si sa place en tant qu'« interlocuteur privilégié de la femme » n'est pas remise en question (d'autant que la légitimité et la confiance que leur portent les parents, sont quotidiennement et manifestement appréhendées par tous).

### La manière dont les autres professionnels pensent qu'ils se perçoivent

De manière assez unanime, personne ne souhaiterait effectivement « être à la place du » gynécologue-obstétricien, dont les autres professionnels attendent qu'il puisse exprimer durant nos entretiens les tensions permanentes auxquelles il est quotidiennement soumis. Devant probablement se sentir « plus responsable que référent » au final, il est subsumé un décrochage progressif de l'émotionnel et du relationnel par ce médecin accoucheur, qui versant de plus en plus dans le « très

technique » doit en oublier l'« aspect magique » de la Naissance et en cela, les fondements de sa vocation. Il est présumé que sa préoccupation englobe la totalité du processus de mise et de venue aux mondes des petits, dans le « le souci constant et envahissant » de leur vitalité et de leur bonne santé. Souci d'autant plus prégnant, que le poids juridique pesant sur ces épaules l'amène à cadrer de plus en plus sa pratique dans de nombreux référentiels et protocoles, qu'il doit tout à la fois créer et subir. Ressenti comme se vivant « prépondérant » (voire parfois comme le chef en périnatalité) les autres professionnels attendraient de lui qu'il insiste sur sa position de « gestionnaire unique et irremplaçable ». Que se revendiquant « somaticien » avant tout, il « gère » dans un abord très « pratico-pratique » la femme primordialement, le bébé plus secondairement et finalement, l'ensemble des personnes qui gravitent autour de ce couple mère-enfant. Qu'au final, malgré son positionnement charnière au sein de la périnatalité organisée en réseau, il doit se sentir très seul, étayant beaucoup et ne pouvant que peu être relayé lui-même.

#### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les attentes étant majoritairement latentes en regard à l'aspect manifeste des demandes, les réactions parentales aux vécus avec les gynécologues-obstétriciens sont de deux sortes : les déçues et les comblées.

Les comblées associent très idéalement dans l'expression de leurs représentations à l'égard des médecins accoucheurs, les idées de réassurance et de « sauvetage » en cas de problème survenant durant la grossesse et/ou pendant l'accouchement. Le gynécologue-obstétricien est alors une incarnation quasi omnisciente et omnipotente, la garantie que « tout va bien se passer » pour la mère et son enfant. Il est en ce sens longuement décrit sa fonction anxiolytique et pare excitatrice des émois et des projections suscitées par la Naissance.

Les déçues s'attarderont sur le « manque de contacts », sur la sensation d'un « travail à la chaîne où l'on devient des objets » et sur l'absence de prise en compte des émotions « où l'on a l'impression d'être juste un ventre porteur à surveiller ». En bref, les déçues déploreront que le gynécologue-obstétricien ne soit qu'un « technicien médical », que le médecin accoucheur prenne au mot la demande manifeste en ne se concentrant uniquement que sur le somatique.

D'autant que pour ces deux grandes familles de patients, les aspects concrets et techniques du métier de gynécologue-obstétricien seront longuement détaillés. A

contrario des professionnels pour qui il semblait évident voire étonnant de rentrer dans les détails d'une praxis aussi intuitivement ressentie, les parents développeront avec pléthore de descriptions, les faits et gestes du gynécologue-obstétricien. Le médecin accoucheur est « LE spécialiste de la femme qui devient mère » : à ce titre, il annonce « la nouvelle » et déclare officiellement à tous, en la certifiant par là-même, l'effectivité de la grossesse. Tous les parents participants exprimeront ainsi ne s'être investis dans l'idée que leur projet d'enfant se concrétisait, qu'à partir du moment où cela leur était « clairement » attesté par le gynécologue-obstétricien.

Le médecin accoucheur « suit » : il suit la grossesse, il suit les mamans et il suit le développement du bébé in utero, à la manière des pères qui eux aussi tentent de suivre tout cela, mais avec moins d'assurance (comme le feront humoristiquement remarquer plusieurs parents).

Le médecin accoucheur « soigne et prescrit » : il examine, il surveille, il ordonne les examens et les traitements éventuels, il « met en place l'arrivée du bébé », l'accouchement, temps paroxysmal vectorisant toutes les attentions.

Enfin et surtout, le médecin accoucheur « vérifie » : il vérifie que « tout se passe bien », il veille « à la bonne progression » et il s'occupe du « bon déroulement ». En cela, il rassure et il détend, parce que dédramatisant par l'expérience de sa pratique professionnelle quotidienne, l'exceptionnalité des vécus intimes parentaux.

#### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Les remarques initiales concernant l'aspect « évident » et « intuitif » des représentations attenantes au gynécologue-obstétricien, se retrouveront dans l'accordage représentationnel en ce qui les concerne. Dans ce que les participants à la recherche pourront exprimer, les perceptions de la place et du rôle du gynécologue-obstétricien apparaîtront particulièrement harmonieuses pour tous : parler du gynécologue-obstétricien semblerait ainsi convoquer pour chacun des représentations similaires, dans une globalisation des évocations. Peut-être, comme nous le fera remarquer un des gynécologues-obstétriciens, car cette notion de rapport à l'Intime des patients et les actes qui y sont posés sont souvent tabou et peu aisément mémorables sans une certaine gêne. Une harmonisation globalisante des représentations pourrait ainsi s'ériger en défense face à la mobilisation d'éprouvés trop excitateurs, car liés à la génitalité, à la sexualité et à l'archaïque. Nous verrons plus loin en quoi ce bain dans l'archaïque, le sexuel et le génital que représente le contexte périnatal, procède et participe de



nombreuses problématiques pour les familles bien sûr, mais également pour les professionnels qui y évoluent.

Il est à noter ensuite, moins un distinguo entre les représentations des gynécologues-obstétriciens et de leurs patients, qu'une différence entre les perceptions professionnelles et celles des familles à l'égard des médecins accoucheurs. Nous avons été ainsi fortement interpellés par l'aspect valeur manifeste/valeur symbolique de cette profession du côté des familles (à l'instar des sages-femmes) mais sans que ce point ait été souligné dans les discours des professionnels. Ici pourront probablement se lier d'une part la notion de subsidiarité plus que de complémentarité entre ces deux protagonistes dans les yeux des patients et d'autre part l'importance des systèmes sociaux de légitimité à l'égard de tel ou tel soignant. Parce que les références sont telles dans notre société occidentale moderne, la médecine et les représentants médicaux apparaissent dans des schémas d'autorité et de légitimité ultimes. Le médecin est celui qui sait, sa parole faisant office de sanction au-delà des autres repères socioculturels et parfois même au-delà des ressentis singuliers. Bien que, et peut-être de par le fait que les professionnels vivent cela au quotidien dans l'organisation même des soins, il est intéressant d'observer que cette part symbolique n'a à aucun moment été évoquée, peut-être parce qu'elle est devenue justement trop « évidente » et « intuitive » ?

#### *La sémantique des glossaires officiels :*

Le gynécologue-obstétricien n'est pas référencé comme tel dans les glossaires sémantiques.

En dichotomisant les termes, nous trouvons tout d'abord *gynécologue*, substantif définissant le médecin spécialiste en *gynécologie* : substantif féminin décrivant l'étude de l'organisme de la femme et notamment de son appareil génital, dans ses morphologies, ses physiologies et ses pathologies (du grec *gynéco* exprimant la féminité et de *logia*, « science de »).

Nous trouvons ensuite *Obstétricien*, substantif désignant le médecin spécialiste de l'*obstétrique* (substantif féminin et adjectif) : substantiellement décrite comme la branche de la médecine relative à la gestation, la parturition et ses suites et qualifiant toutes science et technique (médicales ou non) s'attachant à l'accouchement. Au-delà du médico-centré, l'étymologie du terme s'ancre dans la racine latine *obstetrix*, signifiant « accoucheuse » et « sage-femme ».

Un *médecin* (puisque nous trouverons également dans les discours les termes de « médecin accoucheur ») est défini comme une personne habilitée à exercer la *médecine* : substantif féminin désignant tout à la fois une science, un art thérapeutique et préventif, ayant pour objet l'étude et le traitement des maladies afin de maintenir et/ou de rétablir le bon fonctionnement d'un être humain.

*Accoucheur* pour finir, substantif et adjectif, désigne tout d'abord en substance et essentiellement sur le plan médical celui ou celle qui aide à accoucher et à donner naissance à ; il qualifie à partir de là de manière plus large et figurative, celui ou celle qui aide transitivement à produire, à créer et à sortir ce qui est conçu de manière endogène à l'extérieur. Il est assez remarquable à ce niveau des réflexions, de s'attarder sur le préfixe « ac » véhiculant l'idée d'un rapprochement et sur le suffixe « -eur » désignant l'objet impliqué dans une action. Initialisation et terminaison de la racine *couche*, polysème définissant tout à la fois un lieu préparé pour le repos et/ou l'union, un état consubstantif des notions d'étendue et d'immobilité et l'acte d'enfantement. L'accoucheur de par son préfixe, est attendu proche et présent. De par son suffixe, il participe d'une action qu'il n'acte pourtant pas lui-même, en l'endossant ainsi à la place du sujet concerné (en l'occurrence l'accouchée) alors devenu passif. Il y a dans cette richesse sémantique un lien associatif fort qui va parfois jusqu'à la confusion des rôles : situation facilitant le jeu des projections mutuelles autour d'un acte, l'accouchement, éminemment partagé et induisant une complexité qui peut en effet rendre malaisée l'appréhension fine de la place de chacun. Cette promiscuité sémantique n'a d'égale que celle des corps lors de la parturition. Elle pourrait également avoir une fonction défensive, la (con)fusion étant souvent l'écho associatif du clivage (comme nous le verrons plus loin).

## **Les pédiatres**

### *Pour eux-mêmes*

Les pédiatres sont majoritairement nommés comme tels par les autres participants et en auto-nomination, avec parfois l'apparition du terme « néonatalogiste » qui souligne l'importance de la sur-spécialisation.

### La manière dont ils percevaient leur fonction avant de l'exercer

A l'instar des autres médecins, nous retrouverons une perception de la fonction qui s'étant construite dans la progression de la formation et le choix de la spécialité, correspond tout à fait à la pratique quotidienne. Les pédiatres exprimeront ne s'être que très rarement posé la question de leur inscription dans cette profession, l'évolution dans leurs études donnant une sensation « d'allant de soi » avec des éléments motivationnels probablement présents, mais remontant trop loin pour pouvoir être appréhendables. Les tentatives de remémoration lors de nos rencontres permettront toutefois l'émergence de quelques « souvenirs ». Tout d'abord, le fait que le choix de la spécialité s'est fait pour la plupart dans le juste milieu que pouvait revêtir à leurs yeux la pédiatrie : une pratique pouvant à la fois connoter le versant omnipraticien mais dans un cadre spécialisé (celui de l'enfance) sans pour autant basculer dans une spécialisation d'hyper-technicité, peu prompte aux possibilités de rencontres en tout-venant. Ensuite, parce que cette médecine était perçue comme concourant et procédant de dimensions relationnelles dans l'appréhension possible d'un au-delà du corps. Finalement, seront exprimées par les pédiatres des représentations d'une praxis englobante et souvent idéalisée autour de l'enfant : l'idée de pouvoir s'inscrire dans une protection des petits, par les soins thérapeutiques et préventifs de leur bien-être. Espoirs toujours aussi prégnants même après des années de carrière et induisant donc également souvent encore des vécus de grandes victoires et de désillusions éreintantes : « les pédiatres sont des passionnés ».

#### La manière dont ils se perçoivent

Le pédiatre se vit comme le médecin des enfants et en tant que néonatalogiste, comme un spécialiste des nouveau-nés et des nourrissons. A ce titre, il « soigne et diagnostique » les petits, il « suit et prend en charge » l'enfant et sa famille, il « conseille et éduque » l'enfant, sa famille et les équipes qui les accompagnent.

En périnatalité plus particulièrement, il est amené classiquement à intervenir en suites de couches dans les premiers jours qui suivent l'accouchement et sera une étape incontournable avant la sortie de la maternité, que son avis conditionne. Il est également souvent interpellé par les obstétriciens selon la tournure que prend ou semble prendre la parturition, afin de pouvoir rapidement intervenir en cas de détresse du nouveau-né. Plus rarement, mais dans des préoccupations qui semblent se faire de plus en plus présentes, il est amené à rencontrer les familles ou à être consulté par les autres professionnels en anténatal, afin de faciliter les prises de décisions éventuelles et/ou permettre une continuité d'accompagnement entre la fin de la grossesse et les soins

pédiatriques néonataux. Ses actes peuvent donc tout à la fois être très spécifiques, parfois dans des contextes de grande urgence et rentrer également dans une praxis de consultation beaucoup plus classique et plus inscrite dans la notion de « suivi thérapeutique et préventif à long terme ».

Le travail est qualifié de « très » complet, intéressant et demandant « beaucoup » d'investissement et de disponibilité, autant dans les actes que psychiquement. Ce qui rend ce labeur à la fois très gratifiant et très contraignant à gérer au quotidien, notamment en rapport aux frustrations souvent ressenties de ne pouvoir tendre à une véritable globalité de la prise en charge de l'enfant : les pédiatres se sentant souvent démunis face à la prévalence de tenants plus psychosociaux.

« Coordinateur médical dans la stratégie de soins des enfants », le pédiatre se vit en étroite et très interactive collaboration avec les autres membres de l'équipe (notamment avec les autres médecins) « dans la chaîne des complémentarités » entre les spécialités. Se vivant comme « plus en retrait » dans l'anténatal et au moment de l'accouchement, sa place serait plus clairement posée dans le post-partum et les années qui suivront, devenant même alors le seul intervenant périnatal à rester dans le paysage des accompagnants pour les familles. Avec les membres paramédicaux, il perçoit sa place comme prescripteur de soins et de traitements et comme initiateur de projets au sein des services afin d'optimiser les prises en charges. Dans ce contexte, il est souvent et de plus en plus amené à participer à l'élaboration de protocoles de soins, voire à gérer des contraintes administratives relations avec les autorités de tutelles. Avec les partenaires des services dont il dépend, le pédiatre se vit comme un protagoniste important, pivot dans l'organisation des transferts éventuels et très en lien dans la continuité entre l'amont et l'aval du temps d'hospitalisation de l'enfant.

Toujours désireux de conserver la notion de globalité de prise en charge de l'enfant, le pédiatre vit en cela des préoccupations diverses, holistiques et attentives, même si le temps qui manque souvent est fortement déploré et dénoncé comme variable d'entrave à une meilleure qualité de travail.

### La manière dont ils pensent que les autres professionnels les perçoivent

Les pédiatres attendront dans le discours des autres professionnels, qu'ils le désignent comme le spécialiste de l'enfant qui est né, notamment sur le plan médical (entendu au sens de somatique) mais pas seulement. Que bien qu'intervenant sur des temps probablement perçus comme ponctuels, il s'inscrit dans une dimension holistique autour

de l'enfant : de son corps, de son psychisme et donc de son environnement et de son entourage.

En ce sens, les pédiatres penseront qu'ils peuvent être perçus comme une personnalité importante autant au sein des équipes qu'au sein du réseau. Importance ayant pu basculer en primordialité dans la constitution des maternités de niveaux, puisque le classement des secteurs d'obstétrique est aujourd'hui assujéti aux possibilités pédiatriques associées. Cette quasi « omniprésence » est projetée comme pouvant être vécue comme un soulagement, mais également comme une gêne, selon les ententes plus ou moins cordiales entre les différents médecins de la périnatalité.

### La manière dont ils perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Les pédiatres placeront leur relation auprès des familles dans un second temps, après leurs interventions auprès de leur enfant.

L'idée s'inscrit alors dans les notions de transmissions, afin de permettre un travail en commun autour du bébé. Transmission à visées informative et explicative, dans des abords didactique et de réassurance. Dans ce contexte, leur place est vécue comme soit confortable (s'il y a « synergie » entre les parents et eux-mêmes) soit comme particulièrement difficile, « fatigante et conflictuelle » (s'il y a trop de décalages dans cette relation). Décalages notamment induits par deux facteurs assez opposés dans leur valence : la tendance parentale à des revendications de plus en plus exigeantes et « sonores » et la tendance parentale à la dépendance totale au discours médical. L'écoute et le repérage des différents positionnements parentaux sont un pan important et parfois vécu comme chronophage dans la pratique pédiatrique, axant en cela (au-delà du somatique primordial pathologique ou non et au-delà du petit patient) une dimension interrelationnelle complexe vis-à-vis de laquelle ils ont besoin d'être relayés, à la fois par les équipes paramédicales et par les professionnels plus spécialisés dans les domaines « socio-affectifs ».

### La manière dont ils pensent que les familles les perçoivent

Les pédiatres se projeteront dans les discours parentaux comme « incarnant celui qui sait plein de choses sur leur enfant ». En ce sens, que les familles les percevront comme des personnes importantes à la fois pour leur bébé mais également pour eux-mêmes. Qu'ils seront en cela très à l'écoute de ce qu'ils pourront dire et/ou faire. D'autant que

cette autorité légitimée se doublera des pressentis parentaux, que le choix de la profession de pédiatre est plus une vocation qu'un métier.

### *Pour les autres professionnels*

#### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Sur un plan médical, le pédiatre est perçu par les autres médecins comme un collaborateur et un partenaire, notamment de l'obstétricien « en cas de coup dur à la naissance », puisqu'une fois « le bébé sorti du ventre » il en devient médicalement et exclusivement responsable. Il est appelé « quand ça va mal » et l'on reconnaît avec gratitude sa disponibilité. Il est vécu comme un des « quatre pieds du trépied périnatal » central, avec la sage-femme, les gynécologues et les anesthésistes : chacun étant nommé lors de la parturition, comme tout à la fois essentiel et polyvalent dans les actes d'urgence à accomplir. Le pédiatre fait essentiellement les soins à l'enfant s'il est présent, l'anesthésiste-réanimateur également et si besoin le gynécologue et la sage-femme, qui restent primordialement plus orientés vers la mère habituellement. L'histoire de l'Obstétricie le situe à une place de complément dans la parturition, les vécus quotidiens à une place de praticien essentiel.

Dans le post-partum, de ce positionnement plus secondaire il passe sur le devant de la scène médicale. Il est « l'examineur, le prescripteur et le décideur pour le bébé » dans des situations d'urgences « hypersensibles », comme dans les rencontres plus systématisées durant le séjour et avant la sortie de l'enfant. Il intervient auprès de bébés en tout-venant, comme de bébés pouvant être en grande détresse et en grande souffrance. Il permet dans tous les cas de par son expertise, de programmer au mieux les soins à donner à l'enfant et d'organiser son accueil et celui de son entourage. Pour les équipes paramédicales, il est LE référent de l'enfant, particulièrement légitimé dans ses rôles de conseils et de formation auprès des équipes et faisant autorité en la matière, notamment dans la constitution des protocoles de soins pédiatriques. Participant très régulièrement aux relèves, son action en indirect y est perçue comme particulièrement étayante pour les soignants de première ligne, qui en font « à l'égard des bambins ce que le gynécologue est aux femmes » : un médecin « très spécialisé, mais avec une fonction très large ».

Attentif à l'environnement de l'enfant, il peut également être amené à intervenir lorsqu'un bébé va bien, simplement dans un but de réassurance auprès de familles

inquiètes. Il est d'ailleurs nommé comme possédant une sensibilité toute particulière dans l'observation des difficultés parentales, même s'il n'intervient souvent qu'indirectement dans l'accompagnement de ces fragilités. Faisant ainsi « beaucoup de relationnel au-delà du somatique » et s'inscrivant dans une continuité de l'ante au post-partum et bien au-delà, le pédiatre est perçu comme LE garant du bon développement des enfants, « vérifiant » sa bonne croissance et sa bonne adaptation au fil des années. Cette place « qui se prolonge » auprès des bébés et de leur famille en fait un praticien attentif et attentionné, inscrit dans la continuité et donc dans l'anticipation de l'évolution des situations, dans un positionnement privilégié voire mandaté dans le dépistage des dysfonctionnements éventuels.

« Diplomate », « humble » et « bienveillant », le pédiatre est vécu comme un interlocuteur disponible et rassurant, à la fois pour les familles et les professionnels. D'autant que sa facilité à travailler en équipe est souvent mise en exergue : conseiller, menant et faisant lien, autant au sein même des équipes qu'entre les différentes équipes évoluant autour de l'enfant. Inscrit psychiquement dans une association étroite avec les imagos de l'infantile, les représentations des professionnels à l'égard du pédiatre sont empreintes des affects attenants à l'identification à l'enfant : douceur, sensibilité et gentillesse, étant entre autres les qualités les plus souvent citées.

#### La manière dont les autres professionnels pensent qu'ils se perçoivent

Le jeu empathique ne sera pas aisé pour les autres intervenants : difficultés justifiées soit par une trop grande promiscuité avec les pédiatres qui n'a que peu permis d'envisager « de le voir sous cet angle », soit au contraire car les représentations parfois très idéalisées de cette fonction ont pu entraver les possibilités de l'aborder autrement. Les premières tentatives de « se mettre à la place » du pédiatre s'orienteront essentiellement sur ses probables ressentis d'être un élément important, « déterminant et incontournable » de la périnatalité. Qu'étant un spécialiste, il doit se sentir extrêmement responsable et en cela, particulièrement stressé par sa pratique quotidienne. D'autant que sa spécialité touche la question de « l'intégrité somato-psychique des enfants », thème hautement sensible pour tous. Que bien qu'à la fois tributaire et demandeur de travail en équipe, désireux de décroiser et articuler au mieux les pratiques afin d'atteindre au plus près ses objectifs d'accompagnement global autour de l'enfant et des

familles, il doit se vivre comme seul responsable au final, notamment sur un plan juridique.

Qu'au-delà de sa grande sensibilité personnelle qui l'a mené à une telle pratique, le pédiatre se perçoit comme le « pilier » institutionnalisé qui « doit garantir », aux yeux et aux noms des autres professionnels, la sécurité et la bonne santé des bébés afin de « leur éviter de vivre des choses préjudiciables pour leur avenir ». Que leur souci est donc grand et permanent, de « bien voir grandir les enfants » au sein d'environnements familiaux et soignants satisfaisants.

#### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les parents exprimeront des représentations très passionnelles vis-à-vis des pédiatres : représentations en fonction de ce qu'ils ont effectivement vécu et dans un abord assez clivé. Soit le pédiatre est « rassurant » parce qu'il est capable de « voir si tout va bien », parce qu'il est « de bon conseil » et sait répondre à « toutes les questions qui se posent ». Soit il ne communique pas assez, est trop pressé et ne prend pas le temps de faire correctement son travail : il n'est pas là où on l'attendait en somme. Car les parents l'attendent très avidement, parfois même comme « le messie », comme celui qui, en tout cas, permettra ou non leur retour à la maison (puisque tel est le protocole).

#### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

A l'instar des représentations attenantes au gynécologue-obstétricien, nous retrouvons pour le pédiatre une harmonie dans les processus représentationnels qui le concernent, entre ses propres perceptions et celles des autres professionnels. Nous proposons ici d'expliquer cet accordage par le fait que les objectifs des soins à l'enfant sont souvent apparus également particulièrement consensuels dans l'organisation périnatale. Il va presque de soi que, vis-à-vis de l'enfant bien plus que pour tout autre patient, les principes de bienveillance et du « faire tout ce que l'on peut » sont de mises. Et, bien que les savoir-dire et savoir-faire pour y parvenir ne soient quant à eux pas toujours homogènes selon les cultures des services, c'est le fait de joindre toutes les ressources possibles qui l'emporterait au final. Le pédiatre incarnant ces ressources potentielles, l'homogénéité des représentations le concernant pourrait ainsi être corrélée à l'homogénéité de ce but ultime pour tous : soin et prévention de l'intégrité somato-psychique de l'enfant.



Parents et pédiatres se retrouvent quant à eux autour de la notion d'importance de cette fonction. Toutefois, il est à souligner l'ambiguïté ressentie par chacun dans cette rencontre soignant-soigné-accompagnant du soigné : d'un côté (celui du médecin) la relation avec les familles n'est ressentie que comme indirecte, même si cela n'enlève en rien sa valeur, de l'autre (celui des familles) la rencontre avec le pédiatre est ambivalente, entre désir de, et nécessité de. Un espace interrelationnel marqué par l'ambiance controversée de l'être avec l'autre ou pas, dans des injonctions qui dépassent les simples protagonistes concernés : le pédiatre pouvant finalement réaliser son travail avec ou sans présence parentale, les parents pouvant le devenir finalement avec ou sans présence pédiatrique. Toutefois là encore, c'est l'intérêt de l'enfant qui primera aux yeux de tous : si pour son bien-être la présence parentale est requise autour des soins elle sera acceptée par l'organisation pédiatrique et si pour sa santé il a besoin de soins pédiatriques, les parents le présenteront aux soignants.

#### *La sémantique des glossaires officiels :*

Le *néonatalogiste*, substantif, est défini comme un médecin spécialiste de la *néonatalogie*. Substantif féminin, décrit comme

« ...la branche de la médecine qui se consacre aux soins et au traitement du nouveau-né »

Le tout étant inscrit dans le domaine *néonatal*, adjectif qualifiant tout élément relatif à la naissance et au nouveau-né dans le contexte médical.

Les orthographes en mots composés sont également tolérés, le préfixe *néo* (du grec signifiant « nouveau » et exprimant la nouveauté) étant alors accolé par tiret à *natal* (du latin *natalis* signifiant « de naissance »). Il s'agit d'un néologisme donc, ayant évolué dans les mêmes temps que celui de la périnatalité.

Autant certaines fonctions professionnelles ne seront pas référencées, autant d'autres le seront avec des développements pléthoriques, autant le terme « pédiatre » apparaît dans toutes les sources et ce, de manière on ne peut plus concise.

Substantif, *pédiatre* est défini comme le médecin spécialisé en *pédiatrie*. Substantif féminin lui-même décrit, comme

« ... la branche de la médecine qui a pour objet l'étude, le diagnostic, le traitement, la prévention des maladies infantiles et la protection de l'enfance »

Termes formés du préfixe *péd(o)* (du grec signifiant « enfant ») et du suffixe *iatr* (du grec *iatreia* signifiant « cure, soin ») la pédiatrie est une des rares disciplines médicales

n'ayant pas leur pendant en « logie » (du grec *logia*, signifiant « étude, science »). La pédiatrie est donc une des rares disciplines médicales s'inscrivant lexicalement et essentiellement dans les actes thérapeutiques et non dans la science : s'inscrivant primordialement dans une démarche de soin et non de somme de connaissances. La place très particulière des pédiatres dans le réseau périnatal, telle qu'énoncée précédemment, trouve-t-elle peut-être là son fondement sémantique.

### **Les anesthésistes-réanimateurs**

#### *Pour eux-mêmes*

Les anesthésistes spécifient le terme de « réanimateur » en plus de celui d'« anesthésiste ». Cette spécification nominative en « anesthésiste-réanimateur » ne sera soulignée que par les médecins et quelques sages-femmes, tous les autres corps de métier s'arrêtant au terme d'« anesthésiste ».

#### La manière dont ils percevaient leur fonction avant de l'exercer

Il est souvent difficile pour les médecins de revenir à l'idée première de leurs vœux professionnels, de par l'aspect très clinique de leur formation qui semble induire une progression latente dans les projets échafaudés. Ainsi parlent-ils souvent de différentes étapes possibles : avant de débiter les études de médecine, pendant les premières années d'étude et pendant les débuts des stages de spécialisation. Les souvenirs sont souvent flous et semblent avoir évolués en même temps que leur praxis, ce qui leur donne la sensation d'une adéquation quasiment totale des projections imaginaires et de la réalité quotidienne de leur fonction. En ce qui concerne les anesthésistes-réanimateurs, les désirs professionnels sous-jacents tournent essentiellement autour des notions de « confort » et de « réduction de la souffrance » pour le patient, mais également pour sa famille.

#### La manière dont ils se perçoivent

Les anesthésistes-réanimateurs ont la particularité de ne pas intervenir ni uniquement, ni majoritairement dans le domaine périnatal (a contrario des autres professionnels rencontrés) et d'y participer en « tour de garde » et de manière aléatoire. Expriment que chacun peut ou non avoir une sensibilité particulière pour ce domaine, tous sont vigilants au fait que les interventions qui s'y déroulent ont la spécificité d'engager deux personnes, la mère et l'enfant, en doublant ainsi les responsabilités médicales les

concernant. Ils expriment deux catégories d'interventions dans ce contexte : celles inhérentes à toute chirurgie en termes d'endormissement et de réveil mais relatives au corps de la femme enceinte, et celles spécifiques à la parturition, en « analgésie ». La sporadicité de leur présence (pourtant incontournable ne serait-ce que dans la consultation anténatale obligatoire) évoquée comme étant conditionnée par l'appel ou non des intervenants de première ligne, dans une demande s'apparentant à une prestation de service lorsqu'il ne s'agit « que d'une » pose de péridurale. Rôle alors peu valorisé médicalement parlant, à l'inverse de leur importance pour le versant anesthésique et à plus forte raison pour le versant réanimation, où ils ressentent alors leur place comme essentielle et d'une valeur égale aux autres médecins de la périnatalité.

Bien que transversaux et non attachés spécifiquement aux patients, les anesthésistes-réanimateurs ressentent leur fonction (parfois même leur seule présence) comme sécurisante pour tous. Leur temporalité d'intervention sera imagée par une expression souvent reprise : « on vient, on reste disponible, on fait, on reste disponible, on repart et on reste disponible ». Rythmicité basée ainsi sur une continuité dans la préoccupation, même si les actes directs ne sont pas effectivement réalisés. Rapport au temps nommé comme faisant partie intégrante des exigences de leur fonction : les anesthésistes-réanimateurs, malgré leur positionnement tour à tour en première et seconde lignes, ont une approche holistique des déroulements somato-psychique et chronologique des situations. Peut-être en cela, ils sont souvent invités au-delà de leurs compétences particulières, à prendre part aux réflexions théorico-cliniques menées en équipe. Ils participent à la préparation des interventions prévisibles, de la mise en place des procédures, des protocoles médicaux et de l'élaboration des projets de service au sein desquels ils interviennent. Côté réseau, les anesthésistes-réanimateurs perçoivent leur place comme une interrelation médicale avec les autres praticiens, en récepteurs, relais et plus rarement demandeurs d'interventions spécifiques sur des cas particuliers. Leurs modalités d'intervention, malgré leur faculté et leur sensibilité à appréhender les situations dans leur globalité, ne les placent pas comme interlocuteurs privilégiés au sein de la périnatalité interservices et interinstitutionnelle. En cela, parce que leur souhait serait de faire évoluer ce constat, ils perçoivent leur inscription au sein du réseau comme perfectible, en buttant toutefois sur la disponibilité stable que leur demanderait un tel rôle et que la nature souvent en urgence, ou à flux temporel tendu de leur pratique, ne permet que difficilement.

### La manière dont ils pensent que les autres professionnels les perçoivent

Les anesthésistes-réanimateurs pensent souvent être perçus de manière restrictive, comme un simple « technicien de l'antidouleur ». Ils imaginent être appréhendés comme des « satellites » au sein des services où ils interviennent, sans réelle primordialité de leur rôle lorsqu'ils sont dans le cadre des analgésies obstétricales.

En revanche, lorsqu'il s'agit de situations « aiguës », ils s'attendent à ce que les autres puissent se rendre compte de l'importance de leur savoir-faire. En ce sens d'intervention face à la détresse et à l'urgence de certains événements, ils peuvent penser que leur rôle est perçu comme une « aide précieuse » par les autres professionnels. Dans ce contexte, ils peuvent exprimer les sensations de réassurance qu'ils pressentent susciter chez chacun dans un au-delà du technico-centré et où ils espèrent qu'on puisse attendre d'eux de pouvoir être là et que l'on puisse compter sur eux pour « tenir une main, dire une parole, au-delà de la péridurale ». Il y aurait ainsi une impression en trois strates : le technique peu reconnu, l'hyper-technique très reconnu et le non-technique très attendu.

### La manière dont ils perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Cette interrogation ne sera pas aisée pour les anesthésistes-réanimateurs qui sont apparus très préoccupés par la dynamique de la mise et de la venue au monde des enfants dans sa globalité et pour chacun de ses acteurs, mais qui exprimeront également n'intervenir que très momentanément dans ce processus. Eu égard à cette paradoxalité des préoccupations holistiques d'un côté et des praxis sporadiques de l'autre, percevoir sa place vis-à-vis des familles apparaîtra compliqué pour l'anesthésiste-réanimateur.

« Un peu floue », en même temps « très importante » et « normalement secondaire », les participants finiront par répondre à ce questionnement via leurs positionnements vis-à-vis des autres praticiens : leur place est celle d'« un plus », parfois « nécessaire et incontournable » pour le confort et la sécurité de la mère et de l'enfant.

### La manière dont ils pensent que les familles les perçoivent

Avec beaucoup d'humour, les anesthésistes-réanimateurs exprimeront souvent passés pour « des anges » auprès des familles, parce qu'apportant « un soulagement ». Qu'arrivant en voyant les grimaces sur le visage des patientes, ils repartent avec des sourires et des remerciements.

## *Pour les autres professionnels*

### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Appréhender la question des perceptions pour les autres professionnels en ce qui concerne l'anesthésiste-réanimateur, n'a pas été dénué d'émotionnalité. La place de l'anesthésiste-réanimateur interpelle beaucoup les autres, qui la perçoivent comme éminemment particulière dans les dynamiques d'équipe. Intrigant, l'anesthésiste-réanimateur l'est tout d'abord car, outre les professionnels amenés à intervenir au sein des blocs d'intervention, il n'est que peu rencontré dans une réalité physique concrète. Nombre de participants à la recherche expliqueront connaître théoriquement sa présence, mais en ne le voyant que très rarement, comme une sorte de « légende » et de « rumeur ». Il n'en n'est pas moins appréhendé comme une personne importante, son rôle est essentiellement (voire uniquement) décrit dans l'acte des différentes analgésies obstétricales. Il est un « sauveur » dans le domaine de la lutte contre la douleur, au-delà de la parturition. Outre l'intervention directe lors de l'accouchement, il est bien repéré leur place incontournable en anténatal, lors de la consultation alors nommée de « pré-anesthésie ». En post-natal, il est beaucoup plus rarement attendu et le sera dans des « situations très particulières », où il s'inscrit alors dans une reprise explicative auprès des parents et parfois des équipes.

Pour les intervenants au sein des blocs d'intervention, les perceptions sont quelque peu différentes. Il est verbalisé deux types de dichotomie : une première entre les interventions en gynécologie-obstétrique et celles effectuées dans un cadre pédiatrique, une seconde entre des actes que nous nommerons *passifs* et ceux que nous nommerons *actifs*. Dans la première dichotomie, il est expliqué que la valence majoritaire d'intervention en gynécologie-obstétrique se fait sur le versant anesthésie, tandis que la part d'actes en pédiatrie est essentiellement sur le versant réanimation. En ce dernier sens, il est souligné le chevauchement de compétences partagées par les pédiatres et les réanimateurs : ces derniers n'intervenant qu'en l'absence ou en aide suppléante et/ou conseillante des premiers. L'image du « trépied à quatre pied » sera souvent utilisée pour esquisser les dynamiques interventionnelles au moment de la parturition, entre le gynécologue-obstétricien, la sage-femme, le pédiatre et l'anesthésiste-réanimateur. Sa place en tant que partenaire est ainsi perçue comme « déterminante » et « indispensable », pour un travail appréhendé comme « commun », effectué « ensemble », notamment dans le partage des sentiments potentiellement anxiogènes de se retrouver « en prise » au médico-légal. Dans un abord tout aussi pragmatique, mais

dans une moindre activité directe, l'anesthésiste-réanimateur est sollicité en ses qualités de « superviseur » des situations. « Œil veillant » à ce qu'il n'y ait pas de complication, il est attendu de lui des conseils, une sorte de parole légitimante des actes posés par les autres. Pouvant être présent sans intervention directe, dans l'après réalisation de ses actes ou dans l'attente de leur réalisation, l'anesthésiste-réanimateur est vécu comme « un plus », à la fois pour les patients et les professionnels. Offrant aux autres membres de l'équipe médicale par son rôle de veille et d'écoute les possibilités de rester concentrés sur leurs interventions, il apparaît notamment « réassurant ». « Ils endorment les corps et les angoisses », « ils font faire de jolis rêves pendant la crise », seront autant d'expressions véhiculant les parallèles analgésiques somato-psychiques de la fonction phorique des anesthésistes-réanimateurs. Avec beaucoup d'humour, des métaphores divines pourront même être avancées, autant dans ce qui est ressenti par les autres professionnels comme l'attente quasi-messianique de sa venue par les familles, que dans leur place très particulière quant aux questions de vie et de mort.

#### La manière dont les autres professionnels pensent qu'ils se perçoivent

Il sera particulièrement difficile pour les participants à la recherche, de se mettre à la place de l'anesthésiste-réanimateur. Certains auront tendance dans un premier temps à reformuler de manière très technique et désaffectisée, ce qu'ils avaient d'ores et déjà développé lors de la question sur la fonction de cette catégorie médicale, mais en restant à leur place d'observateur et non en jouant à répondre à la place de. D'autres prendront beaucoup de temps afin de répondre à ce questionnement, se sentant parfois mal à l'aise de ne pouvoir « rendre » par cette réponse-reconnaissance, la valeur qu'ils accordent à cette profession. Peu arriveront finalement à mettre en mots les représentations suscitées par ce jeu d'empathie. Lorsqu'ils y parviendront fastidieusement, les réponses se centreront majoritairement sur les notions de technicité ponctuelle et de soutien au-delà de la technique.

Les autres professionnels s'attendaient à ce que l'anesthésiste-réanimateur aborde tout d'abord sa qualité en tant que prestataire de services ponctuels et hyper-technicisés. Ils envisagent également que ce professionnel doit se décrire comme souvent sollicité et « dérangé » par les demandes des autres, car n'ayant pas choisi initialement une praxis périnatale, a contrario des autres qui savaient pertinemment dans le choix de leur spécialité qu'ils allaient intervenir autour de la Naissance. Cette précision a semblé particulièrement importante et a souligné le mérite de l'anesthésiste-réanimateur.

Qu'au-delà de la qualité de ses analgésies et de ses réanimations, il revendique un apport « moral » en termes de confort, de sécurité, de sérénité et de réassurance dans les soins. Il s'agirait alors d'affectif : les compétences attentionnelles d'investissement et de préoccupation mises en avant dans la paradoxalité que ce clinicien non spécialisé en périnatalité, s'avère être parfois une sorte d'omnipraticien de la Maternité. En ce dernier sens, il est attendu de lui qu'il puisse parler de son rôle d'organisateur, de superviseur et d'informateur-formateur au sein de sa spécialité mais également au-delà de sa spécialité.

#### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les représentations parentales concernant l'anesthésiste-réanimateur seront consensuellement positives. « Gentil », « très à l'écoute », « prenant le temps » et « rassurant » : « heureusement que l'anesthésiste-réanimateur est là ». Et pas seulement parce qu'il calme les douleurs physiques, mais parce qu'il apaise et soulage de manière plus holistique les souffrances somato-psychiques de l'enfantement. En faisant taire les ressentis corporels, mais surtout en étant là moins occupé que les autres durant la parturition et donc plus disponible dans les échanges : « lui, il prend le temps de tout bien expliquer ». Et bien qu'il soit très majoritairement associé à l'idée d'analgésie obstétricale, il est surtout reconnu comme « un plus » et pas uniquement pour les péridurales.

#### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

La fonction de l'anesthésiste-réanimateur au sein de la périnatalité organisée en réseau (et par extension le professionnel lui-même) sont à une place « particulière » comme nous avons pu l'entendre dans les ressentis des participants. Versant dans la rêverie et rythmant par ses artifices les veilles et les sommeils, les associations symboliques le concernant amènent plus ou moins consciemment les perceptions de chacun à la problématique du « passage » que revêt la Naissance. Comme nous l'avons développé dans le paragraphe sur le fil conducteur des organisations des Hommes autour de la mise et de la venue au monde de leurs petits à travers les temps et les civilisations, la question de la prévention et de la protection de ce moment d'ouverture vers l'Inconnu que constitue la Naissance, entre vies et morts concrètes et fantasmées va, en la

personne de l'anesthésiste-réanimateur, trouver son incarnation. Par ses « cocktails » et par ses savoir-faire d'endormissement et d'éveil à la vie, c'est sa place éminemment charnière qui est convoquée dans les représentations de chacun. L'anesthésiste-réanimateur est là sans y être, dans une moindre importance, dans une moindre fréquence et dans un moindre cloisonnement à la périnatalité que d'autres professionnels de ce domaine, mais dans une persistance représentationnelle et une qualité dans la continuité de ses disponibilités potentielles, qui lui procurent une sorte d'« aura » particulière dans le tissage identitaire périnatal.

(Ré)confortant, (ré)assurant, (ré)endormant, (ré)veillant, ce professionnel « apaise » en mettant sous silence de par ses techniques, les interrogations trop bruyantes liées à l'enfantement. Ici semblent se nouer les paradoxalités représentationnelles de l'extrême ponctualité des actes de ce soignant en rapport aux fonctions symboliques plus holistiques de sa profession et de la difficulté pour lui-même de percevoir l'ampleur de sa valeur aux yeux des autres et pour les autres, de tenter de se mettre à sa place.

*La sémantique des glossaires officiels :*

L'*anesthésiste* est décrit comme :

« Membre d'une équipe chirurgicale à qui incombe le soin et la responsabilité de l'anesthésie »

L'*anesthésie*, substantif féminin, est définie sur des plans somatique et psychique différenciés. Dans son rapport charnel et en ce qui nous concerne, il s'agit d'une suspension de la sensibilité provoquée momentanément en vue d'une intervention manuelle et/ou instrumentale sur le corps. Par analogie, sur un plan plus moral l'anesthésie renvoie à des états d'indifférences émotionnelle et cognitive.

*Réanimateur*, substantif et adjectif, est décrit comme « spécialiste de » et qualifiant le résultat de l'acte de réanimation. Elle-même désignée dans un sens propre comme l'acte transitif de « mener à nouveau » à la vie une personne et dans un sens plus poétique, comme une idée de vitalité retrouvée.

Adjoins en forme composée, les termes apparaissent significatifs en ce qui concerne la place de l'anesthésiste-réanimateur, qui vient finalement incarner cette part fondatrice de la logique historico-anthropologique de l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants : médiation de l'espace charnière et le passage que constitue la Naissance entre monde des animés et monde des inanimés.



## **Les puéricultrices**

### *Pour elles-mêmes*

En auto-nomination, ces participantes à la recherche (puisque nous n'aurons rencontré que des représentantes féminines de la profession) se présenteront comme telles, mais également comme « infirmières », leur formation initiale. « Infirmière puéricultrice », « infirmière spécialisée », « infirmière de puériculture », autant d'appellations composées que ne relayeront pas les autres professionnels, qui se borneront à utiliser le terme de « puéricultrice ».

### La manière dont elles percevaient leur fonction avant de l'exercer

Lors de leur formation et durant les premières années d'exercice, les puéricultrices exprimeront avoir été saisies par la diversité des différents champs d'action possibles du métier, qui ne leur a que peu permis au départ de se faire une idée claire de cette profession. Toutes en revanche, dans une sorte de point nodal et/ou transversal à cette diversité, souhaitent en s'engageant dans la formation « s'occuper des enfants ». Des bébés notamment, car cette période était anticipée comme « cruciale » et pouvant permettre des actions précoces, dans un dessein d'aide et au sein d'un métier « très axé sur les autres ». Soutenir par les soins somatiques les tout-petits et leurs parents afin d'apporter une « sérénité au-delà des petits et des gros tracas ». Certaines évoqueront des racines de ce choix professionnel ancrées loin dans l'enfance, dans une sorte de continuité du « jouer à la poupée » et dans la tentative de comprendre « ce qu'est un bébé ». D'autres évoqueront l'idée d'intervenir en périnatalité dans une orientation préférentielle aux nouveau-nés, sans que le métier de puéricultrice n'ait été privilégié par rapport à ceux de pédiatre, de gynécologue-obstétricien et/ou de sage-femme, mais parce qu'il est apparu à un moment donné plus accessible.

Beaucoup transmettront leur déception quant au manque de moyens alloués afin qu'elles puissent faire leur travail correctement et à l'égard du peu de reconnaissance qui leur est accordée : nombre d'entre elles dénonceront la fragilité de la légitimité qui leur est offerte dans des places « qui ne sont pas toujours faciles à trouver », notamment en maternité où leur entrée dans les services est relativement récente.

Passionnées et particulièrement investies, les puéricultrices relativiseront toutefois ces ressentis en abordant le plaisir dans les relations avec les patients, perçus comme beaucoup plus reconnaissants.

### La manière dont elles se perçoivent

Les puéricultrices se vivent comme les référentes des soins autour du bébé. Encadrant en ce sens les auxiliaires de puériculture ainsi que les parents, elles interviennent sur prescription des pédiatres afin de réaliser et/ou faire réaliser les soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Leurs compétences dans les actes directs, surtout en milieu hospitalier, sont avant tout l'aspect soignant technique infirmier, les autres soins de puériculture dans le tout-venant (hors pathologie notamment) sont effectués par les auxiliaires et/ou les familles. Observant l'évolution des bébés, les puéricultrices perçoivent leur rôle comme très spécifique : être capable de dépister les dysfonctionnements éventuels et de poser les actes en conséquence, autant dans les interventions directes que dans l'interpellation des médecins, parfois dans des situations d'urgence et de grande détresse. Gérant à ce titre les thérapeutiques injectables notamment, les surveillances des constantes, les stocks et le bon fonctionnement du matériel, les puéricultrices s'occupent plus spécifiquement des particularités soignantes dues aux pathologies et/ou aux handicaps chez l'enfant. Se ressentant ainsi parfois comme des « super auxiliaires » ou comme des « assistantes pédiatriques », la place des puéricultrices leur apparaît encore « en chantier » en maternité, où leur rôle était auparavant assuré par les sages-femmes, les auxiliaires, voire les aides-soignantes. Plus techniques que les auxiliaires et moins techniques que les pédiatres, dépendant hiérarchiquement des cadres de santé, les puéricultrices se vivent dans un entre-deux et parfois dans une autonomie toute relative. Avec les sages-femmes, les relations sont désignées comme plus ambiguës encore, parfois complémentaires, parfois conflictuelles, de par une sorte d'empiètement des compétences.

Accueillant les nouveau-nés et leurs parents, les puéricultrices accompagnent la rencontre des familles naissantes de manière générale et soutiennent plus particulièrement les premiers temps de vie problématiques des tout-petits et de leur entourage. Dans ce contexte néonatal, il s'agit de faire lien entre les différents lieux si la mutation s'impose, entre les différents intervenants et avec les familles surtout, qui demandent alors à être informées afin de pouvoir comprendre les fonctionnements d'un domaine sanitaire où ils peuvent se sentir étrangers. Interface entre les patients et le corps médical, leur rôle à la fois très technique et très relationnel fonde les axes de communication entre « le normal et le pathologique ». Tentant en ce sens de rester disponibles malgré la diversité et parfois la surcharge des différentes missions, les puéricultrices tendent à harmoniser les différents rythmes et intérêts qui se côtoient :

ceux de l'enfant primordialement, avec ceux de ses accompagnants privilégiés tout d'abord, puis avec ceux de l'institution et réciproquement, leurs priorités n'étant alors pas toujours celles qu'elles voudraient ou parfois ce que l'on attendrait d'elles, ce qui leur est particulièrement pénible au quotidien. Les puéricultrices se vivent comme des diplomates, émissaires du monde des bébés au sein d'un travail en équipe où elles revendiquent si besoin les intérêts premiers de l'enfant, en « faisant en sorte qu'en maternité le bébé sain, patient dans un milieu médicalisé, ne soit pas assimilé en cela à un être malade à soigner ». En ce sens de diplomatie également, elles ont une place charnière au sein du réseau, coordonnant la globalité des soins autour du tout-petit et garantissant la bonne réalisation des prescriptions. Dans un travail « pluridisciplinaire très imbriqué », les puéricultrices se perçoivent comme des « relais centraux », des organes de réception et de retransmission des informations. Parlant bébé couramment, les puéricultrices porte la parole du Naissant dans la « polyglossie » périnatale, en lui permettant en cela de se frayer un chemin dans le réseau.

#### La manière dont elles pensent que les autres professionnels les perçoivent

Il est à noter à ce niveau un aspect remarquablement homogène entre les participantes à la recherche : leur difficulté à jouer cette dynamique empathique. Très embêtées par ce questionnement, les puéricultrices y répondront de manière assez expéditive en dichotomisant d'une part les autres « professionnels de l'enfant » (pédiatre et auxiliaire de puériculture) et les « autres professionnels » (tout court...). Les premiers leur semblent avoir de par une praxis quotidienne partagée et ayant les mêmes objectifs, une perception semblable à la leur. Les seconds, moins en harmonie et parfois même ressentis comme en résistance par rapport à la parole de l'enfant qu'elles tendent à faire entendre, seront envisagés comme ayant du mal à reconnaître leur fonction, soit dans des pratiques en dénégarion de leurs compétences, soit dans une sorte de « lâcher » à leur profit, de tout ce qui concerne l'enfant. Dans tous les cas, ressentant que les autres les perçoivent souvent plus en « à côté » que dans la dynamique globale de la périnatalité, les puéricultrices attendraient que les autres les placent dans un temps très déterminé (celui du post-natal) dans des rôles attendus comme spécifiques au pathologique et plus dans la globalité des premières années de vie que dans le post-partum immédiat.

#### La manière dont elles perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Sorte de « guide en terre inconnue » lorsque les familles rentrent dans un système pédiatrique qu'ils ne connaissent pas, mais également en tout-venant parce que « l'arrivée d'un enfant est souvent égale à la découverte d'un nouveau continent », les puéricultrices informent, éduquent et conseillent afin de « soutenir la relation parent-enfant ». Donnant les jalons aux « apprentis parents », des « petites questions toutes bêtes » aux points extrêmement précis dans l'éducation thérapeutique des affections pédiatriques éventuelles, les puéricultrices se sentent aux premières loges de l'observation de l'évolution du devenir parent. Faisant parfois le lien entre les parents et les enfants en cas de séparation concrète, ou si les rencontres ne se font que malaisément, les puéricultrices tendent à mettre en place les intervenants nécessaires si elles sentent les familles dépassées par ces « difficultés des premiers temps de vie ».

#### La manière dont elles pensent que les familles les perçoivent

Les puéricultrices s'attendent à ce que les parents puissent exprimer plutôt favorablement le rapport qu'elles entretiennent avec eux. Seront évoquées les notions de secours pour les bébés en détresse, d'aide et de soutien plus globalement. Que les familles s'attarderont sur leur place de référentes et sur leur position en tant que personne ressource réassurante pour les conseils et les réponses qu'elles prodiguent.

#### *Pour les autres professionnels*

#### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

« Le regard centré sur le bébé », voilà comment seront majoritairement décrites les puéricultrices par les participants à la recherche. Subordonnée en ce sens au pédiatre vis-à-vis duquel elle fait interface avec les autres membres de l'équipe et les parents, elles appliquent les prescriptions et font remonter les informations. « Plus techniques » que les auxiliaires de puériculture dont elles sont responsables, la distinction se fonde sur la pathologie ou non : les puéricultrices étant plus inscrites dans la tête des autres professionnels comme intervenant lorsque le bébé est malade, les auxiliaires quand il va bien. Nous retrouverons d'ailleurs le même type de distinguo dans la différenciation sage-femme/puéricultrice. Les puéricultrices seront métaphoriquement désignées comme des « relais entre les fantassins et l'état major ». « Collaboratrices pédiatriques », « infirmières spécialistes de l'enfant et du nouveau-né », les

puéricultrices sont perçues comme posant des soins et des observations spécifiques, au-delà de leurs rôles plus nodaux d'organisation des prises en charge autour du bébé et de « transmission du b.a.ba » de « l'art d'accommoder » les tout-petits. Les puéricultrices sont vécues par les participants comme un lien et une référence autour des enfants, à la fois pour les équipes et les familles. Dans une « vigilance protectrice », les puéricultrices (sur)veillent les bébés (notamment ceux qui ont « des petits ou des gros soucis ») elles accompagnent leurs environnements afin que ces derniers soient les plus adéquats possibles, en conseillant, en éduquant et en étayant, notamment les parents mais parfois également les autres soignants. Elles font lien « au nom de l'enfant » entre ce dernier et ses accompagnants privilégiés ou non, en médiatisant les relations et en relayant les transmissions.

« Très présente », cette qualité leur sera reconnue comme l'outil le plus efficace dans « cette place qu'elles sont en train de creuser », notamment en maternité où leur rôle a plus de mal à s'inscrire dans les cultures de travail, où leur fonction était auparavant assurée par d'autres. Portant toutefois « une autre parole et un autre regard sur l'enfant », leurs compétences et leurs savoirs tendent par l'expérimentation au sein des services à être entendu plus facilement qu'auparavant.

#### La manière dont les autres professionnels pensent qu'elles se perçoivent

Les participants souligneront que les puéricultrices s'attarderont plus particulièrement sur leur position d'interdépendance importante au sein des équipes, mais également avec les familles. Qu'étant une intermédiaire, leur rôle ne peut se lire qu'à travers ceux des autres, ce qu'elles peuvent déplorer parfois parce qu'étant donc assujetties à de nombreuses dynamiques afin de réaliser leur mission première : assurer dans un souci de continuité le bon déroulement du séjour hospitalier et la sortie sécurisée pour l'enfant et sa famille. Qu'à ce titre elles participent globalement au but commun : en ayant plus de recul par rapport aux parents elles offrent un soutien plus efficace et en ayant un savoir et des compétences spécifiques elles incarnent LA référence institutionnelle vis-à-vis des soins à l'enfant.

Les autres professionnels envisageront ensuite que les puéricultrices insisteront sur leur fonction de transmission, anticipée comme plus importante que les soins infirmiers

technico-techniques : transmissions didactiques auprès des patients et transmissions plus informatives auprès des autres soignants. Qu'elles accompagnent les relations autour du bébé au rythme des différentes rencontres : chaque personne et chaque groupe évoluant à sa façon, il doit être difficile pour elles d'harmoniser le tout, surtout en s'en tenant primordialement à la partition du bébé, celle qui est donc éminemment encore en phase d'écriture et d'accordage.

Que les puéricultrices évoqueront enfin longuement leur passion pour leur métier, la richesse des projets qu'elles fondent pour le bien-être des tout-petits et en cela la dureté de leur profession au quotidien, compte-tenu du peu de moyens qui est mis à leur disposition afin de tendre vers leur but de manière satisfaisante.

#### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les parents interrogés n'aborderont pas la question des puéricultrices de la même manière selon les lieux où ils seront rencontrés, a contrario des autres fonctions abordées de manière plus constante dans les différents services. Lorsque les familles ont fait l'expérience de difficultés concernant leur bébé, que ces difficultés aient nécessité une hospitalisation en pédiatrie ou pas, les parents évoqueront beaucoup plus longuement la « technicité » des puéricultrices. Lorsque les puéricultrices seront abordées de manière plus globale, en tout-venant, les parents évoqueront principalement les idées de « conseillères », de « pourvoyeuses de réponses », aidant en cela à « s'occuper des bébés ».

#### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Un peu à l'instar des sages-femmes, les puéricultrices semblent projeter plus de rudesse dans les perceptions des autres professionnels à leur égard, que ce que ces derniers vont effectivement exprimer en ce qui les concerne. Sont soulevées par la fonction de la puéricultrice à l'instar des sages-femmes, les interrogations attenantes au pathologique-technicité versus normal-non technicité.

Alors que le pédiatre en tant que garant de l'intégrité somato-psychique et du bien-être du bébé paraît faire l'unanimité la place des puéricultrices incarnant la parole de l'enfant semble être plus problématique. Dans ces temps dits « fusionnel » et « dyadiques » que sont les périodes anténatale et de post-partum immédiat, il semblerait peu aisé de penser le bébé comme un être à part entière et en cela, de penser la place de la puéricultrice. L'identité de la puéricultrice tendrait à être assujettie à celle de l'enfant

au sein du réseau : sa reconnaissance étant liée à la qualité des préoccupations portées au bébé en tant que sujet pensant et désirant.

L'imago grand-maternelle mobilisée par la fonction de la puéricultrice, apparaîtra également problématique. Niveau grand-maternel à l'échelle de l'enfant, dans un jeu trans et inter générationnel où les questions de subsidiarité et/ou d'aide dans le devenir parent, apparaissent particulièrement dynamiques. La puéricultrice apparaît comme la personne qui sait concernant l'enfant de manière générale et comment se comporter vis-à-vis d'un bébé de manière spécifique. Remplaçant parfois, étayant par moments et complétant souvent la fonction parentale, cette professionnelle sans s'en rendre toujours compte, est un support identificatoire et projectif important, permettant de participer aux réaménagements somato-psychiques de la parentalisation.

#### *La sémantique des glossaires officiels :*

Le terme *infirmière*, substantif, est défini comme une personne qualifiée qui s'occupe des malades en les soignant sous la direction d'un médecin. Du latin *in-firmus* signifiant « qui n'est pas ferme », l'infirmière est à l'origine celle qui s'occupe des infirmes, de ceux qui sont faibles et entravés.

La *puéricultrice*, substantif féminin, est décrite comme une infirmière diplômée en *puériculture*, substantif féminin défini comme une science et un art dans l'élevage des enfants. Le terme est construit sur le modèle des mots basés sur la racine latine *culture*, qui véhicule les notions d'ensemble de techniques et de soins, afin de traiter, d'entretenir et d'assurer un objet pour l'améliorer, le maintenir et le faire évoluer. Une posture transitive qui s'inscrit dans l'expectativité quant à l'écart potentiel entre les objectifs ayant motivé la mise en action et les résultats effectifs et temporaires. Racine qui adjointe au préfixe latin *pueri-*, indique que l'objet en question est en ce qui nous concerne un enfant.

Ainsi en reprenant le tout, l'infirmière puéricultrice serait la personne qualifiée qui sous l'autorité d'un médecin tend à appliquer son art « d'accommoder les bébés », afin de permettre la mise en action d'un ensemble de techniques et de soins visant à faire progresser le bon développement des enfants, ceux qui sont fragilisés par une pathologie et/ou un handicap, mais également plus globalement chacun de ces êtres vulnérables parce qu'en apprentissage et en croissance.

## **Les auxiliaires de soins**

Nous avons choisi de présenter un paragraphe sur les « auxiliaires de soins » de manière générique en y regroupant les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes, de par l'intrication importante de ces deux fonctions. Intrication induite d'une part par la promiscuité dans la qualité des tâches attendues et d'autre part, car ces professionnelles sont apparues exercer de manière effective et parfois non différenciée les deux fonctions.

### *Les auxiliaires de puériculture et/ou auxiliaires puéricultrices, pour elles-mêmes*

Les auxiliaires de puériculture (ou auxiliaires puéricultrices) peut-être de par la longueur de cette appellation, ne se nomment et ne sont que très rarement nommées comme telles : le terme est plus souvent raccourci à « auxiliaire », voire « a-p ».

### La manière dont elles percevaient leur fonction avant de l'exercer

Plus ou moins clairement énoncé et assumé de manière plus ou moins consciente, le choix de cette profession est pour beaucoup la continuité d'un « rêve de gosse » : celui de s'occuper d'enfants et de travailler avec les bébés. Bien que certaines aient pu entre temps s'orienter vers d'autres métiers initialement, bien que les stages de formation soient décrits comme permettant une bonne appréhension de la profession, la réalité du terrain en contraste avec cette rêverie enfantine est dépeinte comme souvent décevante dans les premiers temps de la prise de poste. Les contraintes du métier, les horaires, les tâches de ménage, la souffrance des petits patients et les problématiques parentales n'ont souvent pas été envisagés « à ce point là ». Cette part du métier, l'« éducation des parents », est décrite comme occupant de plus en plus de place d'année en année. Augmentation qui est directement associée par les auxiliaires à une majoration des souffrances psychosociales, laissant les familles démunies face au « bon sens » des premiers temps de vie. Les demandes d'assistance sont perçues comme devenant progressivement de l'assistantat, provoquant un fossé entre ce que l'auxiliaire s'attendait à pouvoir offrir en termes d'aide et d'accompagnement et la suppléance qu'elle a de plus en plus l'impression de fournir. Cette évolution de la profession est ressentie comme paradoxale, car révélant en cela l'ambivalence sous-jacente pour les auxiliaires : une certaine frustration d'être de plus en plus écartée des préoccupations techniques



d'équipe et d'être en revanche de plus en plus interpellée et légitimée par des parents, qui apparaissent de plus en plus dépassés par l'arrivée de leur enfant.

Malgré tous ces décalages, peu d'auxiliaires émettront des réserves quant à leur plaisir d'exercer leur métier et beaucoup évoquerons le contentement qu'elles peuvent ressentir à « se sentir utile pour les autres ».

### La manière dont elles se perçoivent

Le poste en roulements sera un des points très fréquemment et longuement décrit, notamment car il conditionne la qualité des différents modes d'exercice. Un roulement géographique tout d'abord où, selon que l'auxiliaire se trouve au bloc, en suites de couches ou en pédiatrie, elle va dépendre de la sage-femme ou de la puéricultrice, avec une attente dans l'« expertise aux bébés » qui ne va pas être la même, ni pour les collègues, ni pour les familles. L'auxiliaire ne peut exister hors d'une équipe car l'aide ne peut être que par rapport à un autre.

Le deuxième type de roulement concerne l'« être aux bébés » ou l'« être aux mamans ». Au bloc, l'auxiliaire se vit comme étant à disposition des parents durant le travail et pour le nouveau-né lors de ces premiers instants de vie, selon les besoins de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien. En suites de couches, l'auxiliaire peut faire le tour de chambre avec la sage-femme ou la puéricultrice : respectivement elle sera alors aux soins des mamans ou aux soins des bébés. En cela sa fonction est difficilement différenciable de l'aide-soignante et certaines pourront même avoir le double titre selon les services. En pédiatrie, l'auxiliaire se vivra comme étant en première ligne dans les soins non techniques à donner à l'enfant et en aide quotidienne à la puéricultrice et au pédiatre. Cette polyvalence sera longuement discutée, en lien direct avec la problématique de la tendance à exercer des fonctions qui dépassent ce qui serait attendu initialement dans les commandes institutionnelles, augurant une surcharge de travail largement déplorée. L'auxiliaire a le dessein de pouvoir offrir au bébé et à son entourage une plus grande flexibilité dans le fait de « prendre le temps de ». Cette qualité dans l'objectif d'un accueil « normalisant » pouvant parfois faire oublier la lourdeur du dispositif hospitalier, est évoquée comme nécessitant de justement ne pas être prise dans des impératifs temporels institutionnels qui ne placeraient pas le rythme familial au centre de ses préoccupations.

Les actes effectués au quotidien par l'auxiliaire et attendus dans les commandes institutionnelles sont les « soins de base ». Côté bébé, il s'agira de s'occuper du non-

technique au-delà du médico-centré : sorte de « maternage professionnel » de par les actes effectués de nourrissage, de soin des corps et d'aménagement du confort de l'environnement. Côté maman pareil finalement, mais en truchement dans une sorte de maternage professionnel de l'accession aux sentiments de compétences maternels : les soins aux mamans étant moins une fin en soi comme pour le bébé, qu'un moyen afin de permettre aux mères, après que l'on se soit occupé d'elles, de pouvoir à leur tour s'occuper de leur petit. C'est dans ces passages très agencés des soins côté bébé-côté maman, qu'apparaît toute la subtilité d'une double fonction phorique qui reste en même temps un seul et même portage, celui du bébé et de son entourage. Les pères nommés comme de plus en plus présents physiquement et psychiquement tendent également à être demandeurs, avec à ce moment-là un décrochage total de la corporéité des soins qui souligne de manière d'autant plus prégnante la part symbolique de la praxis de l'auxiliaire. A côté des actes de « petites mains » effectués quotidiennement, il y a les discussions réflexives avec les autres professionnels et avec les familles. A côté du ménage (ressenti comme allant parfois d'ailleurs bien au-delà de la simple accommodation du confort de l'environnement) il y a l'aide aux autres membres de l'équipe et aux familles afin d'accueillir au mieux les nouveau-nés. A côté de la réfection des lits, il y a la réassurance des familles et en cela une favorisation de la relation parents-enfants. Au-delà de l'observation permanente du bon déroulement des premiers temps de vie pour le bébé et pour son entourage, il y a la préoccupation beaucoup plus holistique que tout se passe bien pour chacun. En bref, au-delà des actes il y a la relation.

Cette diversité des actions amène souvent les auxiliaires à devoir trouver plus ou moins facilement et de manière plus ou moins efficiente, une place au sein de l'équipe et au sein du réseau. L'évolution de la démographie professionnelle suscitée par l'organisation en réseau(x) avec les maternités de niveau, a introduit des intervenants là où il n'y en avait pas, induisant alors un sentiment de jeu de « chaises musicales » où les auxiliaires expriment clairement leur difficulté à garder une place qu'elles pouvaient avoir naguère et qui est aujourd'hui occupée par d'autres postes. Réaménagements d'autant plus difficiles à saisir qu'au-delà des nouveaux cadres d'action posés par les commandes institutionnelles, l'effectivité de leur travail tend à rester le même. Se vivant alors comme « le dernier maillon » (ou parfois de manière plus magnanime) comme « l'avant dernier maillon » d'une chaîne de soins tendant à se techniciser de plus en plus, l'auxiliaire s'éprouve comme pouvant alors faire lien entre cet ensemble et les

familles : « on essaye de tout réunir pour que ça s'harmonise parce que nous, nous avons le temps de le faire ». Ces préoccupations de congruence s'actent essentiellement dans l'intra service entre les familles et les professionnels, car au-delà l'auxiliaire se positionne de manière très éloignée. Eloignement vécu dans la paradoxalité d'être interpellée indirectement dans les transmissions orales quant à leurs observations (reconnues d'autant plus pertinentes parce que proximales pour les réflexions menées dans le travail au sein des services et également entre les services) sans toutefois participer directement de ces réflexions et en étant par ailleurs en première ligne des prescriptions. L'auxiliaire trouve dans le partage avec les patients, une valorisation et une mise en sens de cette paradoxalité : « le réseau c'est pour les familles, nous, on n'y participe pas directement mais on est là auprès des familles et on le vit comme ça, directement avec elles. » Ressenti qui interroge l'importante question des identifications des professionnels de la périnatalité, entre les relations soignant-soigné éminemment mouvantes avec les familles (nomades au sein du réseau périnatal) et les relations soignants-soignants qui se voudraient plus pérennes.

#### *La manière dont elles pensent que les autres professionnels les perçoivent*

Les auxiliaires se montreront particulièrement humbles, voire gênées par ce questionnement, exprimant leur difficulté par le fait qu'elles n'échangent que peu directement à ce propos avec les autres professionnels et craignent ainsi de se tromper. Elles réduiront finalement cette perception de leur fonction, en la recentrant sur ce qui apparaît être ainsi le point nodal manifeste de leur métier : s'occuper des bébés, en aidant ainsi les familles et les autres membres de l'équipe. Elles peuvent toutefois anticiper l'importance que leur rôle peut revêtir pour les autres professionnels, notamment dans leur faculté à aborder les situations dans leur globalité.

#### *La manière dont elles perçoivent leur place vis-à-vis des familles :*

Les auxiliaires se vivent comme très présentes auprès des familles, dans une continuité de soins tout le long de la journée. Cette proximité induit un rapport avec l'intime familial (« au premier rang des petits soucis ») qui nécessite une grande souplesse et d'importantes capacités d'adaptation. Les rapports avec les familles sont exprimés comme « bons » de manière générale, le but étant essentiellement de les rassurer et de les entourer tout le temps de l'hospitalisation. L'accueil est en cela une fonction

essentielle, afin de fonder une relation de confiance et faire en sorte que les familles se sentent en sécurité.

Cette qualité relationnelle permet l'émergence de nombreuses questions et des échanges bienveillants, ouvrant les possibilités d'une banalisation rassurante de l'environnement hospitalier potentiellement anxiogène et une facilitation des objectifs d'étayage et d'éducation.

*La manière dont elles pensent que les familles les perçoivent :*

Les auxiliaires s'attendent à ce que les familles parlent de leur rôle de soutien dans la proximité relationnelle. Rapport proximal qui serait mis en évidence par leur appellation par leur prénom de la part des parents, a contrario des autres professionnels interpellés quant à eux par leur nom. Paradoxalement aux ressentis que leur rôle est bien perçu, les auxiliaires insisteront sur la difficulté pour les familles à se repérer entre les différents intervenants. Imaginant que les familles attendent d'elles une traduction des discours plus techniques, les auxiliaires perçoivent les parents comme avides de conseils. Pensant que les familles diront s'adresser plus facilement à elles, les auxiliaires s'attendent à ce que leur rôle soit perçu comme utile et important dans le cadre d'une profession envisagée par les parents comme particulièrement « riche et belle ».

*Pour les autres professionnels*

La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Les auxiliaires sont appréhendées par les autres professionnels comme « les yeux et les oreilles de l'équipe, la voix des patients et notamment du bébé ». Deux dimensions : une facette côté intervenants et l'autre côté famille.

Sur le versant professionnel, les représentations renvoient à une sensorialité de réception des informations « au premier rang ». Il est reconnu l'importance et la particularité de leur place, plus fréquente et proximale auprès des patients et permettant une qualité de perception (parfois exprimée comme surveillance) « de ce qui est normal et de ce qui ne l'est pas ». Référente de ce qui est préconçu comme déroulement satisfaisant de la

Naissance pour chacun, l'auxiliaire est perçue comme intervenante lorsqu'il n'y a pas de dysfonctionnement et elle est également perçue comme transmetteur lorsqu'elle remarque des difficultés, afin de passer alors le relais à d'autres professionnels. Ses compétences sont nommées comme « limitées », notamment dans les prises de décision, parce que « non-médicalisées ». Un rapport hiérarchique est ainsi explicité : l'auxiliaire est une aide pour la puéricultrice et pour la sage-femme (voire pour les médecins) à qui elle est subordonnée pour l'exercice de sa fonction. Toutefois, sa place est majoritairement perçue comme un partenariat au-delà de cette asymétrie relationnelle, dans l'apport indispensable de « normalisation » qu'elle peut offrir dans ses actes afin que « l'hospitalisation soit la plus agréable possible pour les patients ». L'auxiliaire est ainsi assignée dans un espace charnière, celui que permet le paradoxe de la médicalisation d'un événement non pathologique, dans une sorte de « métissage entre le professionnalisme et le bon sens, qui ramène à la réalité au-delà du médico-centré », pour les familles mais également pour les autres membres de l'équipe. En cela, sa différenciation avec l'aide-soignante est peu aisée pour les participants à la recherche : le seul point de repère pour eux étant alors une action primordiale auprès des bébés et moindre du côté des mamans pour l'auxiliaire, et vice et versa pour l'aide-soignante.

L'auxiliaire évolue géographiquement dans l'ensemble des services où elle exerce, mais est plus particulièrement repérée par les autres professionnels au sein des « biberonneries » et/ou des « nurseries ». La nomination de ces lieux est importante, car véhiculant l'idée des fonctions essentielles où elle est attendue : les soins de nursing dans tout ce que cela sous-entend en termes de nourrissage nutritif et affectif et d'hygiène corporelle et matérielle, pour les nouveau-nés et les accouchées. A travers ses « soins de base », soins structuraux et fondamentaux permettant une assise, un soubassement et des racines, pour d'autres soins qui pourraient *dés lors* aller au-delà, la part relationnelle apparaît primordiale (a contrario des tâches ménagères, perçues comme étant trop importantes et pouvant même dévoyer les rôles premiers de l'auxiliaire). L'auxiliaire est perçue comme sachant « faire lien » avec et entre les soignants et les soignés, avec et au sein des familles. Ici se trouve le versant de la potentialité trans-phonatoire de l'auxiliaire où, en paraphrasant Bion, les éléments alpha familiaux d'un côté et professionnels de l'autre pourraient être transformés en éléments bêta à la fois et réciproquement à l'attention des familles et des autres membres de l'équipe : l'auxiliaire est « interlocutrice privilégiée des parents et porte parole des petits ». C'est une traductrice des discours professionnels pour les familles et une

observatrice participante de la Naissance pour les autres professionnels : sorte de post-frontière de par la capacité attendue de l'auxiliaire aux identifications multiples, sorte de préoccupation maternelle primaire professionnalisée où l'écoute empathique simultanée du bébé, de ses parents et de ses autres soignants, permettrait une approche holistique des situations et une articulation des différents soins dans la continuité et la congruence. Dans cette capacité à « créer des espace de liens », il s'agirait d'un accompagnement de la rencontre entre le Naissant et ses parents, permis par l'aide apportée dans le nursing manifeste afin que par ce portage, les familles soient plus disponibles pour s'organiser dans un abord à la fois matériel et émotionnel auprès de leurs petits. L'auxiliaire berce les bébés souvent mais les parents aussi, afin qu'ils puissent en faire de même et surtout, qu'ils puissent continuer à le faire de manière autonome lors de leur retour au domicile.

#### La manière dont les autres professionnels pensent qu'elles se perçoivent

Malgré une surcharge de travail quotidien projetée comme une des difficultés majeures dont doivent parler les auxiliaires à propos de leur fonction ; malgré un positionnement potentiellement ressenti comme parfois peu valorisant a contrario de l'importance de leur place : les participants à la recherche s'imagineront que l'auxiliaire a une perception de sa place plutôt positive. Qu'elle doit se percevoir comme une collaboratrice des soins à l'enfant : les termes d'« aide-soignante d'enfant » seront d'ailleurs utilisés dans ce cadre. On les imagine s'attardant longuement sur leur rôle dans la relation parents-bébé et parler à cette occasion de leur importance et de leur spécificité quant à la qualité de ce qu'elles partagent avec les familles, en étant plus présentes comparativement aux autres membres de l'équipe (moins disponibles et/ou plus en deuxième ligne). On s'attend à ce qu'elles évoquent les soins directs et l'éducation aux soins, dans un rapport différencié en termes de responsabilités vis-à-vis des sages-femmes et des puéricultrices.

#### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les familles ne dissocient que peu auxiliaire et aide-soignante. Pour ces deux fonctions, il est décrit deux versants : l'un agissant, l'autre recevant. Agissant par le « don » et par le « faire », les auxiliaires seront perçues comme actant les aides, matérielle et morale, « assistant les autres professionnels » et « nous donnant pleins de trucs de mamans ». Sa disponibilité est souvent particulièrement soulignée

comme dénotant avec le rythme plus global des services. Par sa présence « dès qu'on en a besoin », elle « soulage » corporellement et psychologiquement. A l'écoute « sans truc sophistiqué », elle est une interlocutrice privilégiée dont la légitimité de parole en retour, est valorisée comme bienveillante et « pleine de bon sens ».

### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Peu de dysharmonies sont à relever, outre la catégorisation de cette soignante vis-à-vis des bébés essentiellement (à l'instar d'ailleurs des aspirations premières de cette dernière) pratique effective qui apparaît beaucoup plus dichotomisée dans les faits entre l'enfant et ses parents. Il existe une ambiguïté en ce qui concerne la fonction de l'auxiliaire de puériculture, ambiguïté que nous retiendrons ici comme en lien direct avec les notions de « dernier maillon », de « frontière » et de « métissage ». Ambiguïté tout d'abord entre la part manifeste de cette fonction et ses qualités symboliques : l'auxiliaire réalise de multiples et nombreuses tâches qui justifieraient les perceptions de ses sensations d'être débordée, sans que soit aisément entendu le fait que ce qui déborde n'est finalement peut-être pas uniquement dans les actes, mais également et surtout dans la flexibilité psychique induite par cette polyvalence. Autrement dit, l'importance et la richesse de l'auxiliaire ne se situe pas uniquement dans sa polyvalence manifeste du « faire beaucoup », mais également et surtout dans sa qualité symbolique du « porter beaucoup ». Polyvalence source d'ambiguïté entre sa position côté bébé et/ou côté parent : incarnation d'un poste qui tente par ses objectifs d'échafauder des ponts dans le clivage enfant-adulte. Il est intéressant de souligner de quelle manière les actions de l'auxiliaire de puériculture esquissent un maternage professionnalisé, autant vis-à-vis des enfants que vis-à-vis de leur parents, voire même parfois vis-à-vis des autres professionnels. Peut-être que finalement, l'auxiliaire de puériculture s'occupe effectivement uniquement des bébés : de ceux qui le sont de manière incarnée et perceptible, mais également de ceux qui le sont de manière moins manifeste, les bébés dans les parents et les bébés dans les intervenants. Polyvalence source d'ambiguïté également, de par son positionnement entre pathologie et normalisation, entre des soins proximaux et continus dits « de base » et la ponctualité des actes plus techniques : nous retrouvons ici la controverse naturel-médical de l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants (qui comme nous commençons à bien l'entendre à ce stade de notre travail de par sa récurrence, est un point problématique primordial au sein de la périnatalité organisée en réseau).

*La sémantique des glossaires officiels :*

Il n'apparaît pas dans les ressources lexicales de références pour la définition de l'*auxiliaire de puériculture* et/ou *auxiliaire puéricultrice*. Afin de se donner une idée des représentations communément admises à ce sujet, il est alors nécessaire de s'informer auprès de référentiels créés par et pour les professionnels de santé. Dans ce cadre l'ANAP (Association Nationale des Auxiliaires de Puériculture) définit la profession comme suit :

« L'auxiliaire de puériculture exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de celui-ci. Il, elle dispense dans le cadre du rôle propre de l'infirmier ou de la puéricultrice, en collaboration avec lui ou sous sa responsabilité des soins et réalise des activités d'éveil et d'éducation pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien être et l'autonomie de l'enfant. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de l'enfant et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. »

En déconstruisant la jonction des termes, nous pourrions aborder la notion d'*auxiliaire*, à la fois adjectif et substantif, présenté comme un élément qui apporte une aide à une autre, de manière directe ou indirecte et temporaire ou permanente. Dans son usage qualifiant, l'*auxiliaire* est défini de manière privative. Il s'agit alors d'une question d'autonomie : l'*auxiliaire* pouvant agir mais seulement en fonction d'un autre objet, alors qualifié de principal mais qui ne pourrait que difficilement fonctionner sans son *auxiliaire*. En tant que substantif, le terme renvoie à la position de l'objet relativement au contexte : une position qui sans forcément être subalterne n'apparaît pas en revanche comme principale, mais comme un enrichissement optionnel (ce sens est aujourd'hui une utilisation en langage soutenu, moins courante de manière manifeste). Actuellement, le substantif « *auxiliaire* » recouvre essentiellement le titre dans un contexte professionnel, véhiculant alors surtout le cadre des compétences comme nous avons pu le constater plus haut. En lien direct avec le terme latin *auxiliaris* (« qui secourt ») on entend la transitivité de l'*auxiliaire* et son statut très paradoxal d'améliorer un existant principal qui pourrait ne plus l'être sans son concours, mais qui conditionne toutefois sa place même (il s'agirait presque d'un servomécanisme). Les antonymes seront également intéressants en ce qu'ils se répartissent en deux familles sémantiques : l'une correspondant à l'adversité, l'autre aux positions hiérarchiques de responsabilité ; l'*auxiliaire* trouvant sa place par déduction, dans un partenariat hiérarchisé. Nous retrouvons ainsi toute l'ambiguïté extrêmement féconde de l'*auxiliaire*, dans les racines



même de ce terme. Peut-être la réduction de la nomination en ce seul terme trouve-t-il là son explication : au-delà du contexte de puériculture, le sens de la fonction résiderait dans cette place-frontière de l'auxiliaire, dans cette ambiguïté de l'essentiel qui laisse ouverts tous les possibles.

En reprenant le développement du terme *puériculture* explicité dans le chapitre sur les puéricultrices et en regroupant le tout, nous arrivons à une sémantique de l'auxiliaire de puériculture qui serait donc une aide optionnelle, mais sans laquelle il serait difficile de permettre la mise en action d'un ensemble de techniques et de soins visant à faire progresser le bon développement des enfants. Ainsi reformulée, la fonction de l'auxiliaire de puériculture et/ou auxiliaire puéricultrice n'apparaît plus finalement si paradoxale que cela, mais simplement très vaste et surtout dans l'aménagement charnière d'une expectativité possible quant à la systémie souvent plus rigide de l'institution soignante. Fonction qui de par ce positionnement dynamique, participe de la potentialité créatrice des Naissances sur laquelle nous nous attarderons plus longuement dans la dernière partie de ce manuscrit.

### *Les aides-soignantes pour elles-mêmes*

Les « aides-soignantes » se nomment et sont essentiellement nommées comme telles, avec de rares utilisations en tant qu'« auxiliaires de soins ». Nous garderons dans ce chapitre la nomination au féminin, n'ayant pas rencontré d'homme dans notre cohorte de participants.

### La manière dont elles percevaient leur fonction avant de l'exercer

Un point relativement commun aux différentes professionnelles est que le métier d'aide-soignante n'était pas pour elles une vocation, dans le sens où peu d'entre elles avaient initialement prévu de faire cela. Pour la plupart, l'entrée dans ce métier est due au hasard de la vie ou à l'identification (décrite comme une sorte de copie, de calque) à un membre familial ou amical qui faisait ce travail, bien que beaucoup se destinaient à des professions relationnelles et d'aides aux autres. Le milieu hospitalier lui-même est souvent apparu primordialement peu attirant pour plusieurs aides-soignantes, ou pouvait exercer a contrario une sorte de fascination avec des élans particuliers vers la très haute technicité médicale. Toutes au final exprimeront un grand contentement à exercer cette

profession, même si le peu de projections qu'elles avaient pu avoir en ce qui concerne le poste d'aide-soignante ne leur avait que peu permis d'envisager la pénibilité de cette profession, notamment eu égard aux ressentis de manque de considération et de partage. Ayant investi primordialement l'aspect relationnel et d'aide aux personnes, il a été évoqué certaines réticences face à la masse des tâches d'hygiène demandées, notamment lorsque ces dernières concernent des biens et non des personnes.

### La manière dont elles se perçoivent

Un point primordial est la polyvalence de cet exercice professionnel, présentée en amalgame et par suppléance avec plusieurs autres fonctions, notamment avec les auxiliaires de puériculture, les personnels de ménage et selon les services, avec les puéricultrices et avec les sages-femmes. Polyvalence expliquée par le fait que le manque de moyen, de temps et/ou de personnel ne permettant pas que chacun réalise de sa place les tâches qui lui sont principalement imparties, provoque un glissement de tâches afin que ces difficultés n'impactent pas sur le bien-être des familles. Polyvalence notamment constatée ou majorée sur les temps d'urgence médicale, les temps de nuit et dans les petites unités.

Les tâches inhérentes à la fonction d'aide-soignante font partie de l'aide aux soins : aide pour les soins techniques réalisés par les puéricultrices et les sages-femmes vis-à-vis des mères et des bébés et aide pour les soins effectués par les parents auprès de leurs enfants. Aide par réalisation de tâches parallèles aux soins et/ou par réalisation des soins eux-mêmes, en suppléance des autres professionnels et/ou des parents. Actes sur demande ou délégation qui concerne notamment l'hygiène corporelle et environnementale, l'alimentation du bébé et de sa maman et l'entretien et l'utilisation des appareils de surveillance médicale. Aide par guidance parentale également, où les aides-soignantes accompagnent les parents pour qu'eux-mêmes puissent alors réaliser des soins : accueil des familles, écoute, conseils et disponibilité, mais également surveillance et contrôle sur les capacités parentales à réaliser ces soins.

L'aide-soignante se vit comme le membre d'un binôme constitué avec la puéricultrice ou la sage-femme, à la fois rapporteur des observations qu'elles sont à même de réaliser (étant en contact plus proche et plus régulier avec les familles) et exécutrice de « sous-techniques ». Dans ce binôme au sein du réseau, l'aide-soignante transmet à sa

partenaire de travail les informations pouvant être relayées au-delà du service, mais n'intervient pas directement dans les transmissions inter-équipes et interinstitutionnelle. La fonction est décrite comme très relationnelle et demandant de très bonnes capacités d'adaptation, notamment de par la polyvalence attendue qui leur donne l'impression d'être tout à la fois partout-indispensable et nulle-part/interchangeable. Le métier est décrit comme très vaste et très divers, très adapté aux besoins des équipes et des sites, avec la sensation qu'il y a à leur égard beaucoup de demandes et peu de reconnaissance. Se vivant à la fois comme subalterne, mais au même niveau d'utilité notamment pour tout ce qui concerne le « hors technicité », l'aide-soignante situe sa place comme complémentaire et lui permettant d'être un lien entre les intervenants, entre les intervenants et les familles et entre les membres de la famille. Les métaphores sont révélatrices du positionnement plus latent dans la dynamique d'équipe : « petites mains », « petite mère », « coup de main »... Images véhiculant les notions de soutien, souvent silencieux et passant presque inaperçu, mais sans quoi les actions plus remarquables seraient très difficilement réalisables. Clins d'œil aux liens sécurisants échafaudés pour les familles et les autres professionnels, par ces « menues » tâches quotidiennement effectuées, avec cette paradoxalité pour les aides-soignantes d'être à la fois en première ligne et en arrière fond des actes plus techniques. Paradoxalité permettant finalement une appréhension plus aisée de la globalité des situations et garantissant ainsi une continuité dans le temps et dans l'espace des soins et de la manière dont ils sont vécus par chacun.

La notion souvent exprimée de « remise en état » sera en cela très intéressante. L'aide-soignante apparaît en effet ici comme une accompagnatrice du passage, réhabilitant en fondant ainsi les repères l'avant et l'après : passage à travers les locaux et passage à travers les événements de manière à garantir que ce qui a été vécu ne se confonde pas avec ce qui reste à vivre, autant pour les familles et pour les professionnels. Une fonction phorique de liaison donc, s'inscrivant dans l'informel et l'interstitiel et dépassant très largement l'aspect manifeste des tâches objectivement réalisées et pourtant déjà fortement connotées dans une sorte de « maternage professionnel » : notamment de par les actes effectués de nourrissage, de soin des corps et d'aménagement du confort de l'environnement.

La manière dont elles pensent que les autres professionnels les perçoivent

Les aides-soignantes ont exprimé que les autres diraient que leur fonction tourne essentiellement autour des tâches de ménage et de l'aide aux soins techniques réalisés par les autres soignants. Elles pensent qu'au-delà de la surveillance et des soins de base effectués, l'aide qu'elles apportent aux patients n'est pas vraiment perçue comme telle par les autres professionnels.

#### La manière dont elles perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Les aides-soignantes entendent leur place comme éminemment proche des familles. Se percevant comme une aide capable d'apporter divers étayages à l'exception des soins médicaux et paramédicaux techniques, les aides-soignantes exprimeront l'important travail de traduction qui est le leur auprès des parents peu familiarisés avec le langage médicalisé. C'est à travers tous ces temps d'échanges qu'elles se vivent comme permettant aux familles de se sentir bien dans cet environnement médical qui peut leur paraître très étranger, en le « banalisant » et le « normalisant ». Répondant à toutes les demandes parentales (ne serait-ce que par leur présence et l'écoute qu'elles proposent) les aides-soignantes se ressentent comme rassurantes pour les familles.

#### La manière dont elles pensent que les familles les perçoivent

Les aides-soignantes projettent que les familles diront leur accorder une moindre priorité (dans le sens d'une moindre légitimité en rapport aux autres professionnels) mais que les parents exprimeraient toutefois les notions de proximité et d'aide à leur égard.

#### *Pour les autres professionnels*

#### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Les autres membres de l'équipe et les partenaires plus transversaux, attendent de l'aide-soignante qu'elle réalise les « à côté » afin de permettre un meilleur accomplissement des actes techniques. Leur fonction est d'une part définie en suppléance et par délégation, comme un « relais » lorsqu'il n'y a pas de pathologie avérée. Elles sont perçues comme un « second » dans les tâches quotidiennes à accomplir dans le service, comme une force de travail moins médicalisée, mais tendant aux mêmes buts communs à l'ensemble de l'équipe. Ces objectifs collégiaux tournent essentiellement autour de la notion de « nursing » et de confort des patients et des

familles, l'aide-soignante est plus attendue dans une « hors technicité » afin d'accomplir les soins « de base » d'hygiène des corps et de l'environnement et de s'occuper des repas. Lorsque les services bénéficient des présences conjointes d'auxiliaire de puériculture et d'aide-soignante, cette dernière est vécue comme s'occupant préférentiellement des parents (notamment des mamans) par rapport aux bébés. Leur polyvalence est soulignée et les risques d'amalgame dénoncés, notamment par les professionnels transversaux qui mettent l'accent sur des difficultés à les repérer par rapport aux auxiliaires de puériculture et au personnel de ménage notamment.

Vécue comme conseillère de premier rang auprès des familles dans un abord plus relationnel que les « techniciens » (car justement moins « encombrée » par la réalisation de gestes techniques) les autres membres de l'équipe comptent sur elle pour avoir une attention plus continue sur l'évolution globale du bébé et de ses parents et leur permettre ainsi d'être à eux « techniciens », mieux concentrés sur les soins plus spécifiques. Perçue comme dépendante des autres notamment au sein du binôme créé avec la sage-femme ou la puéricultrice, ses observations transmises dans ce cadre sont légitimées comme le fruit de repérages « omniprésents » voire « omniscients », notamment en ce qui concerne les dysfonctionnements éventuels. On reconnaît très fréquemment la pertinence clinique de leurs observations, ce qui en fait une interlocutrice privilégiée pour les professionnels qui tendent à aborder l'évolution des bébés et de leurs parents de manière holistique. Leur rôle est perçu comme important voire indispensable au bon fonctionnement des services. En cela est soulignée la paradoxalement entre ce qui est nommé théoriquement « sur le papier », ce qu'elles réalisent effectivement et le peu de place qui leur est accordé sur des temps de travail interdisciplinaire officiels : il a été plusieurs fois interrogé par les participants le fait que les aides-soignantes ne soient que peu conviées aux « staff », malgré la richesse de leurs observations, recherchées alors plus « officieusement » dans des temps interstitiels.

Ces « petites mains », « un peu comme des fantassins », sont ressenties comme étant dans les alcôves familiaux. Confidente à la fois pour les familles et les professionnels qui acceptent plus facilement de leur dévoiler leurs doutes et leurs émotions, elles constituent finalement une sorte d'interface entre le « tout technicisé » et l'au-delà du « médico-centré ». Articulation dans le paradoxe de la médicalisation d'un événement non pathologique, la Naissance, il sera nommé la fonction de « remise en état » des êtres et du matériel, garante de la congruence des vécus de chacun et maillon indispensable pour tous.

### La manière dont les autres professionnels pensent qu'elles se perçoivent

Les professionnels penseront en premier lieu que l'aide-soignante se perçoit assez négativement : comme peu reconnue (car désignée « non médicale ») et parfois mise à l'écart des décisions d'équipe tout en étant sous pression incessamment. Faisant trop de ménage et d'hygiène par rapport aux soins (ce qu'ils imaginent notamment comme très mal vécu) la polyvalence des demandes qu'on leur adresse associée aux notions de dévalorisation de leur fonction et de difficulté à trouver sa place au sein de l'équipe, est également énoncée comme potentiel facteur d'inconfort professionnel. Un dernier point connotant cette perception dans le négatif est que les aides-soignantes ressentiraient un certain sentiment de tiraillement voire de morcellement par rapport à cette polyvalence des demandes : polyvalence qui serait à la fois permise et majorée par les écarts entre leur fiche de poste et leur fonction concrète, voire par la flexibilité induite par le flou de leur fiche de poste.

Les professionnels diront ensuite que l'aide-soignante se perçoit comme une assistante des techniciens, moins dans le soin direct que dans l'aspect relationnel, ce qui lui permettrait d'être plus attentive à ce qui se vit globalement pour chacun dans le service. Qu'elle dirait s'inscrire dans des actions orientées essentiellement vers le bien-être des patients, par la disponibilité, le soutien et l'écoute qu'elle leur offre, notamment du côté des mamans et moins du côté des bébés.

### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les familles ne dissociant que peu auxiliaire et aide-soignante, nous retrouverons les mêmes éléments à savoir pour ces deux fonctions, deux versants : l'un agissant par les actes de soutien et par la présence rassurante, l'autre recevant par la disponibilité et la bienveillance de l'écoute.

### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Il est à constater une homogénéité importante entre les représentations des aides-soignantes quant à leur propre fonction et la manière dont les autres professionnels se la représentent. Dès que le jeu empathique est sollicité de part et d'autre, des décalages

importants apparaissent dans les représentations. De leur côté, les aides-soignantes pensent que leur valeur n'est que peu abordée de manière holistique, voire réduite à une part infime de leur travail. Les autres professionnels quant à eux, colorent de manière assez négative la manière dont les aides-soignantes vivraient leur fonction. Par ailleurs, alors que nous avons souligné la part de portance et de liaison latente aux actes manifestement réalisés, l'aide-soignante est également perçue globalement comme une intervenante de l'immédiateté. Alors que la polyvalence semble dans les discours de chacun être une des qualités primordiales de ce métier, il est attendu un rôle plus particulier de l'aide-soignante lors des moments de « bourre », lorsqu'advient un sentiment commun d'être « dépassés » par les situations. A ces moments, l'aide-soignante est alors fortement sollicitée pour être la garante du lien entre tous, ce qui donne ainsi parfois l'impression aux autres qu'elle est le maillon dans le présent garant de la continuité. Hors de ces instants d'urgence, l'aide-soignante semble passer en arrière-scène des représentations, avec une moindre place alors accordée dans le paysage périnatal. On les imagine de ce fait plus dans l'agir et moins dans la réflexion, ayant une perception fine de certains temps de vie, mais une moindre représentation de la globalité des situations. Nous pourrions retrouver ici le nœud paradoxal qui induit d'une part pour les aides-soignantes ce sentiment de partout-indispensable et nulle-part/interchangeable et d'autre part, les questionnements évoqués de leur place sur les temps interdisciplinaires officiels.

#### *La sémantique des glossaires officiels :*

Un premier constat est que le terme composé d'*aide-soignant* est peu répertorié. Lorsqu'on le trouve en l'état, la définition se fait par déduction privative, comme par exemple :

« ...personne chargée de donner des soins aux malades, mais sans diplôme infirmier ou médical »

**Larousse**

En décomposant le mot et en recherchant la sémantique des termes ainsi isolés, nous trouvons tout d'abord *aide*, substantif féminin défini comme l'action de soutien prêté à une tierce personne.

*Soignant* ensuite, peut être tout à la fois participe présent du verbe « soigner », adjectif et substantif. Terme qui peut en étant participe présent exprimer une action simultanée à l'action primordialement explicitée : reporté au terme d'« aide-soignant » qui nous intéresse, nous entendons que la part soignante apparaît seconde en regard de la notion d'« aide ». Terme qui qualifie par ailleurs : il ne s'agit pas de n'importe quelle aide, mais d'une aide « soignante », d'une aide qui donne donc des soins.

*Soin*, substantif masculin, est défini d'abord comme le souci et la préoccupation particulière relative à un objet et/ou une idée auxquels on s'intéresse. Présenté ensuite comme une occupation minutieuse et une responsabilité quant à l'objet et/ou l'idée concernés, les soins définissent des actes de sollicitude et de prévenance envers un objet dans le but de participer au maintien du bon fonctionnement de son état général. Appliqués au contexte hospitalier, les soins sont décrits comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour rétablir le bon fonctionnement, l'hygiène et l'esthétique d'une partie ou de l'ensemble du corps.

Nous pourrions proposer une reformulation de la signification du terme « aide-soignant » : comme *une personne, qui prête son soutien à une autre, afin que par l'intérêt attentif ainsi porté, soit maintenu et/ou rétabli le bon fonctionnement de son état général*. Nous pourrions également souligner que les antonymes du terme « aide-soignante », par recomposition et recouplement, sont « abandon » et « délaissement » : sentiments que cette professionnelle tend finalement à prévenir chez les patients.

## **Cadre de santé**

### *Pour eux-mêmes*

Les termes « cadre de santé », acception moderne du titre, seront majoritairement utilisés en auto nomination. Les autres professionnels emploieront quant à eux préférentiellement les termes plus anciens de « responsable de service » et/ou de « surveillant(e) », ce qui n'est pas sans une certaine valeur significative. Une autre différenciation sera également faite entre les établissements publics et privés : le titre « cadre de santé » est attendant à un diplôme de la fonction publique non forcément nécessaire pour exercer le même type de fonction dans le secteur privé, où l'appellation en tant que telle sera alors moins usitée. Par ailleurs, la prégnance de la conservation du



titre premier du professionnel et sa position en rapport au terme de « cadre » apparaîtra significative : nous trouverons ainsi fréquemment des auto-nominations en « sage-femme cadre / cadre sage-femme » et « puéricultrice cadre / cadre puéricultrice ».

#### La manière dont ils percevaient leur fonction avant de l'exercer

Une des particularités de cette fonction, est que les professionnels l'exerçant étaient préalablement des soignants en poste qui avaient donc déjà expérimenté la fonction de cadre avant de le devenir : expérimentation à une autre place (celle de subalterne) voire parfois plus directement en remplacement de ce poste, puisque la très grande majorité d'entre eux ont eu l'idée de l'exercer à temps plein après l'avoir souvent par hasard exercée de manière sporadique. Ce point est remarquable dans le sens où comme l'ont fait remarquer ces professionnels, la prise de fonction s'inscrivait d'emblée dans une identification à la fois positive et négative, en rapport avec ce qu'ils avaient pu projeter quant à ce rôle en étant des soignants de première ligne. Les idéaux ainsi forgés s'ancraient essentiellement autour des représentations d'un rôle de « moteur » pour l'équipe et d'une fonction ayant les moyens pour pouvoir faire avancer les « choses » en apportant au service des idées novatrices et en l'aidant à aller de l'avant. Une grande différence sera alors vécue à la prise de poste effective : l'élan potentiel attendu s'est trouvé en butte au principe de réalité des restrictions administratives et des résistances d'équipe, les grands projets se sont trouvés noyés dans la masse des autres tâches à effectuer au quotidien.

#### La manière dont ils se perçoivent

Les cadres de santé expriment leur place comme à la fois très riche et intéressante, mais également difficile voire pénible. Une des expressions utilisées nous est en ce sens apparue significative et syncrétique : « nous sommes comme des pierres angulaires dont on attendrait parfois qu'elles soient philosophales ! ». Les cadres se décrivent à la croisée des chemins, parcourant le service entre les familles, les membres de l'équipe, les autres équipes et l'administration. Créateur de liens mettant en rapport les différents protagonistes, coordonnant la circulation des personnes, des biens et des informations en les réceptionnant, en les orientant, en les transmettant et les retransmettant, le cadre se vit comme un intermédiaire et un relais, une sorte de « chef d'orchestre » au-dessus

de, mais faisant surtout partie intégrante de l'équipe paramédicale. Le « maillon d'une chaîne » avec la différence (en rapport aux autres professionnels qui se perçoivent également comme tels) que ce maillon est vécu comme charnière et permettant l'articulation de l'ensemble de la chaîne.

Du côté des familles, il est souvent rapporté des regrets de la part des cadres paramédicaux. Un éloignement des soins directs qui s'étant accompagné d'un éloignement des patients tout court, n'avait que peu été envisagé ou en tout cas peu envisagé à ce point là. Les rapports avec les familles sont décrits comme beaucoup plus distanciés (parfois même sporadiques selon l'importance des services) et essentiellement motivés par les nécessités de gestion de situations problématiques. L'action du cadre de santé est vécue en rapport aux patients comme un poste indirect où, en seconde ligne (étant le garant de la qualité des soins) il participe de leur satisfaction quant à leur prise en charge au sein du service. Les actes directs tourneront de manière ponctuelle et souvent dans l'urgence, autour de la notion de « personne ressource » en tant qu'intermédiaire entre la famille et les équipes : une aide qui en cas de problèmes fera œuvre de médiation et de reformulation des repères de fonctionnement du service à l'égard des patients. La distance relationnelle souvent déplorée, est également reconnue en cela comme nécessaire afin d'assurer la fonction indispensable de coordination.

Du côté des équipes, c'est d'ailleurs cette fonction d'organisation qui est essentiellement verbalisée. Se sentant responsable de l'application satisfaisante des prescriptions médicales et de la qualité du travail des membres de l'équipe, les cadres s'inscrivent dans des actions de « maintien » par la supervision et l'encadrement, mais également la délégation de certaines responsabilités. Il leur paraît important d'offrir une présence et une écoute pour les professionnels, afin de transmettre de manière continue les lignes de conduites du service. C'est un rôle de gestionnaire qui est explicité (voire de management) où à travers la tenue adéquate des plannings, des formations et du matériel, c'est la gouvernance globale du fonctionnement d'équipe qui est visée. La nécessité de poser des limites, de « cadrer », sera longuement développée, non sans verbaliser en cela les difficultés de leur positionnement charnière. Devant faire avec les moyens existants pour atteindre les objectifs à la fois de la direction et des équipes, le cadre est une sorte d'incarnation du principe de réalité face aux demandes des autres. Leurs compétences d'adaptation seront ainsi particulièrement mobilisées, notamment dans le jeu des reconnaissances de leur légitimité vécue comme en questionnement

permanent : les cadres se ressentent comme étant dans une dynamique incessante de reconnaissances officielles et officieuses. En relations bifaces et réciproques dans la réception et l'émission des informations de la direction vers les soignants et des soignants vers la direction, ce rôle est vécu comme inconfortable mais incontournable et nécessaire, car faisant partie intégrante de leur raison d'être au sein du service. Part de leur travail décrite comme de plus en plus chronophage et ne laissant que peu de place à toutes les autres actions, liens organisationnels et de surveillance tendant tout à la fois à appliquer les directives et à aménager des temps de rencontres officiels entre les professionnels, en intra et interservices, en intra et interinstitutionnels.

Le cadre de santé se perçoit comme LE référent et LE responsable du service aux yeux des autres. Partenaire incontournable et privilégié pour les membres de l'équipe et les professionnels extérieurs dans la mise en place des projets de soins notamment, il est un élément important dans la notion de travail en réseau. Organisateur de rencontres, le cadre de santé véhiculera une imagerie intéressante, comme par exemple celle de « contacteur » et de « metteur en scène » de la périnatalité.

#### La manière dont ils pensent que les autres professionnels les perçoivent

Les responsables de service ont d'abord l'idée que leur fonction n'est pas toujours facile à appréhender, notamment dans l'importance des tâches à accomplir et dans leur rôle très indirect quant aux soins. Certains cadres remarquent une certaine attitude dubitative de la part des autres professionnels, qui pourraient se questionner non pas sur leur utilité, mais sur les aspects concrets de leur métier. Ils peuvent également verbaliser l'éventualité de représentations négatives et conflictuelles, en ce qu'ils ne peuvent répondre à toutes les demandes et en ce que leurs prérogatives administratives chronophages les rendent moins disponibles pour les équipes. Ils ne s'en sentent pas moins aux yeux et dans les yeux des autres, comme une personne ressource référente du service et incontournable dans la gestion du personnel et de l'organisation du travail.

#### La manière dont ils perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Ce questionnement soulignera à travers leur difficulté à y répondre et la coloration émotionnelle de ces réponses (souvent en regret, voire en dépit) l'aspect sensible de cette interrogation. La relation des cadres de santé avec les patients et les familles, relation qualifiée comme « en indirect » et « éloignée », est empreinte de nostalgie. Nostalgie des praticiens qui ne soignent plus et nostalgie des professionnels qui

n'interviennent plus dès lors directement que dans des situations complexes et problématiques.

#### La manière dont ils pensent que les familles les perçoivent

Selon les cadres de santé, les familles pourraient percevoir leur fonction comme une personne recueillant les doléances et étant potentiellement capable de résoudre les problèmes. Fonction peu connue par les familles hormis si elles en ont besoin, les représentations parentales concernant les cadres de santé sont appréhendées comme difficiles, voire potentiellement absentes.

#### *Pour les autres professionnels*

#### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Pour les autres membres de l'équipe, les responsables de services sont avant tout comme des « capitaines de bateau ». Il leur est reconnu une légitimité d'autorité de commandement : les « surveillants » organisent l'équipe, sa constitution et son fonctionnement et orientent son évolution et ses objectifs, en lui donnant les moyens de pouvoir les atteindre. Fonction de cadre, de délimitation et de contenance, il est également attendu de leur part un rôle de protection de l'équipe. Les responsables « veillent au bon grain » et ils « supportent l'équipe dans tous les sens du terme ». Fonction phorique étayée par une autre fréquemment soulignée de modération, de temporisation et de médiation au sein même des services, entre professionnels et familles, mais également dans l'interface avec d'autres services et d'autres institutions. Le cadre est perçu comme le référent des doléances émanant de sources diverses et variées. Repère en cas de problème, sa fonction a été systématiquement déclinée par chaque participant à partir de dysfonctionnements concrets ou potentiels : son rôle étant entendu et attendu dans la résolution des difficultés, ou tout du moins dans l'aide apportée pour que l'équipe puisse les résoudre. Les surveillants sont appréhendés comme des éléments déterminants dont on attend disponibilité et écoute bienveillante. Ils peuvent donc être décevants : il est ainsi à constater parfois certains mouvements de dénégation de leur utilité, certains sentiments verbalisés comme de la jalousie et/ou une sensation d'abandon de leur part au profit d'intérêts extérieurs au service. Perçus alors comme loin des soins, loin des familles, loin des équipes, loin...les responsables de service en la qualité qu'on leur reconnaît de relais et de liens au sein et au-delà de l'équipe, peuvent apparaître de manière manichéenne. Porte-parole quoi qu'il advienne,

il s'agit alors de percevoir quelle est la valence de leur investissement : soit porte-parole de tel ou tel professionnel en rapport à tel autre, soit porte-parole de l'équipe, soit porte-parole de l'administration, soit porte-parole des patients, etc... Les intérêts semblent alors trop divergents pour être harmonisables et les cadres sont alors perçus assez négativement. Le cadre de santé peut tout à la fois être identifié comme collaborateur et comme garant, mais également comme distant et parfois adversaire, selon que son écoute penchera plus d'un côté ou de l'autre : dans tous les cas sa présence est vécue comme inéluctable et essentielle, sécurisante et gênante. Le responsable de service représente le réel des possibles en rapport au(x) principe(s) de plaisir, permettant ou censurant l'expression des différentes fantasmagories et étant alors investi selon la frustration engendrée, comme bon ou mauvais objet.

#### La manière dont les autres professionnels pensent qu'ils se perçoivent

Les autres professionnels exprimeront leurs difficultés à se mettre à la place du cadre afin d'imaginer ce qu'il pourrait dire de sa propre fonction. Le ton émotionnel soulignait alors une gêne, qu'elle soit motivée par un désir de bien faire ou par un mouvement de dénigrement. Une fois ce temps de sidération défensive dépassé, les mouvements empathiques s'inscrivirent d'abord dans des élans compatissants : il est alors déploré la surcharge de travail que les responsables de service subissent et l'ingratitude dont ils sont victimes de la part des autres, eu égard à la difficulté de leur profession et au fait qu'ils se vivent très probablement comme un « bureau des plaintes ». L'importance que revêt pour le cadre sa primordialité de clinicien, est souvent relayée dans le discours des autres professionnels lorsque ces derniers tendent à se mettre à sa place. Il est ainsi perçu leur potentielle souffrance quant à leur « déconnexion » des soins directs et « on les plaint » pour le côté « ressources humaines » de leur métier. Les autres membres de l'équipe pensent que leur responsable dirait de sa fonction qu'il est un « pont » ou un « carrefour » permettant la circulation des informations, des personnes et du matériel entre l'intérieur et l'extérieur du service. Selon les soignants, le surveillant se vivrait comme une « interface de la continuité », maintenant en les liant dans un abord spatio-temporel, l'individuel et le collectif.

Dans toutes ces dynamiques, il a été plusieurs fois véhiculé l'idée d'un être à multiples têtes, bras et jambes, qui serait affairé à démêler simultanément des casse-têtes chinois. Représentation protéiforme connotant un certain sentiment d'étrangeté, tout à la fois incontournable, peu abordable, ressenti comme dévoué, mais également frustrant, le

cadre est une personne qui suscite beaucoup d'ambivalence pour les autres professionnels, notamment lorsque ces intervenants lui sont subordonnés.

### *Les perceptions familiales à leur égard*

Comme ils pouvaient l'imaginer, les cadres de santé ne seront jamais évoqués spontanément par les familles et malgré nos sollicitations, ne seront que très difficilement abordables.

### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Nous pouvons entendre l'important dynamisme des représentations et des émotions liées à la fonction du cadre de santé : dynamisme qui semble fonder les processus d'accordages représentationnels au cœur même de son rôle et placer les mouvements d'harmonisation représentationnelle comme dynamique procédant et participant de sa fonction. Il apparaît donc nombre de désaccordages, ou plus spécifiquement des accordages momentanés et mouvants dans les représentations qui concernent le cadre de santé.

Un point est apparu plus transversal et continu : le différentiel dans la non appréhension par les cadres des aspects positifs de leur place de repère-charnière et les ressentis plus valorisants à cet égard développés par les autres professionnels. En effet, bien que la part « frustrante » des principes d'encadrement ait été formulée par tous, celle de la part « rassurante » de ces mêmes principes n'a été évoquée que par les participants non cadre et notamment par ceux qui leur sont subordonnés dans l'équipe. L'imgo parentale ainsi convoquée par la fonction du cadre de santé (notamment pour ceux qui lui sont subordonnés) n'est que peu accessible ou peu exprimable par les cadres eux-mêmes. Et pourtant, en ce qu'ils constituent une interface entre l'intime de l'intra service et l'extérieur, en ce qu'ils relaient en les inscrivant ainsi dans une dynamique générationnelle, les membres actuellement présents et les logiques institutionnelles, en ce qu'ils gèrent l'organisation de l'intra service et les rapports des membres entre eux : les cadres de santé mobilisent des représentations attenantes à la sphère parentale. Préexiste ainsi une asymétrie relationnelle symbolique au-delà des organigrammes hiérarchisés officiels, qui pourrait expliquer tout à la fois l'ambivalence et les impressions d'incompréhension mutuelle qui colorent les perceptions concernant les cadres de santé.

Au niveau des perceptions familiales, nous nous arrêterons sur deux constats : le premier souligne de par le vide représentationnel entre les cadres de santé et les familles, à quel point ces responsables de service ont une place pour et par les professionnels essentiellement ; le second met l'accent sur l'importance dans les systèmes représentationnels des familles, du contact direct et concret avec les soignants.

*La sémantique des glossaires officiels :*

Le terme « cadre de santé » n'est pas répertoriés comme tel dans les glossaires officiels, nous avons souhaité alors décomposer cette nomination.

Avec la notion de *cadre* tout d'abord, substantif masculin, qui aborde globalement l'idée de délimitation. Soit en désignant l'objet délimitant lui-même : délimitant un autre objet afin de le mettre en valeur, de le soutenir et de permettre sa fonctionnalité ou sa meilleure fonctionnalité. Soit en désignant l'espace délimité : temporellement, spatialement, mais également qualitativement et quantitativement. Un cadre peut ainsi tout à la fois définir le contenant et le contenu : ce qui nous est apparu significatif quant au contexte qui nous concerne.

La *santé*, substantif féminin, est défini primordialement comme un « état physiologique normal d'un organisme vivant ». L'organisation Mondiale de la Santé approfondie la définition de manière qualitative en incluant des notions de « bien-être » global, au-delà du somatique en y ajoutant le psychisme et l'écosystème et au-delà de l'abord différentiel du pathologique ou non. La santé n'est alors plus un état mais un fonctionnement concernant les êtres dans leur globalité, leur permettant de vivre confortablement dans un abord temporel plus continu et non cloisonné à un laps de temps donné. Cette distinction nous apparaît importante afin d'aborder la possible flexibilité attenante au processus de la Naissance, selon que l'on se positionne dans l'une ou l'autre de ces définitions. Mise en action, la santé se conjugue de manière intransitive « être en bonne ou en mauvaise santé », où elle est alors perçue comme une essence endogène abordée de manière manichéenne, soit dans une valence positive, soit dans une valence négative. Elle se conjugue également comme un objet que l'on peut ou non posséder, à nouveau de manière manichéenne positive ou négative : « avoir une bonne ou une mauvaise santé ». Souligner ce distinguo permet de noter les deux perceptions possibles de la santé (comme une entité sur laquelle on peut ou non agir) et les deux positions subséquentes (active ou passive). La santé peut également participer d'un groupe nominal prépositionnel, où elle viendra qualifiée l'intervention de l'objet

concerné : ainsi, « personnel de santé » apparaît comme un synonyme de « soignant » et vient, dans notre culture occidentale moderne, désigner une personne intervenant professionnellement dans un domaine médical et/ou paramédical. La santé peut également concerner à la fois le singulier et le groupal, sans qu'il n'y ait toutefois de réciprocité évidente, ce qui semble apparaître comme une problématique dans les logiques sanitaires : la santé des individus n'induit pas forcément le bien-être sur un plan plus sociétal et vice et versa. Ce qui souligne une problématique non négligeable : l'acte soignant se vit majoritairement en colloque singulier mais en s'ancrant dans des règles protocolisées et généralisées où l'on parlera alors de Santé de manière générique et avec une majuscule. Cette ambiguïté singulier/groupal pourrait participer des problématiques attenantes au fonctionnement périnatal.

Le terme *Responsable* (qui a également été fréquemment utilisé) adjectif et substantif, décrit quelqu'un qui a la charge d'autres éléments, qui doit assumer et prendre sur soi des éléments initialement extérieurs à lui-même : il s'agit d'une action s'insérant donc dans une dimension phorique. En tant que qualifiant, le terme « responsable » désigne une personne devant répondre de ses actes et de ses paroles, ainsi que des objets et/ou personne dont il a la charge. Le terme a alors la particularité de se conjuguer intransitivement tout en véhiculant une notion transitive, puisque lorsque l'on « est responsable », on ne peut l'être que dans l'espace relationnel qu'il soit inter ou intrapsychique. De manière intransitive il est possible d'être responsable tout court, ce qui convoquera alors des représentations globalisantes d'attitude et/ou de caractère d'une personne, qui est par là-même désignée et/ou auto désignée comme pouvant assumer un fonctionnement autonome mais toujours en regard d'un fonctionnement plus global. En bref, « responsable » véhicule l'idée d'un devoir et d'une problématique de positionnement relationnel, inter et intrapsychique.

Parce qu'en l'occurrence « responsable » est dans notre domaine de recherche responsable de *service(s)*, nous avons également souhaité réfléchir sur ce terme. Substantif masculin définit comme à la fois l'action de servir, les moyens de cette action et le résultat de cette action, le service est appréhendé dans une dynamique relationnelle asymétrique où celui qui sert l'autre volontairement ou non, est positionné comme subalterne d'une volonté qui lui est supérieure en qualité et/ou en nombre. Par contiguïté, « service » va désigner également les temps, les lieux et les personnes qui vont mener à bien cette action : cette dernière acception va donc nous concerner plus particulièrement. Il s'agit alors d'un organisme public ou privé, chargé d'une fonction



d'utilité commune et du personnel qui le compose. Au sein du réseau périnatal, les services sont entendus comme organisation matérielle et humaine soignante.

Nous terminerons avec la notion de *surveillant* (terme le plus ancien traditionnellement utilisé sur le terrain) adjectif et substantif, qui désigne dans un usage ancien et beaucoup moins utilisé de nos jours ce qui est le fait d'une personne qui surveille. En tant que substantif, nous ne parlerons plus du fait mais de la personne elle-même qui surveille. L'acte de surveiller est entendu comme verbe transitif la plupart du temps, mais peut également être conjugué de manière pronominale réfléchi en mobilisant alors les idées d'observation, d'attention et de veille à l'égard d'objets et/ou de personnes. L'acte de surveillance (et c'est en cela un point primordial dans nos réflexions) peut être perçu comme l'objectif même ou comme le moyen d'en atteindre d'autres : nous verrons plus loin en quoi les problématiques de glissement et/ou de confusion entre les objectifs et les moyens au sein de la périnatalité organisée en réseau(x), sont des éléments non négligeables quant à la compréhension des difficultés perçues dans les praxis quotidiennes. Cette nomination plus ancienne du cadre de santé, peut d'ailleurs être entendue comme soulignant l'évolution du positionnement des soins médicaux dans l'échelle anthropologique d'autorité légitimée : la part croissante de la parole du patient depuis ces dernières décennies a légèrement modifié, non forcément la légitimité, mais en tout cas l'abord anciennement unilatéral des décisions médicales. La persistance de la nomination de « surveillant » n'est ainsi pas sans rappeler l'aspect paradoxal d'une volonté de recentrer le patient au milieu de la logique soignante et l'effectivité du peu de temps et du peu de place souvent accordée à ce dessein de démocratisation de la médecine.

## **Les secrétaires**

### *Pour elles-mêmes*

En auto-nomination, la pluralité des termes utilisés est apparue tout à fait représentative de la complexité et de la diversité des différentes fonctions des secrétaires : « agent/adjoint administratif », « agent d'accueil », « standardiste » et « secrétaire » (médicale ou non). Dans un abord interrelationnel il est à noter une moindre richesse des appellations, centrées et réunies sous le terme simplifié et presque générique de « secrétaire ». N'ayant pas rencontré d'homme représentant cette fonction

dans nos participants à la recherche et soucieux d'une plus grande légèreté dans le texte, nous garderons ci-après le terme de « secrétaire » en le conjuguant au féminin.

### La manière dont elles percevaient leur fonction avant de l'exercer

Les secrétaires pourraient être réparties en deux groupes quant à leur processus d'entrée dans la profession : celles qui se sont inscrites dans le dessein de devenir secrétaires et celles qui y sont arrivées par hasard et/ou nécessité. Pour les premières, la qualité de leur formation leur a permis de se faire une représentation adéquate du métier, les nombreux et divers stages proposés leur ayant « rapidement mis le pied à l'étrier ». L'idée était alors dans une profession relationnelle, de leur permettre d'évoluer en milieu médical sans être soignantes, mais « dans une complémentarité avec ce monde là ». Pour les secondes les objectifs professionnels initiaux étaient tout autres, certaines arriveront dans ce milieu par opportunité ou par nécessité n'ayant que peu pris le temps de réfléchir au projet et sans avoir donc réellement de représentations de ce que cela engageait, d'autres auront dans un processus de reclassement quitté le milieu médical en tant que soignantes pour s'y « retrouver » en tant que secrétaires.

Toutes exprimeront leur contentement, dans l'étonnement que l'aspect relationnel de la profession se vive parfois avec autant d'intensité et d'émotions dans l'échange avec les familles.

### La manière dont elles se perçoivent

De par la complexité et la diversité de leur profession, il est apparu difficile pour les secrétaires, d'exprimer clairement les différents rôles qui leur sont dévolus. Diversité et complexité dues aux différences de fonctions selon les lieux et les temps institutionnels où elles interviennent souvent en roulement. Diversité et complexité induites également dans un abord plus individu-dépendant, vis-à-vis de la multiplicité des demandes des praticiens et des familles. La fonction étant essentiellement celle d'un accueil, l'adaptation est le mot d'ordre dans ce polymorphisme professionnel.

Accueil physique et accueil téléphonique, qui consistent pour les secrétaires à renseigner « au bon moment », afin d'orienter, de guider, d'informer et de transmettre, il s'agit d'une place charnière entre les patients et les soignants d'une part, entre les patients et l'institution d'autre part, entre les différents soignants également, entre les praticiens et l'institution aussi et enfin entre l'extérieur et l'intérieur de l'institution. « On voit tout le monde en fait, puisque tout le monde va passer par nous de toute

façon » : la place de la secrétaire au sein du réseau (bien que parfois vécue « virtuellement ») est donc pourtant centrale. Se sentant comme « sur une balance » soumises aux multiples adressages souvent « en coup de vent », les secrétaires diront dépendre tout à la fois de leur supérieur hiérarchique direct (en l'occurrence le cadre administratif) mais également des cadres médicaux et paramédicaux. Les secrétaires se perçoivent ainsi comme des relais : au-delà des simples réception et envoi des courriers une place de messenger et au-delà de la simple gestion des dossiers, une compétence à tracer l'historicité d'une prise en charge. A travers tout le travail de frappe et de gestion des rendez-vous, les secrétaires narrent et consignent les parcours de soins et organisent de manière plus ou moins directe le rythme des services de consultations. Ces observations dans la continuité sont notées comme essentielles afin de satisfaire aux nécessités de prudence, compte-tenu de la sensibilité de certaines situations notamment. Disponibilité, discrétion et confidentialité guident ainsi les actes quotidiens, pour d'une part ne pas commettre « d'imper » vis-à-vis des familles et d'autre part, savoir faire la différence entre la véritable impériosité de certaines demandes et les urgences plus relatives. En ce sens, le travail en maternité est souligné comme très spécifique, à la fois de part le dynamisme des émotions vécues et exprimées, mais également parce que les temps de l'enfantement demandent tout à la fois réactivité et nécessité de contenir en l'accompagnant, l'évolution et parfois l'engouement des questionnements parentaux. Faisant en effet souvent « tampon » entre les exigences des patients et les possibilités des soignants, les secrétaires se perçoivent comme « épongeant » les tensions et les conflits éventuels. En ce sens, il est souligné l'importance des compétences de diplomatie et de maîtrise de soi, afin de pouvoir réaliser effectivement ce « rôle frontière » qui est le leur. Dans un dialogue permanent avec patients et professionnels, les secrétaires sont l'essence de la communication au sein des services : terme entendu en son sens étymologique premier de « mise en commun », dans une sorte de traductorat incessant entre des langues et des cultures différentes, celles des familles et celles des soignants. Les secrétaires pourront humoristiquement comparer leurs vécus au jeu du « téléphone arabe », dans la préoccupation et parfois l'inquiétude de pouvoir (re)transmettre les informations en respectant à la fois émetteur et récepteur et en déformant le moins possible le contenu des messages.

Cette place vécue comme incontournable et sans discontinuité est abordée de manière ambivalente par les secrétaires, qui y voient d'un côté une valorisation de leurs compétences et plus généralement une dorure sur le plan narcissique, mais qui s'y

épuisent également. Dans ce contexte et même si cela complique parfois leur travail quotidien, il est fortement apprécié le principe de « l'alternance des postes » : bien que l'accueil soit très valorisant mais particulièrement fatigant, il leur est également agréable de pouvoir ne faire « que de l'administratif », moins dans le relationnel, moins gratifiant, mais plus reposant. Réalisant des tâches administratives que les autres membres de l'équipe ne peuvent pas faire par manque de temps et/ou de savoir-faire, les secrétaires se vivent à la fois excentrées et au centre de la dynamique des services, pour lesquels elles ont de toute façon le sentiment de concourir au bon fonctionnement général. Dans une sorte de rôle en « fourre-tout », les secrétaires permettent en effet aux autres professionnels de faire l'économie de multiples tâches, afin qu'ils se concentrent sur leur fonction soignante et ce faisant, elles portent d'autres préoccupations dont notamment l'organisation pratico-pratique du matériel, des transmissions et de l'harmonisation de chacun dans les dynamiques globales.

#### La manière dont elles pensent que les autres professionnels les perçoivent

Les secrétaires seront particulièrement restrictives dans ce jeu empathique : anticipant les représentations des autres professionnels comme peu bienveillantes, elles s'en tiendront d'abord au fait que ces derniers parleront essentiellement des actes manifestes et concrets en les pensant comme des sortes de « post-it humains ». Certaines craindront même que les autres puissent avoir l'impression qu'elles ne travaillent pas beaucoup et/ou que la valeur de leur travail a de toute façon une moindre importance vis-à-vis des soignants. D'autres en revanche, bien que plus minoritaires et souvent dans des équipes plus petites qui permettent donc probablement une meilleure communication entre les intervenants, pourront exprimer que les autres perçoivent leur rôle de pilier du service et que cela leur est d'ailleurs souvent rappelé comme une reconnaissance et une affiliation au-delà de la dichotomie administratif-soignant.

#### La manière dont elles perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Les secrétaires feront état de deux processus quant à leur positionnement vis-à-vis des familles. D'une part un versant plutôt positif où la qualité des relations est justifiée par leur disponibilité et leur présence continue, après avoir été les premières personnes contactées. Que l'importance de leur rôle est d'autant plus reconnu qu'incontournable, notamment dans les informations et l'aide qu'elles apportent en cela afin que les parents arrivent à se repérer et puissent par ce fait se sentir rassurés et moins étrangers, dans un domaine qu'ils ne connaissaient pas du tout au départ. D'autre part, le pendant de cette

importance est que cela augure certaines tensions relationnelles. Soit parce que les interlocuteurs expriment vivement leurs déceptions si leurs attentes ne sont pas satisfaites, mais également parce que l'ampleur de la part des confidences les confronte à l'écoute d'un intime familial auquel elles ne sont pas toujours bien préparées dans leur formation. Se sentant alors dépassées, elles peuvent avoir l'impression particulièrement désagréable d'être débordées et de ne plus pouvoir assurer leurs rôles premiers.

#### La manière dont elles pensent que les familles les perçoivent

Les secrétaires s'attendent à ce que les parents ne puissent percevoir « que la partie émergée de l'iceberg, et encore ! » en les assignant à une place « de bureaucrates et de fonctionnaires ».

#### *Pour les autres professionnels*

#### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Appréhendées de manière protéiforme, les secrétaires sont reconnues par les autres professionnels comme jouant un rôle majeur dans l'organisation des services et donc indirectement, dans la qualité des parcours de soins ainsi mis en place. A ce titre, elles sont ressenties comme faisant partie intégrante des services.

Les secrétaires « font » les entrées et les sorties, elles « font » le lien : elles donnent consistance en les actant (puisque telle est la définition du faire) en les nommant et en les consignnant aux différents passages des patients et des professionnels. Il est convenu que « tout le monde converge vers elles » et qu'elles sont donc un « maillon incontournable » et une « interface facilitatrice d'échanges ». Au « premier rang », les secrétaires sont perçues comme une sorte de « seuil » de la périnatalité, autant en termes topologiques que fonctionnels. Faisant la transition, accueillant, informant et interpellant, l'image du « fil d'Ariane » sera fréquemment évoquée par les participants : nous pouvons comprendre par cette métaphore mythologique, que les secrétaires éviteraient donc à chacun de se perdre dans les dédales de l'institution soignante, en permettant par leurs actes d'archivages notamment, de « mettre de l'ordre » et d'être un liant dans l'organisation. Les secrétaires sont vécues comme des « personnes ressources » permettant la fluidité de la communication et interpellant au-delà des logiques habituelles, telles des « empêcheuses de tourner en rond ». Elles sont ressenties comme des aides importantes qui renseignent et donnent des indications dans la continuité et la réassurance de leur présence, souvent en dédramatisation autant pour les

familles que pour les professionnels. Les secrétaires sont une sorte de « sas » entre les différentes temporalités et les différentes exigences de chaque personne qui y transitent. Souvent pressenties comme « débordées » par l'ampleur de ses assignations, les secrétaires s'inscrivent donc dans les représentations des autres professionnels comme l'incarnation de « l'organisation relationnelle » des services.

#### La manière dont les autres professionnels pensent qu'elles se perçoivent

La grande majorité des participants attendront des secrétaires qu'elles évoquent à leur propos une place de type « courroie de transmission », tout à fait débordée par l'ampleur des tâches quotidiennes. Qu'elles s'attarderont quant à cette place de « tampon » et « d'interface », sur la difficulté et la fatigabilité de leur métier qui seraient toutefois à relativiser. Que leur importance n'en n'est pas toutefois entachée et qu'elles pourront se revendiquer à raison comme un « maillon incontournable » dans le fonctionnement global des services. Qu'au-delà de la description des multiples tâches à accomplir concrètement, elles exprimeront le sens plus latent de leurs actions dans des objectifs plus implicites qui leur tiennent particulièrement à cœur : leur fonction d'accueil et d'informatrices, très attentives à fonder en cela les possibilités d'une organisation de liaison pour tous, familles et professionnels.

#### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les secrétaires ne seront jamais évoquées spontanément et, malgré nos sollicitations, ne seront que très difficilement abordables pour les familles qui semblent ne pas les inclure dans les intervenants-accompagnants de leur Naissance.

#### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Lorsque les interrogations consistent à développer de manière générale les perceptions quant à la fonction de la secrétaire, les participants sont accordés au niveau représentationnel. En revanche, lorsque les mouvements empathiques sont convoqués de part et d'autre certaines divergences se font jour, notamment quant à la potentielle négativité des vécus de chacun. Peut-être les représentations de « dépôts » matériel et émotionnel attenantes à la fonction de secrétaire peuvent-elles expliquer ces quelques désaccordages : les mouvements projectifs sous-jacents à ces processus de « débarras

interstitiels » ne permettant alors que peu à chacun de se mettre aisément en mouvement empathique.

A cet égard et de manière plus générale à l'ensemble des fonctions, il paraît intéressant de souligner de quelle manière dès que les élaborations tendent à s'approcher des abords plus implicites des différents postes (à toucher donc à des éléments habituellement censurés par les mécanismes de défenses groupaux) les mouvements empathiques s'enrayent et les perceptions mutuelles tendent à se colorer négativement. A moins que réciproquement, les éléments censurés le soient parce qu'essentiellement ressentis comme négatifs et que leur résurgence permet alors l'expression de cette négativité... Quoi qu'il en soit, les mouvements latents/manifestes pourraient apparaître comme variable explicative des dynamiques psychiques singulières et groupales plus ou moins conscientisées, de la périnatalité organisée en réseau(x).

Alors que les cadres de santé avaient pu pressentir que les perceptions familiales à leur égard seraient minimales, les secrétaires bien qu'également en pressentiment d'une réduction perceptive, n'évoqueront pas toutefois l'éventualité de ne pas être du tout représentées dans les discours parentaux. Il est intéressant de noter dans ce contexte, qu'alors que pour les cadres qui n'étant pas effectivement rencontrés à chaque fois il pouvait être attendu une absence représentationnelle familiale à leur égard, pour les secrétaires qui elles sont effectivement connues de fait par les familles, nous constatons pourtant la même absence dans leur discours. Ainsi, lorsqu'est convoquée chez les parents l'idée des personnes qu'elles sont amenées à rencontrer dans leur prise en charge autour de la Naissance, les familles se centrent essentiellement sur les soignants médicaux et paramédicaux de première ligne.

### *La sémantique des glossaires officiels*

Les termes d'« agent/adjoint administratif » et d'« agent d'accueil », ne sont pas référencés en tant que tels dans les glossaires officiels.

En dichotomisant les termes, nous trouvons d'abord *agent*, substantif masculin définissant un objet et/ou un être qui exerce une action en son propre nom ou sous autorité.

Nous trouvons également *adjoint*, à la fois adjectif, substantif et participe passé, qui définit une personne en association avec une autre mais dans un lien de subordination,

dans le but de réaliser communément une fonction définie. Nous retrouvons ici les notions de relais et de relation.

L'article partitif nous oriente ensuite vers la notion d'*administratif*, adjectif et substantif qualifiant les personnes, les dynamiques et les objets attenants et/ou faisant partie de l'*administration*. Terme lui-même désigné comme substantif féminin et signifiant à la fois l'action, le groupe actant et le lieu de l'action d'*administrer*. Verbe conjugable de manière transitive et pronominale, désignant le fait d'assurer la responsabilité de personnes, de tâches et/ou d'objets en fournissant en cela les moyens de tendre aux objectifs de gestion.

Ainsi en reliant le tout, les agents/adjoints administratifs seraient des actants associés à une équipe, dans le but d'étayer la fonction de l'institution hospitalière.

Pour finir, l'article partitif nous oriente également vers la notion d'*accueil*, substantif masculin définissant tout à la fois les faits d'être accueilli et d'*accueillir*. Verbe transitif signifiant le fait de recevoir une personne ou une chose en se comportant d'une certaine manière. L'une acception nous orienterait donc vers un point de vue où l'agent/adjoint serait plus à destination de l'institution afin de fonder les conditions de l'admission en son sein, l'autre acception serait plus orientée vers les patients.

Le terme *standardiste*, substantif, est défini comme une personne chargée de la gestion d'un *standard*. Substantif masculin décrivant un modèle de référence élaboré afin de procéder au cadre évaluatif d'un élément qui y est extérieur, être une standardiste serait jauger à partir d'une référence (en l'occurrence l'institution soignante) du rapport qu'une personne, un message et/ou un objet entretient avec ce cadre sanitaire préétabli.

*Secrétaire*, substantif, change de sens en changeant de genre. Au masculin, il désigne un meuble de rangement qui offre également un espace d'écriture. Il décrit ensuite une personne attachée à un personnage de haut rang, afin de rédiger à sa place divers documents. De manière mixte, il définit d'abord une personne qui rédige des pièces officielles produites par une organisation dont elle a la gestion. Il désigne ensuite la personne qui écrit sous la dictée ou qui écrit pour le compte de quelqu'un : par extension, « secrétaire » revêt le sens d'un(e) employé(e) chargé(e) de divers travaux relatifs à la création et à la gestion de documents. Dans tous les cas, le terme renvoie à une condition d'interrelation médiatisée par le langage écrit. Lorsqu'elle est *médicale*, la secrétaire a pour objet la médecine et/ou les médecins. Elle assure donc la fonction d'écriture et de traçabilité des actes de soins réalisés, au sein de documents secrets créés à cet effet.



Enfin, la diversité des différentes nominations apparaît significative de la pluralité des missions de cette fonction.

## **Le personnel de ménage**

### *Pour elles-mêmes*

Nous avons retenu la nomination la plus répandue concernant cette fonction, autant en auto-nomination qu'en appellations interrelationnelles. Les termes seront nombreux pour décrire le métier : « personnel de ménage », « femme de ménage », « ménagère » et « agent de service hospitalier » (ASH) (selon la qualité en secteur public ou privé de l'institution sanitaire où nous recueillions les données). Richesse des nominations souvent reliée par les participants à la préoccupation de tendre vers une appellation représentative de la fonction, tout en faisant en sorte que cela ne soit pas non plus vertex de représentations culturelles parfois anticipées comme inadéquates.

Nous aborderons dans ce chapitre les conjugaisons au féminin, n'ayant pas rencontré d'homme dans notre cohorte de participants.

### La manière dont elles percevaient leur fonction avant de l'exercer

Les deux profils qui sont majoritairement apparus, sont d'une part les formations initiales différentes de cette profession et qui n'ayant pu être menées à bout ont engendré la réorientation vers le poste de personnel de ménage et d'autre part, une entrée directe et souvent précoce dans le monde du travail par l'embauche à cette fonction, sans que cela n'ait vraiment eu le temps d'être réfléchi. Dans les deux cas, les participantes transmettront avec beaucoup de plaisir leur étonnement premier et qui perdure parfois encore, quant à la valeur accordée à leur travail avec notamment l'importante dimension relationnelle avec les autres professionnels, mais surtout avec les familles. En cela, la périnatalité est notée comme étant quelque peu à part de la dynamique hospitalière classique.

### La manière dont elles se perçoivent

Souvent avec beaucoup d'humour, le personnel de ménage répondra initialement à ce questionnement par l'écholalie de leur nomination : le personnel de ménage fait le ménage. Au-delà de l'humour et dans la perspective d'un approfondissement de ce truisme, les participantes s'étonneront de la polyvalence de leur fonction au fur et à

mesure de leur description, semblant (re)découvrir ainsi l'importance de leur place au sein du service : « c'est pour ça qu'on est si utile finalement ». Se vivant tout à la fois comme exerçant un travail très différencié quant aux différentes tâches attendues, mais également un travail routinier et répétitif, le personnel de ménage pourra expliciter la dureté et la fatigabilité de leur métier. Leur fonction est décrite comme particulièrement physique dans l'agir incessant et quotidien du factuel, la femme de ménage *fait*, elle *fait* les lits, elle *fait* les sols, elle *fait* le ménage et elle *fait* le nettoyage. Par ces actes transitifs, le personnel de ménage donne consistance au cadre environnemental des services, en en garantissant ainsi la propreté dans un décloisonnement intéressant des différents lieux. La femme de ménage exprimera « aller partout », du tout-venant des couloirs à l'intimité des chambres en passant par les salles d'attente et les bureaux mais à l'exception des « blocs », ce qui fonde le repère distinctif que le personnel de ménage n'est pas un soignant (ce distinguo étant très important pour les membres de cette fonction).

Se sentant comme nécessairement dynamique et rapide de par la polyvalence des actes, la femme de ménage se vit comme à disposition des autres, familles et professionnels. Répondant aux sonnettes dans l'attente des soignants, les aidant même parfois si besoin, elles perçoivent leur rôle comme totalement intégré au sein des équipes, notamment car ayant le sentiment d'être souvent en glissement de tâches au-delà de leur fonction première. Permettant par ses réalisations le bon fonctionnement de l'équipe et bien qu'étant une des rares fonctions non soignante, la femme de ménage se sent totalement intégrée à cette dynamique de groupe. Les membres du personnel de ménage projettent que « si travailler avec le Dr. Untel ou le Dr. Bidule changerait beaucoup de choses, cela ne changerait en revanche rien du tout si c'est Mr. Machin ou Mme Truc qui fait le ménage ». Toutefois, de par sa présence continue le personnel de ménage se vit comme repérable par tous, pouvant indiquer (car étant souvent très sollicité en cela) les « chemins à prendre pour aller d'un endroit à l'autre dans l'établissement ». Orientant les uns et les autres, la femme de ménage se perçoit comme éminemment « présente » dans des temps quotidiens et familiers pour tous : s'occupant principalement du ménage et des repas, ce personnel entretient et nourrit donc en effet l'ensemble du service.

#### La manière dont elles perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Le personnel de ménage se sent « proche » des familles. Attentives à leur égard pour les aider, leur donner des conseils et les renseigner, cet abord relationnel sera décrit

comme important qualitativement et quantitativement parlant : « ne pas laisser les personnes seules » en offrant une plus grande continuité de présence.

#### La manière dont elles pensent que les familles les perçoivent

Le personnel de ménage exprimera que les parents pourront les percevoir d'une part et de manière peu valorisante, comme étant en « bas de l'échelle » dans l'organisation des services. Mais que d'autre part, les familles pourront également noter leur disponibilité et en cela ne pas faire de différence avec les autres professionnels dans l'importance de leur fonction.

#### *Pour les autres professionnels*

#### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Le personnel de ménage est perçu par les autres professionnels comme « un plus indispensable ». Reconnue primordialement dans « l'entretien », dans le maintien et la conservation de l'hygiène des différents lieux des services, la femme de ménage est également attendue dans ses qualités d'observation et de relation avec les familles. La proximité qu'on lui prête dans ses passages récurrents au sein de l'intimité des chambres (« moments clés pour certaines discussions ») est perçue comme chaleureuse et permettant un abord différent des situations à la fois pour les professionnels et les familles. En cela, et bien qu'appréhendé comme parfois loin des préoccupations soignantes, le personnel de ménage est vécu comme faisant non seulement partie intégrante de l'équipe, mais est également attendu dans ses compétences de dépistage de difficultés éventuelles. Echangeant régulièrement avec l'ensemble des professionnels et avec les parents, elles apporteraient dans la nature ménagère de leurs tâches un vécu de quotidienneté connu par tous et en cela rassurant face aux ressentis d'étrangeté que peuvent augurer certains temps d'hospitalisation pour les familles et certains soins éprouvants pour les soignants.

#### La manière dont les autres professionnels pensent qu'elles se perçoivent

En tentant de se mettre à la place du personnel de ménage, les participants à la recherche penseront tout d'abord à la pénibilité de cette fonction. Débordée et réalisant des tâches pouvant parfois être dévalorisées, les professionnels imagineront que la femme de ménage doit parfois se sentir impliquée dans des situations qui la dépassent mais vis-à-vis desquelles elle essaye de faire au mieux. Certains pourront penser qu'elle

ne se pose pas vraiment de question sur sa fonction, dans une pratique journalistique vécue comme presque automatisée. Qu'elle pourra en revanche plus s'attarder sur l'aspect relationnel important de sa fonction, dans un contact « d'une tout autre qualité » avec les familles. D'autres espéreront qu'elle a conscience de sa valeur, se rappelant ainsi à cette occasion (tout en le regrettant fortement) ne pas assez leur transmettre à quel point leur travail est indispensable pour l'ensemble de l'équipe et les sentant ainsi quand même « un peu en parallèle de tout le reste ».

#### *Les perceptions familiales à leur égard*

Les familles n'évoqueront pas spontanément le personnel de ménage. Avec l'étayage de nos sollicitations elles pourront élaborer, notant non sans une certaine gêne exprimée de n'y avoir pensé spontanément qu'effectivement et presque évidemment, ces professionnelles sont non seulement présentes mais également importantes à leur yeux. Qu'elles permettent de discuter de manière « plus naturelle des choses de la vie » et d'être « agréablement » déchargé des tâches quotidiennes (appréhendées dans les projections parentales par rapport au retour à domicile, comme chronophages et fastidieuses).

#### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Le lecteur aura pu remarquer que pour le personnel de ménage, il manque le paragraphe sur les manières dont ces professionnelles se représentent la façon dont les autres intervenants pourraient les percevoir. Il a été en effet trop difficile pour elles d'élaborer à ce sujet, les réponses étant le plus souvent absentes ou parfois trop restrictives pour que nous puissions avoir significativement matière à développer. Ainsi apparaît un premier désaccordage : le personnel de ménage ne peut que malaisément accéder dans le jeu empathique à la valeur représentationnelle que les autres lui accordent pourtant. Le deuxième point de dysharmonie se lira dans la dimension spatio-temporelle de l'appréhension de cette profession. Alors que pour le personnel de ménage la description de leur fonction les amènent à souligner les notions de continuité et de présence autant sur un plan topologique que chronologique, les autres participants à la recherche s'attarderont plus sur ces notions à un niveau essentiellement temporel : le cloisonnement géographique intra et interservices des soignants ne permettant sans doute que peu à ces derniers d'être témoins de la valeur décloisonnée et décloisonnante de la fonction du personnel de ménage. Le dernier point note une perception par le

personnel de ménage plus large que celle des autres professionnels quant à la question des bénéficiaires de leur travail : les premières notant que leurs rôles bénéficient à tous bien qu'avec plus d'insistance du côté des familles, les autres intervenants s'attardant très majoritairement sur les bénéfices à l'égard des familles et beaucoup moins sur ce que ce travail peut également leur apporter.

Outre l'absence d'évocation spontanée à leur égard de la part des familles (qui n'avait pas été anticipée à ce point par le personnel de ménage mais quelque peu projetée via le pressentiment d'une moindre perception parentale les concernant) les représentations réciproques personnel de ménage/famille ne comportent que peu de différences : toutes se rejoignent en effet et notamment sur la notion de relations dont la qualité évoquerait presque un au-delà de l'espace institutionnel soignant, au profit d'investissements plus spontanés, plus naturels, plus simples et plus sincères. Les réactions de gênes de la part des parents lorsque nous les avons interpellés sur leur manière de percevoir les femmes de ménage (lorsque nous avons en cela suscité la prise de conscience qu'ils n'en avaient pas parlé spontanément) pourraient esquisser l'idée que cette présence et cette préoccupation continues vécues par le personnel de ménage donne une sensation de familiarité aux parents qui ne pensent alors plus finalement à ces intervenantes comme à des professionnelles. Leur place est presque perçue comme à un autre niveau, plus évident : par la nature de sa fonction, le personnel de ménage convoque plus de mouvements d'analogie avec la gestion du foyer familial que d'associations avec le monde soignant.

### *La sémantique des glossaires officiels*

Les *Agents de Service Hospitalier* (référencés dans des fiches métiers du secteur public) sont décrits comme ayant une fonction d'accueil, d'entretien des locaux et d'hôtellerie afin d'assurer le confort des patients sans avoir de soins directs. En séparant les termes nous trouvons *agent* et *service* (précédemment décrits dans les autres paragraphes<sup>37</sup>) en les synthétisant, ces définitions notent que l'agent de service peut exécuter des tâches pour les autres, de manière autonome et/ou au sein d'un groupe d'intervenants. Lorsque son domaine d'application est *hospitalier*, la tâche et/ou le

<sup>37</sup> Nous invitons le lecteur à se reporter respectivement aux paragraphes sur les secrétaires et les cadres de santé.

groupe pourront donc être de nature hospitalière. Ce dernier terme, adjectif et substantif, prend ses racines dans la tradition religieuse chrétienne bien que soulignant de nos jours une institution républicaine laïque et désigne une posture relationnelle d'accueil et de soin. Par extension, le substantif s'est fait qualifiant de tout ce qui relève de ladite institution. Nous terminerons en tentant de résumer que l'agent de service hospitalier décrit donc le professionnel qui effectue pour d'autres des tâches au sein d'une équipe intervenant dans une institution ayant pour missions l'accueil et le soin des personnes. La nomination ainsi détaillée laisse alors de plus diverses possibilités interprétatives et recouvre surtout ainsi les versants à la fois manifestes et latents de cette profession.

Les termes « personnel de ménage » n'aboutissent à aucun résultat dans les glossaires officiels. En dichotomisant la nomination nous trouvons pour *personnel* un abord de ce terme en tant qu'adjectif et en tant que substantif. Utilisé en tant que qualifiant, le terme « personnel » convoque les notions d'individu dans sa singularité, que la personne soit à l'origine ou à destination de ce qui est ainsi connoté dans des versants qui soulignent donc tour à tour l'introspection ou la transitivité (par exemple respectivement : une pensée personnelle et un message personnel). En tant que substantif, la définition lie très concrètement le terme à une activité laborieuse dans un rapport au groupal, où la pluralité des sujets est génériquement nommée par le mot au singulier : le « personnel » évoque un groupe de professionnels. Les écarts sémantiques sont donc importants dans l'usage de ce terme selon qu'il est un adjectif ou un substantif : le premier traitant de la mise en lumière du sujet et le second de son effacement dans le collectif. Il serait intéressant ici de pouvoir échafauder des liens d'une part avec les vécus d'interchangeabilité évoqués par les personnels de ménage et d'autre part, avec leur grande difficulté à se prêter au jeu du double mouvement empathique (penser à ce que les autres puissent les penser). En sa qualité de substantif (le « personnel » qui désigne donc le groupe de professionnels) les termes « *de ménage* » viennent spécifier la nature de ce groupe en abordant la vie au foyer, matériellement et humainement parlant. Matériellement, « ménage » définit la vie domestique et quotidienne en ce qu'elle s'incarne dans des actes concrets d'entretien, dans le but que ce qui se vit au sein du foyer soit ou non adéquat et agréable. Humainement, « ménage » décrit les relations du et au sein du foyer, en véhiculant l'idée d'une cohabitation entre différentes personnes par là-même ou en conséquence unies. En regroupant le tout, le personnel de ménage serait donc un groupe de professionnels s'attachant à entretenir les conditions les plus

favorables, afin que la vie durant l'hospitalisation soit la plus agréable possible pour les personnes qui s'y rencontrent.

Nous retrouverons d'ailleurs dans l'autre terme parfois utilisé pour nommer cette fonction (*ménagère*, adjectif et substantif) la notion d'« entretien du foyer », définit comme la conservation d'un lieu de refuge et d'abri pour les personnes. Nous entendrons ensuite de manière plus poétique les tenants plus latents de l'activité de ces professionnelles : « attiser » par leurs actes quotidiens (puisque l'autre acception de « foyer » est l'endroit dédié au feu) une trame de fond chaleureuse du temps de l'hospitalisation.

### **Les « Psys »**

Parce que leurs pratiques en périnatalité comportent moins de différences que dans les autres domaines d'exercice et parce que selon la culture des services nous trouverons sur certains sites soit uniquement une présence de psychologue, soit une présence exclusive de pédopsychiatre, soit la présence des deux : les « psys » seront très majoritairement abordés de manière générique et peu différenciée quant à leur fonction par les autres professionnels de la périnatalité et par les familles. Il sera rare d'entendre le distinguo posé de manière spontanée par les participants à la recherche : l'exposé en deux paragraphes a été permis par le différentiel créé artificiellement par la différenciation présente dans nos questionnaires et non dans les perceptions des participants (ce qui est un biais dont nous souhaitons avertir le lecteur). Par ailleurs, les éléments artificiellement scindés par notre propre démarche en deux paragraphes distincts pourront induire une certaine redondance dans les exposés : les perceptions ayant primordialement été décrites comme communes aux deux fonctions, nous retrouverons de nombreux points de similitude dans les exposés.

### *Les Pédopsychiatres pour eux-mêmes*

Les pédopsychiatres sont nommés comme tels lorsque la distinction entre les « psys » est clairement établie dans l'esprit des autres professionnels, ce qui est spontanément très rare comme nous venons de le préciser. Lorsque nous induiront cette différenciation, les pédopsychiatres seront nommés en ces mêmes termes, mais peut-être du coup de manière écholalique à nos sollicitations. En auto-nomination cette

appellation sera également majoritaire, avec parfois l'utilisation de « médecin psychiatre d'enfants ».

### La manière dont ils percevaient leur fonction avant de l'exercer

Le choix de la profession est présenté comme « très réfléchi », d'autant que la période de l'internat a pu permettre à ces praticiens de s'assurer de leur souhait dans ce projet initial. Il est énoncé quelques tergiversations pendant les études entre la psychiatrie d'adultes et la psychiatrie d'enfants : les différences seront posées entre une culture de travail perçue comme plus isolée côté adulte et moins ancrée dans un travail d'équipe interdisciplinaire qu'avec les enfants. Le choix préférentiel de la pédopsychiatrie est ainsi expliqué par des positionnements personnels ayant amené les praticiens à s'orienter vers une discipline permettant l'abord du sujet humain dans sa globalité « éco systémique » : le travail avec les enfants et les préoccupations qu'il induit permettant plus facilement ce type de praxis, que la clinique avec les adultes ressentie comme plus morcelée. Dans ce contexte, la pratique en périnatalité est décrite comme à part, à cheval entre l'intervention directe auprès d'adultes bien qu'intervenant au nom de l'enfant (notamment en anténatal) et l'exigence d'une culture de travail en commun avec les autres membres des équipes : panacée donc de l'appréhension holistique du sujet humain.

### La manière dont ils se perçoivent

Les pédopsychiatres souligneront une pratique clinique très diverse selon les lieux et la difficulté à décrire globalement leur profession, d'autant que leurs interventions au-delà des cultures institutionnelles où ils sont amenés à exercer, dépendent éminemment des demandes formulées par les familles et/ou les professionnels. Les interventions sont présentées comme orientées primordialement vers l'enfant, via les parents également et ensuite vers les équipes, afin de « créer une bulle » pour chacun où la pensée peut-être (ré)introduite et où la « prise de recul » est alors possible. Du côté des familles, il s'agit de mener des consultations en anténatal et/ou en post-natal, dans des rencontres de soutien et/ou psychothérapeutiques selon la teneur des entretiens. Du côté des professionnels, le travail peut s'effectuer lors de rencontres « officielles » où le pédopsychiatre ressent alors être attendu comme une sorte « d'expert du psychisme et de la relation ». Les attentes sont les mêmes dans des temps plus informels : celle d'une formation pour les autres membres de l'équipe afin de les aider à « réfléchir sur leurs



pratiques ». C'est une fonction à la fois de « coordination » et « d'animation » des équipes autour des familles, afin que les professionnels « ne soient pas uniquement dans des actes, voire des passages à l'acte ». Les pédopsychiatres entendent dans ce contexte faire écho à la demande des autres soignants qui sont perçus comme étant dans l'attente d'un soutien cognitif et émotionnel et d'un relais le cas échéant, « quand il se sentent débordés, dépassés par les événements ». Il s'agit d'un rôle de contenant en indirect et en direct : aider les professionnels afin qu'ils puissent continuer à leur tour à aider les familles et intervenir directement auprès des patients, si les professionnels des « premières lignes » se sentent en difficulté face à l'intensité, la fréquence et/ou la nature plus psychopathologique de certains comportements parentaux. La proximité avec les autres soignants est donc une donnée importante pour les pédopsychiatres, dans l'ambivalence de la préoccupation de pouvoir être toutefois « là sans y être ». L'idée est en effet de ne pas s'inscrire dans une place « trop définie à l'avance », afin de laisser la possibilité aux autres professionnels de les interpeller à leur façon et dans une assignation finalement ainsi co-construite. Le pédopsychiatre ne fait que très rarement partie des services de maternité et de pédiatrie, il est affilié à un service parallèle de pédopsychiatrie qui lui permet de se vivre au sein des services partenaires comme une sorte « d'électron libre », dans un positionnement « auprès » plutôt que « dans » les équipes, afin de prévenir une posture de « psyconsommation » qui risquerait de « psychologiser » la Naissance. Le pédopsychiatre peut faire partie de la dynamique périnatale, mais s'il n'intervient pas le processus d'enfantement ne s'en trouvera pas entaché, a contrario d'autres professionnels plus incontournables. Il est finalement le partenaire de tout le monde au sein du réseau, dans des sentiments d'affiliations moindres ou tout du moins dans des affiliations moins cloisonnées à telle ou telle équipe que d'autres soignants. Le pédopsychiatre se perçoit comme mouvant au sein des dynamiques périnatales, sa place étant tout à la fois assujettie et plus autonome quant à la pluralité des différentes demandes, celles des familles tout d'abord et ensuite celle des professionnels.

#### La manière dont ils pensent que les autres professionnels les perçoivent

Les pédopsychiatres s'attendent à ce qu'il n'y ait pas une homogénéité dans les réponses à ce jeu empathique qui les amusera beaucoup, entendant de par leur formation les éléments latents suscités par les questionnements mêmes. Il est envisagé une dichotomie entre les professionnels selon qu'ils s'inscrivent plus dans l'intervention

primordiale à l'enfant ou l'intervention primordiale aux parents : que s'inscrivant côté enfant les soignants lieront plus le pédopsychiatre à la relation parents-bébé afin d'éviter « les troubles » relationnels et de développement des tout-petits et que s'inscrivant plus côté parents, les intervenants s'attendent à un « mieux-être » de l'adulte et notamment des futures et jeunes mères. Les pédopsychiatres s'attendent majoritairement à ce que les autres professionnels évoquent la part directe de leur fonction de soins auprès des familles et moins la praxis indirecte qui les concerne eux-mêmes en tant que soignants.

#### La manière dont ils perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Les pédopsychiatres exprimeront une fonction de lien dans la relation parent-enfant. Qu'en étant témoin, en l'étayant par l'observation, par le verbe et en étant parfois simplement commentateur de ce qui se vit, ils permettent à chacun de pouvoir se découvrir et découvrir l'autre autrement. Qu'ils « catalysent » en cela les dynamiques psychiques sous-jacentes à la Naissance des familles, parfois même sans intervention directe mais par la seule évocation de leur venue par les autres soignants : constant fondant en partie la pertinence du travail en indirect. Se positionnant parfois en tant que « protecteur » de la vulnérabilité des patients face aux éléments potentiellement perturbateurs de leur environnement, les pédopsychiatres diront tendre essentiellement à leur procurer un possible sentiment de sécurité. Se vivant de toute manière dans une position temporaire, ces médecins insisteront sur le fait qu'ils ne se perçoivent pas comme indispensables et préfèrent même souvent n'intervenir que de manière indirecte afin de permettre aux familles de « naître sans psychiatisation ».

#### La manière dont ils pensent que les familles les perçoivent

Après un certain mouvement défensif, les pédopsychiatres s'attendent à ce que les parents aient une vision « très pertinente » de leur place, voire parfois plus proche de la réalité que la perception des professionnels eux-mêmes (il pourrait être ici entendu le mouvement d'identification majoritairement porté à l'égard des familles, eu égard aux collaborations menées avec les autres soignants). Les pédopsychiatres projeteront que les parents exprimeront venir les voir pour parler de leur enfant plus que pour parler d'eux en tant que simples adultes, même si dans les faits le discours parental est moins clivé que cela. Que n'ayant souvent pas eu l'occasion dans leur vie de rencontrer des

« psys », ils expérimentent cela pour la première fois et étayent alors cette expérience à la fois sur les représentations de la vulgarisation médiatique et sur celles des professionnels qui leur ont proposé l'entretien. Que dans ce contexte ils sont souvent soulagés par la réalité des vécus de la rencontre anticipée comme potentiellement inquiétante et qu'à ce titre ils sont majoritairement satisfaits, voire facilement inscrits dans une alliance thérapeutique positive.

*Pour les autres professionnels*

#### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Lorsque la distinction psychologue/pédopsychiatre est clairement établie dans l'esprit des soignants, la position des « psychistes » médicaux en périnatalité est apparue comme n'allant pas de soi. D'une part car nombre d'intervenants envisagent l'intervention pédopsychiatrique plus orientée vers des enfants plus grands, avec des soins apparaissant alors plus adaptés aux services de pédiatrie qu'aux services de maternité et de néonatalogie. D'autre part parce que l'histoire des institutions souligne souvent dans les relations interservices avec les unités de psychiatrie et notamment de psychiatrie de l'enfant, des dysharmonies importantes n'ayant que peu permis l'appréhension confortable d'une culture de travail en commun. Dans ce contexte, le pédopsychiatre est souvent ressenti comme « absent », ce qui est perçu comme un « dysfonctionnement majeur » ne permettant que peu de se faire clairement une représentation de leur rôle. Ensuite, parce que le sentiment de ne pas trouver de réponse aux interpellations qui sont faites laisse une sensation désagréable de frustration et/ou d'abandon. Leur « hyperspécificité » est perçue comme peu fonctionnelle et très sporadique au sein de la périnatalité, le distinguo entre psychiatre et psychologue étant défini comme la possibilité du premier de prescrire des traitements médicamenteux si affection psychiatrique il y a, leur rôle s'en trouve restreint dans la perception des autres à la part des troubles psychiques puerpéraux.

Lorsque la distinction entre les différents « psychistes » intervenant en périnatalité n'est pas ou peu faite, les perceptions des participants à l'égard des pédopsychiatres rejoignent celles concernant les psychologues. Dans cet abord, il est primordialement noté la paradoxalité entre la ponctualité de leurs interventions et leur vaste domaine d'exercice : « très présent » dans l'appréhension globale des collaborations périnatales, le « psy » est toutefois vécu comme ne rencontrant que peu les patients directement et comme n'intervenant que sur des temps très courts (en rapport à ceux plus continus des

somaticiens). N'étant interpellé qu'en « cas très précis » et que « lorsqu'il y a des problèmes majeurs », le « psy » n'est attendu que comme sporadique sans que cela n'engage toutefois une moindre importance quant à la perception de son rôle, bien au contraire. Vécu comme « indispensable » afin de « dénouer » la complexité de certaines situations, le « psy » est ressenti comme un partenaire nécessaire et incontournable afin de « comprendre et penser » les événements « aléatoires et délétères » de la mise et de la venue au monde des enfants, que ces événements trouvent leur cause dans des dysfonctionnements physiologiques en induisant une souffrance psychique (due aux vécus douloureux du deuil périnatal, de l'annonce d'une pathologie et/ou d'un handicap, par exemple) ou que des processus psychogènes entravent le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Parfois en urgence bien que l'abord préventif soit majoritairement visé, le « psy » est souvent interpellé par les professionnels (plus rarement par les familles elles-mêmes) afin de « rassurer » et « d'apaiser » lorsqu'il y a des soucis et des inquiétudes, notamment (mais pas seulement) en lien avec l'enfantement. Il est ainsi attendu du côté des familles que par son intervention de « soins par la parole » qui permet un « autre accueil » des histoires parentales, il offre la possibilité aux patients de s'inscrire de manière plus confortable voire parfois plus adaptée dans le processus de la Naissance. En ce même sens, il est attendu du côté des professionnels qu'il leur permette tout d'abord de faire l'économie (dans une sorte de « glissement de tâches » tel que l'expriment certains intervenants) d'avoir cette position d'écoute « trop confidentielle » et de se rendre donc plus disponibles pour leurs autres missions de somaticiens. Il permet également en cela et de par le fait, de « guider » les autres membres de l'équipe dans la compréhension de ce qui se joue pour les familles : occupés à des soins plus ciblés sur le corps, les autres professionnels n'entendraient plus ou plus difficilement les problématiques psychoaffectives voire auraient du mal à appréhender la globalité des problématiques somato-psychiques. Dans ce contexte, le « psy » est perçu comme un « informateur », une « personne ressource » dans l'abord holistique des situations et une « aide » afin de garantir la continuité et la congruence des interventions de chacun. C'est une fonction de lien et de soutien qui est ici esquissée, souvent posée en analogie avec celle des cadres de santé. A ce titre, il est fortement convié aux temps d'échanges communs autant officiels qu'officieux, afin d'incarner le « fil conducteur » telle une sorte de « référent des situations délicates ».

### La manière dont les autres professionnels pensent qu'ils se perçoivent

Les autres participants à la recherche présumeront que les pédopsychiatres parleront essentiellement de leur rôle auprès des familles. Ils imagineront que ces médecins aborderont la complexité de leur praxis où intervenant à la demande, ils s'inscrivent comme des partenaires un peu particuliers en ayant beaucoup de responsabilités. Que travaillant essentiellement la relation, ils entrent en scène souvent a posteriori et de manière assez énigmatique « quand les autres ne sont pas arrivés à l'accompagner ». Qu'écouterait autant les familles que les professionnels, il est difficile de se mettre à leur place, eux qui semblent souvent « ramasser les morceaux d'un peu tout le monde ».

### *Les perceptions familiales à leur égard*

La distinction pédopsychiatre/psychologue si elle est parfois perçue par les parents, n'engendrera pas de distinguo de toute façon dans leur manière d'en décrire le rôle. Les « psys » pour les patients, sont là pour « permettre de parler », pour « libérer des choses enfouies » et ainsi « se vider d'un trop plein qui pèse lourd ». Il s'agit donc d'une fonction de réceptacle parfois moins joliment nommé comme « déversoir à paroles », qui par son écoute va recueillir, contenir, soutenir et en cela « faire du bien ». Les parents qui auront effectivement rencontré un « psy » durant leur séjour s'attarderont également sur la fonction « d'aide à penser » et sur la possibilité alors offerte « d'y voir plus clair ».

### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Lorsque les pédopsychiatres sont abordés hors de leur spécificité (en tant que « psys » de manière générique) il n'apparaît que peu de discordances majeures entre les représentations réciproques concernant leur fonction. Lorsque leur spécificité de médecin psychiatre d'enfants est prise en compte, deux éléments semblent ne pas s'accorder : le premier concernant la question de la psychopathologie et le second celle de l'âge auquel un sujet pensant et désirant peut être considéré comme tel. Dans le premier élément, il s'agit pour les autres, plus côté adulte donc, de ne voir le pédopsychiatre que comme un médecin des troubles mentaux parentaux et à ce titre de questionner l'utilité de cette fonction qui compte-tenu de la rareté de ces situations dans la globalité des patients, n'apparaît que comme occasionnellement nécessaire et en empiètement avec les psychiatres d'adulte. Dans le deuxième élément, il s'agit plus côté enfant de ne pas comprendre, compte-tenu notamment de son statut d'infans,

l'effectivité de la fonction du pédopsychiatre en périnatalité. Il est intéressant dans cette optique de souligner à quel point reste finalement persistante en sa problématique la question du bébé comme être à part entière et comme être pensant. L'idée qu'un nouveau-né et qu'un nourrisson puissent souffrir psychiquement et précocement reste encore difficilement appréhendable, souvent tout autant que penser à l'enfant au cœur du parent lorsque l'on se débat déjà à tenter d'accompagner l'adulte concrètement présent en face de soi et aussi difficilement que de prendre la mesure (au moment où l'on y participe) de l'importante influence de la période périnatale dans l'histoire de vie de tout être humain. A travers ces derniers points apparaît toute l'ambivalence des professionnels à l'égard du positionnement psychologique : via les nombreuses et problématiques interrogations liées aux demandes et aux disponibilités du « psy » incarné, apparaissent celles attenantes à la place des émotions, des affects, des rêveries et des réflexions en périnatalité, autant pour les familles que pour les soignants qui les accompagnent. Quels lieux et quels temps pour les ressentis et leurs élaborations, pour les pensées et leurs transmissions ? Quels investissements pour prendre acte que les logiques physiologiques et somatiques de l'enfantement ne vont pas forcément dans les mêmes rythmes et les mêmes modèles que ses processus psychiques ? A ce titre, les sensations de « manque » de temps et d'espaces, ainsi que les modalités de travail direct et/ou indirect, pourraient être significatives : est-ce que ce qui fait défaut est manifestement la présence et/ou la disponibilité des « psys », ou sont-ce les capacités de rêverie et de réflexion que sa fonction induit et qui restent controversées sur le plan défensif qui le sont ? La notion de travail indirect l'est par rapport à qui finalement ? Le travail psychique n'est-il pas par essence indirect, autant dans ce que les principes d'après-coup véhiculent que dans l'agencement entre professionnels et familles ? L'intervention psychologique auprès des soignants est-elle finalement plus indirecte vis-à-vis des familles que ce que l'intervention dite « directe » auprès des patients peut revêtir d'indirect auprès des professionnels ? Autant d'interrogations qui peuvent étayer les arguments développer par les différents participants à la recherche : le « psy » occupe une position à part dans l'organisation des soins et ce d'autant plus que ce positionnement est aussi dynamique que peuvent l'être les processus psychiques qui sous-tendent et sont induits par cette organisation.

Il est intéressant d'entendre dans les paragraphes familles-soignants les différences de focales quant à l'activité de pensée, selon la place qui est occupée dans l'espace relationnel psy/patient. Alors que le principe du « permettre une autre perception » est

partagé par tous, les ressentis procédant et participant de ce principe sont quant à eux différents. Dans les processus transférentiels à l'œuvre, alors que du côté parental les contenus des discours semblent assez cloisonnés à la question de l'accession à la vie d'un enfant et à son intégration dans un système familial préexistant, de l'autre la « parole déversée » est plus vaguement spécifiée : l'intervention « au nom de l'enfant » semble moins cadrée côté patient que côté « psy » et en cela, l'idée plus longitudinale des professionnels quant aux objectifs de ce travail sur les relations parents-enfants n'est que peu perçue par les familles elles-mêmes qui ressentent plus ponctuellement l'apaisement du hic et nunc des rencontres. Dans ce contexte, il est intéressant de souligner comment les ressentis parentaux de « soutien » sont lus par les professionnels comme une « protection » et respectivement, ceux de « soulagement » comme un « sentiment de sécurité ».

#### *La sémantique des glossaires officiels*

*Pédopsychiatre*, substantif, est décrit comme un psychiatre pour enfants et adolescents représentant de la *pédopsychiatrie*, elle-même désignée comme substantif définissant la branche de la psychiatrie consacrée à l'étude et aux soins des troubles mentaux de l'enfance : provenant du grec *pedo-*, « en relation avec l'enfant », de *psuche*, « âme, esprit » et *iatros*, « attendant à la médecine ». *Psychiatre*, substantif, est défini comme un médecin spécialisé en *psychiatrie*, elle-même déterminant le domaine médical traitant des maladies mentales et des troubles du psychisme. Nous pouvons entendre dans ces acceptions le cloisonnement sémantique très important attendant à cette profession, cloisonnement que nous pourrions lier à celui présent dans les discours des participants : si le pédopsychiatre est entendu comme n'intervenant qu'en cas de troubles psychiques avérés (comme le sous-tendent les définitions des glossaires officiels) il serait alors effectivement difficile de comprendre sa place en périnatalité. En revanche, si les perceptions liées au domaine médical et de la santé ne se positionnent plus uniquement dans les thérapeutiques basées sur des preuves, mais peuvent également inclure des représentations attenantes au bien-être dynamique et s'inscrire alors dans une définition plus holistique du soin alliant thérapie et prophylaxie (voire même le iatrique et le thérapeutique à l'instar de Gori et Del Volgo – 2005) nous entendons à quel point la place du pédopsychiatre peut non seulement exister en périnatalité, mais y être également importante pour tous.

### *Les psychologues cliniciens pour eux-mêmes*

Tous les psychologues rencontrés revendiqueront leur titre clinique et se nommeront donc comme « psychologue clinicien ». Les autres participants en revanche, loin de cette subtilité, s'en tiendront à la formulation de « psychologue » voire de « psy » de manière générique, compte-tenu de la situation des « psychistes » en périnatalité telle que nous l'avons explicitée plus haut. Parce que faisant moi-même partie de ce corpus en en revendiquant également la spécificité clinique, le titre de ce chapitre se voulait être un clin d'œil afin de continuer à porter en les soulignant ainsi, le sens et la valeur d'une nomination qui tend à être de plus en plus fragilisée à la fois sur le terrain et dans le cadre universitaire. Nous poursuivrons en revanche à utiliser plus génériquement le terme de « psychologue » dans la suite de ce chapitre, dans le respect de la nomination majoritairement utilisée qui a été jusqu'à présent le critère de notre écriture.

### La manière dont ils percevaient leur fonction avant de l'exercer

La plupart des participants évoqueront une entrée dans la profession secondaire à une formation initiale différente. Le choix de ce métier est décrit comme mûrement réfléchi, parfois très longuement anticipé et souvent dans le désir de pouvoir faire évoluer la qualité des accompagnements thérapeutiques : leurs expériences personnelles et/ou professionnelles à ce sujet, ayant suscité le projet « d'apporter sa pierre à l'édifice ». Dans un abord souvent critique de ce qui pouvait d'ores et déjà exister et dans une identification marquée aux patients (à plus forte raison aux patients pressentis comme particulièrement vulnérables) la revendication de respecter et de faire respecter le sujet en tant que tel au-delà des « étiquettes » a priori et des systèmes, est apparue comme un fil rouge commun aux les différents psychologues. Les idéaux s'apparentaient souvent à des notions de « sauvetage » et de « refuge » à destination de personnes appréhendées comme particulièrement fragiles, dans une place de professionnel qui leur semblait alors faire défaut dans le paysage thérapeutique : place permettant un espace d'écoute contenante et bienveillante, où la parole pourrait être exprimée parce qu'enfin entendue. Rares sont ceux qui se prédestinés au domaine périnatal initialement, les hasards des rencontres ayant pourtant « bien fait les choses » selon eux.

### La manière dont ils se perçoivent

Les psychologues en périnatalité sont souvent transversaux aux différents services, en l'occurrence de la maternité et de la pédiatrie néonatale. Souvent rattachés à des unités



de pédopsychiatrie parallèles à ces services somatiques, certains apparaîtront directement reliés aux équipes de somaticiens : le positionnement symbolique s'en trouvant selon eux probablement impacté mais non assujéti toutefois, les psychologues se vivant comme « étant avec l'équipe, plutôt que dans l'équipe ». D'autant que leur fonction qui les amènent à intervenir avec des interlocuteurs-patients, mais également avec des interlocuteurs-soignants nécessite ce type de positionnement particulier afin que l'écoute contenante et bienveillante puisse être à disposition des familles mais également des professionnels. Du côté de ces derniers, les interventions peuvent se faire de manière officielle sur des temps nommés de « régulation » (afin de rendre régulier donc, un fonctionnement professionnel qui tendrait ainsi à être plus adéquat) régularité de nature psychique en termes de réflexion notamment, mais également d'investissement afin d'assurer un flux représentationnel et communicationnel régulier, entre les soignants et entre les soignants et les familles. Si le psychologue intervient auprès des équipes il le fait toujours au nom des patients, afin que les professionnels soulagés dans leurs préoccupations et leurs émotions, puissent continuer à travailler avec eux de façon plus sereine et adéquate. Contenir les inquiétudes voire parfois l'anxiété des équipes en les réassurant, voilà ce que ce travail indirect permettrait donc essentiellement. En bref, indirect par rapport aux patients, le psychologue tend à accompagner les soignants mais toujours eu égard aux patients, afin qu'eux-mêmes puissent continuer à les accompagner. De manière officielle toujours, le psychologue est très souvent convié à prendre part aux réunions de services et aux relèves et est de toute manière fortement invité à pouvoir s'inscrire dans l'espace interstitiel des transmissions avec les équipes, que ces transmissions émanent des autres à son encontre, où qu'il interpelle les autres quant à ses observations et interventions. Les temps plus officieux de « l'entre deux portes » sont ressentis par les psychologues comme occupant la plus large et riche part de leur travail avec les équipes, d'autant que ce sont ces professionnels qui introduisent le plus souvent le psychologue auprès des familles, les demandes directes des parents restant très rares. Deux « écoles » de pensées apparues dans les discours des participants se questionnent d'ailleurs quant à cette répartition des interventions directes et indirectes : certains psychologues s'inscrivent dans la conviction qu'un travail majoritairement indirect auprès des professionnels permet à ces derniers d'assumer leurs accompagnements dans une dimension somato-psychique globale de l'enfantement, d'autres psychologues tendent à revendiquer une particularité de l'écoute « psy » qui ne pourrait être abordée comme telle par d'autres intervenants.

Quel que soit finalement le positionnement du psychologue au sein des équipes, tous s'accorderont sur un objectif essentiel de leur praxis avec les soignants au sein des services et au sein du réseau : « permettre de dégager des problématiques des différentes demandes, afin de pouvoir les mettre en travail ». C'est un rapport quasiment didactique qui apparaît donc ici, mais qui n'empêche pas les préoccupations de chacun de rester dans une complémentarité de travail et une réciprocité dans les échanges et les transmissions, au-delà de l'asymétrie relationnelle parfois induite par les assignations plus ou moins conscientisées de la part des autres membres de l'équipe (de pouvoir notamment être eux-mêmes « soutenus, portés, apaisés » dans les moments les plus difficiles). Cette diversité dans la nature des interventions auprès des professionnels se retrouve également dans la clinique avec les familles, lors d'une pratique alors nommée comme « directe ». Les psychologues, soignants « transversaux » (coupant en travers, puisque telle est la définition de la transversalité, en reliant des éléments qui n'auraient pu se rencontrer autrement) le sont à travers les services et à travers le temps dans l'ante et le post-natal. Transversaux, ils le sont également à travers les différentes problématiques rencontrées qu'elles soient primordialement ou non psychogènes, car la particularité du psychologue en périnatalité à l'instar des psychologues intervenant dans les secteurs sanitaires somatiques, est d'être dans un lieu où on ne l'attend pas forcément, à plus forte raison lors de la période de la Naissance reconnue dans un processus maniaque culturel comme se devant d'être heureuse et peu problématique. Et pourtant... les Naissances dans ce qu'elles mobilisent de réaménagements somato-psychiques globaux pour chacun des membres de la famille, induisent également des processus perceptifs et interprétatifs pouvant être coûteux pour les patients et nécessitant un autre cadre d'écoute, de parole et en cela de réflexion. Le psychologue en périnatalité se vit comme intervenant de la globalité, à « tout ce qui touche » à la maternité, à la féminité, mais également à la famille, à la parentalisation, aux relations de couple et enfin et surtout dans une clinique de l'infantile auprès des tout-petits patients, afin que leur travail d'accompagnement tende vers la réalisation des conditions satisfaisantes pour le bon développement du bébé au sein de ses différents environnements. Le psychologue décrit des moyens d'intervention très souples en périnatalité (en rapport à la rigidité de certains cadres thérapeutiques trouvés sur d'autres terrains cliniques) pouvant effectuer des rencontres classiques au sein de son bureau dont le rendez-vous aura pu être décidé à l'avance, il tend à s'adapter aux impératifs de cette période particulièrement courte et intense. Les rencontres peuvent

ainsi s'effectuer dans les chambres sans demande préalable et parfois même « en urgence », le psychologue décrivant l'essentiel de son activité lors d'événements vécus comme complexes où il a alors le sentiment d'être « appelé à la rescousse ». Ces situations n'empêchent pas la systématisation de certaines interventions selon les épisodes particuliers de la périnatalité où les modalités d'intervention sont alors mûrement réfléchies avec les équipes, afin que cette protocolisation n'engendre pas une « psychologisation » des Naissances et de leurs vicissitudes. Ainsi, interruptions de grossesse, deuils périnataux, annonces de pathologies et/ou de handicap...soulèvent souvent beaucoup d'émotions autant du côté des familles que des professionnels : le psychologue se vivant alors comme un médiateur possible entre les vécus de chacun. Le principe est décrit à la fois comme cathartique et dynamique, d'une part la possible mise en mot mobilisée par l'écoute thérapeutique permettrait des processus représentationnels et émotionnels plus adaptés pour chacun et d'autre part, l'étayage de l'intégration des événements traumatogènes en préviendrait l'impact potentiellement traumatiques. Faisant toujours « un pas de côté » pour appréhender les situations, le psychologue se perçoit comme un chercheur, un liant et un « électron libre » : fonction de lien dans une dynamique particulièrement plastique entre les personnes, entre les représentations, entre les ressentis et leur intégration, entre les émotions et leur expression, le psychologue se vit comme un relais aux carrefours des vécus de chacun, tendant à permettre une circulation plus satisfaisante (parce qu'étant plus distancié face aux événements).

#### La manière dont ils pensent que les autres professionnels les perçoivent

Les psychologues résumeront que les autres professionnels attendent d'eux une expertise particulière, notamment en ce qui concerne la dimension des relations et des liens humains. Expertise dans l'observation évaluative des situations en direct comme en indirect, expertise dans les propositions d'interventions globales et expertise dans la thérapeutique plus spécifiquement psychologique.

Ils attendraient plus généralement un professionnel de l'écoute, qui serait en mesure de pouvoir accompagner et soutenir tout le monde, quelque soit le lieu et le moment de l'intervention, dans une demande parfois proche des processus de pensée magique.

### La manière dont ils perçoivent leur place vis-à-vis des familles

Les psychologues expriment une perception de leur place vis-à-vis des patients, comme une possibilité pour ces derniers d'être accompagnés différemment qu'avec les autres professionnels. Les familles restent pour les psychologues les bénéficiaires primordiales de leurs interventions : le travail avec les autres soignants apparaissant en seconde ligne, en « indirect » et toujours dans le dessein de permettre aux patients d'être accueillis au sein des systèmes de soins dans le respect de leurs singularités. Par une « écoute bienveillante » et par l'aménagement d'un cadre relationnel où le sujet peut exprimer ses vécus et ses émotions, est attendue la possibilité pour lui de mettre en mot et donc en mouvement et ainsi en travail les problématiques qui l'animent en ce qui concerne l'hospitalisation, mais également au-delà de l'ici et du maintenant de l'hospitalisation (vis-à-vis duquel les autres professionnels resteraient plus cloisonnés de par la nature de leurs interventions) : permettre aux tous petits patients et à leurs accompagnants d'évoquer ce qu'ils souhaitent eux-mêmes, et non écouter que ce qu'il serait intéressant de recueillir selon les services où ils sont accueillis.

### La manière dont ils pensent que les familles les perçoivent

Souvent développé à partir d'exemples cliniques où les familles ont pu s'exprimer à ce propos, les psychologues tiendront un discours moins ancré donc dans un jeu empathique que dans le processus de narration et de retranscription de ce que les parents ont pu leur transmettre quant à ce questionnement. Dans ce contexte, il sera sommairement évoqué la fonction d'aide et notamment lorsqu'un problème se présente.

### *Pour les autres professionnels*

### La manière dont les autres professionnels les perçoivent

Les interventions du psychologue sont décrites comme se faisant « sur appel » (dans l'action donc de s'adresser à eux à « haute voix » en les nommant, puisque telle est la définition d'« appel ») afin de susciter une communication dans le cadre de « besoin », de « problèmes », de « soucis », de « bizarreries », de « difficultés », de « mal-être », etc... notamment pour les familles et plus précisément pour les mamans. Il s'agit de ressentis de ce qui semble ne pas se dérouler comme prévu voire de dysfonctionner, face aux schémas auxquels les soignants se seraient attendus. C'est une aide qui est

demandée au psychologue afin que par le « soin par la parole » soient permises soit une rectification des comportements, des attitudes et des éprouvés catégorisés comme n'allant pas de soi ou ne cadrant pas, soit une compréhension par les familles et par eux-mêmes, de ces manifestations suscitant les préoccupations soignantes. L'intérêt d'un psychologue est en revanche questionné « si tout va bien, si on est heureux », nous touchons ici à la dimension perçue comme inadéquate et interpellante pour les professionnels : que des parents et notamment des mamans ne se sentent pas heureux dans leur Naissance, qu'ils ne soient pas « à l'aise avec leur bébé », qu'ils se sentent « tristes » et/ou « angoissés », soit parce que la tournure des événements périnataux aura engendré des épisodes douloureux dans leur accession à la parentalité (interruptions de grossesse, deuils périnataux, annonces de pathologies/de handicap, séparation mère-enfant précoce, naissance sous X...) soit parce que des « contextes particuliers » nécessiteront de l'aide, au-delà de ce qui peut plus classiquement être proposé en maternité. Le psychologue est interpellé selon la sensibilité des autres professionnels et généralement en même temps que l'assistante sociale (la différence entre ces deux protagonistes dans les représentations des professionnels étant d'ailleurs encore assez floue). Le psychologue est essentiellement attendu dans son rôle de « confident » et comme pouvant offrir une relation de totale confiance, même si certains professionnels rappelleront qu'il fait en cela aujourd'hui en glissement de tâche « un rôle d'accompagnement qui ne relève pas que de la psychologie » et qui était précédemment tenu par des soignants qui n'en n'ont plus guère le temps. Le psychologue est perçu comme mettant de « l'huile dans les rouages », en apportant une réassurance et un étayage, à la fois pour les familles et les professionnels. Si les soignants parlent du psychologue comme majoritairement orienté vers les familles, ils expriment également l'importance du travail qui est réalisé avec eux. Soutien et lien contenant pour les équipes, le psychologue est reconnu comme permettant à tous de pouvoir parler des moments difficiles et de tenter de les comprendre. Rassurant, informant et pouvant cerner les problèmes différemment, le psychologue est souvent assigné comme le garant de la continuité des pensées professionnelles, aidant à des élaborations autres et guidant les réflexions afin que chacun puisse rester lié malgré la complexité de certaines situations. Le psychologue est ressenti comme étant « un peu à part » mais indispensable au fonctionnement des équipes.

La manière dont les autres professionnels pensent qu'ils se perçoivent

Beaucoup de professionnels exprimeront leur difficulté à répondre à un tel questionnement : la place du psychologue étant humoristiquement évoquée dans leur discours comme auréolée d'un « halo de mystère ». Le psychologue est tel « un lapin qui sort du chapeau » et qui est là « quand on ne sait plus quoi faire », mais sans qu'on sache vraiment ce qu'il pense et ce qu'il fait. En progressant dans le jeu empathique, les processus iront dans un sens analogique : le psychologue se ressentirait « comme » l'assistante sociale un peu à part et présent uniquement quand il y a des problèmes, ou « comme » le cadre de santé dans une fonction de liaison et de soutien aux équipes. Craignant la caricature, certains professionnels évoqueront l'idée que le psychologue doit avoir pour « mission personnelle » d'aider les autres à prendre conscience de leurs vécus. Qu'il exprimera qu'il intervient à la fois auprès des enfants, des familles et des professionnels. Qu'il coordonne le tout en plus de sa thérapie directe d'écoute, ce qui doit lui donner l'impression d'être trop sollicité et débordé, parce qu'il n'a pas par ailleurs beaucoup de temps généralement. Qu'il doit intervenir sur des temps très brefs, « qu'on lui demande parfois la lune » et qu'il « marche souvent sur des œufs dans des situations très délicates ».

#### *Les perceptions familiales à leur égard*

Comme énoncé précédemment, la distinction pédopsychiatre/psychologue si elle est parfois perçue par les parents, n'engendrera pas de distinguo de toute façon dans leur manière d'en décrire le rôle. Nous renvoyons donc le lecteur à la perception parentale des « psys », telle qu'elle est développée dans le paragraphe précédent sur les pédopsychiatres.

#### *Les points problématiques nodaux dans les accordages représentationnels*

Dans les « flous représentationnels » qu'évoque pour les autres professionnels la fonction du psychologue, il n'est à souligner ni de trop importants écarts entre les perceptions de chacun, ni de véritables points d'ancrage fixes. L'utilisation adverbiale du « comme » a dans ce contexte attiré notre attention sur le positionnement symbolique que le psychologue peut revêtir pour les autres intervenants : « comme » l'assistante sociale et « comme » le cadre de santé, la notion du « hors norme » semble guider les perceptions attenantes à la fonction du psychologue. Alors que du côté du « psy » les préoccupations sont éminemment orientées vers des objectifs de congruence et de

continuité dans les accompagnements des mouvements somato-psychiques singuliers (et en cela peu rapportables à une norme) de l'autre les références quant aux demandes d'intervention sont justement conditionnées par les ressentis d'un « quelque chose qui ne va pas » dans la manière dont les processus se déroulent. Le « être avec » plutôt que le « être dans » les équipes revendiqué par les psychologues, apparaît prendre tout son sens : cette fonction de médiation particulièrement plastique par définition, induit finalement que les accordages à l'égard des perceptions du « psy » soient sans cesse mouvants, dynamiques et en question.

En ce qui concerne le processus cathartique verbal, familles et psychologues sont harmonisés quant aux objectifs de leur rencontre. La notion de « problème » en revanche apparaît plus dysharmonieuse, elle s'inscrit pour les psychologues en qualité de vecteur de la demande, de « mise en travail » et de « mise en question » pour les patients dans et à partir de leurs interventions. Initialement, avant l'expérience parentale de la rencontre avec le « psy », les familles ne ressentent que peu la notion de « problème » mais plutôt celle de « débordement ». Les familles développeront plus leurs ressentis quant aux résultats des processus cathartiques, tandis que les psychologues exprimeront plus amplement les processus eux-mêmes.

#### *La sémantique des glossaires officiels*

« Psychologue clinicien » n'est pas référencé comme tel dans les différentes ressources. En dichotomisant les termes, nous trouvons tout d'abord *psychologue*, substantif et adjectif, véhiculant l'idée d'une personne ayant une sensibilité et des aptitudes particulières à percevoir les pensées et les sentiments humains. De manière plus spécifique, le psychologue est le spécialiste de la *psychologie*, substantif décrit comme la science des faits psychiques et partie de la philosophie qui étudie l'âme en ses différentes qualités, de-là découle la consistance scientifique psychologique : recueil de connaissances des comportements, des pensées et des sentiments humains.

Le *clinicien* quant à lui, substantif, est décrit essentiellement dans un positionnement médical, comme procédant par examen direct du patient en vue de poser un diagnostic précis. Il s'agit d'une posture qui s'inscrit dans la démarche *clinique* (adjectif et substantif) réalisée « au chevet du malade » a contrario des observations expérimentales manipulables et des enseignements purement théoriques. Par extension en psychologie, la clinique est l'observation directe du sujet humain dans ses environnements naturels et quotidiens : science décrite comme telle par Daniel LAGACHE en 1949, la psychologie

clinique tend à « comprendre » (c'est-à-dire inclure, saisir et recevoir dans son esprit quelqu'un et/ou quelque chose) le fonctionnement du psychisme humain à partir de ses manifestations.

Nous retrouvons ainsi dans ces différentes acceptions les idées d'accueil en tout venant de ce qu'est un être humain et de ce qui fonde et témoigne de son activité de pensée, sans but autre a priori dans la rencontre, que de tenter de comprendre son fonctionnement. Ici s'inscrit probablement cet « à côté » longuement décrit par les participants : au sein de rôles plutôt bien définis pour les autres professionnels quant à leur but dans le fonctionnement manifeste global des équipes, le psychologue évolue dans un cadre plus flexible où les tenants et aboutissants de sa praxis sont éminemment singuliers et fonction de l'évolution des différentes situations rencontrées.

## **II.2. Analyse des représentations attenantes aux protagonistes de l'enfantement ; construction d'un modèle**

### **II.2.a. Représentations, affects, complexes, imagos et fantasmes : la richesse des mouvements perceptifs**

Dans le travail de liaisons en tâtonnements produit par les participants dans la dynamique de la recherche coactive, à partir de nos pressentis cliniques inauguraux de pièce(s) manquante(s) dans la compréhension de l'organisation périnatale en réseau(x) et alors que nous souhaitions initialement recueillir des données représentationnelles,



nous nous rendons compte dans le traitement des discours que nous avons probablement recueilli un au-delà et parfois un en-deçà des représentations dans ce qui était exprimé, dans ce qui n'était pas exprimé et surtout dans tout ce qui était exprimé pour que *ça* ne le soit pas :

« Dans toute expérience analytique, nous avons affaire à deux formes de mémoire et d'oubli :

- une forme de mémoire non mémorable, immuable, répétitive, inaltérable au temps et qui se présente sous la forme *d'une amnésie inorganisée, non liée* [Ndlr : les italiques dans ces extraits sont soulignées par l'auteur lui-même];
- une forme de mémoire oublieuse, *une amnésie organisée*<sup>38</sup>, en transformation incessante qui se contredit, se réécrit, s'efface et resurgit, s'inscrit dans la temporalité, est travaillée par le fantasme, la pensée, l'interprétation. » (p. 125, Enriquez, 1987)

Il nous paraît en ce qui concerne notre « matériel », s'agir de la deuxième forme :

« La mémoire oublieuse et mémorable est une *amnésie organisée* qui obéit à l'action des processus secondaires. Sa dynamique et son économie sont déterminées par le conflit psychique...Toujours en transformation, elle s'écrit et se réécrit dans la temporalité, donnant simultanément le sentiment d'une continuité de soi et d'une différence de soi à soi dans le temps...ce travail de remémoration est un travail de *transcription* pour autant que toute transcription *avoue ce qu'elle énonce en le dissimulant*. » (p. 129, Ibid.)

Nos réflexions s'orientèrent alors vers la compréhension de la fonction de cette organisation défensive. En étayant nos réflexions sur certains glossaires psychologique, psychanalytique et philosophique<sup>39</sup>, nous avons tout d'abord tenté de saisir au plus près la nature des données recueillies.

Du latin « *repraesentatio* » signifiant « mettre sous les yeux », la *représentation* décrit généralement : 1°/ l'action de rendre présent quelque chose d'abstrait et/ou d'imperceptible

2°/ l'action de déléguer quelqu'un et/ou quelque chose

3°/ le résultat de ces actions

---

<sup>38</sup> Ndlr : renvoi de l'auteur : « L'expression est de J. Rouart, « Le souvenir comme amnésie organisée », *Revue Française de psychanalyse*, Mémoire et souvenir, juillet-août 1979, PUF » (texte non consulté pour notre travail de thèse)

<sup>39</sup> Respectivement selon les disciplines :

Houzel D., Emmanuelli M. et Moggio F. (2000)

Laplanche J. et Pontalis J-B. (1967) et Chemama R. et Vandermersch B. (1995)

Auroux S. (1990) et Godin C. (2004)

Dans un contexte psychologique, nous pourrions reformuler que la représentation serait le produit dynamique de l'activité mentale tendant à rendre présent par délégation, un objet qui en devient ainsi contenu concret de l'acte de pensée (abord défendu par Leontiev -1959- dans ce qu'il a alors nommé « reflets psychiques »). Dans ses découvertes, Freud module toutefois cette concrétude en introduisant une dichotomie entre « représentation de chose » et « représentation de mot » d'une part et « représentation » et « affect » d'autre part : les représentations de chose plus particulièrement inconscientes se rapportant notamment à des traces non langagières (sorte d'empreintes et d'impressions esthétiques) et les représentations de mots se rapportant à des modalités langagières conscientisables ; les représentations de mot et de chose seraient une modalité fonctionnelle et dynamique d'étiquetage par, dans et pour la pensée et les affects seraient l'ensemble des ressentis, éprouvés, émotions, etc...donnant à l'activité de pensée une qualité d'investissement, une présence et une intentionnalité (au sens de Daniel Stern).

« La représentation est donc « mise-en-présentation » de la psyché pour la psyché, autorencontre entre une activité originaire et un « produit », tout aussi originaire, qui se donne comme présentation de l'acte de représenter pour l'agent de la représentation. [...]

...toute création de l'activité psychique se donne à la psyché comme reflet, présentation d'elle-même, force engendrant cette image de chose dans laquelle elle se reflète ; reflet qu'elle contemple comme sa création, « image » qui est conjointement pour la psyché présentation de l'agent producteur et l'activité produisante. Si on admet qu'en cette phase le monde – le hors-psyché – n'a pas d'existence hors la représentation pictographique que l'originaire forge, il s'ensuit que la psyché rencontre le monde comme un fragment de surface spéculaire, dans laquelle elle mire son propre reflet. Du hors-soi elle commence par ne reconnaître que ce qui peut se donner comme image-de-soi, et le soi à son tour se présente à lui-même comme, et par cette activité et ce pouvoir qui ont engendré ce fragment du hors-soi qui en est la spécularisation. » (p. 48 [...] p. 58, Aulagnier, 1975)

Ce que nous avons retrouvé dans les discours des participants serait l'investissement conscientisé de leur activité de pensée en ce qu'elle les concernait (nous verrons plus loin en ce sens la pertinence du jeu des différents pronoms utilisés dans le cadre discursif) ou tout du moins une partie de cette dernière, celle qu'ils ont été à même de mettre en mot. Mais nous n'avons pas non plus recueilli uniquement que des représentations au sens freudien du terme : compte-tenu des climats de nos rencontres particulièrement habitées par nombres d'émotions, nous pourrions souligner que des *affects* ont également été recueillis. Par ailleurs, nous avons pu constater que certaines représentations recouvertes en fait plusieurs objets simultanément. Ainsi, au-delà de

l'étiquetage singulier d'un objet, ce qui tendait à être signifié (le signifiant véhiculé par les signes dans une terminologie plus lacanienne) venait transmettre non pas une seule idée, mais exprimer des associations et des (re)groupements dynamiques de plusieurs éléments psychiques : des schèmes donc en terminologie psychologique. Et parce que ces schèmes se vivaient dans une coloration émotionnelle marquée, nous nous permettrons ici de parler de *complexes*.

La notion de « complexe » introduite initialement par Breuer et développée par Jung, désigne un ensemble organisé de représentations et d'affects partiellement ou totalement inconscient et structurant l'activité de pensée et notamment les postures et les comportements. Manifestations psychiques contemporaines et singulières de l'être, les complexes seraient sous-tendus par des dimensions à la fois onto et phylogénétiques dont notamment les *imagos* : prototypes inconscients et survivances imaginaires d'empreintes de relations interpersonnelles orientant en tant que modèles les postures du sujet humain. Il semble que nous ayons recueillis au sein de notre recherche les complexes et imagos participant de l'activité de pensée verbalisée de nos participants, plus que de simples représentations isolées. Parce que les participants pouvaient mettre en jeu dynamique leurs représentations, affects, complexes et imagos tout en y prenant place, nous souhaiterions également évoquer la notion de *fantasme* quant à la qualité de nos données.

Du latin « phantasme » et du grec « phantasma » signifiant « apparition, fantôme » (relatif donc à des éléments évoquant l'abstrait et le difficilement palpable) la notion de « fantasme » convoque sur le plan psychique des sémantiques proches de l'imaginaire, voire de l'hallucinatoire. Les éléments en jeu dans le fantasme sont pluriel : il ne s'agit pas d'un seul objet, mais d'un (re)groupement séquentiel mis en scène par un sujet qui s'y inclut par là-même. Permettant de (re)construire les informations ainsi intégrées par le sujet, il s'agirait d'une scénographie éminemment singulière d'un ensemble de reflets psychiques. Permettant à la personne de pouvoir investir selon ses propres modalités des éléments qui ne l'auraient été que peu aisément sinon, le fantasme (pré)figure une médiation entre les tensions et conflictualités psychiques : entre les désirs, leurs accomplissements et les limites rencontrées dans ces buts. Plus ou moins conscientisé voire parfois plus ou moins conscientisable, le fantasme est tout à la fois un processus imaginaire et le fruit illusoire de ce processus. Selon qu'il pourra être formation de compromis dans des processus secondaires (rêverie diurne par exemple, sublimation dans la création artistique) connexion intermédiaire dans des mouvements plus

préconscients (abréaction par exemple) ou formation inconsciente (onirisme nocturne ou pathologique), le fantasme reste l'expression d'un désir : navette de passage entre les différentes instances de la psyché, mais en étant plus ou moins bien déguisé et tolérable. Une place à part est à faire dans l'abord particulier de Laplanche et Pontalis en ce qui concerne les fantasmes originaires (1964, 1985). Formations psychiques typiques organisant la vie fantasmatique au-delà des différences interindividuelles et à travers les instances de la psyché, la nature phylogénétique de ces fantasmes seraient évoquées et notamment en lien avec les objets de leurs investissements : vie intra-utérine, scène originaire, castration, séduction...autant de préoccupations traversant les temps et les cultures. Comme les mythes collectifs dont ils procèdent et auxquels ils participent tout à la fois, les fantasmes originaires tendent à répondre aux questionnements fondamentaux sur les origines de l'être. Or, l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants convoquent justement ce type de problématiques, comme nous allons le voir ci-après.

Ainsi, et avant d'interroger plus spécifiquement les contenus des données, cette digression sur leurs natures et leurs qualités nous semblait importante afin d'une part de mieux cerner les objets de notre étude et d'en entendre par là-même d'autre part toute leur richesse et leur complexité. Le jeu des dynamiques identitaires au sein de la périnatalité organisée en réseau(x) s'inscrit dans des formations psychiques diverses et variées, fondant peut-être en cela les processus latents de la variable plus manifeste de la « multiplicité » des protagonistes de l'enfantement. Entre potentiels accordages et désaccordages relationnels et communicationnels, nous tendrons à souligner les problématiques nodales qui mobilisent selon nous les conflictualités de la périnatalité organisée en réseau(x) en nous interrogeant en quoi ces nœuds problématiques peuvent constituer le formant de la potentialité créatrice des liens institués autour de l'enfantement, en n'étant plus alors finalement si paradoxaux que cela : car comme le rappelle Paul Valéry : « le paradoxe est le nom que les imbéciles donnent à la vérité ».

### **II.2.b. Les paradoxes problématiques ou les problématiques paradoxales de la périnatalité organisée en réseau(x) ?**

Comme explicité dans le chapitre « fil rouge » de la première partie de ce travail, la périnatalité en réseau(x) nous est apparue être l'organisation actuelle des Hommes autour de l'enfantement, organisation qui suivrait les mêmes logiques anthropologiques

que celles rencontrées dans d'autres temps et lieux : mettre en place les savoir-faire, savoir-dire et savoir-être, afin de prévenir et de protéger le potentiel nouveau membre qui accèdera ou non à la vie, mais également les membres qui lui ont préexisté et ceux qui pourraient lui succéder. Abord d'un sens de la prévention et de la protection qui se vivrait non seulement dans une continuité temporelle et spatiale dépassant largement la problématique singulière du Naissant et de sa famille, mais qui ouvrirait également en cela la notion de potentiels dangers qui ne seraient pas uniquement concrets mais aussi plus symboliques : chaque Naissance est une porte ouverte sur l'Inconnu. Au-delà de cette variable phylogénétique qui nous traverse tous, chaque Naissance est également pour chacun (familles et professionnels) une réminiscence esthétique et fantasmatique de l'enfantement, qui convoque une sensorialité et un ensemble de représentations et d'émotions habituellement censurées.

La périnatalité organisée en réseau(x) et notamment le travail psychique qui la sous-tend et qui en procède, pourraient apparaître comme des dynamiques groupales tendant à conjuguer au quotidien effraction d'un réel peu aisément intégrable et nécessaire adaptation pour tous et pour chacun, face aux événements concrets de l'enfantement.

« ... les institutions et les groupes rencontraient la même exigence de structuration [*Ndlr : que le sujet*]. Ainsi le traitement du reste, la dialectique de ce qui s'organise, se structure, et de ce qui échappe à ce processus, ne s'effectue pas seulement dans l'intimité de la vie psychique individuelle, elle est aussi une exigence d'élaboration groupale de la vie collective et institutionnelle. » (p. 158, Roussillon, 1987)

A partir des éléments recueillis auprès des familles et des professionnels de la Naissance et notamment à partir du relevé des nœuds d'accordage et de désaccordage, nous tendrons à développer différentes problématiques en qualité de discussion et d'analyse de notre recueil de données sur les représentations attenantes aux acteurs et intervenants de l'enfantement.

### **La problématique nature/culture-pathologie/normalité, dans l'accompagnement de la mise et de la venue au monde des enfants**

A travers les témoignages des participants à la recherche, nous avons pu entendre de quelle manière l'organisation des différentes professions était conditionnée par le différentiel pathologie/normalité (les différentes fonctions étant selon ce critère assignées à telle ou telle pratique, comme par exemple les distinguo évoqués entre les auxiliaires de soins et les sages-femmes et les puéricultrices). Nous avons pu comprendre combien ce différentiel posait en lui-même grandement question et en cela

comment l'organisation des soins pouvait être fréquemment interrogée : quels référentiels pour discerner le pathologique du normal et quelles assignations à partir de cela ? Si comme nous l'avons par de très nombreuses fois entendu tel ou tel professionnel va s'inscrire dans la réalisation de tel ou tel acte selon qu'il y a pathologie ou non, il est envisageable qu'il se produise à certains moments un empiètement des rôles et les nécessités de s'accorder, soit dans la complémentarité, soit dans la subsidiarité, soit dans l'adversité, afin que chacun puisse légitimer sa place et celle des autres (nous l'avons plus particulièrement constaté entre les sages-femmes et les obstétriciens par exemple, mais également entre les puéricultrices et les sages-femmes...). Multiplicité et empiètement des fonctions qui ne sont pas sans poser soucis de repérages et d'adressages sur le terrain (à la fois pour les professionnels mais également pour les familles) et qui semblent pourtant ici n'être que la face émergée d'un iceberg dont la partie immergée serait beaucoup plus abyssale. Si nombres de questionnements chronophages ont trait à la gestion de la place de chacun face au pathologique et au non-pathologique, cela pourrait permettre de faire l'économie d'interroger le problème plus vaste et controversé du normal et du pathologique en eux-mêmes autour de l'enfantement : référentiels nous amenant à la problématique socioculturelle de la Naissance comme phénomène naturel et/ou événement culturel. Le Languedoc-Roussillon, région française où s'est déroulée notre étude d'un pays occidental moderne et industrialisé, reconnaît le médical dans son système de références comme figure d'autorité légitimée. Médecine qui rappelons-le à l'instar de Michel Foucault (1963), traite du pathologique sur un modèle perceptif assujetti aux preuves.

« Philon d'Alexandrie distingue, comme de nombreux auteurs grecs, la *thérapeutique* et la *iatrique*. La pratique iatrique s'applique au corps et relève de la médecine alors que la thérapeutique est beaucoup plus large, elle soigne l'âme comme les médecins soignent les corps et elle est vouée à une pratique du culte de l'être. [...] L'EBM (Evidence Based Medicine), Médecine fondée sur des preuves, se trouve aujourd'hui élevée à la dignité des Saintes Ecritures auxquelles chaque mortel se réfère dans ses comportements quotidiens et auxquels il sacrifie dans les divers cultes de la « superforme »...A notre époque, le « iatrique » tend à occuper tout le champ du « thérapeutique ». » (Gori et Del Volgo, 2005. p. 64 [...] p. 67)

Ce constat permet d'entendre la particularité de la place de la Naissance dans ce référentiel de valeurs médicalisées, où l'accompagnement des processus de l'enfantement et des premiers temps de vie non pathologiques la plupart du temps, suit pourtant les logiques organisationnelles d'un système censé se préoccuper

essentiellement du pathologique. Constat qui permettrait d'éclairer en quoi la problématique nature/culture-normal/pathologique se complexifie d'autant plus lorsqu'il s'agit de la Naissance. La prééminence du discours médical créerait des tensions entre désir de s'y référer, nécessité de s'y référer, voire obligation de s'y référer, d'où par exemple l'ambivalence que nous avons pu entendre dans ce que les parents ont exprimés à propos de la place du pédiatre, ce que nous avons perçu entre les différentes postures des sages-femmes et plus globalement entre les « commandes institutionnelles » assignées aux professionnels et ce qu'ils réalisent concrètement dans leur pratique quotidienne.

Pour accompagner la « porte ouverte sur l'Inconnu », les sociétés se dotent de « passeurs » dont la mission est tout à la fois :

- d'accueillir le Naissant et de le protéger du nouvel environnement auquel il est confronté
- de guider les familles dans le chemin qu'elles accomplissent pour advenir ou pour s'agrandir et de les protéger du Naissant et de leur écosystème habituel
- de protéger la société du Naissant et des familles en mutation.

Pour réaliser ce travail, l'histoire et l'anthropologie nous apprennent que trois fonctions sont généralement mobilisées : l'une auprès des corps de l'enfant et de la mère, l'autre assistant la première, la dernière faisant le lien entre les lieux et temps de l'enfantement et le reste du monde, réel et fantasmatique. Trois fonctions anthropologiques de l'enfantement qui au sein de la périnatalité organisée en réseau sont incarnées en moyenne (pour une Naissance sans difficultés particulières dans l'ante et le post natal) par une trentaine de personnes. La multiplicité et l'empiétement des fonctions manifestes des professionnels, se révèlent être un morcellement de ces trois fonctions anthropologiques. Il pourrait ainsi apparaître une paradoxalité entre le dessein initial de la périnatalité organisée en réseau(x) (celui de permettre aux différents professionnels d'être liés et reliés afin d'offrir continuité et congruence au-delà des morcellements effectifs sur le terrain) et le fait que cette organisation soit en elle-même morcellante. Pourtant, cette multiplicité, ces empiétements et ces logiques de morcellement, pourraient également être perçus comme une tactique défensive groupale proche des productions oniriques :

« Au service de la censure, la diffraction est une technique de camouflage par dissémination des éléments du puzzle, qui, regroupés et agencés dans leurs emboîtements mutuels, composent la figure de l'objet censuré. » (p. 165, Kaës, 1993)

Cette tactique des processus de diffraction pourrait selon les capacités intégratives des appareils psychiques, s'apparenter au clivage. Ce distinguo est important car il se rapporte directement aux variables qui positionneront la périnatalité réticulaire en qualité de cercle vicieux et/ou vertueux. Rompre la perception de l'intégrité du processus de passage de la Naissance par le compartimentage des lieux (différents services, institutions, pièces...) par le cloisonnement des temps (antenatal, parturition, post-partum...) par la scission virtuelle d'un monde d'adultes et d'un monde d'enfants (être « aux bébés », être « aux mamans ») par la dichotomisation soma-psyché (« somaticiens », « psys »...) par la multiplicité des fonctions et par là-même des rôles, des statuts, des places et des assignations... permettrait finalement de réduire les confrontations de chacun fasse à la « porte ouverte sur l'Inconnu » et de réaliser ainsi par cette organisation groupale défensive de substantielles économies au niveau des ressources psychiques singulières. Ce processus défensif groupal permettrait de procéder de même fasse au bain esthétique émotionnel et représentationnel de l'archaïque, des origines, du sexuel, de la génitalité et des imagos familiales, que convoquent les notions de procréation et de mise et venue au monde des enfants.

### **Archaïsme, origines, sexuel, génitalité et imagos familiales : réminiscences et défenses psychiques face à l'enfantement**

Les percepts de tous et de chacun face aux corps de la gestante, de la parturiente et de la nouvelle mère, de l'embryon, du fœtus, du nouveau-né et du nourrisson ; la vision de ces corps, le toucher de ces corps, l'olfaction de ces corps, l'écoute de ces corps, la saveur de ces corps, mobilisent une réminiscence esthétique et fantasmatique qui convoque toute une sensorialité et tout un ensemble de représentations et d'émotions habituellement censurées. Barrées par l'amnésie infantile inaugurale et refoulées ensuite peu à peu et de manière plus ou moins satisfaisante dans la mise en place des complexes organisateurs de la personnalité, les premiers temps de vie et les processus qui les sous-tendent sont reconstruits dans les réalités et les narrations sous forme de concepts vis-à-vis desquels l'expérience des processus de l'enfantement vient faire effraction. Cette constatation plus aisément admise vis-à-vis des familles, s'avère beaucoup plus difficile à discuter du côté des vécus professionnels. Or, nous avons pu entendre combien penser la Naissance des familles soulevait pour tous et chacun un intime débordant largement la problématique de la seule identité professionnelle. Nous avons pu percevoir combien avait été coûteux pour les participants à la recherche, non seulement de prendre



conscience de cela, mais d'avoir été en plus assez en confiance dans l'alliance de notre recherche pour pouvoir élaborer et s'exprimer à ce sujet. Mettre au monde un enfant pour les familles **ET les soignants qui les accompagnent**, invite chacun à éprouver la génitalité et ce faisant à mettre en lumière : les problématiques de construction de l'identité sexuée, du choix de l'objet sexuel, des théories sexuelles infantiles, de la scène primitive, de l'expérience de l'érotisme... Autant d'éléments qui ne sont que très rarement exposés à ce point dans l'espace public. A éprouver également le sexuel et ce faisant à mettre en exergue : les problématiques de l'érogénéisation et l'érogénéité des vécus de la grossesse, de la parturition et du post-partum immédiat, de ce qui est souvent nommé comme la promiscuité avec l'« animalité », de ce pulsionnel brut ou réminiscent, de la sensualité des rencontres... Les discussions passionnées et passionnantes autour de l'allaitement et notamment des temps de mise au sein, de la permission ou non de la mobilité et de la nudité des corps (tolérer durant la parturition et devenant beaucoup plus gênante en dehors de cet alcôve des salles d'accouchement) venant ici témoigner de l'effervescence suscitée. A éprouver ensuite les problématiques des origines et de l'archaïsme : scènes primitives, romans familiaux, théories sexuelles dans un dynamisme ontogénétique mais convoquant également sur le plan phylogénétique le vertige générationnel, se ressentir maillon d'une chaîne qui nous dépasse mais qui ne serait pas unifiée sans notre présence, faire l'expérience du « miracle » de l'accession à la vie et se positionner quant à son avènement... mobilisent les sentiments d'une grande responsabilité plus ou moins aisément assumable autant pour les familles que pour les professionnels. La perception proximale des processus de procréation convoque les imagos qui y sont relatives en (ré)interrogeant la manière dont chacun (familles et professionnels) reflète les problématiques de l'infantile, de la parentalité, de la famille... dans une intimité des vécus dépassant là encore le simple domaine professionnel. Les nombreux échanges à propos des différentes formes et qualités de maternage selon la fonction, selon les alliances et selon les bénéficiaires, trouvant leur source en ces problématiques. Problématiques incontournables car s'enracinant dans les conditions mêmes de l'existence de chacun, mais qui par la fréquence et l'intensité de leur remémoration au sein de la périnatalité pour les professionnels, induisent les nécessités d'une économie défensive devant prévoir en endurance la gestion de ces effractions quotidiennes, voire pluriquotidiennes. Rompre la perception de l'intégrité du processus de passage de la Naissance viendrait également ici permettre un partage des tensions, des retours du refoulé, des conflits... et d'investir

ainsi la tactique groupale défensive en refoulement, diffraction et clivage. Toutefois, ce que l'organisation périnatale semble ainsi gagner en termes d'économie psychique suscite par ailleurs d'autres ressources non négligeables et notamment celles des compétences relationnelles et interrelationnelles d'accordages. Nous proposons dans les paragraphes suivants d'aborder les tactiques mises en place pour tenter de conjuguer les « effets secondaires » de cette première ligne défensive. Si le refoulement, la diffraction et le clivage groupaux s'avèrent être efficaces face aux abysses émotionnels et représentationnels que convoquent la Naissance, ils induisent également nombres de souffrances sur le terrain, vis-à-vis desquelles les familles et les professionnels tentent de s'adapter plus ou moins consciemment et de manière plus ou moins adéquate.

### **Intra, inter et transgroupalité : des processus identificatoires au sein de la périnatalité organisée en réseau**

Des divers lieux et divers temps des accompagnements, procèdent et participent la problématique d'une organisation de la périnatalité entre unités, équipes, secteurs, services, pôles, institutions, catégories professionnelles etc... De ce principe va découler le constat d'une multiplicité de sentiments d'appartenance groupale, pouvant plus ou moins s'harmoniser et induisant une dynamique très riche de positionnements possibles pour telle ou telle situation clinique donnée. Le sujet de/dans le groupe revêt déjà une gymnastique réflexive complexe en regard aux approches d'analyses plus classiquement singulières :

« Le processus de groupe sont des processus complexes parce qu'ils concernent deux espaces hétérogènes et associés : l'espace intrapsychique de chaque sujet et l'espace commun, intersubjectif et transsubjectif du groupe lui-même. Mais ils sont aussi complexes parce que coexistent des processus d'origine et de fonctions diverses, qui produisent eux aussi des effets de travail hétérogènes dans ces deux espaces psychiques... C'est sur cette double hétérogénéité des processus, individuels et groupaux, synchronique et diachronique, que se fonde le travail psychique propre à la situation de groupe. » (p. 70, Kaës, 1999)

Ce que nous souhaitons ici relever est que dans le domaine périnatal réticulaire il s'agit non seulement du sujet de/dans le groupe mais également du sujet de, dans, entre et à travers le(s) groupe(s), ce qui démultiplie les phénomènes groupaux sans que ces phénomènes ne soient non plus toutefois à percevoir comme des mouvements de type « foule ». Il s'agirait plutôt d'un système complexe d'entrecroisements de petits groupes plus ou moins reliés et vis-à-vis desquels les sujets singuliers voyagent. Et ce serait la

manière dont ces sujets voyagent dans l'intra, l'inter et le trans-groupe, qui procéderaient et participeraient des potentialités préventives et thérapeutiques du réseau périnatal.

« Une distinction doit être faite entre les niveaux d'analyse du lien, envisagés d'un triple point de vue : du point de vue du sujet, dans la singularité de sa structure et de son histoire psychiques ; du point de vue de la relation entre les sujets du lien ; du point de vue de l'institution du lien, dont l'organisation et les fonctions obéissent à un autre niveau logique que celui des sujets constituants et de leur relations. Cette distinction pose l'hétérogénéité des espaces psychiques. » (p.12, Kaës, 1996)

C'est intra, inter et trans-groupe du sujet de, dans, entre et à travers le(s) groupe(s) nous est d'abord apparu dans le jeu des pronoms personnels utilisés dans les différents discours des participants. Selon les contextes des entretiens, selon les questions et selon les thèmes abordés, les participants à la recherche ont jonglé entre « eux », « on », « nous » et « je » afin d'introduire leurs différentes postures dans leur prise de parole. Bien qu'une analyse fine aurait pu être passionnante (analyse de l'utilisation de tel ou tel pronom dans les discours, avec justement une possibilité d'utiliser différentes variables pour tenter d'identifier les motivations des changements de posture) la complexité et la nature de ce travail nous sont apparues être des arguments pour justifier de réaliser cela dans des temps ultérieurs à ce présent travail de thèse. Toutefois, cet élément que représente le jeu des pronoms nous est apparu pouvoir éclairer le lecteur sur la dynamique complexe de l'intra, de l'inter et du trans-groupe au sein de la périnatalité organisée en réseau(x) et surtout sur ses soubassements psychiques groupaux. Nous proposons ici à défaut d'exposer une analyse fine, d'aborder la question dans les grandes lignes.

Ainsi, *eux* tout d'abord, nous est apparu être le pronom pluriel désignant les autres en ce qu'ils représentent un groupe dont je ne me sens pas faire partie au moment où j'en parle et dans un objectif de différenciation : il s'agirait d'une identification par exclusion. Dans notre étude, « eux » fera apparaître les dichotomies fondamentales de l'organisation périnatale telles que nous avons pu les développer précédemment : familles-professionnels, somaticiens-psy, médecins-autres soignants, autres services, autres institutions... dans une sorte d'éloignement spatio-temporel rendant compliqué l'identification du participant vis-à-vis de ces autres.

On ensuite, pronom *indéfini*, désignerait le groupe dont je me sens faire partie au moment où j'en parle, dans un mouvement de globalisation où ma singularité n'apparaît pas en premier lieu mais se laisse deviner : il s'agirait d'une identification en

englobement. Pouvant également désigner une sorte d'universalité dans l'expression de vérités par là-même admises par tous, le « on » apparaîtra notamment lorsque des thèmes controversés seront abordés, mais également lorsque le participant apparaîtra trop indécis singulièrement et se référera alors à des référentiels plus globaux pour construire ses réponses. Nous n'oublierons pas ici les développements de Didier Anzieu en ce qui concerne ce pronom :

« ...le moi perd ses limites ; les pensées, les émois individuels deviennent transparents aux autres ; quand les autres parlent, ils parlent pour moi, ils parlent de moi ; et quand je parle, je parle non pas de ce que *j'éprouve*, mais de ce qu'*on éprouve*... » (pp. 148-149, Anzieu, 1981)

Dans tous les cas, le « on » sorte de *moi-nous* indéfini s'avérera une tactique défensive confortable pour ne pas trop s'engager dans l'élaboration discursive.

*Nous*, pronom de première personne au pluriel, désigne le groupe dont je me sens faire partie au moment où j'en parle et ce de manière prééminente en une sorte de *moi* pluriel notant un sentiment d'appartenance et un investissement identificatoire importants. Dans notre étude, le « nous » sera le pronom majoritairement utilisé par les participants à la recherche. La demande initiale étant que chaque fonction soit représentée au moins une fois par service avant de s'inscrire de manière plus autonome dans la coaction, les participants le feront donc en effet initialement « au nom » d'un groupe. Toutefois, nous n'en oublierons pas non plus à ce niveau les remarques de Didier Anzieu à propos de l'utilisation de ce pronom :

« Quand une pluralité d'individus réunis et angoissés par l'image omniprésente du corps morcelé ont réussi à la surmonter, à se rassurer, à se considérer, au niveau du perçu et du ressenti, comme des êtres humains, à éprouver une émotion commune agréable, un sentiment positif d'où peuvent naître des pensées et des actions concertées, pour décrire la mutation qu'ils viennent de vivre et la tonalité affective qui est maintenant la leur, ils invoquent le sentiment du « nous », la naissance d'une unité supérieure à chaque individu et à laquelle chaque individu participe... » (pp. 45-46, Anzieu, 1981)

Nous pourrions entendre dans le distinguo on/nous, celui que nous retrouverions entre l'indifférencié et le différencié-réunifié.

*Je* enfin, pronom singulier, notera un engagement personnel en détachement (dans l'expression du moins) de l'appartenance au(x) groupes. Comme le rappelle Piera Aulagnier :

« Le Je n'est pas autre chose que le savoir que le Je peut avoir sur le Je : si notre formule est exacte, elle implique aussi que le Je est formé par l'ensemble des énoncés qui rendent dicible la relation de la psyché avec ces objets du monde par elle investis et

qui prennent valeur de repères identificatoires, d'emblèmes reconnaissables par les autres. » (p. 169, Aulagnier, 1975)

Dans notre étude, l'apparition du « je » se fera lors de l'abord de thème controversés et/ou intimes où le participant souhaitera différencier sa posture du positionnement groupal, dont il se reconnaît toutefois par ailleurs porte-parole.

« Il me paraît alors indispensable d'être attentif au fait que tous les emplacements subjectifs que l'organisation groupale détermine, toutes les contraintes et tous les contrats psychique qu'elle impose, toutes les formations de la réalité psychique qu'elle génère et qu'elle gère selon son ordre, sa logique et sa finalité propres, sont dans des rapports de correspondance, de coïncidence, de complémentarité ou d'opposition chez chacun des sujets du groupe. » (p. 202, Kaës, 1993)

Nous touchons donc ici à la notion des identifications qui comme le rappelle René Kaës sont « la matière première du lien groupal » (p. 93, Kaës, 1999) :

« Les liens de groupe sont en appui sur ce que les ethnologues nomment repère identificatoires. Ces repères matériels et culturels articulent l'espace intrapsychique, l'espace culturel et l'espace social...signes de reconnaissance...signes de distinction : par ces repères chacun peut se faire reconnaître de chaque autre comme membre du groupe et reconnaître ainsi ceux qui appartiennent au groupe et ceux qui n'y appartiennent pas. Les repères identificatoires définissent donc les limites de l'appartenance groupale...Les repères identificatoires mobilisent les identifications inconscientes, ils les soutiennent ou les répriment...On pourrait dire que chaque sujet cherche à faire coïncider dans les liens de groupe ses identifications inconscientes avec les exigences d'emplacement requis par l'appartenance au groupe et par les repères identificatoires qui en témoignent. » (pp. 96-97, Ibid.)

Cette exigence de travail psychique procédant et participant du sujet de/dans le groupe n'est donc déjà pas aisée, mais lorsqu'en plus les sujets doivent « jongler » avec différentes appartenances, d'autres exigences pourraient se surajouter.

### **Le sujet « de », « dans », « entre » et « à travers » le(s) groupe(s) dans le fonctionnement réticulaire**

Afin d'éclaircir notre développement, nous souhaiterions proposer ci-après la démonstration quelque peu fastidieuse de ce dynamisme des appartenances, non à partir de cas cliniques comme nous le ferons dans la partie suivante mais en nous basant sur une fiction institutionnelle, recrée à partir des témoignages des participants à la recherche (et ne recherchant pas l'exhaustivité).

Nous proposerions ainsi au lecteur d'envisager un pôle mère-enfant (par exemple de niveau II) où nous trouverions un service de gynécologie-obstétrique avec les activités de consultations externes, d'hospitalisations de jour et d'hospitalisations complètes attenantes aux problématiques gynécologiques d'une part et obstétricales de l'autre. Nous trouverions

également en étant en niveau II une petite unité de pédiatrie néonatale qui, parce que telle serait l'organisation géographique, serait attenante au service de pédiatrie à quelques mètres du service de gynécologie-obstétrique. En respectant la représentativité qui a été la nôtre dans cette étude, nous pourrions être à même de rencontrer dans ce pôle l'ensemble des fonctions des différents participants à la recherche : sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste-réanimateur, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, aide-soignante, cadre de santé, secrétaire, personnel de ménage, pédopsychiatre, psychologue.

La sage-femme, médicale à responsabilité limitée pourrait tout à la fois s'identifier au groupe des médecins et/ou au groupe des paramédicaux, ou de manière plus médiane à aucun des deux en particulier. Elle pourrait ensuite selon l'affectation de ses plannings s'apparenter à l'équipe de jour et/ou à l'équipe de nuit, à l'équipe des consultations et/ou des hospitalisations de jour et/ou des hospitalisations complètes, à l'équipe de salle d'accouchement et/ou de soins de suites, à l'équipe d'orthogénie et/ou de grossesse pathologique et/ou de parcours de soin classique, à la « famille » des sages-femmes ayant un dessein d'hypertechnicité et/ou à celle ayant un dessein d'accompagnement plurimodal et holistique... Elle fait en tous les cas partie du service de gynécologie-obstétrique et est à ce titre totalement intégrée au domaine périnatal. Pour leur part, les autres professionnels seraient également à même de s'adresser à elle en visant dans la communication (de manière plus ou moins investie et plus ou moins flexible) l'une ou l'autre de ces appartenances, qui deviendrait en là-même une assignation pour la sage-femme. Qualité de l'adressage, elle-même dépendante de la manière dont les dits intervenants s'identifient eux-mêmes à leurs différents groupes d'appartenance potentiels au moment de la relation interprofessionnelle.

Durant ce temps, le gynécologue-obstétricien pourrait s'identifier aux médecins, à ses confrères pratiquant le même art que lui mais également plus généralement à l'ensemble des médicaux et/ou à sa génération d'internes. Il pourrait s'identifier plus particulièrement aux gynécologues-obstétriciens proches de ses propres convictions cliniques, voire à la grande famille des maïeuticiens au sein de laquelle apparaîtraient donc également les sages-femmes. Il pourrait se référer selon la nature des rencontres et la nature des adresses qui lui sont faites, à la part de son identité professionnelle soit plus gynécologique, soit plus obstétricale et selon l'affectation de ses plannings s'apparenter à l'équipe de jour et/ou à l'équipe de nuit, à l'équipe des consultations et/ou des hospitalisations de jour et/ou des hospitalisations complètes, à l'équipe de salle d'accouchement et/ou de soins de suites, à l'équipe d'orthogénie et/ou de grossesse pathologique et/ou de parcours de soin classique... Il fait en tous les cas, partie du service de gynécologie-obstétrique et est à ce titre totalement intégrée au domaine périnatal. De la même manière que pour les sages-femmes, les autres professionnels seraient également à même de s'adresser à lui en visant dans la communication (de manière plus ou moins investie et plus ou moins flexible) l'une ou l'autre de ces appartenances, qui deviendrait en là-même une assignation pour le gynécologue-obstétricien. Qualité de l'adressage, elle-même dépendante de la manière dont les dits intervenants s'identifient eux-mêmes à leurs différents groupes d'appartenance potentiels au moment de la relation interprofessionnelle.

Le pédiatre pourrait également s'identifier aux médecins, à ses confrères pratiquant le même art que lui, mais également plus généralement à l'ensemble des médicaux et/ou à sa génération d'internes. Il pourrait s'identifier plus particulièrement aux pédiatres proches de ses propres convictions cliniques et se référer, selon la nature des rencontres et la nature des adresses qui lui sont faites, à la part de son identité professionnelle soit plus pédiatrique générale, soit plus particulièrement néonatalogiste (avec alors la possibilité notamment de s'identifier également aux réanimateurs). Selon l'affectation de ses plannings, il pourrait s'apparenter à l'équipe de jour et/ou à l'équipe de nuit, à l'équipe des consultations et/ou des hospitalisations de jour et/ou des hospitalisations complètes, il fait partie du service de pédiatrie et n'intervient à ce titre que sur une partie de son activité dans le domaine périnatal. Toujours de la même manière, nous retrouverons dans la richesse des relations interprofessionnelles la variable « identification » de l'adresseur dans la dynamique identificatoire du pédiatre (variable qui s'appliquera à l'ensemble des professionnels sans que nous la développons dès lors pour réduire les redondances).

L'anesthésiste-réanimateur pourrait à son tour s'identifier aux médecins, à ses confrères pratiquant le même art que lui, mais également plus généralement à l'ensemble des médicaux

et/ou à sa génération d'internes. Il pourrait s'identifier plus particulièrement aux anesthésistes-réanimateurs proches de ses propres convictions cliniques et se référer, selon la nature des rencontres et la nature des adresses qui lui sont faites, à la part de son identité professionnelle soit plus anesthésiste, soit plus réanimateur (avec alors la possibilité de s'identifier également aux néonatalogistes). Il a la particularité d'être affilié primordialement à l'unité d'anesthésie-réanimation transversale à l'ensemble de l'institution, son engagement périnatal n'est que ponctuel dans l'ensemble de sa pratique.

La puéricultrice quant à elle, pourrait faire partie de l'équipe de la maternité ou de l'équipe de pédiatrie, mais pourrait également être amenée à intervenir au-delà de cette organisation administrative dans l'un ou l'autre des services. Elle pourrait s'identifier à l'équipe de jour et/ou à l'équipe de nuit, travailler avec des bébés sans problématique particulière et/ou avec des enfants en souffrance, donner des soins directs au nouveau-né et/ou s'inscrire dans l'éducation thérapeutique et la guidance des parents. Elle pourrait se sentir plus « technicienne pédiatrique » et/ou plus globalement référente d'une puériculture plus large. Elle pourrait être également amenée à ne s'occuper que de petits ou d'une tranche d'âge beaucoup plus vaste d'enfants quant aux soins pédiatriques, s'inscrire plus intensément dans la gestion des auxiliaires de soins et/ou être préférentiellement en lien avec les médecins, avoir une culture de la délégation des soins et/ou des interventions directes...

Les auxiliaires de soins pourraient être de nuit et/ou de jour et plus particulièrement en binôme avec une puéricultrice ou une sage-femme. Elles pourraient dépendre d'un service de gynécologie-obstétrique ou d'un service pédiatrique, être « aux bébés » et/ou « aux mamans », se sentir plus ou moins autonomes dans leurs pratiques au sein de la hiérarchisation des équipes et s'inscrire plus dans l'accompagnement que dans le « faire à la place de »...

Le cadre de santé pourrait placer primordialement dans ses préoccupations le fonctionnement de son service et/ou s'investir majoritairement dans une logique institutionnelle plus élargie. Il pourrait se sentir plus ou moins tiraillé entre son identité de soignant et son identité administrative et être plus ou moins éloigné du terrain des soins directs...

La secrétaire pourrait se ressentir plus médicale qu'administrative. Elle pourrait être plus ou moins à l'aise dans les différentes missions qui lui sont imparties et s'inscrire de manière plus confortable dans l'une ou l'autre de ses missions. Elle pourrait s'identifier plus particulièrement à la famille très générale des agents administratifs et/ou aux services auxquels elle est affiliée...

Les personnels de ménage pourraient se sentir plus ou moins bien intégrés aux équipes de soins, se sentir plus ou moins affiliés à leur identité trans-équipe de personnels de ménage ou comme faisant partie intégrante des services sur lesquels elles interviennent...

Les « psy » pourraient se ressentir comme tel de manière générique, ou notamment pour les pédopsychiatres se ressentir médecin. A ce titre rencontrer les mêmes mouvements identificatoires que les autres médecins et/ou s'inscrire plus particulièrement dans une grille de lecture psychothérapeutique et se ressentir alors membre d'une école de pensée spécifique, rejoignant alors ainsi les psychologues. Ils pourraient tout deux être rattachés administrativement aux services somatiques et/ou à une unité transversale et/ou à un service de pédopsychiatrie proposant des vacations. Ils pourraient privilégier le travail en indirect et/ou le travail direct, estimer leur rôle comme très ponctuel et/ou comme s'inscrivant sur un moyen, voire parfois un long terme et pourraient être amenés à travailler ensemble et/ou à tour de rôle et/ou de manière isolée...

En bref et de manière non exhaustive donc, chaque intervenant posséderait à une échelle singulière tout un panel identificatoire le rattachant de manière plus ou moins directe, plus ou moins péremptoire et plus ou moins flexible, à tels ou tels groupes d'appartenance professionnelle donnés. Appartenances professionnelles qui s'enrichissent comme nous l'avons argumenté précédemment, par des sentiments d'appartenance liés aux imagos familiales.

Ainsi, selon son histoire et selon ses vécus passés et actuels, chaque professionnel pourrait se sentir plus particulièrement « enfant de », « compagnon de », « parent de », « maman de », « papa de », etc... à la fois vis-à-vis du bébé mais également des familles et des autres intervenants, mobilisant ainsi ce qui est classiquement nommé et travaillé sur le terrain (notamment par les systémiciens) comme identifications préférentielles dans l'alliance thérapeutique soit à l'égard des petits, soit à l'égard de tel ou tel autre membre de la famille accompagnante, soit à l'égard du collègue, etc...

Chacun pourrait ainsi se sentir plus ou moins à même d'endosser les demandes de portage de la part des autres, se sentir plus ou moins fragile dans son sentiment de compétences professionnelles, plus ou moins en demande vis-à-vis des autres...

« Dans le groupe, chaque sujet est sollicité dans les multiples faces de sa groupalité psychique, dans ses emplacements fantasmatiques, dans le réseau de ses identifications, de ses relations d'objet, dans son Moi divisé, pluriel, multiface.

Dans le groupe, le sujet se découvre constitué de plusieurs centres, c'est-à-dire de plusieurs instances ; il se distribue dans plusieurs investissements et dans plusieurs lieux psychiques pour être et demeurer participant d'une organisation pluripsychique qui comporte plusieurs noyaux, plusieurs sous-systèmes ou instances. » (p. 105, Kaës, 1993)

Chaque professionnel serait donc à l'image d'une boule communicante à multiples facettes, voire d'une sorte de « rubik's cube » transmetteur et receveur en perpétuel mouvement, en fonction tout à la fois des dynamiques intra et intersubjectives et ayant en cela une fonction hic et nunc dans le système global de l'organisation périnatale.

#### Premier niveau d'analyse : identifications singulières manifestes

Afin d'illustrer nos propos, nous imaginerions une situation fictionnelle de parturition avec comme protagonistes : une parturiente, une sage-femme, un gynécologue-obstétricien et une auxiliaire de puériculture.

En ce qui concerne la parturiente, nous constaterions au niveau imagoïque familial (en descendance et en conjugalité) une certaine sérénité. En revanche, à ce même niveau mais en position d'ascendance, nous relèverions une conflictualité génératrice de tension et d'angoisse : Madame aurait en effet du mal à ce moment paroxystique de sa vie de femme, à se sentir à l'aise quant à ses compétences maternelles et demanderait en cela réassurance. Réassurance technique mais également affective : cherchant tout à la fois à ce que l'on apaise ses craintes de ce qui pourrait advenir concrètement durant la parturition pour son bébé et pour elle-même, mais également en cela et réciproquement, que l'on puisse lui renvoyer (quasiment en élément alpha bionien) un reflet positivant quant à ses compétences de future mère. Sur le plan du paysage démographique institutionnel, elle aurait été une patiente de longue date venant en consultation gynécologique visiter son médecin spécialiste et une gestante ayant fait de même pour le suivi de sa grossesse. Elle connaîtrait ainsi les lieux et les équipes travaillant de jour en équipe de consultation externe.

En ce qui concerne le gynécologue-obstétricien, nous percevrions qu'au niveau professionnel il serait en transversalité quant aux différents temps et lieux du service de gynécologie-obstétrique. Qu'à ce titre il serait tout à la fois un praticien de jour et de nuit, de consult, d'HJ et d'HC, en lien avec la quasi-totalité des équipes. Il pourrait représenter pour les autres professionnels un support projectif de l'imago paternelle, ce qu'il pourrait assumer assez sereinement, se ressentant à l'aise quant à ses compétences paternelles.

La sage-femme, de nuit depuis plusieurs mois, ressentirait éminemment sa place de maïeuticienne au sein de la salle d'accouchement. Dans le paysage démographique institutionnel, elle serait en identification majoritaire aux équipes de nuit et de bloc. Etant en fort conflit actuel quant à son sentiment de compétence maternelle (notamment dans ses vécus en ascendance, bien qu'elle soit plus sereine sur le plan filial vis-à-vis de ses propres



ascendants) elle aurait du mal à endosser les demandes de fonction phorique maternelle émanant des autres protagonistes.

L'auxiliaire de puériculture étant tout récemment passé en roulement de nuit, se sentirait encore proche de la culture des équipes de jour. Et bien que conservant en point commun entre les équipes de jour et les équipes de nuit les soins en suites de couches, elle n'aurait pas fait de bloc depuis de nombreux mois. Ayant alors été habituellement « aux bébés », elle aurait un positionnement plus ancré dans la projection de la future mère que de la parturiente à l'égard de la patiente. En ayant été « aux bébés » elle aurait en effet durant plusieurs mois endossé la fonction grand-maternelle à l'égard des familles et serait à ce titre assez à l'aise pour proposer une fonction contenant matriarcale, bien que ou peut-être grâce au fait que ses propres vécus personnels ne soient que peu sereins, autant en ascendance qu'en descendance.

Nous retrouverions en accordages possibles : la parturiente avec le gynécologue-obstétricien, qui représente sa personne-ressource / la parturiente avec la sage-femme, pour le côté réassurance technique / la parturiente avec l'auxiliaire, pour le côté réassurance affective / le gynécologue avec la sage-femme, pour être à l'aise de nuit / le gynécologue avec la sage-femme, pour être à l'aise au bloc / le gynécologue avec la sage-femme, pour le sentiment de compétences maïeuticiennes techniques / le gynécologue avec l'auxiliaire, pour être à l'aise de jour / le gynécologue et l'auxiliaire, pour le sentiment de compétences professionnelles dans la réassurance affective...

Nous retrouverions en désaccordages possibles : la parturiente avec la sage-femme, pour le côté réassurance affective / la sage-femme avec l'auxiliaire, pour la dichotomie jour-nuit / la sage-femme et l'auxiliaire, pour la dichotomie parturition-soins de suites de couches / la sage-femme et l'auxiliaire pour la dichotomie réassurance technique-réassurance affective...

Nous attendrions : la place charnière du gynécologue-obstétricien dans les possibilités d'harmonisation de cette situation / les problématiques de continuité anté-postnatal et jour-nuit / les problématiques soins techniques-soins affectifs...

Ce que nous souhaitons souligner par cette vignette fictionnelle est tout d'abord l'aspect complexe d'une situation, d'autant plus lorsque l'on envisage à partir de là le maillage beaucoup plus étoffé qui pourrait être représenté avec l'ensemble des intervenants concrètement en jeu sur le terrain. Aspect complexe et *réticulaire*, où commencent à poindre les flux qui peuvent ou ne peuvent pas circuler dans un ici et maintenant donné, selon que les récepteurs et transmetteurs sont ou pas sur « la même longueur d'onde ». Aspect complexe, réticulaire et *dynamique*, puisque outre le nombre des différents protagonistes, il faudrait également essayer de compter avec le principe selon lequel ce type de schéma est une sorte de photographie systémique, prenant donc dans sa focale un temps bien précis de la situation. Selon l'évolution des situations, chaque protagoniste va modifier l'orientation et la qualité de ses facettes, induisant alors la réorganisation réciproque des dynamiques représentationnelles et communicationnelles. Dans le cadre périnatal, le processus mutatoire de la Naissance des familles en ce qu'il mobilise les réaménagements physiologiques, psychologiques et sociaux, peut convoquer la réorganisation permanente des accompagnements et en cela la réorganisation des facettes des accompagnants. Dans les équipes, entre équipes et entre institutions, selon le climat relationnel du groupe, selon les présences, les absences

et les humeurs de chacun, le paysage organisationnel ne sera pas toujours fixe non plus. Il s'agit pour chaque protagoniste de tenter de s'organiser dans les espaces intra et intersubjectifs selon un environnement en perpétuelle mutation en mobilisant selon différentes strates des compétences d'adaptation non négligeables entre les différents groupes d'affiliation qui s'avèrent selon les temps, selon les lieux, selon les problématiques convoquées, selon les identifications préférentielles, etc... plus ou moins harmonisables. Chaque protagoniste faisant de même, nous entendons en cela combien les questions d'accordage et/ou de désaccordage sont permanentes au sein d'une organisation qui s'avère par essence en perpétuelle mutation. Complexité dans les faits, dans les vécus, dans les perceptions... bien que nous n'en soyons pourtant à ce niveau qu'à une dimension des éléments manifestes. Nous avons explicité dans les premiers paragraphes de notre discussion de quelle manière notre point de vue nous avait amenés à entendre l'organisation périnatale comme un mécanisme de défense groupal face aux effractions que l'enfantement pouvait engendrer chez chacun. Lorsque nous abordons en plus de cette complexité des objets explicites le monde moins aisément saisissable des mouvements plus latents et moins conscientisés (voire inconscients) qui participent et procèdent de cette organisation réticulaire en colorant les mouvements identificatoires et les mouvements projectifs, en orchestrant les assignations et les adressages, nous rajouterions d'autres voies(x) de relation et de communication en qualité de *deuxième niveau d'analyse*.

#### Deuxième niveau d'analyse : identifications singulières latentes

De manière toujours non-exhaustive, nous pourrions supposer que :  
La parturiente de notre fiction à ce moment paroxystique sexuel de sa vie, serait submergée par des réviviscences œdipiennes autant à l'égard de ses imagos maternelles que paternelles. Que l'effraction ainsi provoquée quant aux fantasmes de scènes primitives serait particulièrement vive. Que l'angoisse par là mobilisée pourrait l'envahir sur le mode de la crainte de la dangerosité effective quant à son bébé et à sa propre personne. Qu'elle serait alors dans une demande très forte de réassurance sur le plan de la technicité obstétricale, mais également sur le plan affectif dans une demande importante de fonction phorique à l'égard des professionnels.  
La sage-femme de notre exemple serait en écho confortable aux césures instaurées par le système médical, n'ayant pas investie dans ses processus psychiques l'enfantement comme un long processus mutatoire, mais comme un enchaînement de temps obstétricaux qu'elle investirait en conséquence selon ses affectations. Ainsi, lorsqu'elle serait en salle d'accouchement elle aurait surtout en tête la parturition sans forcément faire de lien avec l'ante et le post-natal, du moins à ce moment-là. Dans ce cadre elle investirait préférentiellement une lecture de l'immédiateté, culturellement colorée par la tradition médico-centrée où elle s'inscrirait amplement dans un pendant technico-technique de sa profession, en percevant la parturition comme un moment particulièrement risqué sur le plan physiologique. Elle serait assez sereine quant à ses fantasmes attenants à la sexualité et à la génitalité, bien contenus par son investissement d'un système qui, par clivage, la protégerait de ces réminiscences.

L'auxiliaire de puériculture quant à elle, pourrait être dans un abord éloigné de l'appréhension médico-centré de la Naissance et s'orienterait préférentiellement vers une intégration de cet événement comme long processus constructif pour chacun, où l'accouchement serait tout à la fois aboutissement et commencement. Elle serait peut-être plus interpellée par la puissance pulsionnelle du moment et serait, parce que son histoire serait telle, assez inconfortable pour penser l'accession à la maternité en lien avec le retour potentiellement déstabilisant des fantasmes de scènes primitives.

Le gynécologue-obstétricien ayant accompagné la parturiente depuis des années, ayant suivi l'émergence de son désir d'enfant, écouté les doutes durant des mois quant à la fécondation qui se faisait attendre, abordé avec elle des questions relatives à sa vie intime avec le papa du futur enfant, entendu les liens qu'elle échaufaudait entre ces difficultés pour tomber enceinte et ses souvenirs d'enfance attendant à la déchirure conjugale de ses propres parents... pourrait avoir bien en tête tous les liens entre procréation, génitalité, roman familial... et pourrait ne pas en être dérangé quant à sa praxis. En revanche, il pourrait être en conflit latent quant à sa profession (ce que l'on attend de lui en tant que médecin) dans un système médicalisé moderne où la parturition serait entendue comme temps nécessitant une grande vigilance technico-technique et ses convictions étayées par son expérience, que la plupart des accouchements sont eutociques et ne nécessitent pas de précipitation quant aux interventions médicalisées.

Ces exemples fictionnels présentant les deux premiers niveaux d'analyse des systèmes réticulaires, pourraient constituer un outil potentiel de lecture et de compréhension des différentes situations que nous rencontrons dans notre clinique périnatale quotidienne, en permettant de percevoir les tactiques psychiques mises en place de manière singulière et groupale, pour conjuguer la possibilité de penser et d'éprouver un système complexe et dynamique tout en conservant le principe de constance psychique incontournable (comme Freud l'a rappelé et explicité à l'instar de l'impériosité de l'homéostasie physiologique).

Le sujet de, dans, entre et à travers le(s) groupe(s) souligne le principe selon lequel chaque membre possède une vie psychique singulière et dynamique, chaque groupe également et chaque institution aussi.

« L'analyse de l'institution en termes de rencontre de deux groupes institués permet de faire apparaître, dans une dynamique tout à fait différente, ce que j'appelle le *transfert intergroupal*. Lorsque deux groupes sont *suffisamment institués*, selon des régulations psychiques *suffisamment permanentes*, il se produit entre ces deux groupes des phénomènes de transfert qui opèrent directement de groupe en groupe via des figures phoriques inconsciemment mandatées par des groupements transsubjectifs... » (p. 189, Duez, 1996)

Ces vies psychiques particulières fonctionnent, bien qu'à des niveaux différents, de manière interdépendante dans une richesse et une complexité en perpétuel mouvement.

« La difficulté spécifique que je souligne est plus complexe que celle des rapports bipolaires interne-externe, contenant-contenu, déterminant-déterminé, partie-ensemble ; nous sommes ici dans un système polynucléaire et emboîté, dans lequel, par exemple, le contenant (le groupe) du sujet est le contenu d'un méta-contenant

(l'institution) ; ou bien encore, on a affaire à une organisation du discours qui se détermine en des réseaux de sens interférents, chacun sur un mode propre organisant les insinuations du désir et les occultations de sa manifestation. » (p. 3, Kaës, 1987)

Chaque facette à l'échelle singulière supporte et est supportée par le système groupal d'appartenance qui lui est sous-jacent et auquel elle participe. Système groupal qui ancre de manière inaugurale la part du sujet de/dans le groupe, le sujet entre le(s) groupe(s) et le sujet trans-groupe apparaissent dans une sorte de sujet de/dans le groupe se vivant dans le dynamisme des pluralités d'appartenance.

« ...ces « métapsychologies » interférentes dessinent une polytopie des scènes psychiques et des inscriptions subjectives, une économie croisée, une dynamique démultipliée. » (p. 115, Kaës, 1993)

Chaque protagoniste s'avère porteur de sa propre histoire singulière plus ou moins manifeste et plus ou moins conscientisée, mais également porteur de l'histoire propre de ses groupes d'appartenance, également plus ou moins manifeste et plus ou moins conscientisée : ce que José Bleger (1987) a appelé « identité groupale synchrétique ».

« Ces considérations conduisent à distinguer, d'un côté, l'unité fonctionnelle et structurale du groupe, qui se laisse décrire en tant qu'*organisation*, constatée comme un fait, analysée dans son principe ordonnateur, dans ses processus, ses formes, ses effets et ses causes et, d'un autre, la représentation fantasmatique, imaginaire ou symbolique de l'*unité* du groupe en tant qu'objet investi par les membres du groupe. » (p. 179, Kaës, 1993)

Le niveau intra, inter et transgroupal pourrait ainsi être représenté, en qualité de *troisième et quatrième niveaux d'analyse*.

#### Troisième et quatrième niveaux d'analyse :

##### identifications groupales manifestes et identifications groupales latentes

Si nous reprenons notre fiction, la parturiente pourrait être en demande de technicité obstétricale et avoir bien connu en anténatal l'équipe des consultations externes. Elle serait alors en lien avec le groupe « parents en demande de technicité » et aurait plutôt en tête l'équipe de jour des consultations externes, dont le seul membre lors de son accouchement serait le gynécologue-obstétricien.

L'auxiliaire de puériculture, de nuit depuis quelques jours, serait en train de (re)prendre les rythmes et la culture de ce groupe, différents de ceux des équipes de jour, d'autant qu'elle n'était alors pas au bloc mais en suite de couches. Ayant vécu l'expérience de certaines situations où la parturition avait été peu aisément vécue en post-partum par certaines jeunes mamans, elle ferait partie du groupe « appréhension holistique et continue de l'enfantement ».

La sage-femme, qui serait de nuit et de bloc depuis quelques mois, ferait plutôt partie du groupe des sages-femmes « technico-technique ». Elle ne connaîtrait pas la parturiente, mais serait à même de répondre à sa demande de technicité.

Le gynécologue-obstétricien quant à lui, se sentirait faire autant partie des équipes de jour que de celle de nuit, autant en consultation, qu'au bloc et en suites de couches. Il se sentirait comme faisant plus particulièrement partie du groupe « appréhension holistique et continue de l'enfantement ».

Dans notre fiction, apparaîtraient de manière non-exhaustive dix groupes représentés : celui des parents en demande de technicité, celui de l'équipe de jour, celui des consultations externes, celui de l'équipe de nuit, celui de salle d'accouchement, celui des professionnels technico-techniques, celui des suites de couches, celui des professionnels appréhendant la Naissance comme phénomène holistique et continu, celui des protagonistes famille de l'enfantement et celui des protagonistes professionnels de l'enfantement. Certains groupes pouvant s'accorder aisément, d'autre moins... Peut-être le groupe équipe de nuit pourrait ne pas fondamentalement être différent, selon que l'on parle du groupe équipe de nuit de bloc et/ou de soins de suites, par exemple. Peut-être le groupe équipe de jour est-il en revanche lui-même divisé entre le groupe équipe de jour de consultation et équipe de jour de bloc, qui n'auraient pas du tout la même culture ?

Lorsque nous ajoutons également les parts latentes des phénomènes groupaux (en qualité de *quatrième niveau d'analyse*) nous entendons que se sentir faire partie d'un groupe et notamment de plusieurs groupes (qui sont plus ou moins harmonisables) invite chacun et tous à une gymnastique psychique fort riche et pourtant peu souvent conscientisée.

Nous entendons en ces troisième et quatrième niveaux un lien possible avec les modèles bioniens, le niveau groupal manifeste et le niveau groupal inconscient, nous semblent réciproquement correspondre aux notions de « groupe de travail » et d'« hypothèses de bases » :

« Dans tous les groupes, on peut apercevoir plusieurs courants d'activité mentale. Même constitué fortuitement, un groupe se réunit toujours pour « faire quelque chose » ; en rapport avec cette activité, tous les individus qui le composent coopèrent dans la mesure de leur capacité. Cette coopération est volontaire et dépend en partie des talents qui ont été cultivés par l'individu à un niveau rationnel...C'est à cet aspect de l'activité mentale dans un groupe que j'ai donné le nom de Groupe de Travail. [...]

L'activité du groupe de travail est gênée, détournée et, à l'occasion, soutenue par d'autres activités mentales qui, toutes, possèdent une puissante force affective...il existe des idées investies de réalité par la force des émotions qui leur sont associées... ces idées ne se conforment pas à ce qu'attendent consciemment les plus simples des participants. [...]

Contrairement à la fonction du groupe de travail, l'activité de base n'exige, de la part de l'individu, aucune capacité à coopérer, mais suppose qu'il possède...la faculté...de se combiner de façon instantanée et involontaire [*Ndlr : se combiner avec d'autres*] pour agir selon une hypothèse de base qu'ils partagent. [...]

L'organisation et la structure sont les armes du groupe de travail. Elles sont le fruit de la coopération entre les membres du groupe... La contrepartie de la coopération dans le groupe de base est la *valence* – c'est-à-dire la fonction spontanée et inconsciente de l'aspect grégaire de la personnalité humaine. Ce n'est que lorsqu'un groupe se met à agir selon les hypothèses de base que surgissent des difficultés, car l'action entraîne inévitablement le contact avec la réalité...» (pp. 96-97 [...] p. 99 [...] p. 104 [...] pp. 116-117, Bion, 1961)

Il aurait été très intéressant de reprendre cliniquement les hypothèses de base bioniennes afin de proposer une lecture associée à la modélisation que nous proposons. Toutefois, l'ampleur du travail que cela suppose nous invite à conserver cet objectif dans des

travaux ultérieurs. Les agencements réticulaires de l'intra, de l'inter et du transgroupe pourraient être liés à la conceptualisation de Paul Fustier :

« L'institution peut, selon nous, être considérée comme une structure à trois étages...

La superstructure est l'étage du fonctionnement de l'institution ; elle est repérable à partir de ses caractéristiques formelles, de son organisation, des gestes techniques, du profil et des comportements professionnels de ses membres. Elle est ce que l'institution donne à voir d'elle-même lorsque l'on en décrit les modalités. » (p. 131, Fustier, 1987)

Il s'agirait par exemple du matériel manifeste à caractère psychosociologique que nous avons recueilli et que nous avons utilisé pour développer les résultats de la socio-sémantique croisée quant aux perceptions des participants à la recherche.

« A l'opposé, il existe l'infrastructure imaginaire composée des organisateurs psychiques... Un certain nombre de productions inconscientes, dont on retiendra qu'elles peuvent être des imagos ou des fantasmes, agissent « par en-dessous » sur la vie institutionnelle... l'infrastructure « organise » le travail institutionnel en le modulant à partir d'un jeu d'affects susceptible soit de favoriser telle ou telle forme d'exécution des objectifs, soit même d'aller à l'encontre de leur exécution. » (Ibid.)

Il s'agirait alors de l'analyse des abords latents des phénomènes institutionnels telle que nous tentons de la réaliser dans nos discussions, avec en ce qui nous concerne une légère différenciation quant au positionnement de Fustier : à savoir que nous n'estimons pas que l'infrastructure ne fasse que sous-tendre (« par en-dessous ») mais est également induite (d'où notre insistance dans la répétition des « processus psychiques **participant ET procédant** de la périnatalité en réseau(x) »). Fustier amène une donnée très importante quant à la spécificité du réticulaire, dans son élaboration de la notion de « zone intermédiaire *idéologico-théorique* » :

« Entre l'infrastructure et la superstructure, existe une zone intermédiaire que nous appellerons « idéologico-théorique ». Elle contient les transcriptions des systèmes théoriques et des référents idéologiques venus de l'extérieur et que l'institution va utiliser pour fonctionner selon un rationnel issu du système perception-conscience... elle met en lien l'intérieur institutionnel et les référents... » (p. 131-132, Ibid.)

Développement important en ce qui nous concerne, compte-tenu de la particularité des processus groupaux en réseau(x) où chaque groupe et chaque groupe de groupes doit en permanence gérer cette zone frontière, d'autant qu'elle se vit parfois en emboîtement, voire en empiétement.

A ce stade de la réflexion, les travaux des psychanalystes des groupes humains comme ceux des systémiciens des organisations qui nous avaient été jusqu'alors d'une aide

considérable pour la compréhension de notre objet d'étude, se sont alors avérés insuffisants, notamment quant à la question des groupes en réseau(x).

« Les structures complexes sont celles des groupes et des groupes de groupes... Les propriétés générales des structures complexes sont fonction de la progression des combinaisons tendant vers la différenciation des structures internes et la formation de réseaux de liens. » (p. 13, Kaës, 1996)

Il s'agissait alors de trouver dans les réflexions scientifiques existantes une focale d'appréhension plus large de l'objet de la recherche, qui apparaissait donc comme un système complexe et comme une sorte de « macro » groupe.

### *II.2.c. Observations et analyses d'un système complexe : chaos et créativité de l'enfantement et de ses accompagnements*

C'est au hasard de la rencontre d'un débat entre Albert Jacquard et Axel Kahn (2001) que nous est apparue la possibilité de se référer aux théoriciens spécialistes de la complexité que sont les théoriciens du chaos. Outre la confrontation avec des langages de physiciens et de mathématiciens qui se sont avérés particulièrement ardues (voire parfois incompréhensibles) une lecture transversale sur les tenants plus philosophiques de leurs découvertes a permis de souligner plusieurs notions utilisables dans le cadre de cette thèse. Bien qu'ayant pris connaissance des réserves émises eu égard aux méthodes réflexives interdisciplinaires (voire trans-théoriques, notamment explicitées dans l'ouvrage d'Alan Sokal et Jean Bricmont - 1997) les processus psychiques de la périnatalité organisée en réseau(x) étant apparus comme un système dynamique complexe, nous n'avons pu faire l'économie (faute d'autres outils adéquats d'analyse) de cette excursion momentanée hors de notre discipline mère qu'est la psychologie clinique psychanalytique.

#### **Abord des systèmes dynamiques complexes**

Le problème à ce stade de notre recherche était donc (outre de modéliser les quatre niveaux d'analyse précédemment proposés) de tenter d'aborder la complexité que revêt la dynamique du réseau périnatal.

« Le concept d'appareil psychique groupal décrit un système complexe, c'est-à-dire un système qui comporte un grand nombre d'éléments de nature différent et en relations multiples. » (p. 117, Kaës 1993)

A plus forte raison lorsque cet appareillage est réticulaire, comme dans le cas de la périnatalité.

« Ces systèmes se caractérisent par le fait qu'ils ne peuvent être compris à partir d'une notion de causalité qui supposerait des enchaînements simples et linéaires d'une cause et de son effet.

Dans les groupes, plusieurs niveaux de complexité psychique sont mobilisés... Entre ces espaces les rapports ne sont pas ordonnés de manière univoque, de telle sorte que chacun peut constituer pour l'autre ou pour les autres un arrière-fond sur lequel il se profile ; en outre, des transferts, ou des translations, transportent des formations d'un niveau à l'autre, déplacent des investissements, utilisent des codes pour lier ou signifier dans un espace ce qui ne peut se lier, s'inscrire ou se représenter dans un autre... Il en résulte que pour penser cette complexité il est nécessaire de disposer d'un modèle d'intelligibilité qui n'escamote pas cette dimension... La complexité du groupe est précisément celle de ces rapports d'emboîtement d'ensembles organisés, entre lesquels se produisent des phénomènes déterminés et des phénomènes aléatoires. » (pp. 117-118, Ibid.)

Le premier point (en tous cas ce que nous positionnerions ici comme point inaugural d'achoppement possible entre les théoriciens du chaos et notre thèse) est que ce qui paraît incompréhensible dans un ici et maintenant donné scientifique, ne l'est que parce que le problème n'a pas été abordé avec les bons outils. Il ne serait pas difficile d'appréhender des logiques potentiellement observables parce qu'elles seraient complexes, mais elles seraient justement nommées comme complexes parce qu'il serait difficile de les observer. Ce qui peut nous apparaître hasardeux, aléatoire et incertain (du moins dans les sens généraux de ces termes) l'est parce que nous ne disposons pas de focales adaptées à la lecture de ces événements. Pour nous introduire dans le vif du sujet, nous avons souhaité ici retenir la pertinence d'extraits d'ouvrages d'Ivar Ekeland (1991, 1995) philosophe et mathématicien, ayant justement souligné la part philosophique de la théorie du chaos qui nous intéresse tout particulièrement :

« ... l'incertitude n'est pas liée à la complexité. La multiplicité des facteurs et des causes n'est pas l'unique source du hasard...[...] ... Le système ne produit pas de hasard, il se contente de faire monter à la surface des objets qui avaient toujours été là, mais qui avaient jusqu'à présent échappé aux observations parce qu'ils étaient enfouis dans des profondeurs inaccessibles. » (p. 25 [...] p.30, 1995)

« ... le hasard réside donc dans la maladresse, l'inexpérience ou la naïveté...[...] ...c'est cette ignorance qui crée l'illusion du hasard...[...]...tous ces phénomènes dépendent de l'échelle à laquelle on se place. [...] C'est la propriété fondamentale des systèmes dynamiques que de ne pouvoir être appréhendés que globalement...la recherche des causes ou l'analyse des conséquences d'un événement singulier nous entraîne très vite dans un incalculable dédale dont l'on reste prisonnier, à moins de se résigner à admettre qu'aucune influence n'est trop petite pour être négligée, et que la moindre impulsion remet en cause le cours de l'univers. Si ce mode de pensée nous est tellement étranger, c'est que nous avons la sage habitude de limiter notre horizon à un



avenir que l'expérience nous indique comme prévisible...une définition courante du hasard consiste à y voir l'intersection de séries causales indépendantes...Or il n'y a pas, il ne peut y avoir de séries causales indépendantes... [...]...Ainsi compris, le hasard ne peut être que relatif à une expérience humaine dans une situation historique donnée. [...] La possibilité existe toujours que d'autres mécanismes soient en jeu là où on croit reconnaître le hasard... » (p.14 [...] p.42 [...] p.107 [...] p.140 [...] p.144 [...] p. 186, 1991)

Les mouvements complexes et plurimodaux, dont la périnatalité organisée en réseau(x), mettent à l'épreuve nos grilles de lecture habituelles. Les dynamiques psychiques groupales et singulières des organisations réticulaires, dépassent en qualité et en quantité d'informations les objets habituellement traitables par les théoriciens du groupe, psychanalytiques et systémiques. Or, ces lectures ne s'avèrent pas non plus obsolètes : elles s'appliquent simplement à des groupes classiquement nommés comme petits voire moyens, là où la périnatalité organisée en réseau(x) nous amène à des strates du plus d'un groupe et du groupe de/dans le groupe.

Un deuxième point développé par les théoriciens du chaos pourrait alors nous éclairer sur la démarche à suivre afin de pouvoir conjuguer les deux : il s'agit des notions des fractales et d'invariance d'échelle.

### **Fractales et invariance d'échelle**

Benoît Mandelbrot, mathématicien s'étant intéressé aux flux d'informations et s'étant trouvé également dans une impasse quant aux outils classiques qui étaient alors à sa disposition dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, exposa au début des années 1970 (1973) sa proposition de pouvoir se dégager des perceptions euclidiennes afin de tenter d'appréhender ce qui ne semblait pas pouvoir l'être par cette théorie. Il créa ainsi le néologisme *fractale* (du latin *fractus*, signifiant « brisé » et « irrégulier ») dans le dessein de nommer la plurimodalité et l'illusion de l'irrégularité de certaines formes, au-delà des trois dimensions classiquement admises dans la théorie euclidienne. Nous nous servons ci-après de l'ouvrage de James Gleick (1987 - certes vulgarisation, mais vulgarisation particulièrement documentée par ce journaliste d'investigation scientifique) afin de comprendre les enjeux de cette conceptualisation :

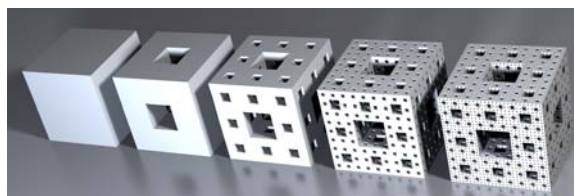
« De manière imagée, une fractale est un moyen de voir l'infini. [...] *Ndlr : ci-après, Mandelbrot cité par James Gleick*) "L'intuition telle qu'elle s'élaborait à partir des outils habituels – la main, la règle et le crayon – considérait que ces formes étaient totalement monstrueuses et pathologiques. La vieille intuition était trompeuse. Au début, les premières figures furent pour moi une surprise ; puis je me mis à en reconnaître certaines parmi les anciennes, et ainsi de suite." Son étude des formes

irrégulières intervenant dans les processus naturels et son exploration des figures infiniment complexes reposaient sur un concept commun : *l'invariance d'échelle*. Avant tout, fractal signifiait invariant d'échelle.

L'invariance d'échelle est une symétrie qui se retrouve à toutes les échelles. Elle implique la récurrence, un motif à l'intérieur d'un motif. [...] L'approche fractale... considère d'emblée la structure globale...[...] Finalement, *fractal* devint synonyme d'une manière de décrire, de calculer et de penser des formes irrégulières...Une courbe fractale implique une structure organisatrice dissimulée à l'intérieur de la complexité monstrueuse de ces formes. [...] Comment d'ailleurs imaginer le très grand et le très petit, le très rapide et le très lent, si ce n'est comme des extensions de ce que l'on connaît déjà ?

Ce mythe eut la vie dure, jusqu'à ce que le télescope et le microscope élargissent la vision humaine. Les premières découvertes firent prendre conscience que chaque changement d'échelle faisait surgir de nouveaux phénomènes et de nouveaux types de comportements. [...] ...la nouvelle théorie de Wilson, en reconnaissant l'invariance d'échelle, donnait un moyen de supprimer la complexité, niveau après niveau. [...] Feigenbaum, lui, était conscient de ce qu'il avait trouvé : la convergence ... Dans un système sans ordre apparent, elle signifiait l'existence d'une propriété conservée pendant que tout le reste changeait. Une certaine régularité se cachait sous la surface turbulente...[...] La nature forme des motifs. Certains sont ordonnés dans l'espace mais désordonnés dans le temps, d'autres sont ordonnés dans le temps mais désordonnés dans l'espace. Certains sont de nature fractale, avec des structures invariantes d'échelles, d'autres donnent lieu à des états stables ou à des états oscillants... » (Gleick, 1987. p. 145 [...] p.149-151 [...] p. 160 [...] p. 168 [...] p. 170 [...] p. 231 [...] p. 246 [...] p. 427-429)

La lecture « vulgarisée » de ces découvertes fut dans ce présent travail de thèse d'autant plus significative pour nous, que nous en étions alors à tenter de modéliser par les différents niveaux précédemment énoncés, les dynamiques psychiques du sujet de, dans, entre et à travers les groupes. Modélisations qui soulignaient la notion selon laquelle ces dynamiques en perpétuel mouvement, se dessinaient à plusieurs niveaux et à différentes dimensions, mais dans des temps et des lieux communs. Nous fûmes ainsi particulièrement interpellés par la modélisation des fractales de Mandelbrot, qui permettaient également d'entrevoir ce phénomène.



(menger-schwamm-reihe.jpg(pdesrochers.wordpress.com))

Ainsi s'esquissait le pont entre les réflexions attenantes aux petits et groupes moyens et celles pouvant être menées dans le groupe de/dans le groupe. La notion des fractales

et d'invariance d'échelles nous permettait d'entendre autrement ce que nous étions en train de percevoir : les logiques réticulaires à l'échelle du plus d'un groupe ne leur étaient pas spécifiques, mais pouvaient s'appliquer par « zoom » progressif aux dynamiques de même nature quant au sujet de, dans, entre et à travers les groupes, ainsi qu'aux processus intrapsychiques à l'échelle singulière. Nous retrouvions ici le travail de René Kaës quant à la nature particulière de l'appareil psychique groupal dans ses valences intra et intersubjectives, singulières et groupales, mais en ayant alors la possibilité d'entrevoir leur qualité également présente dans le plus-d'un-groupe. Autrement dit, que nous partions de l'infiniment petit des processus intrapsychiques d'un protagoniste du réseau, à l'infiniment grand des dynamiques psychiques de l'inter et du trans-groupal, nous observions la même modélisation réticulaire, mais à des focales, des niveaux, des dimensions...différentes (nous verrons dans les paragraphes attenants aux représentations de nos participants à propos du réseau, combien cette lecture à différentes strates est apparue de manière significative). Différentes focales, niveaux, dimensions donc, nommées « phases » par les théoriciens du chaos, lorsque l'objet observé est dynamique (ce qui est notre cas dans cette présente étude).

### **Espace de phase(s) et attracteurs**

L'espace des phases, avec la notion d'attracteur, constitueront le troisième mouvement d'utilisation des concepts des théoriciens du chaos comme outils de compréhension de la périnatalité organisée en réseau(x). Nous avons entendu comment les tentatives de modélisations des processus psychiques participant et procédant de la réticularité périnatale, nous amenaient à penser différentes strates d'observations, tels différents étages, mais qui ne seraient pas des objets fixes. Chaque strate d'observation serait plus une sorte de fenêtre tendant à observer le même objet, mais différentes fenêtres donnant selon ses propriétés d'observation sur des dynamiques perçues avec des focales différentes. Le passage d'une fenêtre à une autre pourrait métaphoriquement représenter les progressions entre les espaces de phases : c'est-à-dire si nous restons dans notre allégorie topologique architecturale, entre les différents étages dynamiques. Mais, et c'est ici un point primordial, quid de ces différentes focales lorsque l'objet observé est en plus en perpétuel mouvement ? Ce que nous apprennent les théoriciens du chaos est que ces focales deviennent dynamiques et en seraient ainsi plus facilement identifiables.

« L'ébullition de l'eau quand on la chauffe est un phénomène assez étonnant, et sa congélation quand on la refroidit est tout aussi mystérieuse. Si nous diminuons la

température d'un litre d'eau, on pourrait raisonnablement s'attendre à ce qu'elle devienne de plus en plus visqueuse, de plus en plus « épaisse ». Et l'on pourrait imaginer qu'à température suffisamment basse, le liquide serait si visqueux, si épais, qu'il deviendrait rigide et se comporterait comme un solide. Ces idées naturelles sur la solidification de l'eau sont fausses. Ce qu'on observe quand on refroidit de l'eau, c'est qu'à une certaine température, elle se change en glace de manière abrupte. Semblablement, si nous chauffons de l'eau à une certaine température, elle se mettra à bouillir, c'est-à-dire qu'il y aura un passage discontinu du liquide à la vapeur. La congélation et l'ébullition de l'eau sont des exemples familiers de *changements de phase*. » (Ruelle, 1991. pp 163-164)

Cet exemple familier (donné par David Ruelle (1991) Professeur de physique et théoricien du chaos) présente l'avantage de bien exprimer la notion de phase : dans un champ de possible(s), les espaces de phase(s) correspondent à l'ensemble des positionnements potentiels d'un système dynamique. Autrement dit pour revenir à notre allégorie topologique architecturale, les phases correspondraient aux étages dynamiques et les espace de phase(s) à l'ensemble du bâtiment dynamique. Pour revenir à notre objet d'étude, les phases correspondraient aux différents niveaux d'analyse des dynamiques psychiques et les espaces de phase(s) à l'ensemble de ces différentes groupalités psychiques de l'intra subjectivité à la trans-groupalité.

Tendre à embrasser au même moment la totalité des espaces de phase(s) est particulièrement compliqué. Même si l'invariance d'échelle et la notion de fractale nous permettent de penser que chaque focale d'observation peut s'avérer pertinente quant à la compréhension de la globalité des dynamiques, le concept d'attracteur nous indique que certaines « fenêtres » peuvent apparaître en revanche plus pertinentes que d'autres.

« Ces dimensions intermédiaires manifestent que le système n'occupe pas tout l'espace qui lui est dévolu, ou plutôt que seuls certains états sont intéressants du point de vue de la dynamique...Le fait que la dimension de l'attracteur soit inférieure signifie que le système n'exploitera pas toutes ces possibilités, et n'explorera pas tous les états théoriquement possibles...bien que le système soit de dimension infinie...le phénomène de la turbulence se déroule en dimension finie...c'est sur cet attracteur que se déroule l'évolution du fluide sitôt terminée la phase transitoire, et c'est donc lui qui sera le théâtre de la turbulence. [...] Du vaste univers, nous ne pouvons appréhender qu'une petite partie à la fois, et nous ne savons pas quand ce que nous avons oublié aura plus d'importance que ce que nous voyons. » (Ekeland, 1991. pp 125-128 [...] p. 141)

« Dans l'espace des phases, la connaissance complète d'un système dynamique à un instant donné se réduit à un point. Ce point *est* le système dynamique – à cet instant. A l'instant suivant, le système évoluant, ne serait-ce que légèrement, ce point se déplace. On peut alors représenter l'histoire du système par ce point en mouvement, décrivant au cours du temps une « orbite » dans l'espace des phases. [...] Un système dynamique possède souvent plus d'un état d'équilibre...Chaque équilibre est un attracteur...(Gleick, 1987. p. 196 [...] p. 330)

Une des qualités des attracteurs (de nos « fenêtres » d'observation) est de permettre un état de stabilité relative et/ou une mise en exergue qui va à partir de données momentanées mais plus facilement appréhendables, permettre par ce que nous connaissons des invariances d'échelles et des fractales, d'esquisser certaines représentations quant au système plus global. En ce qui concerne notre étude, cette qualité pourrait revêtir deux aspects : premièrement un étayage quant à notre méthodologie de recueil de données, que nous pourrions considérer dès lors comme l'instrumentalisation d'attracteurs provoqués (sollicitations des processus représentationnels singuliers afin d'appréhender les dynamiques psychiques mobilisées dans le système périnatal en réseau) deuxièmement un nouveau questionnement, celui d'essayer de repérer ces attracteurs en « milieu naturel » lorsqu'on ne les sollicite pas de manière artificielle dans le cadre d'étude et/ou de groupe de travaux. Attracteurs sur le terrain (sortes de « fenêtres cliniques ») pouvant nous indiquer sur ce qu'il advient dans le hic et nunc en ce qui concerne une situation donnée.

« L'émotion qui connote clairement l'idée d'un « mouvement », pourrait ainsi devenir l'indicateur d'un travail psychique, plus profond, de contenance, de symbolisation ou d'attention ». (p. 93, Mellier 2002)

« Le « non-mentalisé », l'informe est lui aussi en quête de lieux où se « déposer », d'espaces où « se mettre en réserve », en latence. Ce qui ne peut s'officialiser dans la structure institutionnelle, se faire reconnaître, trouver forme collectivement acceptable doit trouver un mode d'existence individuel et groupal qui, tout à la fois doit être suffisamment protégé pour ne pas être détruit ou obligé à un enkystement qui en rendrait l'élaboration ultérieure difficile – et en détruirait la valeur potentielle – mais suffisamment exprimé pour qu'une certaine « reprise » officielle ultérieure reste possible. A côté de l'institution structurée, s'organisent des fonctionnements institutionnels *atypiques* (atopiques, - utopiques ?) – interstitiels – dans lesquels se localise ce qui n'est pas inscriptible ailleurs. Ces processus groupaux peuvent venir *doubler* des processus structurés, prenant appui ou contre-appui sur ceux-ci, ou au contraire, s'insinuer entre les espaces-temps institutionnels structurés. » (p. 159, Roussillon, 1987)

Dans le contexte de ces deux constats, les modélisations proposées dans notre thèse pourraient offrir les possibilités de ne plus devoir envisager l'abord de telle ou telle situation de manière clivée selon les différentes strates, mais bien au contraire de pouvoir à partir d'une focale donnée (quelle que soit son échelle) analyser ce qu'il advient sur les autres strates.

Il nous semblait retrouver ici les remarques de Didier Houzel et de Jean Guillaumin à propos de leurs réflexions sur l'enveloppe psychique :

« Les propriétés structurales les plus générales de l'enveloppe psychique...sont les suivantes : ... L'enveloppe psychique définit l'**appartenance** des éléments psychiques à un espace donné : espace psychique interne ; espace perceptif ; espace psychique d'autrui...

L'enveloppe psychique est **connexe**, c'est-à-dire qu'on peut joindre deux quelconques de ses points par un trajet entièrement inclus en elle-même...

La notion de **compacité**...est celle de la possibilité de recouvrir l'espace considéré, dit « compact », par un nombre fini de ce que l'on peut se représenter comme des pièces de construction du dit espace...

Les propriétés de connexité et de compacité donnent à l'enveloppe psychique la forme de continuité requise pour ses fonctions spécifiques. Cette structure continue doit, en même temps qu'elle délimite des espaces, permettre des communications entre ces espaces : c'est dire qu'elle doit avoir des qualités de perméabilité.

L'enveloppe psychique ne doit pas se concevoir d'une manière statique, mais plutôt comme un système dynamique...Il n'y a pas de forme psychique qui n'épouse une forme donnée, pas de forme qui ne soit sous-tendue par une dynamique. L'enveloppe psychique pourrait se comparer à un champ de force...Le concept d'« attracteur » me semble applicable à cet aspect de l'enveloppe psychique : si l'on représente un système dynamique par un espace dont chaque point est muni d'un vecteur qui représente la force s'appliquant en ce point à l'instant *T*, un attracteur sera un sous-espace invariant du système dynamique. » (pp 62-63, Houzel, 1987)

Les ponts que nous échafaudons ici nous permettent d'éclairer les liens entre réticularité et fonction à contenir, en nous permettant notamment d'aborder l'organisation périnatale en réseau(x) tel un espace de phase(s) et donc une enveloppe psychique en strates, en « feuillets » :

« *Il n'y a d'enveloppes qu'au pluriel [Ndlr : également soulignés par l'auteur lui-même]* et il faut concevoir les enveloppes psychiques *comme une sorte de feuilleté* plus ou moins homogène. Toute question d'enveloppe est donc en son essence intercapsulaire, et met en jeu des rapports d'espace et de temps *entre enveloppes*...

Toute enveloppe particulière et tout système de feuilleté d'enveloppes, par l'effet des déboîtements, glissements, décalages, décollements, fixations ou adhérences qui spécifient les relations entre les enveloppes, possède des *zones fragiles* et des *zones renforcées*, qui pénètrent plus ou moins le feuilleté. C'est de la conjonction ou de la disjonction, ainsi que de la distribution de ces deux types de zones ou régions d'enveloppes que résultent la topique et l'état de fonctionnel d'un système quelconque d'enveloppes » (p.166, Guillaumin, 1987)

L'attracteur est signifiant :

« On peut...considérer...les accidents, plis et fronces...repérables dans l'ensemble ou à un niveau donné d'un système d'enveloppes comme le résultat de discordances ou de nœuds entre deux ou plusieurs des enveloppes du système...*toute enveloppe psychique enveloppante est aussi enveloppée*...il est de la nature des systèmes d'enveloppes d'inscrire ainsi *chaque enveloppe singulière entre d'autres virtuellement innombrables*...Cette assertion clinique se déduit des effets en abyme d'identifications dans les identifications auxquels nous confrontent les recherches analytiques modernes. » (pp 166-167, Guillaumin, 1987)

Et notamment et éminemment les recherches concernant les systèmes réticulaires, comme nous le défendons dans notre thèse.

Apport non négligeable sur le plan clinique nous semble-t-il, mais également dans des tenants plus philosophiques : ces notions globalisantes nous invitant de manière plus étayée à dépasser notamment les querelles individuo-centrisme/culturalisme. Il s'agirait finalement de modélisations remettant à jour les tenants freudiens de l'analyse transféro/contre-transférentielle et les tenants lacaniens de l'analyse transférentielle unique. Par analogie, nous avons souligné la proximité de notre démonstration avec les réflexions de Didier Houzel et Jean Guillaumin à propos des enveloppes psychiques, qui nous invite à penser les processus psychiques propre à la réticularité comme proches des « feuillets » du moi-peau. Nous souhaiterions souligner que la théorisation lacanienne à propos notamment de la chaîne signifiante et du transfert (en ce que ce dernier pourrait signifier ce qui se joue de dynamique au sein de rencontres au-delà des scissions intra et interpsychiques et au-delà des tenants chronologiques et topographiques) nous semblerait également adaptée à cette notion d'attracteur. Il s'agirait alors de ne pas considérer cet attracteur comme fin en soi, mais véritablement comme un outil : un outil d'analyse clinique qui pourrait permettre par l'appréhension de certains signifiants dans l'ici et le maintenant donné de l'attracteur, d'analyser tout d'abord ce qui peut alors se jouer dans les différentes strates, mais également et surtout considérer que ce qui se vit pour un des membres de la situation se vit de cette manière là parce qu'il est intégré à cette situation là et que cette situation là est telle parce qu'elle a en son sein ce membre là. Nous reprenons en cela la thèse de Bernard Duez :

« Il était nécessaire... de repérer ce que je nomme maintenant les *points d'associabilité* à travers les *nœuds figuraux*, c'est-à-dire là où les nœuds associatifs subjectifs trouvent un lien, une scène où se localiser psychiquement, où se figurer dans l'espace psychique institutionnel. [...] Le symptôme se traduit au point où le conflit psychique est confronté à un déficit de figurabilité : l'institution ou l'antisocial *transfère (stricto sensu)* sur l'autre l'angoisse irréprésentable en attendant de celui-ci qu'il la lui *figure*. » (pp. 181-182 [...] p. 199, Duez, 1996)

Autrement dit en reprenant notre situation fictionnelle, la sage-femme pourra être plus ou moins interpellée et se laisser plus ou moins interpellée, parce que cela fait sens à la fois pour elle mais également pour les autres et la situation dont elle fait partie. En sachant que « faire sens » ne s'apparente pas à « prendre conscience de », mais signifierait qu'il y a dans les perceptions, les ressentis, les vécus, les représentations...

de chacun, une part qu'il porte quant à sa propre économie psychique, mais qu'il porte également en rapport aux économies psychiques des autres membres de la situation et à l'économie psychique de la situation elle-même. Telle personne exprime cela en ce qui la concerne, non pas parce que cela la concerne forcément et uniquement, mais parce qu'elle est concernée par cela et que si elle est concernée, c'est parce que cela fait sens soit pour elle-même, soit pour les autres, soit dans cette situation donnée. Nous nous approchons ainsi de la notion de porte-symptôme et de porte-parole : ce n'est pas parce que cette personne exprime cela qu'elle l'exprime pour elle-même, mais elle peut aussi l'exprimer pour elle-même et l'exprimer pour elle-même eu égard au contexte. L'attracteur serait donc l'outil afin d'observer et d'analyser ce qui pourrait se donner à voir et à entendre ponctuellement pour une situation clinique donnée, tel un représentant de la globalité, un échantillon de la complexité.

« ...tous les membres...de l'institution...sont liés entre eux par une alliance... Ce sont les enjeux inconscients de cette alliance qui reviennent sur la scène de l'institution, dans les actes des malades et des soignants...[...] ... ce qui ne parvient pas à être signifié/interprété/symbolisé du désordre psychique, dans la relation entre les sujets d'une institution, dans les relations de chacun d'entre eux avec l'ensemble de ses représentants, revient dans l'institution sur une scène où se lient de manière intriquée et confusionnante la réalité psychique et d'autres ordres de la réalité. » (p. 38 [...] p. 47, Kaës, 1996)

Nous pourrions à partir de telle ou telle interpellation de tel ou tel membre de la situation que nous aurions pu entendre grâce à notre « fenêtre », suivre les ramifications possibles à travers et dans les différentes strates, du sens de cette interpellation aux différents niveaux. Nous verrons à partir des cas cliniques combien l'aspect initialement fastidieux de cette démarche, peut en revanche permettre une efficacité non négligeable dans le travail des liens, en élargissant d'emblée la mesure des possibles.

### **Relativité perceptive du hic et nunc : diagnostic et pronostic à l'épreuve de la réticularité**

L'attracteur serait une focale sur la face émergée d'un iceberg, à cette différence présente mais non négligeable que les parties émergées et immergées sont en perpétuel mouvement : que ce qui est immergé est parfois émergé et vice-versa et que les liens qui peuvent donc être échafaudés dans un *ici et maintenant donné* ne le sont qu'à ce titre. En reprenant les notions de porte-symptôme et de porte-parole, nous pourrions entendre que l'incarnation de ces fonctions seront changeantes dans le contexte du sujet de, dans, entre et à travers les groupes : toujours en reprenant notre exemple fictionnel, que ce



que porte, ce que ressent, ce que perçoit et ce qu'exprime la sage-femme, pourra peut-être l'être ensuite et l'a peut-être été auparavant par d'autres. Nous entendons également que ce qui sera appréhendable dans l'ensemble des dynamiques est ce qui s'exprimera de manière perceptible à ce moment là, parce que c'était le moment de le percevoir pour tel ou tel protagoniste qui le perçoit et non parce que cela n'existait pas avant. Parce que nos modalités cognitives de traitement de l'information sont particulièrement vigilantes en ce sens, ce qui nous interpelle classiquement est ce qui détone avec les référentiels habituels. Les symptômes somato-psychiques apparaissant en période périnatale détonent et sont nommés « dysfonctionnements » voire « pathologies » dans le système médical au sein duquel est positionnée la périnatalité française à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire. Le symptôme n'est pas forcément un aléa, il est souvent en mesure de véhiculer des informations et il peut même s'avérer (selon la manière dont on le perçoit) avoir une fonction non négligeable : celle d'attracteur. Les « preuves » sur lesquelles devrait être basée notre médecine moderne pourraient ne pas seulement être des fins en soi, mais des ouvertures de sens sur une possible compréhension de ce qui se joue alors pour le patient dans ses dynamiques somato-psychiques et dans ses dynamiques interrelationnelles.

Les points de désaccordages communicationnels que nous avons beaucoup évoqués depuis le début de ce travail, les dysharmonies représentationnelles nombreuses et variées qui étaient au tout début de notre réflexion anticipées comme potentiellement perturbatrices, n'étaient pas non plus apparues dans les analyses comme sources effectives de dysfonctionnements. Avec l'aide des remarques particulièrement étayantes de Michel Dugnat et de Sylvain Missonier et dans la continuité de nos développements, nous proposons que ces désaccordages et ces dysharmonies représentationnelles et communicationnelles, loin d'être forcément des variables pathogènes, apparaîtraient même comme des éléments étayants en ce qu'ils pourraient constituer les générateurs des attracteurs et les provocateurs de réflexions et de mise en sens. Là où le dense réseau des processus psychiques de la périnatalité tendrait à rendre difficilement appréhendables les fonctionnements psychologiques fins et globaux de cette organisation, les points du travail d'accordage (soubassement du travail des liens où apparaissent donc les dysharmonies et les tactiques plus ou moins satisfaisantes d'harmonisation) pourraient représenter les nœuds saillants de cet intense maillage : nœuds à partir desquels pourraient alors être observables les flux psychiques qui

peuvent plus ou moins aisément circuler et être analysables et les hypothèses interprétatives quant à la nature de ces mouvements psychiques.

Hypothèses interprétatives, car un des autres emprunts réalisés auprès des théoriciens du chaos (emprunt sur lequel nous terminerons notre développement transdisciplinaire) sont les nombreux questionnements à propos des notions d'aléatoire, de prévisible, de chaotique, d'ordonné, de causal, d'hasardeux, de déterministe... Si les théories du chaos ont pu rappeler que ce qui semble parfois hasardeux (au sens profane du terme) l'est souvent parce que les outils existants n'étaient pas adaptés pour l'observation de tel ou tel objet scientifique, elles ont également dans leurs découvertes développé des nouveaux paradigmes permettant en sortant des grilles de lecture classiques de justement dépasser les nomenclatures habituelles telles les notions d'aléatoire, de prévisible, de chaotique, d'ordonné, de causal, d'hasardeux, de déterministe... Là où nous pouvions voir des analogies et des antagonismes entre ces termes, les théories du chaos vont chambouler tous ces référentiels et ouvrir ainsi la voie à d'autres possibilités, d'autres potentialités et d'autres créativité.

« ...la théorie des groupes nous fournit un modèle pour penser le type de changement se produisant à l'intérieur d'un système qui lui-même reste invariant ; la théorie des types logiques ne s'occupe pas de ce qui se passe à l'intérieur d'une classe, c'est-à-dire entre ses membres, mais nous fournit un modèle pour examiner la relation entre un membre et sa classe, ainsi que la transformation particulière que constitue le passage d'un niveau logique au niveau supérieur. Si nous acceptons de faire cette distinction fondamentale entre ces deux théories, nous en déduisons l'existence de deux sortes de changements : l'un prend place à l'intérieur d'un système donné qui, lui, reste inchangé, l'autre modifie le système lui-même. » (Watzlawick, Weakland et Fisch, 1975. p. 28)

Si à partir des travaux de ces systémiciens nous acceptons d'entendre les théoriciens du chaos, nous découvrons que cette distinction n'est ni exhaustive, ni opposable, mais relationnelle et dynamique. Le dernier emprunt aux théoriciens du chaos nous a ainsi permis d'avancer sur ces cadres réflexifs, trois modèles sont soulignés en ce qui concerne les différents abords des objets d'étude dynamiques :

- Les systèmes stochastiques (également nommés aléatoires ou contingents) correspondent à des systèmes dont il est très difficile d'appréhender les logiques de fonctionnement.
- Les systèmes déterministes (intégrables) sont régis par des lois bien connues et permettent d'inférer des hypothèses de prévision quant à leur évolution.

- Les systèmes chaotiques (lorsque la masse d'informations à traiter ne permet pas d'embrasser toute la mesure des possibles en un même instant) sont selon les échelles d'appréhension, soit déterministes, soit stochastiques.

Cette dernière catégorie de systèmes nous semble tout-à-fait correspondre à la périnatalité organisée en réseau : bien que les Naissances suivent inéluctablement une certaine marche dans leur processus, bien que le système hospitalier soit préalablement organisé à l'accueil de ces processus, chaque situation s'avère unique et va introduire de l'aléatoire et de l'Inconnu dans ce qui pouvait sembler initialement réglé et codifié. Nous allons entendre au-delà des clivages sémantiques habituels, que le chaos n'est pas forcément l'absence et/ou la fragilité de l'ordonné, que le hasard n'est pas forcément le contraire de l'absence et/ou de la fragilité des liens et que le déterminisme n'est pas forcément synonyme de causalité, en tentant d'en inférer quelques intérêts quant à la notion de clinique préventive et thérapeutique.

« La non-linéarité signifie que le fait de jouer modifie les règles du jeu...[...] Un système chaotique peut être stable si son caractère désordonné se maintient face à de petites perturbations. [...] Il était localement imprévisible, globalement stable. [...]...un système auto-organisé, engendré et régulé par les variations non linéaires également à l'origine de l'agitation imprévisible qui l'entoure. C'est un chaos stable.[*Ndlt : et inversement :*] un système déterministe peut avoir un comportement autre que périodique...il sut aussi que des îlots d'ordre pouvaient apparaître au sein du désordre [...] ...le chaos apportait un message stupéfiant : des modèles déterministes simples pouvaient donner naissance à un comportement apparemment aléatoire. [...]...la non-linéarité peut tout autant stabiliser que déstabiliser un système. [...]...le chaos est un désordre ordonné engendré par des processus élémentaires. » (Gleick, 1987. p. 46 [...] p. 77 [...] p. 78 [...] p.88 [...] p. 119 [...] p. 270 [...] p. 372)

« Si nous nous plaçons dans le cadre du déterminisme classique, l'état de l'univers à un instant détermine son état à tout instant ultérieur...Pour diverses classes de phénomènes, il existe des idéalizations qui font intervenir des probabilités...Les probabilités remplacent l'incertitude totale par quelque chose d'un peu plus substantiel. [*Ndlt : mais aussi :*] ... un peu d'incertitude initiale conduisait à l'imprédictibilité à long terme du futur du système. [...] Dans les phénomènes chaotiques, l'ordre déterministe crée le désordre du hasard. [...] La prédiction du comportement futur d'un système chaotique est, par définition, sévèrement limitée, quoique le système soit déterministe [*Ndlt : notamment de par la « dépendance sensitive aux conditions initiales », autrement nommée célèbrement « effet papillon »*] ...certaines situations dynamiques, au lieu de conduire à un équilibre, donnent lieu à une évolution temporelle chaotique et imprévisible. [...] ... le comportement rationnel est souvent erratique d'une manière bien déterminée. » (Ruelle, 1991. pp. 24-25 [...] p. 61 [...] p. 90 [...] p. 107 [...] p. 113 [...] p. 120)

« Dire que le monde n'a pas de sens signifierait que nous n'y discernons aucune règle, que nous ne comprenons pas le passé et que nous ne pouvons pas prédire l'avenir ; c'est la contingence totale, qui semble difficilement compatible avec l'existence, même précaire, d'une conscience individuelle. Dire que le monde a un sens signifierait, si ce sens était parfaitement compris, que le passé et l'avenir sont ouverts

devant nous comme un livre. La vérité se situe à mi-chemin, c'est-à-dire que nous discernons du sens localement [*Ndlr : les attracteurs, les fenêtres, les nœuds*] ce qui nous permet d'agir dans certaines directions, mais que dans d'autres le sens nous échappe. [...] Nous sommes passés d'un extrême à l'autre. D'un côté, les suites engendrées mécaniquement par une règle d'itération. Même si elles semblent aléatoires à un observateur non averti (c'est le phénomène du chaos déterministe), elles représentent un monde purement déterministe, où l'avenir est prévisible exactement à partir du passé. A l'autre extrémité, les suites contingentes, témoignages d'un monde totalement dépourvu de sens, où la seule règle est qu'il n'y a pas de règle, et qu'on ne pourra jamais arracher au passé aucune certitude sur l'avenir. Quelle n'est pas notre surprise de voir alors surgir une autre rationalité. Ce monde qui rejette toutes les règles déterministes se plie docilement au calcul des probabilités. Ces suites, construites avec tant de soin pour qu'on ne puisse jamais prévoir le résultat d'un tirage individuel, se révèlent accessibles aux prévisions statistiques. C'est donc le modèle probabiliste qui apparaît aux antipodes du modèle déterministe. A eux deux, ils constituent les pôles entre lesquels oscille notre compréhension du monde... [...] c'est cela, l'instabilité exponentielle...la dynamique agit comme un révélateur : elle dévoile au fur et à mesure toute l'information qui est contenue dans les conditions initiales, et qui est inaccessible à une observation directe en raison de la précision nécessairement limitée de nos mesures. [...] ...peu importe si le hasard est dans la nature ou dans l'œil de l'observateur...l'essence du hasard est que tout est possible, même l'improbable. » (Ekeland, 1991. pp. 50-51 [...] pp 62-63 [...] pp 114-115 [...] p. 131)

« C'est dans l'amplification des petites déviations que se loge le hasard. [...] La théorie du chaos étudie ce genre de mécanismes. Elle a deux volets. D'une part, elle cherche à reconnaître de quelle nature est le hasard que l'on rencontre dans certains phénomènes... D'autre part, elle inspecte des systèmes existants, souvent étudiés depuis longtemps, pour voir s'ils n'auraient pas une composante chaotique qui aurait échappé à l'attention des observateurs. [...] ... si ces phénomènes chaotiques se produisent, ils auront eux aussi des conséquences qui, pour être logiques et nécessaires, n'en sont pas moins quelquefois inattendues. [...] Si la théorie du chaos paraît tellement intéressante aux chercheurs...c'est qu'elle ouvre une autre possibilité, celle de proposer un modèle déterministe, mais chaotique. [...] C'est de cette chape étouffante, de cet univers clos où il ne peut rien se passer, où il n'y a ni inconnu ni nouveau, que nous délivre la théorie du chaos...cela n'implique pas que l'avenir soit calculable, pas plus que le passé...Cela n'implique pas non plus qu'au-delà du temps caractéristique on ne puisse plus rien dire...ce sont des ensembles de relations qui caractérisent les états naturels parmi tous les états possibles. » (Ekeland, 1995. p. 32 [...] p. 35 [...] p. 119 [...] p. 125 [...] pp 128-129)

Ce que nous amènent dans ces extraits les théoriciens du chaos, est la possibilité d'entrevoir que ce n'est pas parce qu'un objet est difficilement appréhendable qu'il n'y a le concernant aucune réflexion et/ou action possible. Mais que ce n'est pas non plus parce que nous commençons à reconnaître certains repères cliniques dans la lecture des situations, que leur évolution est en cela prévisible. Bien que notre fonctionnement psychique et culturel humain nous invite pour avancer à rechercher avidement des jalons de repérages et à construire des modèles de compréhension, la pertinence de ces démarches et l'énergie mobilisée à les échafauder ne devraient pas nous faire oublier

qu'ils ne constituent que des constructions et des outils, qui ne devraient pas devenir des fins en soi et/ou des éléments infaillibles. Que nos avancées cliniques portent à la fois les germes de possibilités futures, mais également d'entraves éventuelles. Que ce que nous ne connaissons pas encore et que nous ne connaissons peut-être jamais (l'Inconnu) portent également les germes de possibilités futures et d'entraves éventuelles.

« Dans l'histoire du savoir, un point aveugle est nécessaire au développement de toute perspective : c'est de la tache aveugle produite inéluctablement par un mode particulier de savoir qu'un autre savoir peut advenir et s'en déduire. Ainsi s'établit la généalogie des connaissances rationnelles. [...] ... toute connaissance naît du reste, du point aveugle, des lacunes qui fondent les postulats et les méthodes d'une autre science. Parce qu'il n'y a de science que dans et par le renoncement à un savoir absolu et total... cette tentation de « totalité » passe par l'exigence de prendre en compte une multiplicité de facteurs et pour tenter, en quelque sorte, de consoler la science de l'impossible causalité absolue à laquelle *l'idéologie* aspire et à laquelle la rationalité a dû renoncer. Oubliant au passage que la connaissance ne se saisit du réel qu'au travers d'un angle de vue spécifique et ne fabrique que des objets construits, impossibles à homogénéiser et à totaliser dans un savoir absolu. » (Gori et Del Volgo, 2005. p. 36 [...] p. 39)

Une de nos problématiques inaugurales à ce travail de thèse et à la base de notre présent objet d'étude, était la masse complexe que pouvait revêtir la question du travail clinique au sein d'une périnatalité organisée en réseau. Entre nécessaires préoccupations d'anticipation clinique et risques de basculer dans l'illusion des canevas préétablis façon « boule de cristal », les réflexions professionnelles butaient sur la complexité réticulaire de l'organisation. Entre référentiels de logiques linéaires, référentiels de logiques cycliques, voire parfois un mixe des deux, voire parfois pas de référentiel du tout, c'est toute la richesse et la singularité des dynamiques réticulaires que nous défendons ici qui semblaient être réduites au silence, dans la quête perpétuelle de constitution et/ou de dénégation de repères anxiolytiques.

A partir des dégagements permis par le repérage des « nœuds », des « paradoxes », des « fenêtres » et des « attracteurs », nous pouvons entendre le jeu en différentes strates des mécanismes psychiques défensifs face aux sollicitations mobilisées par l'enfantement. Ici pourraient se loger les logiques de la potentialité créatrice des liens institués autour de l'enfantement : la tolérance des principes d'un système chaotique (la Naissance) par l'adaptation en cascade de systèmes défensifs en strates intra, inter et transpersonnelles. La venue et la mise au monde des enfants, phénomène de créativité potentielle par essence, est accueillie au sein d'un système dynamique dont la nature est telle afin tout à la fois de se prémunir et de ne pas trop entraver ce processus créateur.

## II.2.d. Etayages et entraves des dynamiques complexes de la périnatalité organisée en réseau : la potentialité créatrice des liens institués autour de la Naissance

### **Des mécanismes de défense en œuvre**

Les différentes strates défensives à l'œuvre tentent de conjuguer pour chacun et pour tous, les nécessaires élaborations psychiques mobilisées par les vécus quotidiens des processus de la Naissance, sans qu'elles ne deviennent non plus trop effractantes.

« En 1971 Pierre Fédida<sup>40</sup> rapprochait le corps oublié d'une médecine devenue « encyclopédie scientifique technique » de l'anamnèse infantile oublieuse du corps érogène. Il proposait de définir la psychanalyse comme « une archéologie du corps », ouverte sur une anatomie fantasmatique faite de traces mnésiques et d'illusions de l'infantile. *A contrario [Ndlr : en italique dans le texte]* la leçon d'anatomie médicale lui apparaissait comme « une curiosité de désillusion ». Il parlait alors de la mélancolie de l'anatomiste qui, en ouvrant les corps, ne parvenait pas à percer les mystères de la connaissance intime de la vie. » (Gori et Del Volgo, 2005. p. 98)

L'orientation médicale tend dans sa posture et son organisation à se défendre contre ce type de remémoration, à plus forte raison lorsque le domaine d'exercice médical se situe justement dans cette période.

« Dès les tout premiers instants de la vie des groupes le refoulement, le déni ou le clivage des représentations dangereuses travaillent à la production de l'inconscient. Ces mécanismes de défenses coconstruits forment le principe des alliances inconscientes. [...]

Nous appelons alliances inconscientes une formation psychique intersubjective construite par les sujets d'un lien pour renforcer en chacun d'eux certains processus, certaines fonctions, ou certaines structures issues du refoulement ou du déni, ou du désaveu, et dont ils tirent un bénéfice...l'alliance inconsciente préserve les sujets de savoir quoi que ce soit de leurs propres désirs et de leurs liens. » (p. 41 [...] p. 100, Kaës, 1999)

Alliances inconscientes vis-à-vis de ce qu'engage en lui-même le groupe des sujets humains, mais également et surtout en ce qui nous concerne ici : des alliances inconscientes vis-à-vis d'objets dont la puissance nécessite la mobilisation intersubjective en termes de pacte dénégatif, de communauté de déni et d'alliance dénégatrice.

Notre lecture de ces phénomènes, à partir notamment de l'ouvrage de Ionescu, Jacquet et Lhote (1997) nous amène à proposer un premier niveau défensif<sup>41</sup>. Il s'agirait du

<sup>40</sup> Renvoi de page des auteurs (article encore non consulté pour la thèse) : « Pierre Fédida, « L'anatomie dans la psychanalyse », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 1971, 3, p. 109-126 »

<sup>41</sup> Premier niveau dans notre analyse, que nous ne pouvons pas toutefois relier de manière scientifique et analogique au premier mouvement défensif effectif sur le terrain. Cela nécessiterait un autre cadre de recherche et de précision beaucoup plus approfondi et systématique sur les étapes et les dynamiques des

refoulement (voire de la répression) des éléments sollicités et des (ré)émergences pulsionnelles et représentationnelles convoqués par l'enfantement. La puissance de ces sollicitations en qualité et en fréquence, mobiliserait une levée défensive majeure. Afin de parvenir à l'efficacité plus ou moins réussie (au sens d'Anna Freud, 1936) de ce premier objectif défensif, il est à noter l'utilisation en cascade d'autres tactiques, que nous nommerons « adaptatives » (à l'instar de G.E Vaillant). Il s'agirait dans ce processus de contenir l'effraction du réel périnatal dans une sorte de cascade défensive où par truchements successifs les mécanismes de défenses tendraient à adapter et s'adapter entre eux, en étayant et minimisant la portée des autres procédés défensifs.

Dans un deuxième niveau faisant suite au refoulement-répression, nous avons perçu des mouvements morcelants qui nous convoqueraient à la notion de clivage. Clivage de l'objet Naissance tout d'abord, pouvant induire celle du clivage du « moi professionnel » (comme nous l'avons entendu à la fois dans le concept de différentes strates et de « rubik's cube » identitaire). A ce même niveau défensif, nous avons également perçu la tactique des déplacements, voire des contre-investissements, par exemple dans le sous-investissement de la notion des risques symboliques au profit du surinvestissement des risques concrets de mortalité et de morbidité infantiles et maternelles, probablement parce que les mouvements de déni ne seraient pas tenables sur le long terme. Il s'agirait plutôt dès le départ d'un processus de dénégation instrumentalisé, étayant le refoulement et la répression du premier niveau défensif.

Dénégation outillée des mécanismes d'isolation, procédant et participant des clivages dans un troisième niveau défensif. Isolation présente par exemple dans l'organisation matérielle du réseau et dans la manière dont peuvent être formulés les protocoles et les recommandations de soins, à la limite parfois des processus d'annulation rétroactive. A ce même niveau défensif, nous trouverions également à travers les constats de sujet de, dans, entre et à travers le(s) groupe(s), la richesse des mouvements identificatoires et projectifs tendant à faire du lien pour prévenir les risques dissociatifs inhérents aux précédentes dynamiques.

---

processus défensifs à l'œuvre en périnatalité, à plus forte raison que ces processus s'inscrivent tout à la fois au sein des groupalités intra et interpsychiques. Tout comme nous avons pu avoir conscience que le jeu des pronoms personnels pouvait être une source très riche quant à la compréhension des mouvements groupaux, sans pouvoir ici les développer plus avant mais en nous contentant de nous en servir comme outils d'analyse, nous ne pouvons ici prétendre (et tel n'est pas ici notre objet) ni à une analyse approfondie des mécanismes de défenses en jeu au sein de la périnatalité organisée en réseau, ni à une exhaustivité dans le repérage de ces mécanismes. En revanche, nous tentons ici à partir des mouvements défensifs relevés comme significatifs d'analyser notre objet d'étude : les fondements psychiques, singuliers et groupaux procédant et participant de l'organisation périnatale.

Enfin nous noterons ici en qualité de quatrième niveau défensif la tactique de la sublimation : il nous semble (nous l'argumenterons plus loin) que l'investissement de l'objet « réseau périnatal » pourrait figurer une sublimation de l'objet « Naissance ».

Au sortir de cette menue synthèse, nous entendons à quel point notre propre travail n'est pas étranger à ces processus. Peut-être parce que les outils d'observations et d'analyses tendent à se former à partir de leur objet d'étude, parce que ce travail qui se voudrait clinique (par et pour le terrain) participe et procède de cet objet et finalement aussi peut-être, parce que mon fonctionnement de chercheur et de clinicienne en périnatalité fait que je ne pouvais que difficilement être extérieure à toutes ces dynamiques.

### **Derniers points d'achoppement : les tentatives adaptatives**

Le premier point que nous développerons dans ce dernier paragraphe, se voudrait synthétique quant à la spécificité de la périnatalité organisée en réseau(x), en strates, en équipes et en morcellement. Nous avons pu entendre à quel point les fonctions concrètes et manifestes de chacun des professionnels (celles qui sont mandatées par l'organisation hospitalière et référencées dans les organigrammes et les fiches de poste) ne correspondent pas exactement aux logiques plus continues et congruentes des mandats symboliques. Les intervenants pourront faire état des tensions voire des conflits que cela peut engendrer dans leur pratique quotidienne, la lourdeur des missions symboliques transversales à l'accompagnement de la Naissance n'étant que peu prise en compte par le système organisationnel manifeste (que ce soit dans les fiches de poste ou dans le comptage de la charge en soins). Afin de tenter de maintenir une certaine continuité et une certaine congruence de la Naissance malgré le morcellement institutionnel des accompagnements, l'investissement de cette part symbolique éminemment importante s'avère souvent individu-dépendant voire grupo-dépendant, mais en tous les cas dans une dynamique autre que celle objectivement visée par l'administration hospitalière. Il se produit alors une organisation plus implicite et parallèle à celle explicitement nommée et mise en place dans les établissements, qui nous a rappelé les rapports d'isomorphie et d'homomorphie tels que développés par René Kaës :

« J'ai distingué deux modalités de l'appareillage. La première se définit par un rapport d'*isomorphie* entre l'espace groupal et l'espace psychique : chacun s'auto-assigne et est assigné d'une manière fixe et intangible à un emplacement intrapsychique et groupal strictement complémentaire et corrélatif de celui que les autres occupent dans ces espaces superposables... La seconde se qualifie par un rapport d'*homomorphie* et donc de différenciations entre les espaces et les relations intrapsychiques et les relations intersubjectives ; parce que ces espaces et ces relations ne coïncident pas, parce que



l'expérience du manque et de l'absence se métabolisent en des représentations subjectives différenciées, des processus de transformations sont à l'œuvre qui sollicitent les fantasmes secondaires de chaque sujet sur l'arrière-fond des fantasmes originaires. La scène mute en scénario et s'anime dans la même mesure que le groupe s'organise en corrélations de subjectivités, créant ainsi les « différences de potentiels » entre les subjectivités et les conditions d'un travail psychique. » ( pp. 15-16, Kaës, 1996)

Certaines tactiques ont ainsi été développées par les professionnels afin de réintroduire du sens dans et pour leur travail : il s'agirait par exemple des professionnels incarnant une fonction de lien (notamment dans la perception que les autres ont à leur égard) comme nous avons pu le voir avec la sage-femme, les auxiliaires de soin, l'anesthésiste-réanimateur, les « psys » (entre autres) qui s'inscriraient ainsi dans des rapports au « passage » et à la transitionnalité, dans les interstices charnières entre des éléments peu aisément associables dans l'espace manifeste, mais reliés par ces fonctions de manière symbolique. Nous pourrions ainsi noter que la sage-femme fait lien entre l'ante et le post-natal au-delà des dichotomies induites entre ce qui ne devrait relever que de l'obstétrique et/ou de la pédiatrie. Les auxiliaires de soins pourraient réduire les distances entre le soigner et le prendre soin et en cela entre aléas du processus d'enfantement et pathogénie des dysfonctionnements majeurs. L'anesthésiste-réanimateur viendrait contenir par ses savoir-dire et savoir-faire quant aux cycles veille-sommeil, les notions de « l'être là » et du « ne plus être là », de la présence et de l'absence, de la vitalité et de la mort. Les « psys » et les notions de travail direct/travail indirect, pourraient tendre à faire entendre les dynamiques somato-psychiques et les mouvements émotionnels au-delà des clivages soma/psyché et manifeste/implicite...

Le deuxième point que nous proposons en termes de tentatives adaptatives, est la problématique entre « nomadisme » des patients et « sédentarité » des professionnels. Alors que tout le monde s'accorderait idéalement à décrire l'organisation des soins comme centrée autour des patients (ou tout du moins à tendre à cela) il est compliqué pour un système dynamique de changer systématiquement son noyau central. Dans les faits, l'institution médicale préexiste au patient et doit pouvoir lui survivre :

« ... l'institution précède l'individu singulier et l'introduit à l'ordre de sa subjectivité en prédisposant les structures de la symbolisation... » (p. 12, Kaës, 1987)

Nous avons fréquemment entendu dans les discours des soignants la conflictualité de ces deux exigences qui fonde une sorte de dynamique de création et de réaménagement permanents des contrats narcissiques familles-professionnels-professionnels. Conflictualité plus particulièrement incarnée par les cadres de santé et plus largement

les responsables de service et de pôle. Fonction de lien à nouveau, pour tenter d'articuler ces deux niveaux et finalement tenter de minorer l'effraction que peut représenter pour l'institution, la confrontation à l'Inconnu par l'arrivée perpétuelle de nouveaux patients. Les nombreuses interrogations des professionnels quelle que soit leur place en ce qui concerne le « faire avec », le « laisser faire », le « faire faire » et le « faire à la place de », révèlent surtout les questions du « qui sait ? », « qui fait ? », « qui est acteur de l'enfantement ? », « qui est accompagnant ? », « qui doit se référer à qui et pourquoi ? » etc... Beaucoup d'ambivalences attenantes notamment au rapport au manque, qui habite tout à la fois professionnels et patients face à ces insaisissables et surtout incontrôlables processus de la mise et de la venue au monde des enfants.

Dans cette même optique des préoccupations de continuités dans la discontinuité et de discontinuités dans la continuité de l'enfantement, apparaissent les controverses quant aux recommandations de bonnes pratiques et aux protocolisations de soins : ces logiques de repères transversaux face aux situations cliniques concrètes ne se pliant que mal aisément aux exigences du formatage protocolaire, la systématisation s'opposerait à la dynamique, la rigidification à l'adaptabilité, le cadre à la créativité, l'institution à l'humain singulier...

« Et les systèmes d'associations...s'engorgent ou s'assèchent localement, formant des nœuds, des plaques inflammatoires, des kystes variés, dans ce qui a parfois l'apparence d'une manière de névrose actuelle d'inhibition de praticien. » (p. 182, Guillaumin, 1987)

Tout comme ce n'est pas le marteau en lui-même qui fait mal aux doigts mais la manière dont on s'en sert en tant qu'outil, les défenses psychiques ne deviennent des entraves qu'à partir du moment où leurs organisations fonctionnent pour elles-mêmes (comme un but en soi, en vase clos) au lieu de tendre à leur objectif initial d'adaptabilité et la périnatalité organisée en réseau(x) ne devient potentiellement étayante et/ou iatrogène qu'à partir du moment où la confusion s'installe entre objectifs et moyens mis en place pour y arriver. Nous avons vu combien l'organisation réticulaire périnatale tendait à répondre à de nombreuses exigences psychiques et tentait en cela d'échafauder des solutions dans le plus-d'un-groupe face à des questionnements pour lesquels chacun et tous sont particulièrement démunis en restant isolés. En ce sens, nous avons entendu combien les exigences du travail psychique procédant et participant de la périnatalité organisée en réseau(x) pouvaient s'apparenter aux fonctions métadéfensives telles que décrites par E. Jaques. Les tentations et/ou les tentatives d'objectivation

étayées par les dynamiques socioculturelles modernes, vont dans le sens de cette confusion entre moyens et objectifs, entre outils et objets fétichisés. Alors que nous pressentions au départ que les désaccordages et dysharmonies constatés explicitement pouvaient être source de dysfonctionnements, nous nous étions nous-mêmes laissés prendre par cette confusion. Nous avons perçu au sein de ce présent travail, par la distanciation qu'il a permise, combien il en était tout autrement à partir du moment où n'étaient plus confondues fonctionnalité défensive (certes déstabilisante) voire déstabilisation défensive fonctionnelle et dysfonctionnements pathogènes. Nous allons entendre dans le chapitre suivant (attendant aux perceptions des participants à la recherche à propos du réseau) combien le glissement de la réticularité comme outil au réseau comme objet en soi, fonde le socle de ces risques : ceux de transformer des désaccordages en dysfonctionnements, ceux de passer des dynamiques chaotiques potentiellement créatrices en dynamiques chaotiques potentiellement destructrices et enfin, ceux de basculer d'un cercle vertueux préventif et thérapeutique, à un cercle vicieux devenant alors iatrogène.

### **II.3. Recueil des représentations attenantes au réseau périnatal**

#### **II.3.a. Pour les familles**

Le thème du réseau périnatal sera abordé par deux questionnements auprès des parents : par une interrogation indirecte attenante à la manière dont ils pouvaient percevoir les modalités de collaboration entre les professionnels qui les ont accompagnés et par le questionnement de ce que pouvait revêtir pour eux les notions de « réseau périnatal » et de « travail en réseau ».

En ce qui concerne la première interrogation, les familles évoqueront trois types de perceptions. Tout d'abord et majoritairement, elles décriront une collaboration basée sur des outils de transmission, expliquant avoir compris que les professionnels communiquent « surtout par écrit » (via les courriers et les dossiers médicaux essentiellement) en étant en lien par l'intermédiaire de supports papiers. Qu'il arrive à ces professionnels de se contacter « par téléphone » ou « directement en se rencontrant », plus dans le contexte intra institutionnel lors des « relèves » ou au hasard

« en se croisant dans les couloirs ». Les familles de cette catégorie représentationnelle imagineront un climat de « confiance mutuelle » et de « relations complémentaires » entre les différents intervenants. Qu'ayant chacun leur « domaine bien défini », ils doivent être « formés » à travailler en commun : le principe de la collaboration interdisciplinaire étant alors appréhendé par les parents comme potentiellement complexe bien qu'efficace, puisque les professionnels leur sont apparus « être au courant de tout ». La deuxième catégorie perceptive s'inscrira dans la négative, ou tout du moins la relativisation, de cette collaboration interprofessionnelle. Les familles pourront évoquer dans ces cas soit le peu ou l'absence de liens, soit une différenciation entre les modalités de communication intra ou extra institutionnelle : les soignants d'un même établissement apparaissant alors plus inscrits dans ce type de culture de travail « en commun » que les intervenants extérieurs (notamment libéraux) envisagés comme moins établis dans la communication interdisciplinaire. Certains parents évoqueront qu'ils « n'ont pas du tout eu l'impression » que leurs accompagnants aient été en lien et d'autres allégueront le manque de personnel et le manque de temps pour que les professionnels puissent « réellement collaborer ». Des familles couperont la poire en deux en exprimant l'idée que « certains professionnels mais pas tous » se transmettent des informations : « qu'à l'hôpital les soignants sont très en liens », mais « qu'en dehors, ils ne travaillent pas ensemble ». Certaines familles transmettront une troisième catégorie de représentations : celles de l'environnement médical tel un « mystère ». Pressentant « à peu près » que les professionnels sont en lien, ils ne savent « pas exactement comment » et préfèrent d'ailleurs souvent « ne pas le savoir ». Les soignants apparaissent souvent dans ces cas-là telles des personnes un peu « éloignées » voire « inaccessibles » : ces qualificatifs semblant garantir aux yeux des familles une sorte de légitimité dans l'autorité des intervenants, comme si une trop grande promiscuité dans la relation soignant-soigné pouvait être source de perturbation dans l'efficacité des soins donnés.

En ce qui concerne les seconds questionnements attenants aux notions de « réseau périnatal » et de « travail en réseau », les parents apparaîtront plus prolixes : basculant dans un domaine plus abstrait (ou tout du moins plus éloigné de leur histoire relationnelle personnelle et concrète avec les soignants) les familles sembleront plus à même de se mettre en réflexion, ou tout du moins de les transmettre plus aisément.

« Travailler en réseau périnatal » serait primordialement pour les familles « être un groupe de professionnels de santé autour de la naissance ». Un groupe dynamique, « en

lien », « échangeant », « collaborant » et « se mettant en relation », afin d'« améliorer » et d'« obtenir de meilleurs résultats », notamment dans le « suivi » et l'« encadrement » des familles. L'idée retenue par les parents est que la « mise en commun » ainsi réalisée des ressources et des informations, permettrait aux équipes et à chaque membre des équipes d'offrir un « enchaînement » et une « coordination » dans le travail de soin et dans leur « communication », afin de tendre vers une « cohérence » et permettre ainsi pour les familles de ne pas avoir besoin ni « de rencontrer tout le monde », ni « de répéter les choses ». « Travail d'équipe(s) », « travail en équipe(s) » et « travailler ensemble » dans une intersubjectivité globalisante « de manière spécifique et complémentaire », sont les manières dont les familles envisagent la question de la réticularité des soignants. « Rencontre(s) », « transmissions », « contacts »... autant d'appellations mobilisant des représentations attenantes aux dynamiques interrelationnelles, organisées selon les parents « autour de », dans l'« entourage de », « du début jusqu'à la fin », « avant, pendant, après », « de la grossesse à la petite enfance, en passant par l'accouchement ». Il s'agirait d'un « ensemble » de personnes, de structures, d'outils, de moyens ; d'une « succession » de professionnels, de lieux... afin de « répertorier » et d'« imbriquer » les informations dans le dessein ultime d'« aider » et « soutenir » les familles et notamment la mère et l'enfant.

### **II.3.b. Pour les professionnels**

Nous avons recueilli via trois questions les représentations attenantes aux notions de « réseau périnatal », de « travail en réseau » et de « réseau dans la tête ». De manière générale, la deuxième notion est apparue plus facile d'accès pour les professionnels que la première (abordée de manière plus abstraite) et que la troisième qui n'a pas été sans poser quelques soucis aux participants. Nous percevions d'ores et déjà à ce stade de l'étude ce qui allait être le point primordial dans nos réflexions : entendre que le réseau périnatal ne recouvre pas forcément ni les mêmes sens, ni les mêmes représentations, l'abord polymorphique langagier de cette notion tendant parfois à l'homonymie.

### **La temporalité du réseau**

Les participants évoqueront une temporalité réticulaire en polyrythmie, un abord temporel du réseau dans des rythmes différents bien que simultanés et non contradictoires, autant dans l'intra-discours (pour un seul et même professionnel) que dans l'inter-discours (dans la comparaison entre les perceptions des différents

intervenants). Le réseau est apparu connoter une notion de « permanence », dans une dynamique incessante appréhendée sur un temps long voire indéterminé. Le réseau apparaît tel une entité transversale aux personnes, aux lieux et aux époques, un déjà là qui se profile en au-delà et où ce qui se vit et ce qui est perçu, est une étape parmi d'autres, un des marqueurs inscrits sur la frise historique de la périnatalité. Le réseau a été exprimé dans une dynamique de « continuité », débutant parfois même avant la conception, plus classiquement à la découverte de la grossesse et jusqu'aux premiers temps de vie de l'enfant. Un « avant, pendant, après » la Naissance qui existe en différentiel vis-à-vis de la permanence, en s'incarnant dans « les différentes étapes de la prise en charge » en un continuum de passages de professionnels en professionnels et non plus dans une forme de fil d'Ariane : le réseau n'est plus là « tout le temps » mais à « chaque fois ».

Le réseau peut également être abordé comme ponctuel : « des fois », « parfois », « à des moments donnés »... selon les nécessités des situations rencontrées. Il est souligné l'appréhension du réseau « en fonction de », « quand il y en a besoin » et notamment lorsque la complexité de certaines situations pose souci (laissant les professionnels assez esseulés, démunis et en demande de collaborations afin de poursuivre leurs accompagnements). Face à ces attentes il est à noter un réseau perçu comme sporadique dans sa temporalité, dans le sens à la fois d'une difficulté à en prendre conscience sans discontinuer, mais également dans les déceptions qu'il peut augurer de mauvaise fonctionnalité : il est alors connoté comme « peu souvent présent », voire là « la veille pour le lendemain, voire le lendemain pour la veille ».

Deux valences dans les extrêmes de la temporalité du réseau sont donc à souligner, deux rythmes dans la manière de l'appréhender et au final deux sortes de réseaux : l'un palpable et concret (celui des partenaires conventionnés, des protocoles établis, rythmes ponctuels bien que pouvant être fréquents) l'autre plus abstrait, plus symbolique et plus autonome quant aux praxis effectives, comme en toile de fond, en rythme continu et presque perpétuel.

### **La localisation du réseau**

Nous retrouverons dans la spatialité du réseau, le même modèle dichotomique que celui constaté au niveau temporel. Le réseau peut ainsi être situé comme tout à la fois « proche » et « lointain », « là-bas » et « ici », « à différents niveaux » de manière abstraite et localisé très concrètement dans la désignation des différents sites par les

professionnels. Ces différences apparaissent à nouveau autant dans les perceptions singulières de chacun des intervenants, que dans l'analogie réalisée entre les élaborations des différents participants.

Dans un versant manifeste, le réseau est inscrit géographiquement dans la situation physique des différents établissements qui y participent. Est dans ce cadre développée l'organisation des maternités classées en niveaux, avec une incarnation plus particulière du réseau dans les Centres Hospitalo-universitaires et les sites de niveau III. Au-delà des éventuels dysfonctionnements obstétricaux et/ou pédiatriques, le panorama du réseau se lit également de manière concrète dans les différenciations entre l'intra départemental, l'intra régional et l'interrégional.

Cet abord pratico-pratique ouvre la voie à des perceptions moins délimitées dans des notions plus vagues telles que l'évocation du terme « local » afin de signifier ce qui est ressenti comme proximal et distinguer ainsi ce qui dépasserait le « cercle familial » des pratiques quotidiennes.

Le réseau est décrit comme couvrant tout à la fois l'intra service, l'interservice, l'intra institutionnel et l'interinstitutionnel, en une sorte d'omniprésence et d'enveloppe(s) globale(s) de contenance, à cheval entre la logique d'emboîtement des « matriochka » et le pêle-mêle kaléidoscopique. Le réseau est « entre », il est « autour », il tend « vers » et il offre la possibilité de « différentes orientations ». « Au centre » de l'organisation périnatale, il est également nommé comme s'incarnant dans et par la multiplicité des lieux.

### **Les ressentis face au réseau**

Nombre de qualificatifs sont venus esquisser les abords plus esthétiques et émotionnels de l'appréhension du réseau par les professionnels. Parfois sous forme d'avis personnel et souvent dans la tentative d'exprimer par l'accumulation de descriptifs ce qui semblait ne pouvoir l'être autrement, les participants ont transmis leurs impressions vis-à-vis du réseau périnatal, ainsi personnifié. Nous retrouverons les ressentis dichotomisés, toujours à la fois au sein des discours de chacun des professionnels et entre leurs différents témoignages.

Dans des abords tactile et visuel, le réseau est fréquemment décrit comme « flou », dans une sorte d'estompement des limitations, presque comme une « impression » (sensation mnésique de la trace d'un quelque chose qui reste ainsi présent sans conserver toutefois de matérialité concrète) appréhendé comme « existant et non existant à la fois ».

Apparaissant ainsi potentiellement polymorphe, le réseau est entendu comme « jamais pareil », non inscrit dans une pré construction et de par le fait « adaptable » et « souple ». Présent de principe et de manière presque « naturelle », en tout cas *indispensable, incontournable, incontestable* : il est à noter une position quasi soumise des participants à une entité qui les dépasserait.

« Globalement *ingérable* » bien que plus « palpable » lorsqu'il est géographiquement situé dans la proximité du « local », le réseau peut être également nommé comme « très organisé » et « très pragmatique ». Dans ce contexte il est vécu comme « déterminant » et il est en cela déploré qu'il ne soit pas toujours « très démocratique » et qu'il apparaisse « difficile » d'y agir par « nécessité » et « par habitude », en donnant alors le sentiment d'un système « en tension ».

Au contraire « pas assez développé » à certains égards et pressenti comme « uniquement médical », le réseau aurait alors été attendu très idéalement comme « vertueux ». Doté de qualités, le fonctionnement en réseau est alors « honnête », « courageux », « enrichissant », « intelligent », « extraordinaire »... Pouvant être « sécurisant » par le fait d'amener une certaine « tranquillité d'esprit », le réseau est perçu tout à la fois comme « vrai », « juste », mais également « trop important » et « excessif ».

Il est frappant de constater à quel point les professionnels, par la personnification du réseau qu'ils induisent, soulignent des dynamiques qui les débordent bien qu'ils y participent. Nous avons analysé ensuite « qui était agent du réseau ? » pour les professionnels et « qui pouvait incarner le réseau ? ».

### **Les protagonistes du réseau**

Nous avons pu dégager les personnes reconnues comme « faisant le réseau ». Les protagonistes précis seront pourtant minoritaires : outre les pronoms que nous avons précédemment travaillés (tels que « moi/je », « nous », « ils » et « eux ») l'incarnation du réseau passera par la nomination des différentes fonctions professionnelles et (en moindre nombre) par l'évocation des différents membres des familles naissantes. Le réseau serait formé par les sages-femmes, les médecins, les libéraux...mais aussi par les parents, les bébés...

De manière beaucoup plus majoritaire apparaîtront surtout des incarnations plus larges, voire plus vagues, dans l'utilisation très fréquente des pronoms et articles indéterminés. Il s'agit alors « des », de « tels ou tels », de « tous les », des « différents »...« soignants », « partenaires », « professionnels », « personnes »,



« gens », « individus »... qui « prennent en charge » et « bossent » autour de la Naissance. « On » d'une part, « tout le monde » de l'autre, mais également « chacun » et « l'autre » : c'est donc bien du sujet de/dans le groupe dont il est question dans cette groupalité psychique ainsi majoritairement dénommée. Le réseau s'incarnera également dans les évocations fréquentes des groupes : il s'agit « des », de « tels ou tels », de « tous les », des « différents »...« établissements », « services », « institutions », « structures », « équipes », « spécialités », « corps de métier », etc... Groupes qui pourront être également plus spécifiés dans des nominations plus précises, telles que le Centre Régional d'Orientation Pédiatrique, les Centres Hospitalo-Universitaires, les maternités, les pédiatries néonatales, les unités pédopsychiatriques et les centres de Protections Maternelle et Infantile.

Entre indétermination majoritaire et spécification plus minimale, le réseau s'incarne dans des êtres peu différenciés, souvent présentés comme « être commun » et parfois même englobés dans la nomination de leurs lieux de travail. L'humain dans le réseau reste une donnée fragile, d'autant plus et/ou de par le fait qu'il existe une objectalisation grandissante. Le réseau comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant, est beaucoup plus amplement décrit dans des catégories de choses.

### **Objectalisation du réseau**

Dans les développements ci-après, nous avons choisi d'exposer la catégorisation qui répond au questionnement : « le réseau c'est quoi ? ».

Ainsi avons-nous pu trouver que le réseau est entendu comme un ensemble d'actes et/ou d'états : idée véhiculée par l'utilisation de verbes qui bien que n'étant pas grammaticalement transitifs à l'origine, ont tous été exprimés dans ce sens. Le réseau est nommé comme le fait « d'être » (définissant en cela ce qui est perçu et ce qui est ressenti comme un état existant) « plusieurs » et « ensemble ». Bien que fondamentalement intransitif, jouté à ces derniers adverbes, l'utilisation du verbe *être* s'inscrit dans une utilisation lexicale de la description d'une relation plurielle. Pluriel indéfini tout d'abord, où nous entendons dans l'usage du terme *plusieurs* la notion de nombre, sans pouvoir clairement en appréhender la valeur exacte. Pluriel en liaison ensuite où du latin *insimul* (signifiant « en même temps ») *ensemble* va connoter le fait d'être conjointement et de manière concomitante. Le distinguo est important car nous retrouvons à nouveau ici l'ambivalence perceptive entre « réseau concret » et « réseau

abstrait ». Ce *distinguo* n'est pas négligeable également, parce que l'importante occurrence de l'utilisation du terme « ensemble » (à la fois comme adverbe et substantif d'ailleurs) dénotera la prégnance de cette impression de nombre pour les professionnels, dont les éléments sont plus ou moins bien liés en étant plus ou moins bien différenciés et/ou plus ou moins distancés. Le réseau engloberait ainsi le morcellement. Nous trouverons également des verbes d'action : « travailler ensemble », « faire les choses ensemble », « mettre sa pierre à l'édifice » et œuvrer même petitement à la dynamique complexe du réseau périnatal. Dans l'usage pronominal réfléchi du verbe « mettre » (véhiculant les idées d'établissement et/ou de modification d'un placement ou d'un positionnement) la relation à « l'autre » est abordée comme un but à atteindre : le réseau c'est « arriver à se mettre à la place de l'autre ». Un mouvement empathique clairement identifié dans l'acte de « penser à l'autre », d'exercer son esprit dans le sens de l'autre. Il ne s'agit plus d'un amalgame relationnel potentiel comme dans l'ensemble, mais d'une différenciation conscientisée des singularités et de la mesure du travail psychique que cela engendre. En action toujours, toujours avec la même racine et toujours dans la même optique que les développements précédents, le verbe « transmettre » sera très fréquemment usité. Défini comme l'action de faire passer (conditionnée par le préfixe – *trans*, entre deux éléments au minimum) ce verbe éminemment transitif apparaîtra résumer l'idée du réseau, en introduisant la part de la différenciation et de la possibilité d'être en relation.

Cette notion de possibilité et celle de potentialité, seront très humblement investies par la plupart des participants qui précisera que le réseau est avant tout « essayer de... ». « Schéma de possibilités », « chose artisanale », le réseau est conçu comme une « construction perpétuelle » et plus une « tentative » où l'effectivité dans la réalisation des objectifs apparaît même parfois comme secondaire : ce qui semble importer est la dynamique motivationnelle sous-jacente aux actes, le réseau ne serait pas une fin en soi, peut-être même pas un but, mais l'ensemble des tactiques pour « arriver à ».

Une autre catégorie descriptive du réseau, pourrait être nommée en (dé)négarion. Il s'agira ici des exposés qui se sont attachés à décrire le réseau en procédant par élimination, en tentant de définir primordialement ce qu'il n'est pas. (Dé)négarion, car cette tactique semblait procéder tout à la fois d'un renforcement de l'idéalisation et d'une sorte de réparation. Dans ce contexte, le réseau « ne serait pas » pour les professionnels (ou tout du moins ne devrait pas être) :

- une « cooptation » ; une association choisie arbitrairement et non forcément justifiée. Dans le même sens, le réseau ne serait pas une « assignation », acte par lequel l'on est nommé et interpellé en étant par là-même déterminé par un autre. Nous pourrions entendre ici le réseau comme un choix libre et singulier, par renversement sémantique.
- « limitatif » ; dans le même ordre d'idée presque libertaire, le réseau serait attendu comme ne posant pas de limite et offrant une infinité de possibilités.
- « vraiment réel » ; qui n'aurait donc pas de réelle consistance et résiderait donc uniquement dans une abstraction psychique, une virtualité reconstruite par le psychisme. Le réseau est ici immatériel, il est « réseau dans la tête ».
- « gagné » ; notamment dans le sens de non acquis. Le réseau ne serait pas donné comme tel, ne serait pas abouti et résiderait plus dans la dynamique d'atteinte plus que dans la réussite elle-même.
- « morcelé, découpé » ; de manière plus familière nous trouverons également l'image de ne pas « faire sa cuisine chacun de son côté ». Le réseau serait ainsi inscrit dans l'unité, dans l'indivis, avec toutefois la négation contraire suivante :
- une « symbiose » ; une union fusionnelle et de dépendance durable. Nous retrouvons en ce sens l'oscillation ensemble/inter et la revendication d'autonomie telle que formulée dans le premier item.
- « un », mais « des » ; en guise d'analyse consensuelle à ces précédentes descriptions, le réseau ne serait pas une singularité mais une pluralité de réseaux.

Une très large majorité des évocations concernera les notions de relation et de communication, constituant ainsi un autre mouvement de l'objectalisation. Pour la plupart des professionnels le réseau est « inter », il est relatif à l'intervalle et à l'entre-deux (au minimum) relié. « Intercommunication », « interconnexion », « interrelation »... autant d'utilisation de ce préfixe afin de souligner l'aspect éminemment groupal du réseau. Le réseau est « échange mutuel » et « sollicitation mutuelle » dans la « réciprocité », « fonctionnement en communauté » sur une mise « en commun » et des « bases communes ». Du latin *communis* formé de *com-* signifiant « avec » et de *munus* renvoyant aux notions de « service » voire de « devoir », le réseau serait un partage de rôles et de statuts, une « collaboration » dans le sens noble de son étymologie. Nous abordons l'aspect organisationnel du réseau, notamment car ce « regroupement » (reconstruction des liens entre membres qui auraient été auparavant

plus distanciés) est également perçu comme une « multiplicité ». Il s'agirait d'une « rencontre » entre des singularités et des différences, une sorte de « traducteur » de « conjugaison » dans un « contexte multiculturel » et de passeur de « circulation » entre diverses personnes, divers domaines d'exercice, diverses fonctions, diverses informations... En ce même sens de liens, nous retrouverons toute la sémantique des origines du terme « réseau » dans le discours des professionnels : « canevas », « filière », « entourage », le réseau peut être « filet » de sécurité et « toile » d'araignée. Rassurant et/ou inquiétant, étayant et/ou enserrant, protégeant et/ou menaçant, le réseau est « autour » et « trans » afin de contenir et d'organiser.

En cela, il est aussi « cadre » et « protocole » : recueil de savoir-faire, de savoir-dire, de règles, de contraintes et de référentiels sur « tout ce qui concerne la Naissance, la famille, la femme et l'enfant ». Il procède et engendre la « répartition des compétences », peut devenir un « gros truc », une « structure », dans un abord moins dynamique mais plus congruent et peut même aller jusqu'à être une « obligation » alors insérée dans des niveaux à la fois hiérarchiques et juridiques. Il est toutefois majoritairement reconnu par les professionnels comme « une chance », « un avantage », « un plus » et « une aide ».

« Existant déjà avant nous », « existant en lui-même », le réseau sera tour à tour « ça » et « il » : une entité parfois vague, mais pouvant être (grammaticalement parlant) positionnée en fonction de sujet et en capacité d'être le support d'actions. Cette dernière représentation permet une ouverture sur des élaborations plus imaginatives, telles que nous pourrions les développer dans le paragraphe suivant : celui attendant aux métaphores utilisées par les intervenants afin d'imaginer leurs perceptions fantasmatiques du réseau périnatal.

### **Les métaphores du réseau**

Lorsqu'ils souhaitaient tendre à un syncrétisme dans leurs développements, les participants ont proposé d'illustrer le réseau dans des représentations dynamiques. Il serait alors « comme » :

- une « scène », un « panel de scénarios ». Dans ce mouvement scénographique, le réseau serait un théâtre où familles et professionnels de la périnatalité se relaieraient selon les passages et les jeux scéniques en tant que spectateurs et/ou qu'acteurs. Chacun pourraient parfois se trouver à la place du metteur en scène, du premier rôle, des

figurants, des techniciens, du public ... Le réseau serait comme une performance théâtrale mais plus dans un sens d'improvisation, où chacun pourrait alors avoir avant de jouer une vague idée globale des possibilités de ce que cela pourrait donner, sans pouvoir toutefois savoir à l'avance ni le déroulement du jeu, ni sa fin. Une potentialité créatrice des échanges dans ce qui se vit et ce que l'on peut en montrer, en voir, en dire et en entendre : une histoire à écrire, à conter et à jouer. L'idée de l'interchangeabilité des différents postes (autant à travers les différentes fonctions professionnelles qu'entre les soignants et les familles) est ici à souligner : modèle semblant se rapprocher du « groupe participatif (démocratique) » de Lewin, il offrirait (outre cette idéalisation d'un « leadership » communautaire avec partages possibles des droits et des devoirs, bien que non forcément de manière équitable) la flexibilité potentiellement déstabilisante et créatrice dans la mouvance des repères.

- un « orchestre ». Dans le même ordre d'idée, mais en passant par la médiation de la musique, certains participants évoqueront le réseau tel un « chœur instrumental », mais qui aurait la particularité de présenter un chef collégial, dans une formation musicale en autogestion. Chacun posséderait son instrument, sa formation, sa profession, sa fonction ; chacun ferait partie d'une famille instrumentale, d'un corps de métier, d'un service, d'une institution : chacun connaîtrait sa partition, chaque musicien maîtriserait assez son art pour se permettre certaines « marges de manœuvre » et serait capable de s'harmoniser avec chacun des autres membres de cette formation. Outre les risques cacophoniques envisageables, cette métaphore se rapprochant dans les aspects « démocratiques » du précédent modèle, semble offrir une moindre dynamique dans l'évolution possible de chacun. En effet, l'identité professionnelle conditionne ici la place dans l'ensemble et les familles semblent n'être assignées qu'à une position de spectateurs-auditeurs. : les potentialités créatrices sont pourtant toujours présentes dans les arrangements possibles des partitions, mais l'écriture musicale précède le jeu.

- un « filet de sécurité sous des trapézistes ». Professionnels et familles seraient alors des artistes et des acrobates (« les soignants de chaque côté et la famille au milieu ») effectuant des voltiges au-dessus du réseau, présent uniquement alors si besoin lorsque les figures réalisées ne pourraient l'être de manière satisfaisante. Il est à noter ici un certain déterminisme dans ce qui se vit : le climat assez insécurisant de l'exercice du trapèze ne laissant que peu de place à la créativité spontanée. L'idée est alors plus d'anticiper ce ballet aérien avant sa concrète mise en actes, toute modification en cours de réalisation pouvant induire la chute heureusement atténuée par le réseau périnatal

protecteur. Nous trouvons dans cette métaphore la réduction de l'asymétrie relationnelle entre familles et professionnels, même si les patients se trouvent plus dans la position du voltigeur que du porteur ( !). Nous pouvons également entendre la perception anxiogène que peut revêtir pour chacun dans ce contexte la mise et la venue au monde des enfants et noter la notion d'un réseau présent, pouvant prendre part aux dynamiques mais en retrait et pouvant ne pas servir sans que les possibilités que la Naissance advienne en soient touchées (en distinguo des deux précédentes métaphores où le réseau était une condition du processus même).

- une « toile d'araignée ». Le réseau serait ainsi un piège potentiel selon l'endroit et le moment où l'on s'y trouve. Après enquête de notre part, professionnels et familles expliqueront que les victimes potentielles seraient elles-mêmes, la « bête » incarnant les risques du réseau à leur encontre. Le changement de registre est ici saisissant : nous appréhendons dans cette métaphore la part monstrueuse et potentiellement menaçante pour tous de la périnatalité organisée en réseau(x). La toile d'araignée souligne le versant potentiellement vicieux de l'organisation périnatale, où l'on risque de rester coincé sans s'en rendre compte et dans une grande difficulté ensuite pour s'en dépêtrer. Bien que nous retrouvions ici l'amointrissement de l'asymétrie relationnelle entre professionnels et familles, la promiscuité n'y est que peu réjouissante.

- un « véhicule ». Le réseau serait avoir la notion « d'un plus que soi » dans les actions que l'on mène. Comme dans un véhicule lorsque l'on conduit, il est nécessaire de penser à l'ensemble de l'engin et non pas seulement à sa place dans l'habitacle afin d'éviter tout incident et préserver ainsi les autres utilisateurs du véhicule. Le sens véhiculé par cette métaphore est qu'au sein du réseau les actes individuels peuvent avoir un impact sur la dynamique globale de la périnatalité et il serait alors nécessaire de penser au réseau dans les praxis singulières afin de ne pas nuire à cette organisation. Cette métaphore a le mérite d'être très claire et très pragmatique dans sa figuration, il y est toutefois à souligner la particularité d'un seul conducteur devant se sentir alors éminemment responsable des autres personnes : conducteur entendu comme incarné par un professionnel, les familles étant en tant que passagers (aux côtés d'autres soignants le cas échéant). Si chaque véhicule représente les « manœuvres » professionnelles, il est à noter un abord particulièrement individualiste finalement de la place de chacun au sein du réseau : les conduites de chacun se faisant au mieux en côte-à-côte.

### **Les objectifs du réseau**

Les participants à la recherche développeront fréquemment leurs perceptions du réseau via les objectifs qu'il permettrait d'atteindre. Dans un abord très pratico-pratique donc, le réseau est décrit comme existant et faisant sens parce qu'il est utile et qu'il sert à quelque chose. Nous retrouvons ici la notion de groupalité, guidée par le principe selon lequel des personnes se rassemblent afin de réaliser à plusieurs ce qu'elles n'auraient pu effectuer seules. Nous retrouvons également ici le réseau en tant qu'outil. L'idée majoritaire est celle d'une « amélioration » (de rendre meilleur donc) la qualité du travail accompli par chacun, par la « prise de recul » et les possibles liens qu'induirait alors le fonctionnement périnatal en réseau(x). En ce qu'il permet des rencontres, d'« échanger » et de « confronter » des savoir-faire et des réflexions, le réseau offrirait la possibilité d'avoir d'« autres visions », de « se servir de ce que les autres ont créé et leur transmettre ce que l'on a créé ». Il est attendu de possibles « réajustements » de chacun afin de compléter (dans l'acceptation des différences de cultures de travail) et/ou d'« unifier » (en étant ainsi plus par moments dans le même) dans le but d'une « mutualisation » voire d'une « communion », où les professionnels se (re)groupent pour « communiquer et s'informer plus facilement ». Dans une « continuité » ainsi créée, le réseau ferait « perdurer par chacun le travail des autres » : il ne s'agit pas de « se perdre dans la masse » mais « d'inclure son action » à une dynamique globale, quitte à « imposer », à « devoir » accepter, se justifier et demander des comptes. Le réseau c'est à la fois « des avantages et des inconvénients ».

A un autre niveau, la progression adviendrait par les « simplifications » attendues dans cette construction collégiale unifiante. Par les « facilitations » des transmissions procédant de l'uniformisation des référentiels communs, c'est une sorte de « pré-mâchage » réflexif et réciproque qui est explicité et valorisé dans les économies énergétique et temporelle qu'il permettrait. Protocolisant les démarches, le réseau offrirait de meilleurs repérages (notamment dans les pratiques et dans les adressages) et en « diminuant les clivages », en « répertoriant les différentes fonctions et rôles de chacun », il permettrait à chacun de « connaître » plus simplement, plus rapidement et donc plus efficacement sa place, celles des autres, voire la dynamique périnatale dans son ensemble.

En cela, le dessein de la mise en réseau serait également de sécuriser en permettant de « faire appel » et d'« avoir des contacts » : ce système donnerait les possibilités de « ne pas ni se croire, ni se sentir seul » et de « ne laisser personne de côté », quitte à « se sentir obliger de » et à « forcer » les changements pour obtenir les progrès. Le sujet de,

dans, entre et à travers le groupe a des droits mais également des devoirs, il donne, reçoit, mais fait également certains sacrifices pour pouvoir bénéficier en retour de certains privilèges. Parfois « contraintes », parfois « aides », le réseau serait de toute façon et forcément pour « le bien de tous ». Par truchement de ce que cette mise en commun apporte de « continuité et de congruence », de possibles « prévisions » et « anticipations », c'est la gestion des faits singuliers et parfois exceptionnels qui serait alors permise. Lorsque les référentiels ne sont pas pris au pied de la lettre comme une fin en soi, ils offriraient un cadre d'accueil bienveillant au « cas par cas », afin de « mieux » accompagner et de donner « plus » de chance au patient dans sa globalité.

### **Les bénéficiaires du réseau**

Pour les professionnels, le réseau est essentiellement et majoritairement fait pour les familles. Par ordre de fréquence d'évocations, les bénéficiaires en première ligne du réseau sont les femmes, plus particulièrement des « femmes qui évoluent », des « femmes enceintes » et des « femmes fragiles ». Ce sont également des mamans et plus précisément des « mères en difficulté ». Viennent ensuite les enfants, ceux « qui naissent » et plus spécifiquement ceux « qui ont des problèmes ». Des bébés également, ceux « qui ont besoin de soins » et « qui présentent des particularités ». Ceux sont après les couples, ceux « qui attendent un enfant » et « qui ont besoin d'aide ». Enfin ceux sont les familles et notamment celles « qui se construisent ». A partir d'articles indéfinis tels que « tels ou tels » et/ou « chaque », femme, mère, enfant, bébé, couple, famille... le réseau s'inscrit plus particulièrement dans des situations problématiques, où le déroulement de la mise et de la venue au monde des enfants ne va pas de soi.

De façon tout aussi indéfinie, le réseau sera également évoquer à l'attention des « gens » et des « personnes » qui gravitent autour de la Naissance. Pour « quelqu'un » en particulier et pour « tous » en général, le réseau est un partage finalement.

Plus timidement enfin, les professionnels se permettront de parler du réseau pour eux-mêmes, jamais en leur nom propre toutefois, mais en utilisant les termes plus génériques de « soignants », d'« équipes » et de « nous ». Le réseau principalement acté *par* les professionnels le serait majoritairement *pour* les familles. Nous retrouvons ici l'idée de cette organisation périnatale où acteurs et intervenants de la Naissance sont comme inversés dans la primordialité sous-jacente à ces places. Il s'agit d'une dynamique de liens soignants institués où nous retrouvons (comme dans toutes les filières de soins



d'ailleurs) le paradoxe du nomadisme des principaux intéressés, en rapport à la plus grande sédentarité des professionnels qui y concourent.

## **II.4. Analyses des représentations attenantes au réseau périnatal ; développement du modèle**

### **II.4.a. Analyse concernant les perceptions des famille**

La première différence notable à constater dans les discours des parents, se situe entre les questionnements attenants à ce qu'ils ont concrètement vécu en tant que patients au sein du réseau et les questionnements plus généraux concernant la problématique de l'organisation réticulaire des soins. Dans le premier mouvement l'effectivité des relations professionnelles en réseau est relativisée, a contrario du second plus conceptuel, où les élaborations apparaîtront moins problématiques voire idéalisées.

Dans le premier mouvement une scission notable est soulignée entre intra et inter institution (et notamment entre institution et pratique libérale isolée) : au sein même des structures les liens interprofessionnels étant plus aisément perceptibles que ceux entre différentes structures et surtout que ceux entre les « libéraux » et les « institutionnalisés ». Ici se laisse entendre la notion des différences de ressentis entre l'intra muros institutionnel et l'extra muros, entre un dedans et un dehors dans leurs

accompagnements, entre une vie interne à l'institution et une vie externe à cette institution : les parents sont de passage et comme en transit dans un autre monde. Le hasard des rencontres a fait que certains parents étaient eux-mêmes professionnels de la périnatalité et les professionnels eux-mêmes ont évoqués en entretien leurs souvenirs plus ou moins lointains de ce passage momentané dans leur devenir parents. Ces témoignages, outre le fait de souligner les mouvements identificatoires en jeu entre identité professionnelle et familiale, de mettre en lumière les différences des vécus selon les places et les assignations, introduit surtout un phénomène : celui du réseau-famille. Si les perceptions parentales à propos du réseau tendent à relativiser l'effectivité des liens, c'est surtout parce que ce travail de transmissions mutuelles entre professionnels ne leur est que peu explicitée et parce que ces liens ne suivent pas forcément la logique propre des réseaux parentaux. Le réseau-famille se construit dans les différentes rencontres effectives selon le parcours personnel des patients et bien que ces chemins qui leur sont singuliers ne soient généralement pas tout à fait étrangers à l'organisation plus globale des soins, leur propre parcours n'y correspond jamais totalement. Les adresses préférentiels des familles à l'égard des professionnels, leurs ressentis de confiance, les notions de personne ressource, d'alliance thérapeutique, voire parfois de transfert, prennent ici tout leur sens en induisant de nouvelles nécessités d'accordage. La question des écarts entre réseau-famille et réseau d'accompagnement effectif apparaît comme une variable non négligeable dans la coloration des vécus familiaux, à plus forte raison lorsque l'idéalisation parentale est proche de l'exposé du cercle vertueux de la périnatalité organisée en réseau. Cette tendance conflictuelle entre réseau idéal et réseau concret, se complexifie particulièrement dans les perceptions des professionnels.

#### **II.4.b. Analyse concernant les perceptions des professionnels ; processus psychiques, organisateurs réticulaires**

Les intervenants de la périnatalité ont transmis une très grande richesse représentationnelle attenante au réseau, richesse n'ayant d'égale que l'aspect polymorphe voire polysémique de leurs représentations à ce propos. Le réseau périnatal au sein d'un même discours et à travers les différents discours, est perçu de façon multiple voire parfois de manière contradictoire. De perceptions très idéalisées à des positions plus critiques et de représentations simples à des schémas autrement plus

complexes, ce qui semble important est de relever que ces différents développements sont censés exprimés un seul et même objet et que le fait que ces différences apparaissent également au sein des élaborations singulières, souligne le principe selon lequel le réseau périnatal n'est pas un mais pluriel dans la tête des professionnels : il ne s'agirait pas d'un réseau périnatal mais d'une organisation en strates de réseaux.

### **Les différentes strates du réseau périnatal**

Réseaux donc, où nous retrouvons différentes strates qui ne sont pas sans rappeler les précédents « étages » que nous avons évoqués plus haut : ici sera proposé le *cinquième niveau* de lecture possible.

« L'institution n'est pas seulement traversée par la dimension de la réalité psychique. Elle est un nœud d'ordres de réalité hétérogènes et en interférence : cette intrication produit une surdétermination des faits...Elle engendre une difficulté spécifique à distinguer le niveau de réalité psychique avec lequel entrent en composition d'autres ordres de réalité.

L'institution est une création du « socius », elle est une formation *sociale*. Elle participe aux processus de la production-reproduction de la société en exerçant l'organisation des tâches socialement nécessaires... L'institution est un dispositif *économique*... L'institution est organisée dans le cadre *juridique*...le *pouvoir politique*...la dimension *culturelle*... La réalité *psychique* de l'institution est en interférence avec toutes ces dimensions que je viens d'évoquer, et une tâche prioritaire de l'analyse institutionnelle est de repérer les déplacements qui peuvent s'opérer d'un ordre de réalité vers un autre. » (pp. 18-19-20, Kaës, 1996)

#### *Le réseau-dispositif*

Le réseau-dispositif serait celui qui correspondrait aux plateaux techniques organisés en centres obstétrico-pédiatriques de niveaux et qui engendrerait toute l'organisation systématisée et protocolaire de la logique des accompagnements essentiellement médicaux, régents par l'Agence Régionale de Santé. Il serait également celui qui servirait de base aux différents financements potentiels de la périnatalité et qui serait donc majoritairement force d'initiatives dans ce domaine.

#### *Le réseau-famille*

Le réseau-famille serait constitué par les alliances d'ores et déjà construites ou à construire, des membres familiaux avec tel ou tel professionnel investi et légitimé en cela dans sa place et son rôle de soignant.

#### *Le réseau local-informel*

Le réseau local-informel correspondrait aux traditions et à la culture de travail en commun qu'ont les professionnels sur un site géographique donné, sans que cette organisation soit forcément ni systématisée, ni reconnue officiellement par le réseau-dispositif.

#### *Le réseau-professionnel*

Le réseau-professionnel, à l'instar de celui des familles, serait constitué par les connaissances et les habitudes de travail en commun des soignants, à l'intérieur des équipes, entre différentes équipes et entre diverses institutions. Il sous-tendrait souvent le réseau local-informel lorsque ces habitudes précédaient la constitution du réseau-dispositif, mais peut également être façonné par ce dernier.

#### *Le réseau de proximité-formalisé*

Le réseau de proximité-formalisé, procéderait de la systématisation par conventions de réseaux locaux-informels, dans le but de dynamiser les ressources humaines et matérielles disponibles sur le terrain.

La possibilité d'existence de ces différents réseaux et leurs agencements mutuels, participeraient et procèderaient du dynamisme de l'ensemble des différentes strates d'analyse précédemment proposées, en ce qui concerne les mouvements identificatoires et d'appartenances groupales. Soit les positionnements de chacun et de tous les membres permettent de pouvoir harmoniser les différentes strates réticulaires, soit leurs processus d'accordage s'enraillent, se cristallisent et les risques de dysfonctionnements pourraient apparaître. La périnatalité en strates de réseaux possède une richesse non négligeable quant aux potentielles créativité qu'elle permet, mais peut également devenir potentiellement iatrogène.

Nous avons entendu que les différents « étages » se vivaient aux niveaux individuel et collectif. Nous avons précisé comment notre positionnement théorico-clinique proche des psychanalystes du groupe et des systémiciens, nous amenait à entendre la singularité et la groupalité de manière éminemment liée. Nous rappellerons avant d'exposer la dernière et fondamentale strate du réseau, combien ce ne sont ni la somme des singularités qui façonne les groupalités, ni les groupalités qui assujettissent les singularités. Sans hiérarchisation possible, ces deux niveaux d'analyse seraient à entendre comme interdépendants et ne pouvant fonctionner l'un sans l'autre.

### *Le réseau dans la tête*

Le réseau dans la tête figurerait une forme de groupalité psychique organisée en réseau(x), permettant à chacun de pouvoir percevoir sa place et la place des autres dans la dynamique globale du groupe. Il véhiculerait l'idée d'une dynamique réticulaire psychique permettant au sujet de se penser, de penser les autres et de penser leurs organisations dans le plus-d'un-groupe : le sujet de, dans, entre et à travers les groupes, la capacité à travailler avec les autres dans la tête. Il s'agirait d'un paysage mobile de représentations, d'affects, de complexes, d'imagos et de fantasmes, permettant à chacun d'être reconnaissable et reconnu dans le fonctionnement global entre soignants, entre les soignants et les familles, au sein d'un groupe et au sein de plusieurs groupes.

Les différentes strates de réseaux viennent parler une autre modalité de la groupalité périnatale (le cinquième et ultime niveau d'analyse dans notre présentation) celle du lien institué tel que René Kaës a pu la définir :

« J'appelle lien institué un lien qui se détermine par l'effet d'une double conjonction : la première détermination est celle du désir de ses sujets d'inscrire leur lien dans une durée et dans une certaine stabilité. La réalisation de ce projet suppose un certain nombre de formations *intersubjectives*, telles que des alliances entre des formations psychiques qui, chez chaque sujet, trouve une correspondance ou une résonance chez l'autre, de telle sorte que ces alliances soient suffisamment investies et protégées par l'un et par l'autre, en raison des intérêts communs et spécifiques que chacun y trouve ». (p.1, Kaës, 1996)

Il s'agirait du réseau dans la tête, mais également du réseau-professionnel, du réseau-famille et dans une certaine mesure, du réseau local-informel.

« La seconde détermination est celle des formes sociales qui reconnaissent et soutiennent...l'institution de ce lien... » (Ibid.)

Il s'agirait du réseau-dispositif et dans une certaine mesure, du réseau de proximité-formalisé.

Le réseau dans la tête est celui qui articulerait et harmoniserait (de manière plus ou moins satisfaisante) les différents niveaux précédemment énoncés :

1°/ niveau à l'échelle singulière des mouvements identificatoire et d'appartenance conscientisés

2°/ niveau à l'échelle singulière des mouvements identificatoire et d'appartenance inconscients

3°/ niveau à l'échelle groupale des mouvements identificatoire et d'appartenance conscientisés

4°/ niveau à l'échelle groupale des mouvements identificatoire et d'appartenance inconscients

5°/ niveau des différentes strates de réseaux.

Il s'agit d'un travail psychique élaboratif, puisque pour chaque situation chacun des différents niveaux va être mobilisé différemment. Parce que chaque protagoniste d'une situation va avoir son propre réseau dans la tête avec ses propres primordialités entre les différentes strates, se nouent à ce niveau d'analyse les enjeux du fonctionnement réticulaire dans le champ des possibles entre vice et vertu organisationnels, préventifs et thérapeutiques. Les potentialités de flexibilité créatrice et les risques de cristallisation iatrogènes pourraient se lire au niveau intra, inter et transgroupal. Ce qu'amènent ces derniers exposés sur le cinquième niveau d'analyse des différentes strates de réseaux, est également le risque de blocage plus politico-économique attendant à la dimension du réseau-dispositif. Car si jusqu'à présent les aléas des accordages et désaccordages étaient essentiellement individu-dépendants et/ou grupo-dépendants, le niveau du réseau-dispositif introduit d'autres variables, prépondérantes quant au poids effectif du réseau-dispositif dans les pratiques quotidiennes : autres variables diverses et complexes mais émanant surtout des objectifs du réseau-dispositif, qui tout en restant en lien avec les notions de soins de l'humain, induisent aussi de ne pas gérer uniquement cela, ce qui constitue une dimension conflictuelle souvent problématique. Alors que la notion d'organisation réticulaire était née des préoccupations soignantes de réduire notamment les morcellements et de permettre une plus grande congruence et continuité dans l'accompagnement des Naissances, l'évolution progressive des organisations effectives a rendu cette lecture moins évidente, parfois même jusqu'à aboutir à des dispositifs contradictoires.

« La démarche préventive demande... d'articuler le tissu informel des relations poursuivies entre les différents agents convaincus de l'intérêt de la prévention, aux dispositions ou dispositifs officiels évoqués dans les textes (par exemple les commissions régionales de la naissance). Ceci renvoie à l'existence d'une distinction nette entre ce qui serait une mise en réseau institutionnelle ou transinstitutionnelle organisée d'en-haut...et l'existence concrète d'un réseau d'acteurs de terrain qui transcende les clivages institutionnels et se développe sur la base des collaborations interpersonnelles...

Certains dispositifs institutionnels autodésignés comme réseaux, s'ils font réseau sur le terrain en procédant par quadrillage du territoire en mailles plus ou moins larges, ne

fonctionnent pas comme des réseaux de communication. Il en va ainsi de l'offre de services des récents *réseaux régionaux de périnatalité*, définis par les décrets... Outre que les réseaux de ce type restent essentiellement centrés sur le somatique, ils n'empruntent guère à l'idée de réseau que la dimension de structuration spatiale de la diversité des réponses thérapeutiques au détriment de l'acceptation dynamique du réseau comme communication interactive entre ses membres. » (pp. 107-108, Neyrand, 2004)

En reprenant notre outil des situations fictionnelles, nous pourrions envisager de manière virtuelle des processus d'accordages et de désaccordages entre les différentes strates du réseau.

Les réseaux qui feraient sens sont les réseaux dans la tête, réseau-famille et réseau-professionnel. Ce seraient eux qui, psychiquement parlant, participeraient et procèderaient de la réticularité périnatale. A partir d'eux découleraient les autres réseaux, plus matériels, plus ou moins éloignés des premiers et faisant alors plus ou moins de sens. Nous entendons là que les processus actuels de fonctionnement de la périnatalité vont à contre courant : il est sollicité que ce soient plus les réseaux psychiques qui s'adaptent aux réseaux matériels que l'inverse. Par exemple, si un réseau de proximité-formalisé correspond de manière adéquate au réseau local-informel dont il est issu (réseau local-informel lui-même issu des réseaux dans la tête) il y a de grandes chances que le petit écart pouvant exister alors entre ces premiers réseaux matériels et ceux qui les ont sous-tendus (réseau-famille et réseau-professionnel) permette une harmonisation adéquate. En revanche, si le réseau-dispositif vient déconstruire sur le terrain les réseaux locaux-informels, en induisant alors une sorte de discordance cognitive aux niveaux des réseaux dans la tête (réseau-famille et réseau-professionnel) le risque est pris qu'il y ait une fuite de sens dans les logiques des accompagnements. Accordage et désaccordage dans les réseaux dans la tête risqueraient alors (dans la mesure où nous avons vu que les différents « étages » communiquaient de manière interdépendante) d'induire en cascade accordage et désaccordage à des niveaux de groupe, voire à des niveaux singuliers.

Ce que nous tendrions à souligner ici, est la manière dont les décrochages de sens progressifs pourraient engendrer une fragilisation des compétences d'association et de liaison psychiques (aux différents niveaux de lecture que nous proposons dans ce travail) en induisant alors une vulnérabilisation des capacités d'adaptation et un risque accru des mouvements de sidération et de cristallisation. Lorsque les strates des réseaux matériels (à la base outils des réseaux psychiques) deviennent des buts en soi en assujettissant alors les réseaux psychiques à leur propre fonctionnement, de nombreux renversements de sens se produisent alors : là où la périnatalité réticulaire tendait à permettre un accueil continu et congruent des familles naissantes, l'organisation périnatale tend à engendrer ce qu'elle souhaitait initialement contenir. Il s'agit alors du

processus de bureaucratisation tel qu'a pu notamment le décrire José Bleger dans son travail de différenciation entre « organisation » et « institution » :

« ... j'entends par bureaucratie l'organisation dans laquelle les moyens se transforment en fins, et où on laisse de côté le fait d'avoir eu recours à des moyens pour atteindre des objectifs ou des fins déterminés. » (p. 57, Bleger, 1987)

En tenant compte des processus psychiques défensifs en cascade tels qu'exposés plus haut, nous entendons ici à quel point les limites entre cercles vertueux et cercles vicieux de la périnatalité organisée en réseaux sont ténues.

Nous allons voir dans le paragraphe suivant (à partir des travaux de Pierre Musso (2003) effectués sur la notion plus globale et générale de « réseau ») que les problématiques ici soulevées ne se rencontrent pas uniquement dans le cadre périnatal, mais dans tout contexte où le réticulaire est mis en jeu.

### **Evolution de la notion de « réseau » et ses rapports avec les réflexions attenantes aux réseaux périnataux**

Afin de retranscrire en tentant de la synthétiser la longue et complexe évolution de cette notion générale de « réseau », nous nous sommes principalement étayé sur les travaux de Pierre MUSSO (2003) qui travaille en ce sens dans un abord interdisciplinaire très riche.

Pierre MUSSO argumente une généalogie de la notion de réseau en quatre mouvements : biométaphysique<sup>42</sup>, biológico-politique, biotechnologique et techno-utopique.

« La première vision très ancienne, déjà présente dans les mythologies, est liée au fil, au tissu et au tissage : il s'agit d'une vision biométaphysique du réseau-filet symbolisant la continuité, le temps et le destin. [...] L'imaginaire du réticulé s'ordonne comme un intermonde entre les techniques du tissage et les premières représentations du corps que se donne la médecine antique, par un jeu d'analogies entrelacées, d'allers-retours entre le tissu ou le filet, et le corps qu'il enserme. Car le filet ou le tissu sont toujours déjà sur, ou autour du corps humain jusqu'à finir par s'identifier à lui... L'ordre du textile dans son résultat (subtil maillage) et dans son mode de production (mouvement régulier alternatif) offre une rationalité visible pour interpréter le corps humain... » (p. 22 [...] p. 29, Musso, 2003)

De L'ancien français *rez* et du latin *retis* signifiant « filet », le réseau s'inscrit dans une imagerie du tissage et de tout ce que cette technique véhicule sur le plan symbolique, en

---

<sup>42</sup> Terme emprunté à A. CAUQUELIN. « Concept pour un passage », in *Quaderni*



termes de dynamiques d'ambiguïté et d'ambivalence. Le mouvement alternatif et répétitif de son façonnage rythmique et circulaire, étaye des représentations de continuité et de linéarité permettant tout à la fois croisements, interstices et parallélismes. La répartition anthropologique des tâches qui attribue aux femmes l'art du tissage, adjoint à ces notions celle de féminité : le réseau renvoie au foyer et le foyer au centre de la vie entre seuils et passages :

« ...où se rencontrent les contraires : le lieu et le lien, l'immobile et le mouvement, le point et le cercle. » (op. cité Musso, p. 44)

L'utilisation du filet retient et laisse passer tout à la fois, telle une sorte de préhension à multiples niveaux. Antagoniste de la discontinuité, la dynamique de réseau tendrait à réunir en séparant, une sorte d'« art du mélange des contraires...dans l'ambivalence de la concorde et de la conflictualité, ou du continu et de la rupture » (Ibid. p. 50...51).

De cet aspect symbolique découlera le lien avec les réflexions attenantes au corps. La démarche philosophique va permettre des analogies réflexives tendant à induire une compréhension du fonctionnement somatique via ce qui est observable et ce qui est plus conjecturable. Ce qui est perceptible est la circulation continue de flux internes au corps humain, dont certains sont contenus à certains temps et lieux et d'autres pas et réciproquement. Circuits fermés à certains égards, ouverts à d'autres et communiquant parfois, rapprochés ainsi de la symbolique ambivalente du réticulaire :

« Pour s'adapter au fluide, à l'instable, au devenir et au changement, l'intelligence doit faire preuve de ruse et de souplesse [...] Polymorphe et fluide, elle a une intelligence du changement qui lui permet de s'adapter aux aléas, aux réalités imprévues et multiples du devenir. » (Ibid. p. 60)

Refusant l'opposabilité définitive, la philosophie du réseau laisse ouverte la conciliation possible d'éléments potentiellement contradictoires et la séparation éventuelle d'éléments préalablement joints. Dans cette nouvelle donne, le maillage n'est plus uniquement fabriqué et utilisé, il peut être et parce qu'il est, il peut permettre une vitalité : « Le réseau est désormais conçu et pas simplement perçu, ouvrant la voie à sa formalisation. » (Ibid. p. 79). C'est donc d'une potentialité de liaisons et/ou de non liaison qu'il s'agit ici dans les soubassements symboliques de la dynamique réticulaire, entre des éléments conciliables ou non, mais qui le sont toujours dans la relativité du hic et nunc. La notion de réseau permet l'accordage perceptif de données qui auraient pu paraître de prime abord difficilement harmonisables de part leurs valeurs qualitative et

quantitative. Ici émergent les problématiques qui constituent le fil rouge de notre travail où la part symbolique véhiculée par la notion de « réseau » apparaît comme un outil afin de conjuguer le général et le particulier, le manifeste et le latent, les paradoxes et les ambiguïtés, dans un processus réticulaire qui selon sa plasticité peut permettre ou non la communication des éléments.

De l'avènement des Lumières à celui de la révolution industrielle, (dans les velléités réflexives de rationalisation qui leur furent paradoxalement corollaires) le réseau conçu et réfléchi tend à devenir formalisable puis technique. Traquant le complexe et l'insaisissable pour le domestiquer, philosophes, scientifiques et ingénieurs tendent à appréhender le monde avec une nouvelle épistèmê :

« On pourrait dire que de l'Antiquité au XVII<sup>e</sup> siècle, s'est forgé un imaginaire du réseau comme intermonde entre la technique du tissage et l'organisme. Puis cet imaginaire a cédé, à la fin des Lumières, à une triple rationalisation : celle des réalisations prométhéennes des ingénieurs fabriquant des réseaux artificiels, celle de la formalisation-mathématisation inaugurée par Leibniz et finalement de la conceptualisation du réseau, et enfin celle de la construction d'une symbolique du changement social censé se réaliser par la technique réticulaire. » (Ibid. p. 23)

Il s'agit alors du deuxième mouvement, celui biologico-politique. Alors que dans la logique de Descartes le réseuil est vu comme un liant permettant la juxtaposition de parties ainsi rassemblées en un tout, la systémie leibnizienne associe réseau et processus d'interconnexions généralisées : chacun poursuivant le but commun de tenter de penser ce qui pouvait alors apparaître comme irrationalité, l'un dans une démarche cartésienne linéaire, l'autre dans un espace leibnizien de liaisons combinatoires plastiques. Ce point est important, car ces rapports réflexifs dichotomiques au difficilement saisissable, conditionneraient toujours aujourd'hui les problématiques procédant et/ou participant de la dynamique réticulaire : le principe des « protocoles » de soins et plus particulièrement des processus de protocolisation et de systématisation, posent question quant à la nécessaire adaptabilité qu'augure la clinique auprès des être humains. De l'artisanal au philosophique en passant par le médical, la notion de réseau va se techniciser. Les territoires et les nécessités d'y faire circuler certains flux (aqueux, communicationnels, de transports...) amèneront les ingénieurs à échafauder des logiques de constructions de voies de transmissions réticulaires. Du façonnable, de l'observable et du réflexif, le réseau recouvre une matérialité dans ces nouvelles matrices techniques que sont les réseaux hydrauliques, ferroviaires et routiers. Afin de les réaliser les ingénieurs

s'attacheront à une géométrie appliquée, en mathématisant alors les logiques réticulaires : nouveaux paradigmes qui seront repris pour nourrir l'évolution des réflexions attenantes aux réseaux dans les cadres industriel, physique et biologique. Cette circularité dans les mouvements réflexifs (du réticulaire concret comme base pour l'intellectualisation du concept et de cette métabolisation cognitive comme socle pour la mise en place concrète de nouvelles organisations et vice et versa) ne serait pas sans rappeler le processus de constitution des réseaux de soins de manière générale et du réseau périnatal en particulier.

« Ces formalisations de l'ordre réseautique pensé comme un graphe [...] furent un préalable nécessaire à la formation du concept de réseau qui devint aussitôt opératoire comme artefact... [...] ...la « suzeraineté du regard » (Michel Foucault), où le voir délivre le savoir, trouve dans le réseau une forme générique qui « parle à la vue », décèle immédiatement l'invisible et permet de se guider dans les mines, dans le ciel, sur le territoire et dans le corps. Le réseau oriente [...] guide la vue et la connaissance. A ce titre, il est un instrument privilégié de connaissance pour les Lumières. Le réseau formalisé et instrumentalisé permet de lire l'invisible et l'obscur. Il devient un moyen opératoire de passer du visible à l'invisible. » (p. 92 [...] p. 95, Ibid)

Ces renforcements réflexifs réciproques dans la conceptualisation de la notion de réseau, permettront à l'inverse de passer de l'invisible au visible : un détachement dans l'étude réticulaire d'objets palpables et complexes pour toucher à des flux plus immatériels mais en revanche tout aussi complexes (notamment ceux de la communication et de la transmission entre les Hommes, alors à la fois concrètes (télégraphe, organisation postale...) et plus abstraites (sociologie, politique...). C'est une sorte de révolution anthropologique qui advient (repérable entre autres dans la forme de l'*Encyclopédie* de Diderot) une contestation progressive qui se réalise, celle d'un ordre social ancien et vertical au profit d'un ordre à construire et potentiellement plus horizontal : la symbolique de l'arbre contre celle de la maille, figurant les idéaux révolutionnaires égalitaires, mais également libéraux. Pierre MUSSO souligne que Diderot introduira dans *Le rêve de d'Alembert* une césure (interne au réseau cette fois-ci) proche des deux versants du filet en tant qu'attache retenant et laissant passer : celle d'un réseau avec un dynamisme émanant de son centre (dans le contrôle, voire le despotisme) et celle d'un réseau avec un dynamisme émanant de sa périphérie (dans la circulation, voire le libre arbitre et même l'anarchie). Dans ce contexte, émerge le nœud problématique entre les strates manifestes et latentes des réseaux et notamment, entre le réseau-dispositif et les autres strates.

« La symbolique du réseau était bâtie depuis la mythologie sur le duo continuité/rupture [...] Symbole de circulation et de continuité, le réseau renvoie immédiatement à son contraire, la panne, l'arrêt, la crise, la saturation, le bouchon, le court-circuit... » [p. 127 [...] p. 128, Ibid.)

L'aspect polymorphe du réseau, clivé mais dans le tour à tour des différentes facettes, va véhiculer également la possibilité de passage d'un état à un autre. Liant, le réseau le reste au-delà de ses potentielles contradictions, mêmes internes. Nous retrouvons ici le socle ambivalent et ambigu évoqué plus haut, mais non plus seulement entre divers éléments vis-à-vis desquels la dynamique réticulaire servirait de jonction, mais dans l'essence même du réseau. Ambivalence, ambigüité, polysémie et surtout autogestion et gestion dans et via le réseau : autant de caractéristiques réticulaires qui seront systématisées et approfondies par les logiques saint-simoniennes. Saint-Simon argumentera en effet que plus une organisation est composée de nombreux éléments liés entre eux, plus cette complexité va engendrer un dynamisme à la fois interne et en relation avec l'environnement externe de cette organisation. Ici commençaient à se nouer les notions de réseaux et de systèmes complexes telles que nous les avons explicitées plus haut : un pont analogique via le concept de « chaos » entre les notions d'organisation en réseau et de processus potentiellement créateurs. La figure du réseau va pour Saint-Simon, en ce qu'elle véhicule les notions de passage, de lien, de et entre la multiplicité (en un mot de plasticité autogérée) représenter l'organisation dynamique la plus adaptée pour réaliser une libéralisation.

« Le réseau n'est pas seulement un concept, voire une méthode, il devient opérateur pour l'action [...] sa dynamique interne est dépliée en trois mouvements. Au début est le réseau-métaphore qui permet de poser la contradiction (quadrillage-circulation). Ensuite, le réseau « technologie de l'esprit » permet de passer de l'aspect négatif (quadrillage) à l'aspect positif (circulation) des métaphores opposées [...] Enfin, le réseau « matrice technique » permet le dépassement de la contradiction par la réalisation pratique de réseaux techniques... » (Ibid p. 180)

Par cette pirouette tautologique, le réseau est justifié par sa dynamique réticulaire même et devient ainsi une fin en soi. « Vaste opération symbolique de renversement » (Ibid. p.186) ce montage va induire un chamboulement spatio-temporel sans précédent quant à la sémantique du réseau.

Le passage idéologique (précédemment amorcé par les Lumières entre verticalité et horizontalité) se vivra dans un aspect temporel tout d'abord : l'éloge du passage rompt

les logiques linéaires ancestrales où le présent se construisait sur le passé et préparait le futur, au bénéfice d'un présent-point-de-jonction-surinvesti entre un passé-à-dépasser et un futur-référent-à-connaître pour le maîtriser. Dans les velléités libérales de progrès le futur transcendantal ne se construit plus il se découvre prenant ainsi la place du sacré, le présent n'est qu'un passage et une articulation vers le futur et le passé n'enracine plus, il pourrait même être entrave à l'élan en avant de la progression. Sur le plan spatial, dedans, dehors et frontières laissent place à l'inter : les logiques réticulaires de transmissions (à la fois concrètes et abstraites) redessinent les territoires au-delà des constructions historiquement et anthropologiquement liées aux géographies telluriques, religieuses et ethniques. L'organisation de l'espace esquissée par les vécus générationnels en lien avec leur environnement, est remplacée par des logiques communicationnelles n'ayant d'autre but que de dépasser ces dernières. Nous retrouvons ici le polymorphisme spatio-temporel du réseau, tel qu'explicité dans les discours des professionnels participants à la recherche.

La réticularité en son sens moderne, viendrait atténuer les effets des grandes remises en questions des Lumières et de la modernité, par phénomène tautologique. Afin d'amoinrir les impacts des différentes révolutions inaugurées dès le XVII<sup>e</sup> siècle, il fallait un outil de médiation entre deux valences, celle de Chevalier et celle de Proudhon : la réticularité.

« Il fallait trancher entre deux interprétations... la lutte sociale ou la construction de réseaux techniques, le communisme ou l'association universelle, le choix étant de produire du « lien social », soit par des réseaux techniques, soit par de nouveaux rapports sociaux. [...]

De Saint-Simon et des saint-simoniens à Proudhon et Kropotkine...la notion moderne de réseau est déployée dans toute sa complexité comme concept, comme mythe et comme matrice technique territoriale...Le concept devient une chose et l'opération symbolique une image, pour légitimer les orientations politiques et les pratiques industrielles et bancaires... (p. 213 [...] p. 232, Musso, 2003)

A ce stade pourtant, la réticularité conserve un certain sens : celui du pragmatisme de son utilisation en tant qu'outil de médiation et d'analyse politique. Afin d'amoinrir les schismes et les scissions les modalités en réseau sont convoquées, tout comme la périnatalité organisée en réseau(x) pourrait être l'outil de l'illusion groupale tendant à atténuer les effets de processus psychiques défensifs en cascade autour de la Naissance.

Cette instrumentalisation générale de la notion de réseau (poursuivant en la majorant la distanciation d'avec les objets concrets et continuant à s'ancrer dans des argumentations en miroir et des rhétoriques en vase clos) va rapidement précipiter la perte de sens, ce que Pierre Musso note comme le quatrième mouvement de son exposé en tant que « techno-utopie » :

« La rétiologie contemporaine réunit deux éléments dégradés et usés : d'une part, un concept devenu technologie de l'esprit, par réification et, d'autre part, une opération symbolique devenue techno-utopie...par fétichisation des techniques réticulaires...A la suite de Lucien Sfez<sup>43</sup>, nous la définissons [*ndlt : la technologie de l'esprit*] comme un procédé canonique de raisonnement qui en l'espèce, réduit le réseau à un passe-partout et marque la dégradation du concept saint-simonien, en un « décept » (précepte et déception) par rapport à son moment d'élaboration théorique. [...]

La figure usée et le concept dégradé se rencontrent et fusionnent dans la diffusion commerciale et idéologique de la notion. [...]

Du concept de réseau, ne reste qu'un mot de passe pour désigner des relations et interactions entre des éléments quelconques...Ce qui est commun à tous ses emplois, c'est la réduction du réseau à la structure cachée d'un système, architecture formalisable faite de liens ou relations entrecroisées, c'est-à-dire d'interconnexions. Cette structure tend à devenir la clé universelle d'explication du fonctionnement d'un système complexe. [...]

La dégradation et la dilapidation du concept de réseau en une technologie de l'esprit ne créent pas un vide, mais un trop-plein d'emplois, de discours, de notions, d'images et de métaphores...Cet excès d'usages métaphoriques semble condamner la notion elle-même, comme si le trop-plein d'emplois « en extension » entraînait le vide « en compréhension », voire sa dilution. » (p.234 [...] p.239 [...] pp.288-289 [...] pp. 314-315, Musso, 2003)

Nous retrouvons ici les notions de réseaux faisant sens et de réseaux techniques qui en seraient plus éloignés. A l'instar de l'évolution de la notion de Naissance qui est apparue révélatrice de l'évolution des perceptions de l'Homme quant à sa place dans l'écosystème qui l'entourne, la notion de réseau a également depuis l'époque des Lumières, suivi le sens d'une désymbolisation progressive quant aux repères ancestraux, pour se refondre dans de nouvelles mythologies modernes technicisées. Ces évolutions interpellent plus particulièrement le psychologue sur la part d'un investissement socioculturel plus important (voire majoritaire) du concret aux dépens des processus plus implicites. A un niveau plus singulier, il est à constater une fuite progressive du sens qui pourrait induire un raccourcissement (voire parfois une raréfaction) des dynamiques associatives représentationnelles.

« ...il existe aussi un espace conflictuel entre les organisateurs [*Ndlr : organisateurs de l'appareillage psychique groupal*] : l'idéologie est la conséquence

---

<sup>43</sup> Dans son ouvrage, Pierre Musso renvoie à propos de cet auteur, à l'ouvrage *Technique et idéologie*, Paris, Le Seuil, 2002 (non consulté pour le travail de thèse).

ultime de la résolution des conflits d'organiseurs, par transformation fétichiste et idéalisée de l'un d'entre eux. L'idéologie soutient l'hyperorganisation à l'opposé de l'infraorganisation : l'une et l'autre abolissent l'espace psychique. » (p. 189, Kaës, 1993)

La périnatalité est constituée en strates de réseaux dans la mouvance des tactiques de « saucissonnage perceptif ». Le réseau périnatal est objet et produit de sublimation dans la continuité des processus défensifs en cascades. Les risques du cercle vicieux de la périnatalité organisée en réseaux nous apparaissent dans les dysfonctionnements pathogènes de rigidification et de fuite de sens, produits par le renversement de l'outil réseau en objectif réseau. Les dysharmonies et les désaccordages perceptifs et communicationnels ne sont pas des variables éventuelles de dysfonctionnement mais sont bien au contraire les socles adaptatifs des potentialités créatrices et de protection du sujet pensant et désirant de, dans, entre et à travers les groupes, au-delà des systématisations techno-utopiques déshumanisantes du réseau-dispositif. Ne s'agissant pas ici de faire le procès des états de fait organisationnels au sein de notre système sanitaire (bien que l'ouvrage de Roland Gori et Marie-José Del Volgo – 2005 - nous ait été une source précieuse) nous terminerons en tentant de proposer un outil clinique de médiation des effets potentiellement délétères de la périnatalité organisée et fétichisée en réseaux : outil clinique de médiation venant s'inscrire en continuité des processus psychiques défensifs en cascades, à défaut de ne pouvoir remettre totalement en question les états de fait actuels en matière de politique économique de notre système de santé.

#### **II.4.c. Les notions de répondant, de préoccupé et de référent : de quelques propositions pour lier constats et actions possibles sur le terrain**

La périnatalité en strates de réseaux répondrait selon nous aux exigences d'adaptabilité défensive psychique mobilisées chez les familles et les professionnels, lorsque les processus d'enfantement s'engagent. Cette organisation réticulaire qui a une fonction importante et pourrait également induire par l'amoindrissement de la flexibilité de son fonctionnement (en réduisant alors les compétences adaptatives singulières et groupales) des mouvements délétères pouvant aller jusqu'à engendrer des phénomènes iatrogènes. En tenant compte des principes de réalité du réseau périnatal où les strates faisant sens n'apparaissent pas primordiales dans la gestion politico-économique

sanitaire globale, il nous paraissait intéressant de proposer des perspectives cliniques afin d'aménager les possibilités que, malgré ce précédent constat, les impacts des pertes de compétences adaptatives et symboligènes soient amoindris : que les tentatives de se rapprocher du cercle vertueux de la périnatalité ne soient pas trop mises à mal par les risques de basculer en cercle vicieux. Nous avons perçu dans notre démonstration à l'aide des théoriciens du chaos, que les « fenêtres » prégnantes pouvant s'ouvrir sur les lectures des situations cliniques, s'apparentaient aux notions d'attracteurs dans l'analyse des systèmes complexes. Nous avons souligné de quelle manière les groupalités psychiques (groupales et singulières et plus ou moins conscientisées) participaient et procédaient de la réticularité périnatale et que les soubassements et les productions psychiques de la périnatalité organisée en strates de réseaux étaient eux-mêmes élaborés sur ce principe réticulaire. Nous avons entendu que cette dynamique psychique du sujet de, dans, entre et à travers les groupes périnataux, s'organisait au travers de jeux identificatoires très riches et en perpétuel mouvement, où l'« inter » se vivait entre accordages, truchements, achoppements, conflictualités... perceptifs et communicationnels, où les nœuds de tensions pouvaient s'avérer significatifs quant à la compréhension de telle ou telle situation. Au sein de la périnatalité organisée en strates de réseaux, les attracteurs seraient donc ces éléments significatifs. Se permettre de tolérer les principes de réalité de l'organisation réticulaire périnatale, serait se donner les moyens de pouvoir repérer, observer et analyser ces nœuds tensionnels. A partir de là pourraient être tolérables voire même tolérés, les aléas de la Naissance et/ou ceux de ses accompagnements, sans qu'une opposition soit nécessairement mise en place entre les deux. Les perspectives que nous proposons existent déjà sur le terrain et nous n'avons réalisé finalement qu'une mise en lumière et une théorisation de ce qui se réalisait sans réflexion a priori (parfois même sans conscientisation) dans les pratiques quotidiennes. Ce que nous défendons ici est l'idée que tout intervenant est à même, quelle que soit sa fonction initiale au sein de la périnatalité, de pouvoir repérer ces nœuds tensionnels. Il serait nécessaire pour une situation donnée, qu'un intervenant soit assigné à cette tâche en tant que référent et/ou répondant, pour que ce repérage soit facilité soit par lui-même, soit par certains professionnels qui l'entourent et qui verraient en cela une variable de repérage.

Les théoriciens des approches psychanalytiques ont explicité les processus identificatoires plus ou moins conscientisés et les impacts et les fonctions des supports



identificatoires en ce qui concerne la construction et l'évolution des dynamiques psychiques des êtres humains. Les théoriciens de l'approche attachementiste (Bowlby 1969, 1973 et Fonagy 2001) ont souligné l'existence de mouvements d'adressages privilégiés et d'élan affectifs et émotionnels s'orientant plus particulièrement vers certains objets que vers d'autres, en étant plus ou moins organisés et en cela plus ou moins satisfaisants quant à leur but, notamment de pare-excitation et de contenance. Les théoriciens de l'approche systémique ont développé les idées de théâtre interactionnel où les sujets peuvent tenir des rôles de manière plus ou moins conscientisée et notamment porter ce qu'il en est de leurs propres vécus, des vécus des autres et des vécus groupaux, avec à certains moments et en certains lieux une intensification de cette fonction phorique où le rôle endossé est alors nommé « porte-parole » et/ou « porte-symptôme ». Certains théoriciens discuteront de mouvements transférentiels ou transféro/contre-transférentiels, d'autres de phénomènes d'alliance... en nous nourrissant de l'ensemble de ces théories, nous parlerons ici de la notion de « répondant ».

*Le répondant* serait dans notre théorisation, le professionnel vers qui s'orienteraient les autres protagonistes de l'enfantement, famille et intervenant, pour une situation clinique donnée, dans un hic et nunc particulier. Il serait intéressant de détailler les variables qui susciteraient ces mouvements d'orientation vers telle ou telle personne, selon telle ou telle situation, à tel ou tel moment et en tel ou tel lieu : toutefois (pour les mêmes raisons qui nous ont amené à ne survoler que certaines analyses au sein de ce présent travail) nous ne développerons ici que peu ces hypothèses interprétatives et nous en tiendrons à aborder superficiellement cette notion, toujours en tant qu'outil de compréhension de notre présent objet d'étude. Le répondant nous apparaîtrait être le plus à même d'être interpellé et d'avoir alors la préoccupation (ou de susciter la préoccupation chez les autres professionnels) des nœuds tensionnels qui pourraient advenir, révélateurs donc des dynamiques d'accordages et de désaccordages. Le répondant serait un support identificatoire, l'objet privilégié des adressages, le porte-parole, assigné plus ou moins consciemment et concentrant en cela les différentes dynamiques, en devenant ainsi une ouverture de lecture possible, une sorte d'attracteur incarné, catégorie de l'intermédiaire selon René Kaës :

« Les recherches sur le lien intersubjectif rencontrent nécessairement le problème des modalités de passage entre les espaces psychiques. Dans cette perspective,

une attention particulière est à porter aux fonctions intermédiaires qu'accomplissent certains sujets ou qui leur sont assignées dans la topique, la dynamique et l'économie du lien. Pour des raisons qui leur sont propres, mais aussi sous l'effet d'une détermination à laquelle ils sont assujettis, ces sujets viennent occuper dans le lien une certaine place : de porte-parole, de porte-symptôme, de porte-rêve, etc.

Nous avons proposé le concept de fonction phorique pour spécifier ces emplacements et ces fonctions dans l'agencement du lien intersubjectif ; ils sont nécessaires au processus d'appareillage psychique intersubjectif...le porte-voix est le membre du groupe qui, en raison de son histoire personnelle exprime quelque chose qui permet de déchiffrer le processus latent. Son rôle est donc fondamental puisqu'il révèle les aspects latents du processus, il est « l'indicateur » de la maladie ou de la fantaisie inconsciente du groupe. » (pp. 104-105, Kaës, 1999)

Il s'agirait sous une autre formulation de l'« espace intersticiel » de traitement des résidus institutionnels selon René Roussillon (1987)

Le répondant peut lui-même être interpellé et préoccupé par la situation et/ou susciter ces mouvements d'investissements psychiques chez les professionnels qui l'entourent : une deuxième fonction nous est apparue, celle du « préoccupé ». Faisant très largement écho à ce que Françoise Molénat a nommé comme « celui qui a le réseau dans la tête », *le préoccupé* serait celui qui de par ses compétences attentionnelles et analytiques et de par ses capacités à se laisser interpellé (non pas en termes de ressources générales, mais toujours dans le cadre précis d'un hic et nunc donné) serait en mesure de mettre à disposition ses capacités de réflexion et de rêverie afin de métaboliser ce qui advient dans et pour une situation donnée. « Celui qui a le réseau dans la tête », le préoccupé, est celui qui peut repérer plus particulièrement les nœuds tensionnels et qui peut percevoir les différentes strates d'analyse que nous avons proposées comme modélisation de compréhension de la périnatalité. Sans nécessité d'exhaustivité, il serait à même d'entendre certains des mouvements identificatoires mis en jeu et tenterait de comprendre alors ce qui se joue pour les différents protagonistes de cette situation donnée. Il aurait été intéressant de développer les raisons pour lesquelles selon les contextes il s'agirait de tel ou tel préoccupé plutôt que d'un autre et de réfléchir à certaines variables qui rendent certains professionnels plus prompts à incarner cette fonction, peut-être aurons-nous l'occasion d'inscrire ces problématiques dans une recherche future...

Répondant et préoccupé font partie de la réticularité périnatale. Dans cette organisation une troisième fonction rentre en jeu, celle du « référent ». Il s'agira alors de la part institutionnelle de la fonction de lien : *le référent* étant primordialement nommé comme tel par et pour le système. Cadre de santé, responsable, chef de service, de pôle,

coordinateur...autant de fonctions répertoriées dans les organigrammes officiels et référencées dans les fiches de poste comme étant celles vers qui devraient s'orienter les différents protagonistes de l'enfantement. Or, tout comme nous avons souligné que le répondant et le préoccupé ne correspondaient<sup>44</sup> pas forcément, les répondant/référent et les préoccupé/référent ne correspondent pas forcément non plus. Il serait nécessaire que ces trois entités correspondent afin de maintenir leurs fonctionnalités en tant qu'éléments charnières, bases de la fluidité réticulaire garantant des potentialités créatrices de l'humain au sein de la périnatalité organisée en strates de réseaux.

« L'atteinte des formations intermédiaires présente une allure oscillant entre le chaos et le marasme. Les systèmes de liens et les formations groupales étayant les fonctions de liaisons se trouvent noués, immobilisés, et progressivement anéantis... Dans ce cas, on assiste à une mise en déroute du sens : l'immobilisation se transmet à l'ensemble et génère l'usure des liens institutionnels. » (p. 66-67, Pinel, 1996)

Nous sommes ici dans le point de nouage entre le cercle vertueux et/ou le cercle vicieux de la réticularité périnatale. Face à des états de faits d'une organisation soignante perfectible et fonctionnelle dans ses imperfections, des clés permettent de garantir la flexibilité nécessaire à toute vie humaine, qu'elle soit singulière et/ou groupale. En repérant dans chaque situation les possibilités et fragilités de ces formations intermédiaires que sont les fonctions de répondant, de préoccupé et de référent, il peut être possible d'interagir sur le terrain des pratiques quotidiennes. Les perspectives cliniques que nous proposons dans ce présent travail sont, à partir des différents niveaux d'analyse que nous avons dès lors mis à disposition des praticiens, de permettre à chacun des professionnels qui y seront sensibles, de repérer leur qualité éventuelle et/ou la qualité éventuelle des collègues, en tant que répondant, préoccupé et référent.

Nous tenterons dans notre troisième et dernière partie, à partir des différents cas cliniques, de proposer des exemples plus parlants que les fictions théoriques développées jusqu'alors, afin que ces modélisations que nous avons présentées puissent être plus signifiantes pour les lecteurs et peut-être utilisées un jour dans leurs pratiques quotidiennes.

---

<sup>44</sup> Dans les deux sens du terme « correspondre » : en étant une seule et même personne ou en étant en relation avec l'autre concerné.

**III. ACCUEILLIR LA MISE ET LA VENUE AU MONDE DES ENFANTS ;**  
**RENCONTRE ET PARTAGE FANTASMATIQUES ET EMOTIONNELS**  
**AUTOUR DU BEBE**  
**ENTRE LES FAMILLES NAISSANTES**  
**ET LES PROFESSIONNELS DE LA PERINATALITE**

« *Les apparences sont belles dans leur vérité momentanée.* »  
Octavio PAZ

Afin de proposer une lecture clinique des modélisations proposées, nous avons opté pour trois vignettes mettant en jeu et en exergue des processus de fantasmatisation significatifs des mouvements intra, inter et transpsychiques, car comme le rappelle Didier Anzieu :

« C'est en effet essentiellement sous forme d'une circulation fantasmatique entre les membres du groupe que se manifeste l'agencement topique venu structurer de façon plus ou moins stable l'appareil groupal...je me suis centré sur la vie fantasmatique des groupes en raison de ce statut métapsychologique intermédiaire. L'étude de la fantasmatisation groupale est une excellente voie d'accès à la structuration économique-topique de l'appareil psychique groupal. » (pp. 5-6, Anzieu, 1981)

Afin d'introduire la dynamique en jeu via les fantasmes, nous nous référerons plus particulièrement à la notion de résonance fantasmatique :

« Le concept de résonance inconsciente introduit par Foulkes et précisé par Ezriel comme résonance fantasmatique mérite une attention particulière...la résonance *inconsciente* est définie comme l'ensemble des réponses émotionnelles et comportementales inconscientes de l'individu à la présence et à la communication d'un autre individu. La vibration excitatrice éveillerait alors le même univers pulsionnel et représentationnel entre les sujets, les tenant dans une interaction mutuelle. Cette résonance a été spécifiée par H. Ezriel (1950) comme résonance *fantasmatique*... Dans les groupes, la résonance fantasmatique est un agent de la tension commune et du dénominateur commun du groupe : le fantasme d'un participant éveille et mobilise d'autres formations fantasmatiques chez d'autres membres du groupe en relation de résonance avec le premier. » ( pp. 65-66, Kaës, 1993)

Nous débuterons les études de cas avec l'histoire anténatale de Mme M., qui nous semble représentative d'un envahissement fantasmatique des équipes par la rêverie maternelle, du fait d'une trop grande distorsion des représentations intra et inter équipes en ce qui concerne l'évolution d'une situation de Menace d'Accouchement Prématuro. Les difficultés d'accordage n'ont que peu permis des communications étayantes entre professionnels et entre cette patiente et les soignants, les angoisses maternelles ne seront

que difficilement contenues et s'infiltreront au quotidien, majorant alors les entraves pour chacun de pouvoir penser l'évolution de cette grossesse et de pouvoir échanger à ce sujet.

### **III.1. Mme M. ou ces docteurs qui ne savent pas compter : impact du fonctionnement psychique d'une future mère sur les processus perceptifs et émotionnels des équipes obstétricales**

Mme M. est accueillie en centre de niveau III suite à un transfert d'un centre de niveau I en intra départemental. Après une première grossesse sans difficulté particulière, la seconde grossesse ne pourra être menée à terme et sera marquée d'un deuil périnatal. C'est lors de sa troisième grossesse que compte tenu de ces antécédents et malgré un cerclage, Mme M. est hospitalisée en raison de fortes douleurs et de fréquentes contractions, dans le centre de niveau I de sa ville de résidence : endroit bien connu où elle a été suivie pour ces précédentes grossesses. Le risque de Menace d'Accouchement Prématuro s'accroissant, il est décidé du transfert à 29 SA.

Je rencontre Mme M. au centre de niveau III peu après son transfert, dans le cadre d'une recherche menée par le pédopsychiatre du service sur l'accompagnement des naissances prématurissimes. Mme M. est invitée à l'instar des autres participantes, à témoigner sur l'histoire de sa grossesse en essayant de reprendre les différentes étapes de la prise en charge et de développer ses ressentis quant à tout cela. Mme M., prostrée dans l'obscurité de sa chambre où seule règne la faible luminosité d'un néon au-dessus du lit, présente en contraste une logorrhée impressionnante, accentuée par la rapidité d'élocution qui me fera tout d'abord douter de ma *capacité* à pouvoir comprendre la masse des informations ainsi transmises et de la capacité de l'enregistrement audio de pouvoir toutes les *contenir*, d'autant que les remâchages sont nombreux et donnent l'impression d'un discours en vase clos où il n'y a que peu de place pour l'interlocuteur.

Au vu de nos deux rencontres, différents éléments se dessineront quant à son vécu de la situation : très angoissée par l'éventualité d'un « nouvel échec » depuis le début de sa grossesse, Mme M. est par ailleurs attristée d'être alors éloignée de sa famille et notamment de son premier enfant de deux ans (gardé par ses parents compte tenu de l'ambiance conjugale particulièrement tendue). Outre ce contexte familial conflictuel, Mme M., de nature volubile et dynamique, ne supporte que très difficilement les obligations d'alitement et sollicite ainsi grandement la vigilance des équipes afin que cette prescription d'immobilité soit respectée. Les premières inquiétudes maternelles quant à la santé du bébé seront rapidement contenues par les informations transmises à la fois avant le transfert mais également à son arrivée. Ces explications coïncident alors : le centre de niveau I ne pouvant prendre en charge les enfants

avant 34 semaines le transfert est nécessaire à 29 semaines, le bébé étant viable et le centre de niveau III étant équipé pour l'accueillir dans de bonnes conditions.

L'apaisement ne durera que quelques jours. Suite à une nouvelle contrariété conjugale, les contractions pourtant amoindries reprennent de plus belle et Mme M. réclame le déclenchement de l'accouchement, interprétant les poussées comme la volonté du bébé de sortir de son ventre où il risque de s'étouffer (association directement liée par Mme M. au vécu dramatique de sa seconde grossesse). Etant à un terme de grossesse supérieur aux limites temporelles qui lui ont été indiquées, elle a compris que son enfant pouvait vivre et affirme prendre la responsabilité des complications éventuelles. Ce scénario se répétera plusieurs fois d'affilée, Mme M. pouvant se calmer avec les résultats positifs des examens réalisés à chaque « crise » est saisie à chaque fin de journée par l'angoisse que son enfant décède dans son ventre. Au fil de ces soirées, Mme M. va être réassurée par des personnes différentes, usant chacune face à l'urgence de la situation de tactiques diverses pour réussir à l'apaiser, mais qui n'auront pas le même discours dont notamment des divergences quant au compte des semaines aménorrhée où un bébé peut être pris en charge sereinement. Les premières discordances vont alors être très mal perçues, Mme M. expliquera que chaque professionnel donnant des explications différentes, elle préfère tout autant ne plus écouter personne. Il sera alors nécessaire de faire intervenir le pédiatre et le pédopsychiatre du service pour reprendre les différentes informations et permettre à Mme M. de « tenir bon » jusqu'à 32 semaines. Elle pourra entendre et se calmer. Comptant au jour le jour la progression de sa victoire sur les risques de prématurité, c'est lors d'une banale visite du matin qu'un nouvel événement fera effraction : un des médecins la félicite d'être arrivée à un terme qui ne correspond pas aux comptes de Mme M. Elle appelle alors tout d'abord au téléphone sa gynécologue libérale qui confirme ses propres calculs, puis reprend ensuite les résultats d'une échographie effectuée la veille où est bien noté le compte correspondant à ses propres certitudes. Mme M. s'effondre et demande à rentrer en urgence sur le centre de niveau I. Elle expliquera que de par son expérience des précédentes grossesses, elle, elle sait compter. Qu'elle compte comme ont compté sa grand-mère et sa mère et qu'elle ne veut pas qu'on puisse l'empêcher de fonctionner autrement. Qu'elle se moque des techniques modernes et que les médecins ne peuvent pas tout savoir et décider de tout. Suite à ce dernier événement, le gynécologue référent et le pédopsychiatre du service se mettront en contact avec la gynécologue libérale de Mme M., pour tenter (mais sans succès) de la convaincre ensemble de rester sur le centre de niveau III.

Il s'en suivra quelques jours plus tard et au bout de quelques semaines fort houleuses (à la fois pour cette maman) mais également pour les équipes du centre de niveau III, le retour de Mme M. au centre de niveau I, où elle accouchera deux semaines après d'un bébé en bonne santé.

Le cas de Mme M. souligne plusieurs problématiques : il apparaît tout d'abord que l'élaboration du deuil périnatal de la deuxième grossesse reste fragile et ne permet pas (ou peu) une distanciation suffisante avec le vécu de la grossesse actuelle. L'angoisse envahissante de perdre son bébé de la même manière que le précédent (décès in-utero à la fin du deuxième trimestre de grossesse) ne peut que difficilement être accompagnée et contenue dans une ambiance familiale elle-même génératrice de tensions.

Comme souvent dans ces situations, Mme M. pourra trouver de l'apaisement dans le fait d'être hospitalisée et de se sentir alors en sécurité. Mais elle trouvait ce réconfort dans le lieu qui lui était bien connu et repéré. Le transfert dans un autre établissement est un élément anxiogène supplémentaire, étayé toutefois de façon adéquate par la mise en mot et l'objectivation des premiers résultats positifs quant à sa santé et à celle de son enfant. Informations transmises en continuité, à travers un discours commun aux deux équipes et permettant ainsi le transfert du sentiment de confiance d'une équipe à une autre.

La réviviscence de l'angoisse engendrée par les conflits conjugaux va être moins aisément endiguée. Les équipes moins connues de et connaissant moins Mme M., souvent sidérées par ses comportements, ne pourront prendre le temps de lier entre elles ses violentes demandes de réassurance et ne sauront gérer alors au-delà de l'immédiateté de chaque crise. Au sein même des équipes, il sera difficile de comprendre les nœuds anxiogènes suscitant les crises de Mme M. et d'échanger autour des tactiques d'apaisement utilisées par les uns et les autres. L'impétuosité des épisodes anxieux laissant les professionnels dans un sentiment de « ras-le-bol », il ne sera que peu possible de dissenter au-delà de ce ressenti lors des différentes relèves. Les discours institutionnels vont se délier et Mme M. délégitimera le rôle soignant et protecteur des équipes, tout en projetant les mouvements anxiogènes sur le fonctionnement de l'équipe. La délégitimation se généralisera rapidement à tous les membres de l'équipe, à l'exception de quelques uns, dont notamment le pédiatre et le pédopsychiatre, deux personnes qui apparaissent plus transversales et plus extérieures au paysage humain quotidien de la Maternité. Ces deux intervenants (de par cette extériorité) pourront être investis à leur tour en tant que répondants et en tant que personnes de confiance (à la fois par les équipes du niveau III et par la mère). Etant répondants pour les deux et référents du niveau III, les correspondances sont adéquates. Leurs interventions auprès de cette maman, mais aussi et surtout auprès des membres de l'équipe, offriront à chacun la possibilité de mettre à nouveau en lien les différentes perceptions de la situation, sans mouvement d'exclusion de représentations au profit d'autres. De

nouveaux repères pourront alors être construits, ce qui permettra à Mme M. de se sentir assez entourée, comprise et respectée pour retrouver son calme. L'apaisement de la situation engendrant une baisse reposante de la vigilance de chacun, un nouveau « dérapage » interviendra dans une transmission (discordance venant faire écho aux premières quant à sa nature) : le compte des semaines d'aménorrhées. Par effet de trauma, l'angoisse est ravivée et le sentiment d'insécurité entache alors quelque peu les répondants élaborés au sein du service, la mère les englobe et ne les spécifie plus de manière privilégiée. Les répondants le restent en revanche pour les équipes de niveau III et restent également référents de cette institution, mais un des pans des précédentes correspondances ne tient plus. Mme M. se retourne alors vers un autre répondant : la médecin libérale qui la suit depuis des années. Ce répondant n'est pas celui des équipes de niveau III et n'en n'est pas non plus le référent. La médecin libérale de par la distance prise depuis le transfert vis-à-vis de la situation, n'aura pas eu assez d'éléments pour rester attentive à l'envahissement fantasmatique de sa patiente et des professionnels et en légitimant ses comptes, étayera en fin de compte la délégitimation des équipes du centre de niveau III. Malgré les tentatives des répondants « déçus » de tenter une harmonisation en prenant contact avec le nouveau répondant de la mère et en faisant ainsi de la médecin libérale une sorte de répondant-référent du niveau III par cooptation, Mme M. se réfugiant dans la dichotomie milieu médical-tradition familiale, ne pourra que difficilement dès lors être disponible pour entamer à nouveau le dialogue avec les équipes du centre de niveau III : elle n'intégrera pas les tentatives d'étayage du niveau III via la cooptation de sa répondante par ces équipes, qui ne pourront plus être dès lors pour elle des répondants.

Si nous reprenons l'analyse avec les notions de réticularités identificatoires, nous pourrions constater qu'il y a un premier temps : celui où Mme M. exprime sur le plan somato-psychique la fragilisation de ses sentiments de compétences conjugale, maternelle et notamment de gestante, n'étant que peu soutenue par sa famille voire perturbée par son compagnon. Qu'elle est à ce moment-là en demande manifeste de réassurance technique et dans une demande plus latente de réassurance affective, vis-à-vis de sa gynécologue-obstétricienne libérale. Que cette dernière, dépassée à un certain moment par la situation, va introduire l'équipe du niveau I afin d'être étayée dans les réponses à proposer aux demandes manifestes et latentes de Mme M. Que l'équipe du niveau I va à son tour être débordée par cette mission, ne se sentant que peu sereine sur



le plan de ses compétences technico-techniques et compte-tenu de la précocité des événements quant au terme gestationnel. De là est proposé le transfert en centre de niveau III.

	ISC <sup>45</sup>	ISI	IGC	IGI
Mme M.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences de gestante</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences maternelles</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences d'épouse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mère toxique pour son bébé</li> <li>- Mère abandonnique pour son aîné</li> <li>- Epouse incapable de donner un enfant à son époux</li> <li>- Fille incapable de satisfaire au mandat transgénérationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des mères incapables</li> <li>- Groupe des épouses décevantes</li> <li>- Groupe des personnes qui ne méritent pas que l'on s'occupe d'elles</li> <li>- Groupe des patientes en confiance vis-à-vis des soignants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exclusion du groupe matriarcal des ascendantes (elles efficaces)</li> <li>- Groupe des personnes pouvant être exclues</li> <li>- Groupe des patientes pour qui les soignants n'ont rien pu faire</li> </ul>
Gynécologue-obstétricienne libérale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment de compétences professionnelles adaptées</li> <li>- Sentiment compétences technico-techniques dépassées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment de compétences phoriques dépassées</li> <li>- Répondante de Mme M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des gynécologues-obstétriciens libéraux</li> <li>- Partenaire-adresseur du niveau I</li> </ul>	(Non renseigné)
Equipe centre de niveau I			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des équipes de niveau I, limitées quant à leur possibilité de prise en charge</li> <li>- Partenaire-répondant-référent de la gynécologue-libérale</li> <li>- Sentiment de compétences professionnelles adaptées</li> <li>- Sentiment de compétences technico-techniques dépassées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des soignants frustrés de ne pouvoir tout soigner</li> <li>- Sentiment de compétences phoriques dépassées</li> </ul>

Nous constatons certaines dysharmonies liées notamment à la problématique de la fonction phorique. Partant des fragilités dans les ressentis maternels et bien qu'il y ait incontestablement des éléments concrets de dangerosité sur le plan somatique, la part plus latente du phénomène ne sera que peu travaillée par l'environnement professionnel. Dépassés par les demandes maternelles, les intervenants vont dans les relais effectués, accentuer les sensations maternelles de ne pouvoir être elle-même portée et majorer ses propres sentiments de ne pouvoir porter correctement, au-delà des simples impacts traumatogènes de la précédente grossesse. La *capacité à contenir* mise à l'épreuve par et pour tous, est ressentie dès les premiers contacts avec Mme M. et prise au pied de la

<sup>45</sup> ISC = Identification singulière conscientisée  
 ISI = Identification singulière inconsciente  
 IGC = Identification groupale conscientisée  
 IGI = Identification groupale inconsciente

lettre somatique, en laissant de côté la part fantasmatique du phénomène. Les protocoles de soins concernant uniquement les événements manifestes, vont participer de cet envahissement fantasmatique. Dans le transfert en centre de niveau III, ce qui est exprimé entre les lignes à Mme M. est qu'elle peut effectivement être dans une situation de grande vulnérabilité quant à ses compétences phoriques de gestante, à tel point qu'un centre spécialisé est préconisé. Nous passerions alors au deuxième temps de cette situation, où Mme M. transfère en mouvement ternaire sa demande de réassurance technique et affective sur le centre de niveau III, étayée en cela par la demande similaire effectuée par les équipes du niveau I à ce même centre. Mme M. s'appuie sur les jeux identificatoires des équipes de niveau I pour rentrer en relation avec les équipes de niveau III. Elle éprouve dans les premiers temps de son arrivée sur le centre de niveau III, les élans de confiance élaborés par les équipes du niveau I.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Mme M.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effondrement du sentiment de compétences de gestante</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences maternelles</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences d'épouse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mère toxique pour son bébé</li> <li>- Mère abandonnique pour son aîné</li> <li>- Epouse incapable de donner un enfant à son époux</li> <li>- Fille incapable de satisfaire au mandat transgénérationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des mères incapables</li> <li>- Groupe des épouses décevantes</li> <li>- Groupe des personnes qui ne méritent pas que l'on s'occupe d'elles</li> <li>- Groupe des patientes en confiance vis-à-vis des soignants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exclusion du groupe matriarcal des ascendantes (elles efficaces)</li> <li>- Groupe des personnes pouvant être exclues</li> <li>- Groupe des patientes pour qui les soignants n'ont rien pu faire</li> </ul>
Equipe niveau I			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des équipes de niveau I, limitées quant à leur possibilité de prise en charge</li> <li>- Partenaire-répondant-référent de la gynécologue-libérale</li> <li>- Partenaire-adresseur au centre de niveau III</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences professionnelles</li> <li>- Sentiment de compétences technico-techniques dépassées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des soignants frustrés de ne pouvoir tout soigner</li> <li>- Sentiment de compétences phoriques dépassées</li> </ul>
Equipe niveau III			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Groupe des équipes de niveau III</li> <li>- Partenaire-répondant-référent du centre de niveau I</li> <li>- Sentiment de compétences professionnelles adaptées</li> <li>- Sentiment de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment mitigé quant aux compétences phoriques</li> </ul>

			compétences technico-techniques adaptées	
--	--	--	--	--

Les postures de transfert émotionnel de la part des soignants et de Mme M. (qui faisant confiance à sa gynécologue-libérale qui fait elle-même confiance aux équipes de niveau I qui font elles-mêmes confiance aux équipes de niveau III, pourra investir d'abord l'équipe de niveau I puis l'équipe de niveau III) pourront durer jusqu'aux premières discordances discursives quant au compte des semaines d'aménorrhée, discordances faisant écho aux sentiments d'effondrement de compétences maternelles chez Mme M. Se basant presque exclusivement sur les éléments manifestes, les réactions de Mme M. alors perçues par les professionnels comme démesurées, souligneront le fait que les fantasmes de faillite de la fonction phorique (non pris en compte dans cette valence fantasmatique) viendront à nouveau submerger la réalité concrète. D'autant que ce que Mme M. mobilise chez les autres est une fragilisation de leur propre sentiment de compétence phorique (même si les sentiments de compétences professionnelles sont adaptés initialement) en induisant dans ce jeu projectif des perceptions peu valorisantes à son égard. Dans cette vague fantasmatique relative à la faillite de la fonction phorique, c'est l'ensemble des protagonistes qui se sent submergé : les soignants ne se sentant pas assez compétents pour pouvoir porter cette mère, les soignants percevant cette mère comme effectivement très fragilisée dans ses compétences et dans son accession à la maternité, la maman pressentant ces doutes chez les autres quant à ses propres compétences et faisant l'expérience d'entourage et d'environnement qui ne la contiennent que difficilement. Nous percevons ici de quelle manière les partages émotionnels et représentationnels participent et procèdent de l'organisation groupale réticulaire et à quel point être à l'écoute des ressentis et des vécus des professionnels est une source clinique très riche dans la compréhension de ce qui se joue également pour les patients.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Mme M.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effondrement du sentiment de compétences de gestante</li> <li>- Effondrement du sentiment de compétences maternelles</li> <li>- Effondrement du sentiment de compétences d'épouse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mère toxique pour son bébé</li> <li>- Mère abandonnique pour son aîné</li> <li>- Epouse incapable de donner un enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des mères incapables</li> <li>- Groupe des épouses décevantes</li> <li>- Groupe des personnes qui ne méritent pas que l'on</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exclusion du groupe matriarcal des ascendantes (elles efficaces)</li> <li>- Groupe des personnes pouvant être exclues</li> </ul>

		à son époux - Fille incapable de satisfaire au mandat transgénérationnel	s'occupe d'elles - Groupe des patientes méfiantes vis-à-vis des soignants	- Groupe des patientes pour qui les soignants n'ont rien pu faire
Equipe niveau III			-Groupe des équipes de niveau III - Partenaire-répondant-référent du centre de niveau I - Fragilisation du sentiment de compétences professionnelles - Fragilisation du sentiment de compétences technico-techniques	- Fragilisation du sentiment de compétences phoriques

Des coupures relationnelles et communicationnelles apparaissent entre Mme M. et les équipes du niveau III. Nous passerions alors au troisième temps de cette situation, celui où des médiateurs, référents et répondants, vont être interpellés afin de restaurer la circulation des flux : le pédopsychiatre et le pédiatre. Médiation, transitionnalité et tiercéisation qui vont mobiliser des effets plutôt positifs dans un premier temps, en métabolisant pour Mme M. et pour les équipes une autre source possible de réassurance.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Mme M.	- Fragilisation du sentiment de compétences de gestante en cours d'étayage - Fragilisation du sentiment de compétences maternelles en cours d'étayage - Fragilisation du sentiment de compétences d'épouse en cours d'étayage - Conscientisation progressive du « mère toxique pour son bébé » - Conscientisation progressive du « mère abandonnique pour son aîné »	- Epouse incapable de donner un enfant à son époux - Fille incapable de satisfaire au mandat transgénérationnel	- Groupe des mères incapables - Groupe des épouses décevantes - Groupe des personnes qui ne méritent pas que l'on s'occupe d'elles - Groupe des patientes méfiantes vis-à-vis des soignants - conscientisation progressive du « groupe des patientes pour qui les soignants n'ont rien pu faire »	- Exclusion du groupe matriarcal des ascendantes (elles efficaces) - Groupe des personnes pouvant être répudiées - Groupe des personnes pouvant être exclues
Equipe niveau III			-Groupe des équipes de niveau III - Partenaire-répondant-référent du centre de niveau I - Fragilisation du sentiment de compétences professionnelles en cours d'étayage - Fragilisation du sentiment de compétences technico-techniques en cours d'étayage - Conscientisation	

			progressive du «sentiment de compétences phoriques effondrées » - Partenaires- adresseur des médiums	
Médiateurs (pédo-psy et pédiatre)			- Groupe des partenaires-répondant-référent de l'équipe de niveau III - Sentiment de compétences professionnelles adaptées - Sentiment de compétences technico-techniques adaptées - Sentiment de compétences phoriques adaptées	- Groupe des soignants soucieux et interpellés quant au déroulement de la situation

Le pédiatre en incarnant le post-partum, a permis une distanciation temporo-spatiale dans les vécus de chacun et de tous. S'adressant à une autre facette maternelle que celle de la gestante, il a permis de se décoller des émois maternels et professionnels empreints et liés à l'état gravide. Le pédopsychiatre en introduisant différemment la part fantasmatique, va suturer la césure manifeste/latent et permettre une « portance » plus holistique de la situation. Tous deux vont ainsi apaiser les sentiments de faillite des fonctions phoriques et permettre d'engager à nouveau via leurs personnes des mouvements communicationnels et relationnels entre Mme M. et les équipes de niveau III. Cette médiation peut fonctionner parce que répondants et référents correspondent en étant incarnés par les mêmes personnes. La bascule sur le quatrième temps de cette situation va se produire à partir d'un décalage : celui d'un des professionnels des équipes de niveau III qui n'étant lui-même que peu relié aux référents-répondants, ne pourra que peu bénéficier de la médiation précédemment augurée. La fracture induite par la nouvelle discordance vient à nouveau signifier pour tous (mais notamment pour Mme M.) la fragilité de la congruence et de la continuité de la fonction contenante de l'environnement soignant. Le médiateur est invalidé dans le rôle qui lui avait été assigné en tant que pont cicatriciel, il n'y a plus de voie communicationnelle possible entre Mme M. et les équipes de niveau III. Bien que la communication reste en place entre les professionnels, Mme M. ne participe plus de cette groupalité : elle ne s'adresse plus et refuse que l'on s'adresse à elle (et se retrouve ainsi au final, dans la mise en acte de ses craintes-désirs d'exclusion et d'échec des soignants). Elle va retourner ses adressages

vers ses repères initiaux colorés par la valence positive d'images maternelles contenantes : ceux attenants à sa gynécologue-libérale et à sa ligné matriarcale familiale (mère et grands-mères). A ce niveau les éléments communiquent et permettent de faire tenir psychiquement Mme M., ce qui n'aurait pas été un problème, si cette dimension fantasmatique n'était totalement excentrée de la réalité de l'environnement immédiat de Mme M.

Malgré les tentatives du pédopsychiatre de reprendre une place de médiateur référent-répondant, dans ses essais de faire à nouveau transiter les adressages de Mme M. par la gynécologue, puis par lui-même vers les équipes de niveau III, la greffe ne prendra pas.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Mme M.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences de gestante en cours d'étayage</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences maternelles en cours d'étayage</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences d'épouse en cours d'étayage</li> <li>- Conscientisation progressive du « mère toxique pour son bébé »</li> <li>- Conscientisation progressive du « mère abandonnique pour son aîné »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epouse incapable de donner un enfant à son époux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conscientisation et restauration progressive du « fille incapable de satisfaire au mandat transgénérationnel »</li> <li>- Groupe des mères capables mais fragilisées par les autres</li> <li>- Groupe des épouses décevantes</li> <li>- Groupe des personnes qui aimeraient bien que l'on s'occupe d'elles correctement</li> <li>- Groupe des patientes clivant : insécures vis-à-vis de certains soignants et en confiance avec d'autres</li> <li>- Groupe des patientes pour qui les soignants n'ont rien pu faire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des personnes pouvant être exclues</li> </ul>
Equipe niveau III			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Groupe des équipes de niveau III</li> <li>- Partenaire-répondant-référent du centre de niveau I</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences professionnelles en cours d'étayage</li> <li>- Fragilisation du sentiment de compétences technico-techniques en cours d'étayage</li> <li>- Conscientisation progressive du «sentiment de compétences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des soignants déçus, délégitimés par la patiente</li> </ul>

			phoriques effondrées » - Partenaires- adresseur des médiums	
Médiateur (pédo-psy et pédiatre)			- Groupe des partenaires- répondant-référent de l'équipe de niveau III - Sentiment de compétences professionnelles adaptées - Fragilisation du sentiment de compétences technico-techniques - Sentiment de compétences phoriques adaptées	- Groupe des soignants soucieux et interpellés quant au déroulement de la situation - Groupe des soignants déçus, délégitimés par la patiente
Imagos maternelles			- Groupe des mères potentes	- Ascendants bon objet
Gynécologue- obstétricienne libérale	- Sentiment de compétences professionnelles adaptées - Sentiment compétences technico-techniques adaptées -- Sentiment de compétences phoriques adaptées - Répondante de Mme M.	- Professionnelle douée à qui ont fait confiance	- Groupe des gynécologues- obstétriciens libéraux - Partenaire- adresseur du niveau I	- Groupe des professionnels à qui l'ont fait confiance

Nous constatons les possibilités et impossibilités fonctionnelles des référents et répondants lorsqu'ils communiquent difficilement. Le référent-répondant des équipes de niveau III est le pédopsychiatre qui tente de rentrer en correspondance avec la gynécologue libérale, elle-même répondant de Mme M. mais ni référent d'une quelconque institution, ni répondant des autres professionnels. Difficulté de correspondance entre deux systèmes d'appartenances et de références qui resteront dès lors tels deux mondes parallèles.

Si nous reprenons l'analyse de cette situation avec la notion des différentes strates du réseau, nous pourrions constater tout d'abord, le fait que le protocole de transfert du réseau-dispositif (légitimation et protocolisation du niveau III) ne correspond pas au réseau-famille de Mme M. (gynécologue-libérale + équipe du niveau I) réseau-famille qui correspond lui-même toutefois au réseau de proximité-formalisé. Le réseau-professionnel va permettre aux réseaux dans la tête des deux équipes de s'agencer afin

d'élaborer un discours commun et de permettre au réseau dans la tête de Mme M. d'admettre le réseau-dispositif dans son réseau-famille.

Face aux débordements de Mme M., les réseaux dans la tête des différents intervenants du centre de niveau III ne vont pas avoir le temps de s'harmoniser et provoqueront un dysfonctionnement du réseau-professionnel de ces soignants, par une sorte de contagion de l'envahissement fantasmatique. La fonction contenante groupale se fragilise alors et nécessitera l'intervention de répondants, pour « suturer » l'effraction symbolique en tissant à nouveau par leurs transmissions, les liens qui s'étaient effilochés. Les réseaux dans la tête de chacun sont redynamisés mais dans un contexte de grande vulnérabilité. Répondants et référents correspondent, ils constituent les ponts tendant à maintenir les réseaux-professionnels entre eux et les réseaux-professionnels avec le réseau-famille de Mme M. La sensibilité aux dysfonctionnements provoquera lors de la prochaine discordance, la rupture des liens déjà fragilisés. C'est comme si les réseaux dans la tête ne pouvaient plus s'harmoniser : les tentatives de ponts sont rompues et les référents ne l'étant plus pour Mme M., réseau-famille et réseaux-professionnels sont en désaccordages majeurs.

Mme M. réenclenchera son réseau-famille du départ en rappelant un autre répondant (sa gynécologue-obstétricienne libérale) extérieur au réseau-dispositif. Le réseau-professionnel de ce répondant extérieur (peut-être parce que le réseau-dispositif est trop éloigné de son réseau local-informel ou de son réseau de proximité-formalisé) ne lui permettra pas d'harmoniser son réseau dans la tête pour permettre à celui de Mme M. d'en faire autant. Au contraire, en faisant écho favorablement à l'appel de Mme M., ce répondant extérieur va renforcer son mouvement d'éloignement du réseau-dispositif et favoriser son retour sur le réseau de proximité-formalisé qui constituait le socle de son réseau-famille. L'écart creusé est alors trop important et malgré quelques tentatives des répondants « déchus » et du répondant extérieur d'échafauder de nouveaux ponts, le réseau dans la tête de Mme M. se rigidifiera pour s'orienter presque exclusivement vers son réseau-famille initial, au sein duquel les professionnels du centre de niveau III n'ont pas de place légitimée.

L'émotionnalité des familles peut faire effraction dans les systèmes perceptifs des professionnels, fragilisant alors les vécus et les processus de penser de ces intervenants, qui ne pouvant plus que difficilement rester dans un accompagnement continu et congruent, se retrouvent dans la situation où leur fonction à contenir est



particulièrement fragilisée, laissant les futurs et nouveaux parents plus esseulés face à leurs difficultés.

« Le concept de groupe interne prend de ce fait une pertinence clinique décisive dans le travail psychanalytique en situation de groupe : il rend compte du processus du nouage et du déliement des nœuds imaginaires réifiants ou aliénants qui se forment de la coïncidence entre les groupes internes de chacun et le groupe formé par l'appareillage psychique des membres du groupe, à partir de leurs groupes internes.

Le groupe « externe » n'est pas seulement un objet d'investissement, une structure d'étayage ; il est aussi un espace de représentation, une scène de réalisation, un théâtre pour l'accomplissement du désir inconscient et des complexes défensifs qu'il suscite... En ce sens, et en raison même des liaisons solidaires entre la réalité psychique groupée au-dedans et le réseau de leurs intrications intersubjectives, ce qui « arrive » dans le groupe est aussi éprouvé et, dans le meilleur des cas, élaboré comme appartenance intrasubjective. » (p. 132, Kaës, 1993)

Pour que cette « métabolisation » advienne il faut pouvoir entendre les éléments latents, surtout lorsqu'« émetteur » et « récepteur » inauguraux des fantasmagories ne sont pas harmonisés.

Il arrive également que les modalités de travail des soignants, la qualité de leur organisation, de leur communication et de leur capacité de penser, ne leur permettent pas de pouvoir lier leurs propres mouvements groupaux, ouvrant alors une brèche dans les ponts relationnels avec les patients où le risque apparaît d'un envahissement fantasmatique des parents par les rêveries des professionnels. Nous proposons pour illustrer ces mécanismes la situation de Mme et Mr G., qui expose les impacts de la faillite du sentiment de sécurité des intervenants dans l'ante natal, dans une fuite anxiogènes des repères pour la famille.

### **III.2. Mme et Mr G. ; quand le masque est tombé, les repères s'en sont allés : impact des mouvements perceptifs et émotionnels des équipes obstétricales sur les vécus gravidiques d'un couple de futurs parents**

Je rencontre Mme et Mr G. dans le service de grossesse pathologique du centre de niveau III, le lendemain de leur transfert du centre de niveau I en interdépartemental. Dans le cadre d'une recherche menée par le pédopsychiatre du service sur l'accompagnement des naissances prématurissimes, Mme et Mr G. sont invités à l'instar des autres participants, à témoigner sur l'histoire de la grossesse en essayant de reprendre les différentes étapes de la prise en charge et de développer leurs ressentis quant à tout cela.

L'ambiance de la rencontre est particulièrement lourde malgré les tentatives humoristiques de Monsieur pour détendre l'atmosphère et de Madame pour y répondre. Les tensions sont palpables et objectivées par le sifflement du tensiomètre se mettant en route à la fois inopinément et pourtant de manière régulière, dans un concert quelque peu cacophonique avec les battements du monitoring qui n'a pas été placé en sourdine. Le tout se déroulant dans un ballet incessant durant l'entretien, d'entrées de différents professionnels pour différents soins, qui nécessiteront selon leur nature et parce que la chambre est assez exigüe, que Monsieur et moi-même nous déplaçons soit en sortant, soit en nous poussant du contour du lit. Mouvements d'autant plus prégnants que s'inscrivant en contraste avec l'immobilité totale dans laquelle Madame est assignée de par son alitement et le nombre d'appareils auxquels elle est reliée. Je serai alors saisie par un *sentiment d'inconfort, de gêner, d'être là dans un lieu et/ou un temps inopportun*. Sentiment que je transmettrai aux parents et aux soignants dans une demande *d'échappatoire possible et de réassurance*, famille et professionnels m'exprimant alors l'intérêt de notre rencontre. L'entretien se déroulera, Madame s'inscrivant primordialement dans les réponses à mes questionnements, Monsieur ponctuant pour compléter ce qui lui semble être un manque d'informations et/ou pour exprimer certaines différences dans sa perception des événements.

La découverte de la grossesse est décrite comme une « surprise attendue », accueillie avec un plaisir étonné. Durant le premier trimestre, des saignements feront craindre un décollement placentaire dont les parents diront le jour de notre rencontre qu'ils ne savent toujours pas finalement « de quoi il s'agissait réellement ». Ces saignements se réitéreront, amenant à chaque fois à un arrêt maladie de Madame et au questionnement avant chaque examen prouvant que le bébé « était toujours bien accroché », de l'éventualité d'une fausse couche. Ces va-et-vient anxigènes au cabinet du gynécologue libéral prendront fin à l'arrêt des saignements, peu après

le début du deuxième trimestre, Monsieur et Madame expliquant alors reprendre à ce moment là « le cours normal de leur vie ». Apaisement qui durera jusqu'à la fin du 7<sup>e</sup> mois de grossesse, où lors d'une consultation de routine, le gynécologue leur exprime ses craintes quant au risque de MAP et les adresse au centre de niveau I le plus proche pour de plus amples examens. L'étonnement et l'inquiétude des parents qui exprimeront « n'avoir rien senti », céderont dès l'entrée à l'hôpital où ils seront rassurés d'être dans un environnement médical. Jusqu'au lendemain où à l'occasion de l'échographie de contrôle, « le masque est tombé ». D'un intervenant décrit à son premier contact comme enjoué voire blagueur, Madame dira avoir vu après les premiers instants d'examen, les traits du visage de son interlocuteur se modifier complètement, jusqu'à un sourire « faussement rassurant », la sortie de la pièce par ce professionnel sans un mot, les bruits de pas s'accéléralant dans le couloir, puis plus rien, outre la pénombre de la salle d'examen et la lumière projetée sur le mur par l'écran de l'échographe, orienté de manière « à ce qu'elle ne puisse pas le voir ». Monsieur n'étant pas encore arrivé sur l'hôpital à cette heure très matinale, Madame restera seule, pendant un temps qui lui semblera « une éternité ». « Un groupe » de professionnels arrivera ensuite dans la précipitation, s'activant autour de Madame et s'exprimant selon elle de manière paniquée. Malgré la sensation d'être alors dans un rêve et de regarder la scène « comme sur un écran », Madame pressentira la gravité de la situation (en l'occurrence contractions itératives avec ouverture du col) et la nécessité qu'elle soit très rapidement transférée dans un centre de niveau III, dont le site exact n'est pas encore connu par l'équipe. Se sentant stressée et en décalage, voire indésirable aux yeux de l'équipe, Madame expliquera très calmement la situation à son mari arrivé « peu de temps après » sa réinstallation en chambre, calme qui étonnera Monsieur compte-tenu de l'importance des éléments transmis, mais qui lui permettra également de relativiser et d'attendre avec sa femme les « quelques minutes à tenir » avant le transfert<sup>46</sup>. Monsieur précisera qu'il lui semble que ce moment a été très long pour lui, d'autant que malgré leurs appels aux professionnels pour obtenir des informations sur les différents soins administrés, il ne s'est senti que peu entendu, comme « laissé tombé » et « totalement impuissant » pour pouvoir aider sa femme, fatiguée et douloureuse. Paniqué par la perspective d'un bébé prématuré, il ne s'est pas senti en mesure d'en parler : certainement pas à sa femme pour ne pas l'inquiéter et pas à l'équipe qui semblait « encore plus paniquée » que lui. Madame sera finalement mutée et tous deux seront avertis du lieu de destination dans la précipitation du départ, se retrouvant quelques heures plus tard sur le centre de niveau III.

Accueillis dans « ce qui ressemblait à une salle d'examen », ayant du mal à pouvoir se repérer géographiquement au-delà de la perception possible d'étages différenciés, n'arrivant à repérer que « ceux qui portent des blouses fermées et ceux qui portent des blouses ouvertes », Mme et

<sup>46</sup> Il se passera en fait un quart d'heure entre la découverte de l'ouverture du col en salle d'échographie et la réinstallation en chambre, une heure entre le retour en chambre et l'arrivée du mari, et deux heures entre cette arrivée et le transfert de Madame sur le centre de niveau III

Mr G. se sentent pourtant enfin posés « quelque part où on sentait que les gens sauraient faire les choses ». Tous les soins leur sont présentés et il leur est surtout expliqué qu'à 31 semaines d'aménorrhée ils peuvent être pris en charge et que l'équipe a l'habitude de ce type de situation. Madame exprime s'être permise de « craquer » à ce moment-là, commençant à pouvoir ressentir une vive inquiétude vis-à-vis de la santé de son bébé. L'éventualité d'accoucher prématurément avait été abordée par eux auprès du gynécologue libéral et de la sage-femme des cours d'accouchement, sans que ces professionnels aient accepté de répondre, expliquant que ces cas étaient à la fois « trop vastes et exceptionnels » pour être discutés s'il n'y avait pas de problème. Malgré l'insistance de Madame qui vivant sa première grossesse s'en remettait à l'expérience de sa propre mère ayant accouchée prématurément pour tous ces enfants, Mme et Mr G. ne pourront finalement trouver de réponse autre que leur vécu effectif de cette situation, ce qui sera fortement déploré par tous les deux.

Avec l'autorisation parentale, je fais le lien sur notre entretien avec le pédopsychiatre du service, me souciant de ces sensations de fuite de repères et de l'empreinte émotionnelle fortement négative vis-à-vis de l'hôpital de niveau I, au sein duquel la famille pourrait retourner accoucher si la situation de MAP était « maîtrisée ». L'équipe de niveau III qui accueillera Madame durant trois semaines d'hospitalisation, aura une importante vigilance dans la congruence des discours et une attention toute particulière à expliquer en détails les soins, la raison de ces soins et le titre et la fonction des personnes qui les réaliseront. Les liens seront échafaudés avec l'équipe d'amont afin de discuter et de médiatiser les relations entre la famille et cette équipe, ce qui permettra ainsi à Madame G. de dépasser peu à peu ses résistances à retourner dans le centre de niveau I, où elle rentrera effectivement à 34 SA pour une durée de deux semaines.

Ce n'est que quelques mois plus tard, lors d'un long contact téléphonique que Madame pourra revenir sur son retour sur le centre de niveau I. Du trajet, dont elle sera avertie la veille pour le lendemain, elle dira s'être sentie peu rassurée compte-tenu de la distance et de l'anxiété qui semblait revenir d'heure en heure, au fur et à mesure qu'elle se rapprochait de l'hôpital. « A peine les portes passées » Madame se sentira à nouveau envahie et comme pétrifiée par un sentiment d'inquiétude, qui ne la quittera plus. Espérant (le travail de lien effectué par l'équipe du centre de niveau III lui en ayant à la fois donné l'habitude et l'espoir) pouvoir discuter avec les membres du service de niveau I, Madame se dira fortement déçue non seulement que personne ne soit venue la voir à ce sujet, mais n'avoir pu trouver aucun écho non plus lorsqu'elle-même et son mari ont essayé d'aborder la question. Ne se sentant pas entendue, ni même bien soignée (Madame s'attardera longuement sur une liste de détails relevés au quotidien de dysfonctionnements prouvant l'incompétence de cette équipe...) Madame demandera à rentrer à son domicile, ce qui sera possible une semaine après avec en poche le numéro de la sage-femme de PMI, qu'elle ne contactera pas au profit du rappel fait à SA sage-

femme libérale. Cette dernière recueillera avec bienveillance (mais « sans explication à donner ») la détresse de Mr et Mme G. face à tout ce qu'ils avaient vécu. Elle s'enquerra de joindre la sage-femme de PMI afin de l'informer de son suivi sur les derniers temps de la grossesse, sage-femme de PMI qui tout en la remerciant de cette préoccupation, l'informerà à son tour n'avoir à aucun moment été prévenue de cette situation par l'hôpital.

Lorsque le travail commence alors qu'elle est à son domicile, Madame contacte sa sage-femme afin de lui faire part de son souhait de retourner sur le centre de niveau III pour accoucher. Souhait qui formulé au dernier moment, ne pourra être satisfait compte-tenu des risques inhérents à l'importante distance. Au final, l'impact émotionnel faisant, le travail se ralentira peu de temps après l'arrivée de Madame dans la salle d'accouchement. Se sentant peu en sécurité (d'autant que la sage-femme de bloc lui apparaîtra comme « n'étant au courant de rien ») Madame parlera d'un accouchement-calvaire sans soulagement pour la douleur et sans bienveillance de la part de l'équipe dont les remontrances seules à l'égard de ses plaintes, resteront dans son souvenir. Son bébé étant « un peu petit » et nécessitant une surveillance étoffée, Madame expliquera avoir alors eu « cette chance » de partir en chambre pédiatrique mère-enfant, où la gentillesse de l'équipe lui permettra de sortir sereine, le contact PMI réalisé avant même la sortie, avec son bébé en bonne santé et son mari.

Notre entretien se terminera sur les projets de Mr et Mme G. qui, en prévision d'une grossesse future ont d'ores et déjà contacté des amis résidants près du centre de niveau III et qui les accueilleront en fin de grossesse pour que Madame puisse accoucher en ces lieux sécurisants et ne plus revivre « l'enfer du début jusqu'à la fin », ressenti dans le centre de niveau I.

C'est dans le forment de l'ambivalence d'un projet d'enfant que Mme et Mr G. vont rapidement vivre l'anxiété d'un début de grossesse mouvementé, avec saignements idiopathiques, ayant mobilisé très précocement des doutes quant à leurs sentiments de compétences parentales. Angoisses qui s'apaiseront avec la disparition des symptômes, qui se tairont au fil des semaines et permettront alors une continuité plus sereine des processus anténataux de parentalisation. Angoisses ravivées à la fin du 7<sup>o</sup> mois par l'annonce du contexte de MAP, mais contenues dans un premier temps par l'hospitalisation orchestrée calmement, ce qui permettra aux futurs parents de « ne pas s'inquiéter plus que ça », voire d'être rassurés par cette prise en charge (réassurance d'être encadrés par des soignants légitimés comme pouvant s'inscrire dans la protection de par leurs savoirs). La maladresse de certains intervenants, qui pris eux-mêmes dans un vécu anxieux de l'évolution gravidique défavorable ne pourront pas élaborer et exprimer l'annonce de leur constat de manière adéquate, majorera l'aspect traumatogène cette annonce. Mme G. décrira un état de sidération qui ne cédera

qu'après son arrivée sur le site de niveau III, état de sidération réalisant un fort contraste avec l'agitation à caractère maniaque de l'équipe de niveau I : chacun tentant d'intégrer à sa façon l'envahissement fantasmatique relatif à la potentielle et imminente perte de l'enfant. Il est à constater durant ce laps de temps pour les futurs parents (et notamment pour Madame) une fuite des repères spatio-temporels avec des sentiments mêlés de ne pas être à leur place, dérangeants, sans communication possible avec les professionnels et dans une impossibilité de pouvoir faire quoi que ce soit : ressentis que je lierai alors avec l'inconfort que j'éprouverais moi-même dans la chambre d'hôpital et qui ne seront pas sans m'évoquer dans l'après-coup le processus d'inhibition de l'action, tel que Henri LABORIT (1973) a pu le décrire. Cet épisode induira une délégitimation du rôle de l'équipe de niveau I par les futurs parents, qui bien que ou grâce au fait que la fuite des repères persistera dans les premiers temps de l'hospitalisation sur le centre de niveau III, ne « contaminera » pas l'abord avec les professionnels de ce lieu. Intervenants qui pourront en effet, en transmettant à la famille leur « bonne » place quant à leurs compétences de prise en charge, leur permettre de reprendre une dynamique psychique, qui bien que douloureuse apparaîtra plus adaptée aux vécus de la situation de MAP. Attentifs à ce que Mme et Mr G. puissent peu à peu échafauder de nouveaux repères (notamment en nommant les soins dans un bain langagier permanent) les membres de l'équipe de niveau III réaliseront une réanimation psychique des futurs parents, permettant par la rétribution des rôles de chacun une circulation des émotions et une liaison progressive et plus satisfaisante des affects. Les repères spatio-temporels se réintroduisant, l'historicité de la grossesse alors à nouveau possible leur permettra d'échafauder d'autres liens dans les « failles » de leurs accompagnements. Seront ainsi ravivées les diverses sensations de ne pas avoir pu être entendus durant leur prise en charge en ce qui concerne notamment l'angoisse nodale de leur parentalisation : ne pas pouvoir mettre au monde un enfant convenablement (angoisse dont nous découvrirons les racines dans l'identification intergénérationnelle à l'imgo maternelle gestante).

De par la réassurance permise au sein du service de niveau III, la possible poursuite de la grossesse (étayée et pensée par les membres de ce service toujours en continuité avec les professionnels d'amont) permettront une suture de la béance symbolique induite par les sentiments de négligence ressentis par Mme et Mr G, jusqu'à envisager un retour pour rapprochement géographique sur le centre de niveau I. Cette tentative de greffe de la confiance parentale portée aux équipes du niveau III vers le niveau I, sera pourtant fragile et ne permettra pas une cicatrisation satisfaisante de l'effroi éprouvé quelques

semaines auparavant et ravivé par la simple remémoration des événements lors du trajet de retour. Cette tension entravera dès lors lourdement toute communication avec l'équipe du centre de niveau I : une difficulté pour ces professionnels à pouvoir penser la situation et s'y repositionner et un ressenti de mal-être permanent pour Mme et Mr G., qui préféreront rentrer à leur domicile dès que la situation médicale de Madame le leur permettra. Retour en lâcher prise pour l'équipe et en quête de personnes-ressources pour les futurs parents, qui aboutira finalement à un vécu de la parturition dans la lignée de l'inconfort relationnel jusqu'alors éprouvé, entre Mme et Mr G. et l'équipe-mauvais-objet. « Calvaire » (épreuve de souffrances sacrificielles donc) dont les parents se sentiront rescapés « grâce » à l'hypotrophisme de leur enfant, qui leur permettra de sortir rapidement du service tant redouté. Redouté au point de planifier un projet d'enfant futur à la seule condition d'exclure totalement de cette planification ce lieu d'éclosion d'une annonce catastrophique, cette équipe qui en ayant fait écho maladroitement aux inquiétudes nodales des parents, se trouvera dès lors dépositaire des projections parentales attenantes aux sentiments d'incompétences dans le portage de l'enfant in utero.

Nous noterons selon une lecture avec les réticularités identificatoires, qu'un premier mouvement apparaît entre le début de la grossesse et l'adressage sur le centre de niveau I. Premier mouvement où l'effraction n'étant pas encore arrivée, chacun des protagonistes de la situation va malgré la présence des émotions et des interrogations, conserver assez de repères pour rester à une place assez congruente et dans un contexte de communication adaptée bien que fragilisée.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Mme G.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Future mère inquiète et ambivalente</li> <li>- Epouse heureuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment de compétences maternelles et de gestante fragilisées</li> <li>- Fille-fœtus et petite-fille-fœtus qui n'ont pu être menées à terme par les ascendantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des patients en confiance avec les soignants</li> <li>- Groupe des futures mères pouvant ne pas porter leur bébé à terme</li> <li>- Groupe des futures mères dont le début de grossesse a été compliqué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des patients pour qui les soignants n'ont pas pu tout expliquer</li> </ul>
Mr G.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Futur père inquiet et ambivalent</li> <li>- Epoux heureux mais se sentant fragilisé par une posture d'impuissance vis-à-vis de sa compagne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment de compétences d'époux fragilisées</li> <li>- Sentiment de compétences phoriques fragilisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des accompagnants en confiance avec les soignants</li> <li>- Groupe des futurs pères dont la compagne peut ne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des accompagnants pour qui les soignants n'ont pas pu tout expliquer</li> </ul>

			pas porter leur bébé à terme - Groupe des futurs pères dont la compagne a eu un début de grossesse compliqué	
Gynécologue-obstétricien libéral	- Sentiment de compétences professionnelles adaptées - Sentiment de compétences technico-techniques débordées		- Groupe des gynécologues-obstétriciens libéraux - Partenaire-adresseur du centre de niveau I	
Equipe de niveau I			- Groupe des partenaires-référents du gynécologue-obstétricien - Sentiment de compétences professionnelles adaptées - Sentiment de compétences technico-techniques adaptées	

Les attentes concernant le déroulement de la grossesse, compte-tenu de leur gestion par l'équipe de niveau I, engendrent l'effraction traumatogène. La potentielle fragilité des communications devient alors concrète : face aux importantes tensions, l'équipe de niveau I très préoccupée par le technico-technique, est ressentie comme n'étant plus disponible pour accompagner sereinement Mme et Mr G. Chacun étant affairé à tenter d'échafauder des repères de son côté, les flux relationnels passent au second plan.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Mme G.	- Future mère inquiète et ambivalente - Sentiment de compétences maternelles et de gestante fragilisées - Epouse heureuse	- Fille-fœtus et petite-fille-fœtus qui n'ont pu être menées à terme par les ascendantes	- Groupe des patients méfiants vis-à-vis des soignants - Groupe des futures mères pouvant ne pas porter leur bébé à terme - Groupe des futures mères dont le début de grossesse a été compliqué - Groupe des patients pour qui les soignants ne peuvent pas tout	- Groupe des futurs parents qui pourraient vivre un drame
Mr G.	- Futur père inquiet et ambivalent - Epoux heureux mais se sentant fragilisé par une posture d'impuissance vis-à-vis de sa compagne - Sentiment de compétences		- Groupe des accompagnants méfiants vis-à-vis des soignants - Groupe des futurs pères dont la compagne peut ne	- Groupe des futurs parents qui pourraient vivre un drame



	d'époux fragilisées - Sentiment de compétences phoriques fragilisées		pas porter leur bébé à terme - Groupe des futurs pères dont la compagne a eu un début de grossesse compliqué - Groupe des patients pour qui les soignants ne peuvent pas tout	
Equipe de niveau I			- Groupe des partenaires-référents du gynécologue-obstétricien - Effondrement du sentiment de compétences professionnelles - effondrement du sentiment de compétences technico-techniques - Groupe des partenaires-adresseur au CROP - Groupe des soignants délégitimés	- Groupe des soignants qui pourraient vivre un drame - Groupe des soignants mauvais objet des patients
CROP			- Groupe des partenaires-référents-répondants du centre de niveau I - Sentiment de compétences professionnelles adaptées - Sentiment de compétences technico-techniques fragilisées par les expectatives institutionnelles	

Suite au transfert sur le centre de niveau III le dialogue soigné-soignant peut reprendre avec l'équipe nouvellement rencontrée, tandis que les professionnels d'amont apparaissent dès lors très en retrait de la situation (le gynécologue libéral avait lui aussi précédemment cédé sa place dans une sorte de réticularité en truchement plus qu'en continuité). Constat de discontinuité que l'équipe du niveau III tentera de suturer.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Mme G.	- Future mère inquiète et ambivalente - Sentiment de compétences	- Fille-fœtus et petite-fille-fœtus qui n'ont pu être menées	- Groupe des patients qui clivent : méfiants vis-à-vis de certains	- Groupe des futurs parents qui pourraient vivre un

	maternelles et de gestante fragilisées - Epouse heureuse	à terme par les ascendantes	soignants et en confiance avec d'autres - Groupe des futures mères pouvant ne pas porter leur bébé à terme - Groupe des futures mères dont le début de grossesse a été compliqué	drame - Groupe des patients pour qui les soignants ne peuvent pas tout
Mr G.	- Futur père inquiet et ambivalent - Epoux heureux mais se sentant fragilisé par une posture d'impuissance vis-à-vis de sa compagne - Sentiment de compétences d'époux fragilisées - Effondrement du sentiment de compétences phoriques		- Groupe des accompagnants qui clivent : méfiants vis-à-vis de certains soignants, en confiance avec d'autres - Groupe des futurs pères dont la compagne peut ne pas porter leur bébé à terme - Groupe des futurs pères dont la compagne a eu un début de grossesse compliqué	- Groupe des futurs parents qui pourraient vivre un drame - Groupe des patients pour qui les soignants ne peuvent pas tout
Equipe de niveau I			- Groupe des partenaires-référents du gynécologue-obstétricien - Effondrement du sentiment de compétences professionnelles en cours d'étayage - effondrement du sentiment de compétences technico-techniques en cours d'étayage - Groupe des partenaires-adresseur au centre de niveau III - Groupe des soignants délégitimés	- Groupe des soignants qui auraient pu vivre un drame - Groupe des soignants mauvais objet des patients
Equipe du niveau III			- Groupe des partenaires-référents-répondants du centre de niveau I - Groupe des partenaires-adresseurs au centre de niveau I (dans un contexte préventif et thérapeutique d'accompagnement de Mme t Mr G.) - Sentiment de compétences professionnelles adaptées	- Groupe soignants bon objet des patients

			- Sentiment de compétences technico-techniques adaptées	
--	--	--	---	--

Malgré les tentatives durant le séjour au centre de niveau III, d'instaurer un climat communicationnel plus serein entre Mme et Mr G. et le centre de niveau I, le retour effectif sur ce lieu (via les anticipations respectives et réciproques peu positives de chacun) ne se passera que mal aisément.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Mme G.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Future mère inquiète et ambivalente</li> <li>- Sentiment de compétences maternelles et de gestante fragilisées</li> <li>- Epouse heureuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fille-fœtus et petite-fille-fœtus qui n'ont pu être menées à terme par les ascendantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des patients qui clivent : méfiants vis-à-vis de certains soignants et en confiance avec d'autres</li> <li>- Groupe des mères qui ont failli ne pas porter leur bébé à terme</li> <li>- Groupe des mères dont la grossesse a été compliquée</li> <li>- Groupe des futurs parents qui auraient pu vivre un drame</li> <li>- Groupe des patients pour qui certains soignants ne peuvent pas tout</li> </ul>	
Mr G.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Père inquiet et ambivalent</li> <li>- Epoux heureux mais se sentant fragilisé par une posture d'impuissance vis-à-vis de sa compagne</li> <li>- Sentiment de compétences d'époux fragilisées</li> <li>- Effondrement du sentiment de compétences phoriques</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des accompagnants qui clivent : méfiants vis-à-vis de certains soignants, en confiance avec d'autres</li> <li>- Groupe des pères dont la compagne pouvait ne pas porter leur bébé à terme</li> <li>- Groupe des pères dont la compagne a eu une grossesse compliquée</li> <li>- Groupe des parents qui pouvaient vivre un drame</li> <li>- Groupe des patients pour qui les soignants ne peuvent pas tout</li> </ul>	
Equipe de niveau I			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des partenaires-référents du gynécologue-obstétricien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des soignants qui auraient pu vivre un drame</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilité du sentiment de compétences professionnelles</li> <li>- Fragilité du sentiment de compétences technico-techniques</li> <li>- Groupe des partenaires-adresseur de la pédiatrie</li> <li>- Groupe des soignants délégitimés</li> </ul>	- Groupe des soignants mauvais objet des patients
Equipe pédiatrie niveau I			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des partenaires-référents-répondants de la maternité</li> <li>- Sentiment de compétences professionnelles adaptées</li> <li>- Sentiment de compétences technico-techniques adaptées</li> </ul>	- Groupe soignants bon objet des patients

Malgré les communications maintenues en « bout de ficelle » sur le centre de niveau I, les vécus sont tels que les projections de Mme et Mr G. pour une éventuelle future Naissance, ne pourront se réaliser qu'à l'égard de l'équipe du niveau III et à l'exclusion de celle du niveau I.

En procédant à une relecture de cette situation selon le modèle des différentes strates du réseau, nous constatons tout d'abord que le réseau-famille initial est inscrit essentiellement dans le libéral, avec une ouverture possible sur de l'institutionnel (celui du centre de niveau I) mais appréhendé à plus moyen terme. Une première nécessité de réaménagement du réseau-famille se produit par l'introduction plus précoce que prévue du centre de niveau I, lui-même présenté en harmonie avec les réseaux-professionnels à la fois de la sage-femme libérale et du gynécologue-obstétricien libéral, pour qui ce centre de niveau I fait à la fois partie du réseau-dispositif et du réseau de proximité-formalisé, car anciennement réseau local-informel. Introduction précoce et fragilisation des processus d'anticipation parentaux quant à leur projet d'enfant d'ores et déjà teinté non seulement d'ambivalence mais également d'un début de grossesse particulièrement anxigène. Réaménagement du réseau-famille qui, les difficultés relationnelles s'inscrivant très rapidement avec certains membres du centre de niveau I, se cristallisera dans une éviction de la légitimité de ce dernier et d'une impossibilité dès lors qu'il fasse

partie du réseau-famille. Nous entendrons également dans les associations de Mme et Mr G. à ce propos, une importante fragilisation des alliances thérapeutiques positives jusqu'alors mises en place avec les intervenants libéraux, comme si l'adressage réalisé et raté induisait une délégitimation indirecte des adresseurs.

En suivant le réseau-dispositif, le transfert effectué du centre de niveau I vers le centre de niveau III permettra une réorganisation du réseau-famille autour de ce dernier. Et bien que l'adressage soit effectué par une équipe délégitimée dans le réseau-famille, le centre de niveau III ne suivra pas ce mouvement de délégitimation, probablement car justement ce centre de niveau III n'est arrivé dans l'horizon de cette situation que par les principes du réseau-dispositif, sans qu'il ne corresponde aux réseaux-professionnels privilégiés des précédents soignants (ce centre pouvait accueillir Madame et son bébé autant qu'un autre de même niveau). Ayant entendu l'exclusion dans le discours parental du centre de niveau I de leur réseau-famille, la préoccupation de l'équipe du niveau III suscitée par le pédopsychiatre, fut de permettre de rendre à nouveau possible l'expérience d'une alliance thérapeutique positive avec des professionnels de la périnatalité et de se servir de cette ressource pour réamorcer une confiance vis-à-vis de l'équipe du niveau I, en pensant et parlant ce service, comme un partenaire de soins. Une fois bien inscrit dans le réseau-famille, le centre de niveau III tentera en explicitant leurs liens étroits avec l'équipe du niveau I, de présenter ces soignants comme faisant partie de leur réseau-professionnel, espérant ainsi permettre leur réintroduction dans le réseau-famille. Il s'agit de manière très étroitement réciproque, du positionnement progressif du centre de niveau III à la fois en tant que référent et répondant sur cette situation : les référents et répondants ne s'incarnant donc pas dans une seule et même personne, mais au niveau de l'ensemble d'une équipe. Les principes protocolaires du réseau-dispositif étant ce qu'ils sont, Mme et Mr G. accepteront bon gré mal gré d'être rapatriés sur le centre de niveau I, se basant sur la force de leur confiance en l'équipe du niveau III. Choix par défaut toutefois, voire faux-choix pour ces futurs-parents, qui en faisant rapidement l'expérience de la réviviscence des difficultés relationnelles avec l'équipe du niveau I, n'accepteront pas de réaménager leur réseau-famille en y intégrant cette dernière. Le retour sur le centre de niveau III leur étant présenté comme impossible, Mme et Mr G. se retourneront vers les premiers repères de leur prise en charge afin de réinvestir des accompagnants légitimes, dont notamment la sage-femme libérale. L'accouchement se déroulant au sein du lieu très négativement appréhendé, nous retrouverons dans le récit de la parturition ce filtre perceptif hautement négatif, où

seul les éléments vécus en post-partum (hors du service d'obstétrique) pourront être reconnus comme agréables malgré la raison pédiatrique qui aurait pu être attendue comme fortement inconfortable dans les représentations parentales.

C'est dire alors la force à la fois des systèmes de référence et des systèmes d'exclusion relationnels, qui montrent l'importance des bains intersubjectifs dans le vécu des événements périnataux, aussi traumatogènes et/ou pathogènes puissent-ils être. Ce jeu des alliances thérapeutiques positives et négatives, voire parfois des mésalliances, souligne à quel point la qualité des rapports soignés-soignants peut avoir une influence non négligeable sur l'histoire de la Naissance des familles, jusqu'à inscrire des projets d'enfant futurs sur les mêmes modèles de réseau-famille. Dans le cas de Mme et Mr G., nous pouvons entendre des ressources parentales relativement solides, qui permettront malgré l'éviction de la maternité de niveau I de leur réseau-famille, une flexibilité quant à leurs possibilités de rentrer à nouveau en communication avec d'autres professionnels et de ne pas se couper ainsi totalement de tout contact avec les soignants. De par notre expérience en tant que cliniciens de la périnatalité, nous savons la fragilité de certaines ressources parentales qui ne peuvent avoir accès à une telle flexibilité. Il apparaît particulièrement important de rester attentifs à tous ces mécanismes relationnels et communicationnels, afin de pouvoir (si ce n'est toujours les prévenir) tout du moins pouvoir y réagir rapidement et de manière collégiale, afin de tenter de ne pas perdre les potentialités créatrices qu'offre la Naissance pour les membres d'une famille et que peuvent plus ou moins susciter, mais également parfois entraver, les soignants qui les accompagnent.

Les mouvements de « vases communicants » et « d'échos » fantasmatiques entre les professionnels, mais également entre les familles et les professionnels, sont inhérents aux processus groupaux. Les aspects délétères arrivent notamment lorsque des communications plus ou moins conscientisées dans les dynamiques intra et intersubjectives, la fréquence et l'intensité des percées représentationnelles et émotionnelles, font effraction dans le psychisme du ou des autres sans élaboration possible.

« Les identifications comme groupe interne ne sont donc pas constituées par le seul critère de la pluralité des objets ou des personnes psychiques ; elles sont « groupales » dans les liens mêmes entre les objets qui les constituent, dans le conflit qui les nouent les uns aux autres et dans les formations symptomatiques ou fantasmatiques qui les manifestent. » (p. 143, Kaës, 1993)

Nous avons vu que l'envahissement fantasmatique pouvait être vécu et émaner réciproquement autant du côté des professionnels que des parents et que la mise en circulation des émotions et des représentations lors de ces situations de crises pouvait non seulement apporter une protection quant aux effets potentiellement pathogènes de la situation, mais révéler au-delà le sens de ces sortes d'emballements groupaux dans les dynamiques transféro-contre-transférentielles.

« La vie psychique dans les situations de groupe tente d'abord de s'organiser autour d'un fantasme individuel, celui d'un membre privilégié ou promoteur, par rapport auquel les fantasmes d'un certain nombre d'autres membres entrent en résonance. Le groupe s'organise et progresse tant que ce fantasme initial continue de susciter chez un nombre suffisant de membres cet effet de résonance et que les membres restants, ceux qui ne se sentent pas concernés par la fantasmagorie collective en train de se développer, se cantonnent dans une position passive périphérique... Les conflits intragroupe sont dus soit à la mobilisation violente, chez plusieurs membres, de mécanismes de défense contre ce fantasme initial et son halo dans le groupe, soit à l'émergence antagoniste d'une autre fantasme individuel dominant autour duquel une traction minoritaire, qui se sent en complémentarité avec lui, se regroupe. [...] ... le fantasme, dans les groupes, ce n'est pas ce qui parle, c'est, du moins au début, ce qui est tu. » (p. 137 [...] p. 142, Anzieu, 1981)

Nous terminerons à partir de ces constats avec la situation de Petit Daye et de sa maman, qui nous est apparue démontrer dans son évolution le jeu des envahissements fantasmatiques réciproques soignants-soignants-soignés : une manière finalement d'échanger sans en prendre immédiatement conscience et de faire en sorte qu'il puisse « se passer beaucoup de choses pour que rien ne se passe » (p. 56, Bleger, 1987)

### **III.3. Petit Daye et sa maman ; l'impensable Naissance ou la quête des responsables : réciprocité perceptive et émotionnelle d'une mère et d'équipes pédiatriques autour d'un bébé en grande souffrance somato-psychique**

Dans ses toutes premières semaines de vie, Petit Daye est accueilli avec sa mère au sein d'une unité pédiatrique parent-enfant lors d'un transfert interrégional. L'équipe est informée lors de la réunion hebdomadaire de service, de la venue d'une maman et de son bébé ayant rencontré des difficultés (probablement en anténatal et probablement lors de l'accouchement) qui ont provoqué des troubles séquellaires dont les premiers signes ont d'ores et déjà été soulignés dans les observations effectuées par l'équipe qui les adresse, équipe avec laquelle le service collabore pour la première fois.

Je rencontre Petit Daye et sa maman quelques jours après leur arrivée. Je suis frappée par la présentation très chétive de ce tout petit bébé flottant dans ses vêtements et par l'épuisement qui se lit sur le visage de sa mère et sur son corps avachi, semblant également flotter sur le siège. Le recueil de l'anamnèse est fastidieux : débutant au 6<sup>o</sup> mois de grossesse, les différents événements sont abordés dans un flou spatio-temporel très important où il est difficile de se repérer entre l'ante et le postnatal. Le discours est monocorde, quasiment chuchoté et scandé par de nombreux temps de latence. Petit Daye ouvre les yeux par intermittence, mais peut toutefois tenter de s'accrocher visuellement à la personne qui s'adresse à lui, dont notamment sa mère qui le tient blotti dans ses bras et qui essaye de le garder éveillé. Nous convenons avec Madame de rendez-vous hebdomadaires dans les semaines qui suivront.

Lors de la réunion de service la semaine d'après, une certaine effervescence règne quant à la situation de Petit Daye et de sa maman, compte-tenu de l'intrication des différentes problématiques qui se sont révélées au fil des rencontres avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. Le projet thérapeutique, nécessairement remanié à l'issue de la réunion, est beaucoup plus complexe que celui qui avait été anticipé à partir des éléments renseignés par les équipes d'amont. Aux objectifs premiers (observation de l'évolution somato-psychique de Petit Daye, accompagnement de la relation mère-enfant et éducation thérapeutique aux soins



spécifiques) se surajoutent les nécessités d'accompagnements dans des démarches socio-juridiques très lourdes, de reprendre l'organisation des consultations spécialisées et de travailler la question de l'orientation qui compte-tenu des nouveaux éléments, ne s'annonce pas aisée. Le sentiment de manquer d'informations sur l'histoire de Petit Daye et de sa maman avant leur arrivée dans l'unité est alors exprimée par une grande majorité des membres du service, qui décident de reprendre contact avec l'équipe qui a adressé la situation.

Lors de notre second rendez-vous, Madame ne parle que du quotidien médicalisé de son fils, récitant les prescriptions et les programmes journaliers. Il est compliqué d'aborder la vie de Petit Daye au-delà du médico-centré et d'appréhender son histoire avant le 6<sup>o</sup> mois de grossesse, toute tentative pour susciter des élaborations en ce sens se solde par un repli de Madame. Il est par ailleurs très difficile de s'adresser à Petit Daye englouti dans les parures maternelles, ce qui suscitera en moi l'inquiétude d'une éventuelle suffocation de ce petit, sans que nous puissions nous en rendre compte *à temps*.

Lors de la réunion suivante, l'attente quasi messianique de la cadre de santé missionnée dans la quête d'informations complémentaires, se solde par une forte déception : non seulement l'équipe pédiatrique qui a adressé cette situation confirme avoir transmis toutes les informations en sa connaissance, mais exprime également sa propre difficulté avec les services de gynécologie-obstétriques, pour pouvoir s'étayer sur des renseignements cliniques qui auraient sans doute permis de meilleurs éclairages et orientations thérapeutiques. Compte-tenu du manque d'informations, le « cas médical » que constitue alors Petit Daye est empreint de nombreuses attentes, dont la question d'un pronostic vital engagé sans étiologie saisissable, qui commence à être timidement énoncée de manière anxiogène.

Lors des entretiens suivants, Petit Daye grandissant développe des compétences relationnelles plus objectivables et rend ainsi de plus en plus compliquées les tentatives de le maintenir à juste distance des perceptions de chacun. S'agrippant visuellement aux regards des personnes qui s'adressent à lui, Petit Daye semble questionner et en attente. Les premières émotions de Madame commenceront alors à pouvoir s'exprimer, mais toujours en rapport au quotidien et sur des versants tour à tour agressif-colérique / dépressif-effondré (peu compris et peu aisément contenus par l'équipe). Les détresses somato-psychiques de Petit Daye sont de plus en plus saisissables par les personnes qui prennent soin de lui, tout en étant difficilement apaisables compte-tenu des nombreuses attentes.

La réunion d'équipe suivante apparaîtra particulièrement tendue. L'équipe « en veut » aux services d'amont d'avoir « probablement caché » leurs premières hypothèses pédiatriques et de ne pas s'être donné la peine de chercher entre temps de plus amples renseignements auprès de « leur » service de gynécologie-obstétrique. L'équipe commence également à formuler de fortes réticences quant à la pertinence de l'admission de Petit Daye et sa maman dans « leur » service, non sans s'adresser fermement mais plus ou moins directement, aux cadres médicaux et

paramédicaux qui s'en sont occupés. Les différents services spécialisés partenaires autour de la situation (les premiers rendez-vous ayant été entre temps réalisés) ont pu vivement interpeller l'unité parent-enfant quant à la complexité de la situation, majorant en cela certains sentiments d'impuissance et de débordement qui commencent à être exprimés.

Madame souhaitera pour les entretiens suivants, pouvoir venir sans son enfant. Demande qui apparaîtra d'autant plus étonnante pour l'équipe qu'il est très difficile pour cette maman et son petit de « se lâcher », au point que les soignants sont parfois amenés à réaliser les soins au bébé dans les bras même de sa mère. Durant les interminables premières minutes de la rencontre, Madame restera prostrée sans un mot et sans un regard, respirant très fortement comme haletant. Je serais saisie par les impressions conjointement suscitées par ce tableau, à la fois d'une sorte d'épanchement de l'allure externe et de constriction intérieure. Aucune parole verbalisée ne sera exprimée de la part de cette maman durant notre rencontre, la prostration asthmatiforme laissera en revanche graduellement place à des pleurs, silencieux au départ, puis extrêmement bruyants et proches de cris de douleur somatique aigüe. Ce n'est qu'avec grande peine, que je réussirais à ce qui m'évoquera alors être un acte de « récupération », toute impactée de la détresse abyssale de cette maman. La situation m'apparaîtra plus globalement comme un imbroglio de souffrances somato-psychiques : celles de ce petit, de sa mère et des différentes équipes.

Compte tenu de cet épisode, c'est empreinte de cette souffrance maternelle que j'aborderai les nouveaux mouvements d'équipe qui se font jour lors de la réunion de service suivante. L'équipe (l'état de santé de Petit Daye se dégradant rapidement) commence à ne plus pouvoir envisager les soins en y incluant la mère, qui est exprimée comme une entrave à la possible efficacité des soins techniques. La manière même dont cette maman s'occupe de son bébé commence à déranger et à être connotée comme une variable potentielle de majoration des troubles. Face à ce qui m'apparaît être une dissolution en morcellement de la place de chacun (avec les mouvements projectifs et clivants qui peuvent l'accompagner) je propose qu'une rencontre avec l'ensemble des équipes s'occupant et s'étant occupé de Petit Daye et de sa maman puisse être organisée rapidement. Projet peu aisément accueilli par l'équipe, mais qui faisant écho aux demandes de certains services partenaires spécialisés, pourra finalement être envisagé.

Le rendez-vous en tête-à-tête suivant notera l'émergence d'une possible narrativité maternelle voire d'une historicité, avec une timide réintroduction d'un souci chronologique, bien que le récit se déroule essentiellement dans la négative, à propos de ce qui n'a pas été, n'est et ne sera probablement pas possible pour son petit et pour elle-même. Madame aborde la question du futur de son enfant par des interrogations en dénégation, mais adaptées compte-tenu de la fragilité effective de ce dernier. Elle exprime sa possibilité d'entendre les gazouillis de Petit Daye, mais son impossibilité à y répondre. En parlant d'elle, Madame élabore autour d'une image maternelle en dévotion pour son petit, dans un mouvement clairement exprimé comme une réparation de ce qui a dû faire défaut en elle pour que son fils soit « dans cet état ».

La dégradation de l'état de santé de Petit Daye nécessitera durant plusieurs semaines son transfert dans un service pédiatrique spécialisé. Durant les réunions de services hebdomadaires il conservera toutefois sa place entre les « autres dossiers », chaque membre de l'équipe s'enquérant de l'évolution de la situation qui aboutira à ce que la rencontre interservices et interinstitutionnelle précédemment envisagée se déroule dans l'unité d'aval. Avant le début de cette réunion exceptionnelle je rencontrerai Petit Daye et sa maman et serai frappée par leurs métamorphoses physiques : dans une impression de vase communicant, Petit Daye apparaît beaucoup plus grand et potelé, alors que sa mère semble avoir retrouvé un corps plus mince, Petit Daye me semble alors ressembler à un petit enfant et sa mère à une femme. L'accueil maternel est particulièrement chaleureux, Madame a plus d'entrain, elle est même souriante par moments et s'adresse à son fils afin qu'il puisse témoigner que son récit maternel de la période post-transfert soit bien exact. Petit Daye commentera ainsi longuement ce discours maternel et maternant, par une sorte de prosodie languissante débutant en fin des phrases de sa maman et se terminant au début d'une autre. Madame exprime son grand intérêt quant à la réunion qui doit avoir lieu quelques minutes plus tard et me demande de transmettre aux autres sa gratitude, à toutes les personnes qui s'intéressent à eux au point de prendre le temps d'une réunion pour en parler.

La salle de rencontre est grande et le nombre impressionnant d'intervenants renforce cette sensation d'une certaine démesure du contexte. La répartition autour de la table m'apparaît significative (bien que très probablement peu conscientisée par chacun) : les professionnels se sont organisés équipe par équipe et le nombre de participants dépassant les places disponibles jouxtant directement les tables installées en rond, l'effet est majoré par le positionnement en sorte d'atroupement (voire de « grappes ») autour de quelques représentants de chaque équipe, mis ainsi en première ligne. Le tour de table interminable de présentation de chacun, soulignera le burlesque de la situation et permettra de détendre l'atmosphère initialement assez tendue. Ce tour de table permettra également de constater l'absence notable des équipes qui ont primordialement adressé Petit Daye et sa maman, sans que cela ne semble étonner personne. Les prises de paroles de chacun se feront au départ dans une défiance anxieuse, ponctuées des observations et des nombreuses interrogations attenantes et majoritairement adressées aux équipes absentes. Chaque équipe ce faisant, participera tout en le dénonçant tour à tour, de l'importance et de l'improductivité de ces processus réflexifs compte tenu que les réponses semblent impossibles à recueillir. Un tournant majeur sera marqué dans la progression des discussions par les interventions concomitantes de l'équipe des réanimateurs (en indirect sur cette situation) et de l'« avis professionnel extérieur » (en l'occurrence un membre d'une équipe de soins palliatifs adultes) participants à la réunion mais non praticiens de la situation, qui souligneront que les focalisations sur le passé de Petit Daye et de sa maman semblent entraver l'investissement du présent et des éventualités futures de ce bébé. Remarques quelque peu

sidérantes pour chacun, mais qui permettront que la suite des discussions soient effectivement concernées par l'immédiateté des actions possibles et des hypothèses sur les semaines à venir. Ouverture qui verra la nomination pour chaque équipe d'interlocuteurs référents et la décision datée d'une réunion future. Il est décidé en fin de concertation que chaque interlocuteur référent va informer conjointement Petit Daye et sa maman sur les projets de soins dès lors échafaudés.

De retour dans le service de l'unité parent-enfant quelques jours plus tard, la rencontre avec Petit Daye et sa maman se poursuit dans le bain émotionnel plus enjoué et (re)vitalisé que ce que nous avons pu connaître avant le transfert. La stabilisation de l'état de santé de Petit Daye est évoquée rapidement, pour laisser place à l'explication de l'absence de son papa. Lors de ces élaborations, Madame évoquera l'histoire de son exil (prenant source dans une biographie familiale, trans et intergénérationnelle très élargie) associera sur la traversée des différents pays, la passion amoureuse avec le papa de Petit Daye, son arrivée sur le territoire français, la découverte tardive de sa grossesse, sa situation de dénuement total dans des conditions miséreuses et dangereuses, son angoisse de dépérissements conjoints de son bébé et d'elle-même et les fantasmes protecteurs durant toute la grossesse, de s'être imaginée se cachant elle-même dans son propre giron utérin au côté de son enfant, en attendant des « jours meilleurs »... Nous travaillerons dès lors sur ce mode thérapeutique, dans une dynamique d'une grande richesse perlaborative, où les problématiques d'ambivalence, d'attachement, de séparation, de culpabilité, de souhaits de vie et de mort, occuperont tour à tour le devant et l'arrière scène psychique maternelle.

L'évolution de l'état de santé de Petit Daye nécessitera durant quelques mois encore de nombreux transferts d'un service à l'autre, orchestrés et rythmés par les nombreux contacts entre interlocuteurs référents. Non sans conflit parfois autant entre Madame et certaines équipes qu'entre équipes elles-mêmes, mais qui via les communications passant exclusivement par les interlocuteurs référents, permettront de dépasser ces temps de tension en aménageant des transferts relais inter équipes, afin que les difficultés aient le temps de s'apaiser.

La situation de Petit Daye et de sa maman souligne différents mouvements problématiques. Il apparaît tout d'abord la question du contexte de la rencontre entre cette maman, son petit garçon et l'équipe pédiatrique parent-enfant : anticipant l'arrivée de cette dyade sur le peu d'éléments transmis par les intervenants d'amont, l'unité parent-enfant sera saisie sur un mode évoquant la sidération, par la complexité des éléments objectivement perçus après leur arrivée dans le service. N'ayant pas l'habitude de travailler avec ces intervenants d'amont et ayant entendu les transmissions dans le bain culturel des collaborations habituelles avec les services traditionnellement partenaires, le recueil en pré-admission des éléments cliniques semble ne pas avoir

permis à l'équipe parent-enfant d'esquisser a priori un projet thérapeutique satisfaisant. Cette trop grande différence entre le *projet thérapeutique imaginaire* et l'effraction du réel, provoquera une fuite des repères professionnels accentuée par le contact avec les vécus douloureusement perceptibles de Petit Daye et de sa maman. Sorte de sidération professionnelle dont on pourrait penser après-coup qu'elle vient faire écho à l'état de la dynamique psychique maternelle. Durant les premières semaines de son accueil, l'avant fin de grossesse et la notion d'évolution à partir de là, apparaissent très difficilement abordables pour la maman de Petit Daye. Elle renvoie l'impression d'être dans une sorte de stase où le manque de repères spatio-temporels ne laisse que peu de place à la possibilité de penser un ici-ailleurs et/ou un passé-présent-futur et aménage un accrochage quasiment adhésif à l'organisation des soins quotidiens de son bébé. L'équipe parent-enfant tendra rapidement à vouloir sortir de l'inconfort de ce manque de repères, en (se) (re) tournant vers la source de l'adressage supposée savoir. Tentative de (re)construction de jalons cliniques qui se soldant par une réponse insatisfaisante (n'apportant non seulement pas d'éléments réflexifs supplémentaires mais objectivant en plus la position non savante des équipes d'amont) laissera place aux mouvements expectatifs d'une anticipation professionnelle initialement inadéquate. C'est comme si penser l'accession à la vie de ce bébé ne pouvait se faire. Comme si penser son histoire dans une continuité et dans une congruence n'était pas possible et que les seuls moyens de ne pas l'exclure totalement des perceptions de chacun, étaient de n'investir que l'immédiateté de la rencontre et de contenir artificiellement le cadre spatio-temporel par un engagement du pronostic vital.

Mais c'était sans compter sur les ressources de cet enfant, qui commencera à interpeller activement son entourage sur sa dynamique de Naissant, bousculant ainsi les défenses groupales qui avaient été conjointement mises en place par sa mère et ses soignants. Les projections de ces adultes ne pourront que difficilement être circonscrites aux représentations dépositaires de ce bébé-passif-malade-mourant et reviendront alors sur les scènes relationnelles intra et intersubjectives, maternelles et professionnelles. La poussée des nouvelles représentations attenantes à un bébé-actif-vivant-souffrant, s'inscrira dans des mouvements émotionnels difficilement liables et fortement clivés : entre une valence maniaque d'effusion de protocoles de soins côté équipe et d'agressivité colérique côté mère et d'une élaboration fastidieuse pour tous de la position dépressive, dans une persistance de l'impensable et des impressions de vides réflexifs. Ces mouvements émotionnels verront l'éclosion des dynamiques

conflictuelles et culpabilisantes à défaut de pouvoir être encore responsabilisantes. Investissant dès lors majoritairement et défensivement la période de l'avant et du début de grossesse (support projectif d'autant plus efficace qu'inabordable de manière manifeste pour chacun) l'équipe parent-enfant exprimera un vécu de trahison à l'égard des professionnels d'amont et de ses propres cadres soignants, tout en commençant à élaborer progressivement des positions plus ambivalentes dans les ressentis d'impuissance. De son côté, la maman de Petit Daye pourra commencer à s'inscrire dans un face à face thérapeutique, (dé)laissant progressivement le médium de la présence charnelle de son bébé. Ces détresses mêlées et respectivement projetées, majorées quotidiennement par les souffrances paroxystiques de Petit Daye et les interpellations des services spécialisées d'aval qui accentueront les dissensions relationnelles entre la maman et l'unité parent-enfant et au sein même de cette équipe. Pour la mère, les soignants n'ont pas fait et ne font pas leur travail ; pour les professionnels, la posture maternelle est une variable d'aggravation des troubles de son enfant, les intervenants s'interpellent réciproquement en inter-équipe comme ne réalisant pas ce qui est attendu d'eux... personne ne semble à la bonne place et les différentes assignations et les rôles et statuts de chacun ne correspondent pas. Les souhaits plus ou moins partagés de créer un temps et un espace d'échanges commun, apparaissent alors non sans inquiétude et ambivalence.

Ce projet d'échanges et de partage (invitant plus ou moins consciemment chacun des protagonistes à penser la situation afin de pouvoir en discuter au-delà de l'intime intrapsychique et de l'intime de chaque service) semblera initier un processus de possible métabolisation et de secondarisation des différents vécus. La perspective d'adresser ses perceptions à un autre et au plus-d'un-autre, induira la nécessité pour chacun de devoir mettre en mot ce qui ne l'était pas encore aisément et de penser dans cette anticipation d'adressage, la place de l'autre et du plus-d'un-autre. Commencer à aborder ainsi les représentations de sa propre place au sein de la systémie de cette situation, différencier ses propres processus réflexifs du groupe et du plus-d'un-groupe et engager un mouvement d'empathie en catégorisant ce qui pourrait effectivement être dit et entendu par les autres. Possible métabolisation qui se lira dans la coloration nouvellement narrative du discours maternel, mais également dans la capacité pour l'équipe de l'unité parent-enfant de penser (malgré ou peut-être grâce à l'absence momentanée de Petit Daye et de sa maman lors de leur transfert en service spécialisé) la continuité de leur présence dans les préoccupations soignantes.

Ces dynamiques de réaménagements psychiques engagées dans l'après-coup de la crise de sidération (échafaudant la (ré)introduction progressive d'une chronologie et d'une localisation dans les processus réflexifs) la liaison possible des ressentis satellites au sein de jeux représentationnels, pourront être perceptibles de manière manifeste dans les métamorphoses corporelles de Petit Daye et de sa maman, mais également dans l'apaisement des bains émotionnels des praxis des différents professionnels. La manière *de parler de ce bébé*, la manière de parler *à propos* de lui, mais aussi d'entendre *son* parler, apparaîtront tout-à-fait différentes : il ne s'agira plus de parler à sa place en ne lui en laissant donc pas, mais de parler en son porte-parole dans les possibles adressages maternels à son égard (qui expliciteront donc la possibilité pour cette mère d'aller au-delà de la simple écoute) mais également dans la création d'une réunion nommée exclusivement par les professionnels comme étant celle de ce petit (expression de leurs préoccupations, que la maman pressentira et qui constituera un étayage non négligeable de sa propre capacité à/de penser la possible accession à la vie de son bébé).

Si la présentation de ce cas clinique se termine sur le temps de la réunion interdisciplinaire, interservices et interinstitutionnelle, c'est pour noter au-delà de la temporalité réelle du temps de l'accompagnement de Petit Daye et de sa maman, son importance et sa valeur significative quant aux problématiques qui nous occupent au sein de la thèse. La valeur significative voire signifiante de la scénographie des répartitions de chacun autour de la table (bien que plus ou moins conscientisée et dédramatisée par le rire) permettra de mettre en scène les a priori posturaux d'isolement en intragroupe dans la systémie globale de cette situation. L'absence des équipes de l'anténatal et du post-partum immédiat perçue dans l'après-coup du tour de table comme allant presque de soi, objectivera pour tous la problématique fonctionnelle et le symptôme groupal de la béance temporelle du manque ressenti par chacun dans l'histoire de Petit Daye et de sa maman. Chaque participant pourra témoigner de l'harmonisation de ses préoccupations aux processus réflexifs groupaux et permettre de se saisir de sa place et de saisir la place des autres au sein de cette dynamique. Etayage des processus de différenciations professionnelles débutées par l'anticipation même du simple projet de réunion et consolidées par la médiation des tiers (intervenants indirects sur la situation) pouvant offrir d'autres points de vue, jusqu'à aménager par la nomination d'interlocuteurs référents, l'idée que chaque équipe peut avoir sa place dans cette dynamique complexe et que chacun peut avoir sa place au sein du groupe et du plus-d'un-groupe. Avoir sa place conjointement sans risquer ni de trop porter, ni de se

désinvestir, sans craindre l'anéantissement institutionnel ni par la fusion, ni par l'oubli et sans risquer d'être tenu pour *coupable de* l'état somato-psychique du petit patient et de sa famille, mais en se sentant intervenant *responsable* ayant donc des devoirs mais également des droits dans les soins à donner.

Cette levée progressive des défenses archaïques groupales verra conjointement celle des défenses archaïques maternelles, laissant entrevoir alors ce que nous pourrions lire comme nœud fantasmatique central de cette situation : l'enfouissement dans le giron utérin. Car, dans leurs difficultés momentanées à penser le passé, le futur et certains éléments présents de l'histoire de Petit Daye et de sa maman, les différentes équipes auront très probablement participé de leur possible délivrance des enveloppes placentaires fantasmatiques.

Si nous reprenons l'analyse avec les notions de réticularités identificatoires, nous pourrions constater qu'un premier mouvement tensionnel apparaît lors des premières réunions qui suivent l'admission de Petit Daye et de sa maman au sein de l'unité pédiatrique parent-bébé. Temps groupal où les membres de l'unité pédiatrique échangent conjointement et réciproquement des ressentis communs : ceux d'un écart entre les préfigurations cliniques de chacun à partir des informations inaugurales à l'accueil de Petit Daye et de sa maman et les constats des premières observations interdisciplinaires. Ressentis de sidération et d'effraction des schémas cliniques habituels, moins de par les éléments manifestes observés dans les accompagnements que dans la nouveauté que revêt pour cette équipe la possibilité d'être étonnée entre ce qui est transmis par l'équipe d'amont et ce qui est observé ensuite (l'équipe ayant dans sa culture de transmissions avec les équipes d'amont et d'aval habituelles, jalonné des repères permettant de faire l'économie de ce type d'écart perceptif). A l'issue de ce premier temps, il est décidé de reprendre contact avec l'équipe d'amont « inhabituelle » et de tenter de jalonner les transmissions pour un meilleur accordage perceptif. D'autant que la situation clinique de Petit Daye et de sa maman met également au centre des réflexions cette problématique du « pouvoir ou non percevoir » et du « pouvoir ou non anticiper ». L'issue des transmissions se solde alors par un échec dans les tentatives d'obtenir plus d'informations et de repères.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Petit Daye (en projection et	- Bébé en détresse somato-psychique		- Petit patient en détresse à soigner	- Petit patient énigmatique



interprétation adultomorphiques)				
Maman	- Effondrement de compétences maternelles - Mère-infirmière - Femme en détresse psychique	- Femme déracinée - Fille orpheline - Compagne abandonnée	- Groupe des patients-accompagnants - Groupe des femmes clandestinement immigrée - Groupe des mères impuissantes	- Groupe des mauvaises mères - Groupes des mères qui pourraient vivre un drame
Equipe parent-enfant			- Groupe des soignants inhabituellement partenaire-répondant de l'équipe d'amont - Sentiment de compétences professionnelles et technico-techniques fragilisées	- Groupe des soignants d'aval dupés par l'équipe d'amont - Groupe des soignants qui pourraient vivre un drame
Equipe d'amont			- Groupe des soignants inhabituellement partenaire-adresseur de l'équipe parent-enfant - Sentiment de compétences professionnelles et technico-techniques fragilisées	- Groupe des soignants qui auraient pu vivre un drame

Un deuxième mouvement tensionnel apparaît lors de la troisième réunion du service de l'unité pédiatrique parent-bébé : l'intensification des demandes de Petit Daye et de sa maman (en rapport aux manques de repères qui perdurent du côté de l'équipe pédiatrique) commencent à fragiliser les relations soignés-soignants et soignants-soignants. L'équipe pédiatrique devenue référent-répondant interinstitutionnel de la situation, ne peut que très difficilement tenir cette assignation, autant du côté des partenaires, que du côté de la famille, compte-tenu de sa propre fragilisation.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Petit Daye (en projection et interprétation adultomorphiques)	- Bébé en détresse somato-psychique - Bébé en quête de repères		- Petit patient en détresse à soigner	- Petit patient énigmatique
Maman	- Effondrement de compétences maternelles - Mère-infirmière - Femme en détresse psychique	- Femme déracinée - Fille orpheline - Compagne abandonnée	- Groupe des patients-accompagnants difficiles - Groupe des femmes clandestinement immigrée	- Groupe des mauvaises mères - Groupes des mères qui pourraient vivre un drame

			- Groupe des mères impuissantes	
Equipe parent-enfant			- Groupe des soignants inhabituellement partenaire-répondant de l'équipe d'amont - Groupe des soignants partenaire-adresseur des équipes spécialisées - Groupe des soignants partenaires-répondant-référent des équipes spécialisées - Effondrement du sentiment de compétences professionnelles et technico-techniques	- Groupe des soignants d'aval dupés par l'équipe d'amont - Groupe des soignants qui pourraient vivre un drame - Fragilisation du sentiment de compétences en termes de référent-répondant pour les partenaires
Equipe d'amont			- Groupe des soignants inhabituellement partenaire-adresseur de l'équipe parent-enfant - Groupe des soignants délégitimés par les partenaires - Sentiment de compétences professionnelles et technico-techniques fragilisées	- Groupe des soignants qui auraient pu vivre un drame - Groupe des soignants mauvais objets pour les partenaires
Equipes spécialisées			- Groupe des soignants partenaire-référent-répondant de l'équipe parent-enfant - Groupe des soignants partenaire-adresseur de l'équipe parent-enfant - Sentiment de compétences professionnelles et technico-technique limitées	- Fragilisation du sentiment de compétences en termes de référent-répondant pour les partenaires
Cadres médicaux et paramédicaux de l'équipe parent-enfant			- Groupe des professionnels isolés de l'équipe - Sentiment de compétences professionnelles fragilisées - Groupe des professionnels délégitimés	- Groupe des professionnels mauvais objets pour l'équipe parent-enfant

La fragilisation des sentiments de compétences professionnelles, procédant et participant de l'effondrement des sentiments de compétences maternelles, va se traduire dans un mouvement projectif par une appréhension de plus en plus négativante des soignants à l'égard de la mère de Petit Daye, tandis que le clivage équipe-cadre est suturé par le partage des mêmes fragilisations. Les vulnérabilités communicationnelles entre l'équipe pédiatrique et cette maman, majorées par l'expectative vis-à-vis de la santé du bébé et par les nombreuses tentatives d'accordage, vont basculer dans une rupture relationnelle soignant-patient accompagnant. Chacun va délégitimer à tour de rôle la place des autres protagonistes de cette situation, jusqu'au renversement des référentiels où l'équipe pédiatrique n'ayant pu tenir les missions de référent-répondant, va se tourner vers les équipes spécialisées du CHU, afin qu'elles prennent le relais en ce sens. Dès lors, les équipes d'amont ne font plus partie du paysage périnatal de cette situation.

La réunion interinstitutionnelle est programmée dans l'un des services spécialisés, quelques semaines après le transfert de Petit Daye et de sa maman. La rencontre entre ces derniers et l'équipe pédiatrique avant la réunion, va montrer une modification du climat relationnel soignant-soigné, étayée par les possibilités de changements elles-mêmes augurées par le transfert et les nouvelles modalités communicationnelles famille-professionnels (expérimentées durant ces quelques semaines dans l'autre service). Mais également parce que l'équipe pédiatrique, soulagée par les équipes spécialisées qui ont pris le relais quant à la missions de référent-répondant interinstitutionnel, est apaisée dans ses tensions et les mouvements défensifs qu'elle avait alors mis en place, permettant alors d'accueillir autrement Petit Daye et surtout sa maman. Enfin aussi parce que les nouvelles modalités communicationnelles entre famille et professionnels des équipes spécialisées, a permis à Madame de se ressentir autrement en tant que mère. Vient alors le moment de LA réunion interinstitutionnelle (première d'une longue suite) où les rencontres directes et physiques vont permettre une prise de conscience pour chacun des relations partenariales jusqu'alors effectuées par courriers et/ou appels téléphoniques, avec une appréhension ainsi facilitée de l'émotionnalité de chaque groupe. Ce regroupement concret mettra en évidence les potentialités partenariales.

	ISC	ISI	IGC	IGI
Petit Daye (en projection et interprétation adultomorphiques)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bébé en moindre détresse somato-psychique</li> <li>- Bébé en quête de repères</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petit patient en détresse à soigner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petit patient énigmatique</li> </ul>
Maman	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effondrement de compétences maternelles en cours d'étayage</li> <li>- Mère-infirmière mais plus uniquement</li> <li>- Femme en moindre détresse psychique</li> <li>- Conscientisation de « femme déracinée »</li> <li>- Conscientisation de « fille orpheline »</li> <li>- Conscientisation de « compagne abandonnée »</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des patients-accompagnants difficiles</li> <li>- Groupe des femmes clandestinement immigrée</li> <li>- Groupe des mères impuissantes</li> <li>- Conscientisation de « groupe des mauvaises mères »</li> <li>- Conscientisation de « groupes des mères qui pourraient vivre un drame »</li> </ul>	
Equipe parent-enfant			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des soignants partenaire-adresseur des équipes spécialisées</li> <li>- Groupe des soignants partenaires-répondant-référent des équipes spécialisées</li> <li>- Effondrement du sentiment de compétences professionnelles et technico-techniques en cours de restauration</li> <li>- Conscientisation de « groupe des soignants d'aval dupés par l'équipe d'amont »</li> <li>- Conscientisation de « groupe des soignants qui pourraient vivre un drame »</li> <li>- Conscientisation de « fragilisation du sentiment de compétences en termes de référent-répondant pour les partenaires » et restauration en cours</li> </ul>	
Equipe de gastro-pédiatrie			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des soignants partenaire-référent-répondant de l'équipe parent-enfant</li> <li>- Groupe des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe des soignants ponctuels soucieux et interpellés par la situation</li> </ul>

			soignants partenaire- adresseur de l'équipe parent- enfant - Sentiment de compétences professionnelles et technico-technique limitées	
Equipe des soins intensifs pédiatriques			- Groupe des soignants partenaire- réfèrent-répondant de l'équipe parent- enfant - Groupe des soignants partenaire- adresseur de l'équipe parent- enfant - Sentiment de compétences professionnelles et technico-technique adaptées	- Groupe des soignants ponctuels soucieux et interpellés par la situation
Equipe ORL pédiatrique			- Groupe des soignants partenaire- réfèrent-répondant de l'équipe parent- enfant - Groupe des soignants partenaire- adresseur de l'équipe parent- enfant - Sentiment de compétences professionnelles et technico-technique adaptées	- Groupe des soignants ponctuels soucieux et interpellés par la situation
Equipe de PMI			- Groupe des soignants partenaire- réfèrent-répondant de l'équipe parent- enfant - Groupe des soignants partenaire- adresseur de l'équipe parent- enfant - Sentiment de compétences professionnelles et technico-technique mitigées	- Groupe des futurs soignants inquiétés par la situation
Médiateurs (réanimateurs et expert extérieur)			- Groupe des soignants inhabituellement partenaire-réfèrent- répondant de l'équipe parent- enfant - Sentiment de compétences professionnelles et technico-technique adaptées	- Groupe des soignants soucieux et interpellés par la situation

Au sein de ce tableau, Petit Daye et sa maman sont en lien avec tout à la fois chacun et tous dans le tour à tour des rencontres (plus ou moins harmonieuses et/ou plus ou moins conflictuelles) mais en tous les cas toujours en lien, autant en face à face qu'en groupalité. L'expérience et l'expertise de certains des professionnels présents lors de cette réunion interinstitutionnelle, auront permis de mettre en place par la nomination d'interlocuteurs privilégiés pour chacun des groupes, les garants de la congruence et de la continuité de la communication au sein et autour de cette situation.

En nous positionnant dans une lecture orientée par les notions des différentes strates du réseau périnatal, l'inauguration de la prise en charge de Petit Daye et de sa maman apparaît comme un malentendu. L'équipe de l'unité parent-enfant accueille la situation en l'anticipant selon les imagos réticulaires qui correspondent à son réseau-professionnel, habituellement bien accordé avec le réseau-dispositif traditionnel et qui correspond par ailleurs de manière adéquate aux réseaux local-informel et de proximité-formalisé. Le service pédiatrique d'amont n'est pas un partenaire habituel et ne fait partie d'aucun des précédents réseaux. Cette donnée ne sera pas initialement prise en compte dans les réseaux dans la tête des différents soignants, qui en procédant par contigüité, fonctionneront dans un copié-collé de leurs habitudes de transmission avec ce service d'amont. Processus associatif peut-être trop analogique qui s'avérera rapidement délétère, d'autant que la nature du réseau-famille maternel (dans l'hyper adaptation aux différents réseaux-professionnels rencontrés) ne permettra pas de percevoir d'inadéquation et d'anticiper les éventuels désaccordages perceptifs. La maman de Petit Daye émanant d'une culture fondamentalement différente de la nôtre, où les représentations du devenir mère, de la corporéité et de ce qui fait autorité en termes de légitimité de soins, ne correspondent en rien à ce qui lui est proposé dans notre Occident moderne, son réseau-famille initial (n'étant d'ailleurs pas probablement ni formalisable, ni nommable comme tel, si nous acceptons de ne pas céder à la tentation ethnomorphique) apparaît en acculturation qui laissant ouvert tous les possibles, conditionne une malléabilité adhésive aux différents réseaux-professionnels rencontrés. Face aux éléments cliniques objectivables, mais sans encore pouvoir appréhender le service pédiatrique d'amont comme « corps étranger » aux réseaux-professionnels en jeu, l'unité parent-enfant continuera à fonctionner durant quelques

semaines, *comme si* ce service participait du réseau-dispositif habituel, en l'interpellant à nouveau pour compléter les transmissions comme cela se fait de manière coutumière. Les premières prémisses de désillusion groupale seront induites par la (non)réponse du service d'amont, qui objectivera en exprimant ses difficultés à communiquer avec les équipes d'anténatal, une culture professionnelle différente de celle habituelle de l'unité parent-enfant. Inquiétante étrangeté d'autant plus anxiogène que l'unité parent-bébé a dans sa propre histoire parfois douloureusement surmonté ce type de difficultés dans les transmissions ante et post-partum. Les mouvements empathiques qui auraient pu se produire vis-à-vis du service d'amont sont alors invalidés, dans un rejet colérique de la possibilité d'inclure dès lors ce service dans le réseau dans la tête des professionnels. Non inclusion qui ira jusqu'à l'injonction paradoxale de la *convocation* plutôt intimidante à la réunion interinstitutionnelle : courrier écrit dans des termes relativement rudes qui aura (l'unité pédiatrique parent-enfant s'en rendra compte bien plus tard) probablement rendu le service d'amont peu enclin à faire le déplacement. Les craintes abandonniques ressenties et actées par l'unité parent-enfant (faisant écho aux élaborations fantasmatiques maternelles) susciteront une imagerie envahissante de morbidité et de mortalité accentuant et entravant les perceptions quotidiennes de l'état clinique de Petit Daye. De manière défensive, ceux sont alors les interfaces habituelles des réseaux-professionnels (les cadres médicaux et paramédicaux) qui seront accusées de ne pas avoir joué leur rôle dans cette histoire. Support projectif d'autant plus insuffisant à contenir la violence émotionnelle des membres de l'unité, que les services spécialisés (partenaires habituels non seulement du réseau-dispositif mais également des réseaux local-informel et de proximité-formalisé) tendent à interpellier l'équipe parent-enfant sur les conditions inhabituellement complexes de cette déliaison des transmissions, commencent à exprimer à cette unité leur propre sentiment d'étrangeté en majorant les sentiments de risque d'isolement pour l'équipe parent-enfant. Ces impressions d'esseulement et de fuite des repères participeront là-encore probablement des dynamiques transféro/contre-transférentielles de la fonction phorique groupale alors exercée à son insu (voire à ses dépens) de l'unité parent-enfant, qui semblera porter une part non négligeable des relents abyssaux des dérélictions infantile et maternelle. Mouvements de détresse qui n'étant pas suffisamment contenus par les projections sur les cadres, iront dans une dernière tentative défensive jusqu'à mettre en péril l'intégration de la mère au sein des réseaux-professionnels : débordants de cette émotionnalité partagée, les soignants tendront à scotomiser l'objet qui la génère (risque

majeur et hautement iatrogène des fragilités des réseaux dans la tête tendant à exclure les acteurs principaux de l'enfantement afin d'illusionner une protection des équipes) ce qui nous fera rapidement évoquer la pertinence d'une réunion interdisciplinaire, interservices et interinstitutionnelle, afin de réorienter les mobilisations projectives vers les réseaux-professionnels et tenter de préserver ainsi Petit Daye et sa maman, déjà fortement acculés par leur propre histoire.

Ce projet apparaîtra dans un premier temps source d'anxiété pour les membres de l'unité parent-enfant, dans l'anticipation de devoir expliciter verbalement à d'autres leurs réflexions très incertaines et de devoir faire part aux autres de positionnements cliniques ambigus : autrement dit, de devoir transmettre aux partenaires une partie de leur détresse professionnelle face à une situation mettant très fortement à mal leur sentiment de compétences soignantes et flouant leurs réseaux dans la tête, au risque de déstabiliser tous les autres. Toutefois, cette perspective de réunion permettra une tonalité légèrement différente dans la façon d'aborder la situation et influera indirectement sur l'évolution des comportements soignants, dont notamment la non-exécution de la suggestion de demander désormais à la maman de Petit Daye de ne plus être autant présente dans les salles de soins. Suggestion qui ayant été évoquée à demi-mot à cette maman, lui permettra également un autre positionnement vis-à-vis de l'équipe voire vis-à-vis de son bébé : ses interpellations aux soignants étant moins revendicatives et moins ambivalentes (en ce qui concerne sa place dans la globalité des soins) s'inscrivent de manière plus autonome dans la relation avec son enfant, le réseau-professionnel ne l'excluant pas, son réseau-famille peut continuer à fonctionner. Ce projet de réunion étayé par les préoccupations similaires des services partenaires, ouvrira non seulement les perspectives spatio-temporelles de penser la situation autrement, mais rassurera aussi et finalement l'unité parent-enfant sur la persistance de sa place au sein des réseaux qui lui sont familiers. Cela permet à l'unité parent-enfant d'entendre que le réseau-dispositif continuait à les intégrer, en notant donc la persistance des accordages entre les réseaux dans la tête de chacun. Cette réassurance imaginée s'accompagnera rapidement (via la mutation de Petit Daye dans un des services d'aval spécialisés) par une réassurance effective de n'être pas seuls face à la situation. Le répit des tensions cliniques quotidiennes offrira la possibilité pour les intervenants de l'unité parent-enfant, d'entendre la qualité de leurs préoccupations, de retrouver les repères dans leur manière d'accueillir habituellement les petits patients et leur famille et de réinvestir alors positivement leur sentiment de compétences



soignantes. C'est ainsi l'évaporation progressive des sentiments d'étrangeté au sein des réseaux dans la tête qui se produit, offrant à nouveau une impression de régularité sécurisante.

Durant ce temps, Petit Daye et sa maman informés par les membres du service spécialisé de cette congruence et de cette continuité dans les préoccupations professionnelles et faisant par ailleurs l'expérience d'une nouvelle équipe en hospitalisation complète (après quelques mois de face à face clos avec l'unité parent-enfant) pourront continuer à vivre leur histoire dans une évolution d'être et de penser, vis-à-vis notamment de repères spatio-temporels tendant à (ré)apparaître pour chacun. La première réunion interinstitutionnelle (temps paroxystique dans la dynamique des réseaux) verra initialement un mouvement défensif, à la fois dans la scénographie du tour de table et dans les prosodies discursives de défiance, objectivant la douleur des esselements ressentis par chacun face à cette situation. La mise en scène par le centre vide (formé par les tables positionnées en cercle) du cloisonnement des différentes équipes, objectivera un réseau-dispositif kaléidoscopique qui fait l'expérience anxiogène du risque d'une désorganisation. Toutefois, rassurés par une teneur des discours en écho et par l'absence des équipes d'amonts (réussite finalement de l'exclusion de l'étranger potentiellement désorganisateur au sein de la culture réticulaire traditionnelle) les différentes équipes pourront faire à nouveau l'expérience d'une harmonisation des représentations et d'une familiarité dans les relations. Les interventions des praticiens en indirect sur la situation (réanimateur et avis extérieur de l'équipe des soins palliatifs adulte faisant partie des réflexions en réseau en tant que médiateurs réflexifs) permettront une décentration des focalisations défensives sur la place spatio-temporelle vacante de l'ante et du post-partum immédiat. Cette interpellation « choc » mais bienveillante suscitera les pensées au lieu de les sidérer. Partant du cadre du réseau-dispositif correspondant à la fois au réseau local-informel et au réseau de proximité-formalisé, les réseaux dans la tête vont s'agencer dans une dynamique groupale harmonisée, jusqu'à permettre l'élaboration et la désignation d'interlocuteurs-référents, garants dès lors de la continuité et de la congruence des transmissions interservices : gardiens à l'avenir de l'être et du faire ensemble (tout ceci étant instantanément et conjointement communiqué à Petit Daye et sa maman afin que la richesse du travail élaboratif des réseaux dans la tête de chacun puisse s'incarner dans cette transmission alors signifiante). Valeur symboligène d'autant plus effective, que les interlocuteurs-référents correspondront de par la malléabilité adhésive toujours présente

du réseau-famille, aux répondants de cette maman. L'enveloppe groupale périnatale ainsi (re)construite, ses potentialités en termes de fonction à contenir du devenir mère et du Naissant sont restaurés de manière plus adéquate, permettant si ce n'est l'élaboration et/ou l'expression d'un dynamisme psychique maternel nouveau (ce qui serait une lecture par trop causaliste) en tout cas la possibilité pour les professionnels d'entendre nouvellement cette richesse fantasmatique maternelle et d'accéder dès lors non plus à une simple prise en charge mais à un accompagnement thérapeutique bienveillant.

### **CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

« Les principaux processus qui soutiennent l'appareillage des psychés en groupe sont : les identifications, les mécanismes de projection et de diffraction, les phénomènes de résonance fantasmatique, la recherche d'objets complémentaires. » (p. 172, Kaës, 1993)

Dans un contexte où l'appareillage des psychés est réticulaire il en est de même, mais l'observation et l'analyse de ces processus mobilisent une démarche et des outils particuliers.

Nous avons souhaité dans et par ce travail, effectuer un travail de « défrichage ». Dans le champ de la périnatalité organisée en réseaux, peu d'études n'avaient jusqu'alors abordé l'objet en lui-même et encore moins dans le cadre psychologique : les soubassements, impacts et fonctions psychiques de l'organisation réticulaire périnatale pouvaient être questionnés au sein de travaux portant sur des problématiques attenantes et/ou, où les réseaux de soins pouvaient intervenir comme variable, mais ces derniers étaient rarement questionnés directement.

J'ai été particulièrement interpellée lors de mes premiers stages cliniques dans le domaine périnatal, par le dynamisme et la richesse des vellités professionnelles de tendre à une meilleure organisation de leurs actions et de leurs réflexions. Cette impression fut d'autant plus marquante qu'elle détonait alors avec l'effectivité des

vécus sur le terrain et notamment avec ce qui apparaissait pour tous comme des dysfonctionnements majeurs (manques de repères, passages à l'acte soignants isolés, malentendus dans les communications...). A partir des discours parentaux ensuite et de la constatation de l'absurdité de certaines situations cliniques, apparaissait un pressenti que ce qui manquait aux nombreuses réflexions théorico-cliniques périnatales était de prendre du recul sur le plan spatial et sur le plan temporel : les interrogations des professionnels menées jusqu'alors semblaient très (trop ?) « collées » aux pratiques quotidiennes, dans des objectifs cliniques directs où ces méthodes trouvaient donc toute leur pertinence, mais sans permettre une prise de distance assez importante pour tenter d'observer et d'analyser ce qui pouvait se produire au-delà justement de leurs pratiques. Un peu comme si ce qui se passait sur scène était déjà trop prenant pour que l'on puisse jeter un coup d'œil en coulisses, afin d'essayer de comprendre alors les liens éventuels avec ce qui se passait sur le devant de la scène.

Nous avons initié cette démarche par un DEA interdisciplinaire qui nous a offert l'opportunité d'aborder le sujet de manière historique et ethnopsychologique, en mettant en lumière que la périnatalité organisée en réseaux s'inscrivait dans des logiques anthropologiques préventives et thérapeutiques des Hommes autour de leur Naissance et qu'il y avait une part symbolique de cette organisation qui n'était pas ou peu travaillée. L'interdisciplinarité apparaît pertinente pour effectuer un travail de prise de distance, bien qu'elle risque de brouiller les pistes habituelles de repérage entre les différentes et coutumières frontières scientifiques. Cette interdisciplinarité ne nous a jamais écarté ni de notre discipline mère qu'est la psychologie clinique, ni des abords psychanalytiques et systémiques qui constituent nos grilles de lecture préférentielles et nous a au contraire apporté de nombreux outils pour penser notre objet d'étude au-delà des tenants propres à notre spécialité et au-delà de nos inclinations scientifiques particulières : sans cette démarche, l'objectif d'esquisser les prémises d'un nouvel abord de la périnatalité organisée en réseaux via les processus psychiques qui y participent et en procédent aurait été plus difficile. En nous en tenant aux seules méthodes et aux seuls objets traditionnels de la psychologie clinique, de la psychanalyse et de la systémie, nous aurions pris le risque de rester « collé » à ce qui avait déjà été réalisé : l'analyse clinique des processus psychiques qui s'organisent autour d'une situation dans un ici et maintenant donné et dans un contexte périnatal qui se trouve être organisé en réseau(x). S'ouvrir aux méthodes et objets de l'anthropologie, de l'histoire et de la philosophie, nous a permis de réaliser des liens de manière plus adéquate et plus efficace dans notre

tentative d'embrasser de la façon la plus holistique possible les processus psychiques procédant et participant de l'organisation périnatale réticulaire. Cette interdisciplinarité a pu toutefois engendrer une entrave : le fait d'avoir dû laisser de côté des explicitations plus fines et plus cliniques. Bien que notre objet d'étude, les processus psychiques, reste éminemment psychologique et éminemment clinique, notre focale d'analyse a pu se déplacer grâce à l'interdisciplinarité : il ne s'agissait plus d'aborder telle ou telle partie du système en elle-même et pour elle-même, mais d'aborder le système en lui-même afin de pouvoir commencer à ouvrir le rideau d'accès aux coulisses et regarder peut-être différemment ce qui était plus traditionnellement observer sur le devant de la scène. Il en a été ainsi du choix de la méthode ethnobiographique qui a permis d'être tout à la fois dans l'intra, l'inter et le trans-discours et de notre rencontre avec les théoriciens du chaos qui nous a permis d'aller dans un au-delà du sujet de/dans le groupe, dans un au-delà des petits groupes, des groupes moyens et des institutions, pour aborder avec la richesse des données psychanalytiques et systémiques le sujet de/dans/entre/à travers les groupes, au sein d'une organisation humaine réticulaire du plus-d'un-groupe.

« C'est souvent aux interfaces de plusieurs champs d'expérience ou de plusieurs domaines de connaissance que de nouveaux faits ou de nouvelles idées surgissent... L'extension de la psychanalyse aux situations de groupe, aux thérapies familiales, aux institutions, confrontent l'analyste à de nouveaux aspects du fonctionnement mental, qui conduisent à des définir des enveloppes psychiques supra-individuelles, groupale, familiale, institutionnelle. » (p. 73, Houzel, 1987)

« Une théorie psychanalytique du lien vise donc la construction d'une psychologie et d'une psychopathologie pour laquelle *la consistance psychique du lien est posée comme principe co-déterminant* [Ndlt : souligné par l'auteur lui-même]. Une telle théorie introduit de la complexité dans la représentation du déterminisme psychique en incluant des niveaux de causalité opérant à partir d'espaces psychiques hétérogènes, soumis à des logiques spécifiques (intrapsychique, intersubjective), mais produisant une réalité psychique originale. Elle propose des modèles explicatifs dans lesquels interviennent des concepts qui prennent en considération de tels effets de co-détermination, de complexité et d'hétérogénéité... » (p. 24, Kaës, 1996)

Au jour d'aujourd'hui, au sortir de notre travail de thèse, apparaissent des bases de réflexion qui se veulent particulières à la psychologie des organisations réticulaires et notamment dans un cadre périnatal. Les Naissances humaines et leurs accompagnements mobilisent des problématiques particulièrement génératrices de conflits psychiques. Alors que l'organisation périnatale en réseaux avait pu être expliquée dans un abord exclusivement manifeste comme l'outil de médiation voire de réparation possible du morcellement des professionnels afin qu'ils puissent se recentrer sur l'accompagnement plus sécurisé et plus respectueux des singularités familiales, nous

avons perçu que ce morcellement-même (comme les autres mécanismes de défense d'ailleurs) avait un sens qui, s'il était laissé de côté, ne permettait pas d'en entrevoir les enjeux symboliques sous-jacents.

La périnatalité est organisée en réseaux parce qu'elle participe et procède de tactiques défensives singulières et groupales, afin de protéger les sujets de l'effraction mobilisée par l'enfantement. Les dynamiques réticulaires des groupalités intra, inter et transpsychiques tentent d'harmoniser pour les différents protagonistes, nécessités et contraintes de la Naissance et risques et potentialités de la mise et de la venue au monde des enfants. Dans ce contexte les difficultés et les « dysfonctionnements » ressentis et vécus comme tel dans l'immédiateté clinique de la petite focale des niveaux singuliers, pouvaient prendre un autre sens dans des observations et des analyses plus distanciées et plus holistiques. En tentant d'aménager leurs accompagnements afin de se prémunir des risques mobilisés par leurs Naissances, les Hommes ont organisé un système qui tend parfois à induire ce qu'il cherchait à fuir. Les ratés de cette organisation le sont fort heureusement, car ils permettent des brèches humanisantes dans un système parfois trop rigide.

Nous avons repris les différentes découvertes des psychanalystes et systémiciens du groupe avec la donnée fondamentale du plus-d'un-groupe réticulaire. Nous avons démontré que les processus psychiques participant et procédant d'organisation groupale en réseaux mobilisaient et généraient des processus et des exigences de travail similaires à ceux observés dans les petits et moyens groupes, mais nécessitaient des outils de lecture particuliers à la réticularité. Nous avons proposé en ce sens deux modélisations :

- L'analyse simultanée en différentes focales ;
  - 1° singulier conscient
  - 2° singulier inconscient
  - 3° groupal conscient
  - 4° groupal inconscient
  - 5° différentes strates du réseau

Analyse qui permet d'explorer, au-delà des éléments manifestes et de la complexité réticulaire, les processus plus latents qui traversent les différentes situations.

- Le repérage et l'instrumentalisation des protagonistes-clés de cette méthodologie ; le référent, le répondant et le préoccupé

Repérages qui permettent d'agir sur le terrain afin de préserver au-delà des systèmes en vase clos, les flexibilités relationnelles intra, inter et transpsychiques nécessaires à toute créativité humaine.

La périnatalité organisée en réseaux est perfectible, mais elle peut ne pas être dysfonctionnante si l'on entend ses dynamiques symboliques plus implicites. Ce constat pourrait ne pas uniquement concerner la périnatalité, mais pourrait également constituer un outil de lecture pertinent plus général pour les autres réseau(x) de soin(s). Il s'agirait ici d'une des perspectives de recherche ouvertes par ce travail, en sachant que restent également en chantier nombres de développements qui n'ont pas été approfondis ici, mais qui mériteraient à partir de notre « défrichage » d'être plus amplement travaillés : analyse détaillée du jeu des pronoms et des dynamiques défensives à l'œuvre en périnatalité, hypothèses interprétatives sur les liens potentiels entre telles problématiques et telles tendances identificatoires dans les différentes strates, approfondissement des réflexions analogiques entre les fonctionnements psychodynamiques et systémiques des petits groupes, des groupes moyens et des groupalités réticulaires, repérages des variables qui assignent tel ou tel professionnel à telle ou telle fonction réticulaire selon telle ou telle situation...

Autant de nouveaux départs qui permettront peut-être à leur tour d'élargir les horizons réflexifs.

*"On ne va jamais aussi loin que lorsqu'on ne sait pas où l'on va"*  
**Christophe COLOMB**

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrages sous-tendant les réflexions générales**

ASSOUN P-L, 1997. *Psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Premier Cycle. 763 p.

2009. *Dictionnaire thématique, historique et critique des œuvres psychanalytiques*. Paris, Presses Universitaires de France.

AUROUX S. [dirigé par], 1990. *Les Notions Philosophiques. Encyclopédie Philosophique Universelle*. Paris, Presses Universitaires de France.

BAYLE B. 2005. *L'enfant à naître : l'identité conceptionnelle et la gestation psychique*. Ramonville Saint-Agne, Erès. 391 p.

BENSOUSSAN P. 1999. *Le bébé imaginaire*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Mille et un bébés. 73 p.

BES M-P, GROSSETTI M. 2003. « Dynamiques des réseaux et des cercles. Encastremets et découplages » in *Revue d'économie industrielle*. Vol. 103. pp. 43-58

BION W-R, 1983. *Réflexion faite*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Bibliothèque de psychanalyse. 2001. 192 p.

BLEANDONU G. [sous la direction de] 1992. *Filiations et affiliations*. Meyzieu, Césura Lyon. 135p.

BONNET J. 1988. *La terre des femmes et ses magies*. Paris. Coll. Les Hommes et l'Histoire. Ed. Robert Laffont. 333p.

1996. « Ethnobiographie » in MUCCHIELLI M. [sous la direction de] *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin, Coll. U. pp 63-67

BOUYER S., MIETKIEWICZ M-C. 1998. *Introduction à la psychologie clinique. L'homme au singulier*. Paris, Presses Universitaires de France. 300p.

BOWLBY J. 1969. *Attachement et perte 1, L'attachement*. 1978, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Le fil rouge. 2006. 539 p.

1973. *Attachement et perte 2, La séparation, angoisse et colère*. 1978, Paris, Presses Universitaire de France, Coll. Le fil rouge. 2007. 557 p.

BRAZELTON T-B, CRAMER B. 1991. *Les premiers liens : l'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et par un psychiatre*. Paris, Stock-Laurence Pernoud, Calmann-Lévy. 301p.

BRUGERE F. 2011. *L'éthique du care*. Paris, Presses Universitaires de France, Col. « Que sais-je ? ». 127 p.

BUSNEL M-C, DAFFOS F., DOLTO-TOLICH C., LECANUET J-P, NEGRI R. 1997. *Que savent les foetus ?* Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Mille et un bébés. 102 p.

BYDLOWSKI M. 1997. *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Préfacé par Gauthier Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Le Fil Rouge-Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant. 203 p.

2000. *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. Paris, Ed. Odile Jacob. 185 p.

CALLAMAND P., MARCIANO P. 2006 [coordonné par] *La santé en périnatalité : de la promotion à l'illusion*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Spirale n° 37. 168 p.

CAUQUELIN A. 1987. « Concept pour un passage » in *Quaderni*, n°3. pp 31-40

CAVERNI J-P. 1998. « Pour un code de conduite des chercheurs dans les sciences du comportement humain » in *L'année psychologique*, Vol. 98. pp. 83-100

2000. « Un code de conduite des chercheurs en psychologie » in *Bulletin de psychologie*, tome 53. pp. 47-51.

CHANGEUX J-P. 1983. *L'homme neuronal*. Paris, Hachette, Littératures. 2000. 379 p.

CHEMAMA R., VANDERMERSCH B [sous la direction de] 1995. *Dictionnaire de la psychanalyse*. France, Larousse-Bordas, 1998. 462p.

CICCONE A. 1999. *La transmission psychique inconsciente : identification projective et fantasme de transmission*. Paris, Dunod. Coll. Psychismes. 204 p.

CICCONE A., LHOPITAL M. 1991. *Naissance à la vie psychique*. Paris, Dunod, Coll. Psychismes. 2° édition. 2001. 317 p.

Collectif préfacé par Comte-Sponville A., 2001. *Dictionnaire des Philosophes*. Col. Encyclopaedia Universalis, Ed. Albin Michel, Paris.



Collectif préfacé par Soller P., 2001. *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Col. Encyclopaedia Universalis, Ed. Albin Michel, Paris.

COULON-ARPIN M. 1981. *La maternité et les sages-femmes, de la Préhistoire au XX<sup>e</sup> siècle. Tome I*. Paris, Ed. Roger Dacosta. 189 p.

DAVID M, APPELL G. 1973. *Loczy ou le maternage insolite*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Mille et un bébés. 2008. 268 p.

DAVID M. 2001. [sous la direction de] *Le Bébé, ses parents, leurs soignants*. Ramonville Saint-Agne, Erès, *Spirale*. 2008. 168 p.

DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M., 2003. *Psychopathologie de la périnatalité*. Issy-les-Moulineaux, Masson, Coll. Les âges de la vie. 576 p.

DELAISI DE PARSEVAL G., LALLEMAND S. 1979. *L'art d'accommoder les bébés, 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Paris, Odile Jacob, Poche n°45. 320 p.

DELASSUS J-M. 2001. *Naissance et maternité : la prévention précoce : éléments de maternologie*. Saint Cyr l'Ecole-AFM-EDIT.

DESCLES J-P. 1987. « Réseaux sémantiques : la nature logique et linguistiques des relateurs » in *Langages*, année 22, n°87. pp 55-78.

DOLTO F. 1981. *Au jeu du désir : essais cliniques*. Paris, Editions du Seuil. 345 p.  
1982. *Sexualité féminine : la libido génitale et son destin féminin*. Annoté par Djéribi-Valentin M. et Kouki E. 1999, Paris, Gallimard, Coll. Folio Essai. 597 p.  
1990. *Lorsque l'enfant paraît*. Tome 1, 2 et 3. Paris, Editions du Seuil, Coll. Points. 2007. 194 p., 214 p. et 177 p.

DONNADIEU G., KARSKY M. 2002. *La systémique : penser et agir dans la complexité*. RUEIL-MALMAISON, Ed. Liaisons. Coll. Entreprises et carrières. 269 p.

DUGNAT M. [sous la direction de] 2004. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*. Ramonville Saint-Agne, Erès. 256 p.

2006. *Les émotions autour du bébé*. Ramonville Saint-Agne, Erès. 304 p.

2008. *Bébé et cultures*. Ramonville Saint-Agne, Erès. 280 p.

FIVAZ-DEPEURSINGE E., CORBOZ-WARNERY E., 1999. *Le triangle primaire : le père, la mère et le bébé*. Traduit par Henry J. Paris, Ed. O. Jacob. 2001. p. 309.

FONAGY P. 2001. *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. La vie de l'enfant. 2004. 268 p.

FORNARI F., 2000. « Pour une psychanalyse des institutions » in KAES R. [et al.] *L'institution et les institutions : études psychanalytiques*. Paris, Dunod. pp. 95-130

FREUD A. 1936. *Le Moi et les mécanismes de défenses*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Bibliothèque de psychanalyse. 2001. 168 p.

FREUD S. 1900. *L'interprétation des rêves* in *Œuvres complètes livre IV*. Paris, Presses Universitaires de France. 2003. 768 p.

1910. *Cinq psychanalyses*. Traduit par Bonaparte M. et Loewenstein R-M. 1957. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Bibliothèque de psychanalyse. 1992. 422 p.

1912. *Totem et tabou*. Traduit par Jankélévitch S. 3<sup>e</sup> édition, Paris, Payot-Rivages, Coll. Petite Bibliothèque Payot. 2001. 225 p.

1914. *Pour introduire le narcissisme* in *Œuvres complètes livre XII*. Paris, Presses Universitaires de France. 2005. 374 p.

1915. *Métapsychologie*. Traduit par Altounian J, Bourguignon A., Cotet P., Laplanche J., Rauzy A. Préfacé par Robert F. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Quadrige. 2010. 168 p.

1923. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1975. 189 p.

1929. *Le malaise dans la civilisation*. Traduit par Cotet P., Lainé R. et Stute-Cadot J. Préfacé par André J. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Quadrige. 1998. 93 p.

1938. *Abrégé de psychanalyse et Résultats, idées, problèmes*. Traduit par Altounian J., Cotet P., Kahn F., Laplanche J., Robert F. et préfacé par Robert F. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Quadrige. 2012. 130 p.

GALTIER M., BESSON J. 2008 [coordonné par] *Hériter, transmettre : le bagage de bébé*. Ramonville Saint-Agne, Erès, *les dossiers de Spirale*. 192 p.

GALTIER M., BESSON J. 2009 [coordonné par] *Parentalité, vous avez dit fragile ?* Ramonville Saint-Agne, Erès, *les dossiers de Spirale*. 144 p.

GALTIER M., MARCIANO P. 2005 [coordonné par] *Les émotions en périnatalité*. Ramonville Saint-Agne, Erès, *Spirale* n° 33. 136 p.

GEISSMANN C. et GEISSMANN P. 1992. *Histoire de la psychanalyse de l'enfant : mouvements, idées, perspectives*. Montrouge, Bayard, Coll. Païdos. 408 p.

GELIS J. 1984. *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne (XVI<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles)*. Paris, Fayard. 611p.

1988. *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Paris, Fayard. 560 p.

GOLSE B. 1985. [sous la direction de] *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux, Masson, Coll. Médecine et psychothérapie. 297 p.

1999. *Du corps à la pensée*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Fil rouge-Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant. 2001. 375 p.

2012. [sous la direction de] Dirigé également par Braconnier A. *Winnicott et la création humaine*. Congrès bébé-ados 04-2010. Ramonville Saint-Agne, Eres, Coll. Carnet psy. 315 p.

GODIN C., 2004. *Dictionnaire de philosophie*. Paris, Ed. du Temps-Fayard.

GOUYON-CORNET B., QUANTIN C., SAGOT P. et GOUYON J-B. 2004. « Mise ne place et évaluation des réseaux de soins périnataux : expérience françaises et étrangères » in *Santé, société, solidarité*, dossier *Naître en France et au Québec*, n°1. pp 129-136

GREINER G. [sous la direction de] 2000. *Fonctions maternelle et paternelle*. Ramonville Saint-Agne, Erès. 196 p.

GUEDENEY N. et GUEDENEY A. 2006. *L'attachement : concepts et applications*. Issy-les-Moulineaux, Masson, Coll. Les âges de la vie. 235 p.

GUIDETTI M., LALLEMAND S., MOREL M-F. 1997. *Enfance d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*. Paris, Ed. Armand Colin, Coll. Cursus-Psychologie. 188 p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, 1994. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité*. Paris, Haut comité de la santé publique. Rennes, Ed. Ecole nationale de la santé publique. 255 p.

HOUZEL D. 1999. [sous la direction de.] *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Saint-Agne, Erès, 200 p.

HOUZEL D., EMMANUELLI M. et MOGGIO F. [sous la direction de], 2000 *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Presses Universitaires de France.

IONESCU (S), JACQUET (M.M), LHOTE (C), 1997. *Les mécanismes de défense Théorie et clinique*. 2005, Paris, Armand Colin, Coll. Cursus. 350 p.

JACQUARD A. et KAHN A., 2001. *L'avenir n'est pas écrit*. Montrouge, Ed. Bayard. 181 p.

KLEIN M. 1932. *La psychanalyse des enfants*. Traduit par Boulanger J-B, 10<sup>e</sup> édition. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Bibliothèque de psychanalyse. 1998. 318 p.

KLEIN M., RIVIERE J. 1937. *L'amour et la haine : le besoin de réparation*. Traduit par Stronck A. 1993. Paris, Payot-Rivages, Coll. Petite Bibliothèque Payot. 2001. 169 p.

KNIEBIELHER Y., FOUQUET C. 1980. *L'histoire des mères du Moyen-âge à nos jours*. Paris, Ed. Montalba. 365p.

1983. *La femme et les médecins : analyse historique*. Paris, Hachette. 333p.

KUHN T-S., 1962. *La structure des révolutions scientifique*. Traduit par Meyer L. Paris, Flammarion, Coll. Champs sciences. 2003. 284 p.

LABORIT H., 1973. *Les comportements : biologie, physiologie, pharmacologie*. Paris, Masson. 404 p.

- LACAN J. 1966. *Ecrits*. Paris, Seuil.  
1998. *Le séminaire. Livre V. Les formations de l'Inconscient (1957-1958)*. Paris, Seuil. 517p.
- LAGET M. 1982. *Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique*. Paris, Ed. du Seuil. 346p.
- LALLEMAND S. 2002. « Esquisse de la courte histoire de l'anthropologie de l'enfance » in *Journal des africanistes*. Vol. 72. pp. 9-18.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J-B. 1964 (1985). *Fantasme originnaire. Fantasme des origines. Origines du fantasme*. Paris, Hachette, Coll. Pluriel. 2007. 113 p.
- LEBOVIVI S., DIATKINE R. et SOULE M. 1995. [sous la direction de] *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 4 vol. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Quadriga. 2004. 3264 p.
- LEONTIEV A. 1959. *Le développement du psychisme*. Paris, Ed. Sociales. 1976. 344p.
- MARCIANO P. [coordonné par], 2000. *Les réseaux de soins en périnatalité*. Ramonville Saint-Agne, Erès, *Spirale*, n° 15, Erès. 137 p.  
2003. *Conjugalité, parentalité : quel paradoxe ?*  
Ramonville Saint-Agne, Erès, *Spirale* n° 26. 168 p.
- MAZET P., STOLERU S., 2003. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : développement et interactions précoces*. Issy-les-Moulineaux, Masson, Coll. Les âges de la vie. 448 p.
- MELLIER D. 2000. *L'inconscient à la crèche. Dynamique d'équipe et accueil des bébés*. Préfacé par Houzel D. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. La vie de l'enfant. 305 p.
- MELTZER D. 1986. *Etudes pour une métapsychologie élargie : applications cliniques des idées de Wilfried R Bion*. Traduit par Alcorn D. Lamor-Plage, Ed. Hublot, Coll. Psychanalyse. 2006. 251 p.
- MERCKLE P. 2004. *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris, Ed. de La Découverte, Coll. Repères. 125 p.
- MISSONNIER S. 2003. *La consultation thérapeutique périnatale : un psychologue à la maternité*. Préfacé par Golse B. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. La vie de l'enfant. 255 p.  
2004. « La relation d'objet virtuel et la parentalité ingénue » in *Adolescence*, 22, 1. pp. 119-131.  
2004. « L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé : l'héritage de Serge Lebovici » in *Revue française de psychanalyse* 3/2004 (Vol. 68) pp 929-946.  
2006. « De ton temps d'avant tu te souviendras » in *Les 10 commandements de la périnatalité*. Ramonville Saint-Agne, Eres, *Spirale* n° 39. pp 103-112.

2007. « Une relation d'objet virtuelle ? » in *Clinique des technologies de l'information et de la communication*. Le Carnet Psy n° 120. pp 43-47.

2007. « La prévention, l'anticipation et la prédiction » in *Le livre blanc de la périnatalité - Quelques propositions et ambitions à l'usage de Monsieur le Président de la République*. Ramonville Saint-Agne, Erès, *Spirale* n°41. pp. 85-96

MOLENAT F. [sous la direction de], 2001. *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Ramonville Saint-Agne, Coll. Prévention en maternité, Ed. Erès. 134 p.

2003. « Ce que nous ont enseigné les parents » in *Enfance et Psy*, Ramonville Saint-Agne, Erès, n°21. pp. 130-139

2009. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Prévention en maternité. 272 p.

MOREL M-F. ROLLET C. 2000. *Des bébés et des hommes : traditions et modernité des soins aux tout-petits*. Paris, Albin Michel, Coll. La cause des bébés. 396 p.

NAOURI A. 1995. *Le couple et l'enfant*. Paris, Odile Jacob. 211 p.

2004. *Les pères et les mères*. Paris, Odile Jacob. 329 p.

NEIRINCK C. 2001. [et al.] *De la parenté à la parentalité*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Maison des droits des enfants et des jeunes. 96 p.

NEYRAND G. 2000. *L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Education et formation, Recherches scientifiques. 394 p.

2006. [sous la direction de] *Familles et petite enfance : mutation des savoirs et des pratiques*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Petite enfance et Parentalité. 319 p.

OLIVE J-L. 1994. « Mythes de naissance, naissance de mythes : des grandes conceptions anthropologiques au regard ethnologique sur les sociétés européennes. » in *Naissance et Société* 2, cahier n° 19 de l'Université de Perpignan, Presses Universitaires de Perpignan. pp 7-61.

OURY J. 1976. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle : traces et configurations précaires*. Nîmes, Ed. Champ social, Coll. Psychothérapie Institutionnelle. 2001. 300 p.

PASINI W. [et al.] 1984. *Relation précoce parents-enfants*. Paris, SIMEP, Coll. Biologie et Psychologie. 1984.

PEDINIELLI J-L., 1994. *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, Armand Colin, 2004. 127 p.

PICHON-RIVIERE E. 1985-1987. *Théorie du lien et Le processus de création*. Traduit par Faugeras D. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Maison jaune. 2004. 230 p.

RALLET R., JAEGER C. 1990. « Les réseaux professionnels : flexibilités et rigidités » in *Réseaux*, Vol. 8, n°41. pp. 5-17

ROSNAY de J. 1975. *Le microscope : vers une vision globale*. Paris, Ed. du Seuil, Coll. Point-Essai. 2002. 346 p.

RUMEAU-ROUQUETTE C., SUREAU C. 2001. *Bien naître : la périnatalité entre espoir et désenchantement*. Paris, EDK. 213 p.

SOKAL A. et BRICMONT J, 1997. *Impostures intellectuelles*. Paris, Ed. Odile Jacob, Coll. Le livre de poche-biblio essai. 1999. 413 p.

SELLENET C. 2007. *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris, L'Harmattan. 188 p.

SOLANS H. 1992. « Les pratiques de l'accouchement analysées dans le cadre d'une théorie du choix de techniques » in *Naissance et Société*, cahier n° 12 de l'Université de Perpignan, Presses Universitaires de Perpignan. pp 101-116.

SOLLERS P. [préface de] 1997. *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Encyclopaedia Universalis, Paris, Albin Michel.

STERN D., 1985. *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale*. Traduit par Lazartigues A. et Pérard D. 1989. Paris, Presses Universitaires de France. Coll. Fil rouge. 381 p.

SZANTO-FEDER A. 2002. [sous la direction de] *Loczy : un nouveau paradigme ? L'institut Pikler dans un miroir à facettes multiples*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Fil rouge. 256 p.

THERY I. 1998. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui : le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*. Paris, Odile Jacob. 420 p.

TOSQUELLES F. 1984. *Education et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes, Ed. Champs social. 2006. 220 p.

2003. *De la personne au groupe : à propos des équipes de soins*. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Des travaux et des jours. 232 p.

TOURNE C-E. 1999. *Le naître humain : cette Naissance qui vient à l'homme*. Paris, L'Harmattan. 273 p.

2002. *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Montpellier, Sauramps médical. 482 p.

2007. *Le Naissant : ce petit tout qui fait un homme*. Paris, L'Harmattan, Coll. Sexualité humaine. 231 p.

TREVARTHEN C., AITKEN K.J., 2003. « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherché, théorie et application clinique » in *Devenir*, n°4-Vol.15, pp 309-428

VERDIER Y. 1979. *Façons de dire, façons de faire : la laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris, Ed. Gallimard, Coll. Bibliothèque des sciences humaines. 347 p.

WATZLAWICK P., JACKSON D-D-A et BAVELAS J-H-B. 1972. *Une logique de la communication*. Traduit par Morche J. Paris, Ed. du Seuil. 1979. 280 p.

WEIL-BARIS A. 1993. [sous la direction de] *L'homme cognitif*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Premier Cycle. 1998. 576 p

WINNICOTT D-W. 1957. *L'enfant et sa famille : les premières relations*. Traduit par Stronck A. 1973. Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot. 1998. 213 p.

1958. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Traduit par Kalmanovitch J. 1969. Paris, Payot, 2<sup>e</sup> édition, Coll. Science de l'homme Payot. 1989. 464 p.

1971. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Traduit par Monod C. et Pontalis J-B. 1975. Paris, Gallimard, 2000. 212p.

#### DOCUMENTS PICKLER-LOCZY

##### Articles

HEVESI K. 1982. « Formation de la nurse débutante ».

HEVESI K. 1989. « Les difficultés rencontrées par la nurse en pouponnière, face à l'élaboration de la relation affective et diverses possibilités d'aide ».

TARDOS A. 1980. « La main de la nurse ».

#### CAHIERS DE L'AFREE (Directeur de la publication : ATEYA A. Responsable de la rédaction : MOLENAT F.) :

- *Autour du nouveau-né*. juin 1991 (146 p.)

- *Naissance, isolement, rupture*. novembre 1991 (168 p.)

- *Devenir parents : naissance d'une collaboration*. juillet 1992 (170 p.)

- *Compétences du bébé, compétences des parents, compétences des professionnels*.

*Actes des II<sup>e</sup> Journées européennes "Naissance et avenir"* juillet 1993 (198 p.)

- *Prévention précoce : les professionnels inventent*. juin 1994 (158 p.)

- *Lien social, lien psychique*. juin 1998 (128 p.)

- *Les liens autour de l'enfant à naître : une urgence psychiques*. *Actes des V<sup>e</sup> Journées européennes "Naissance et avenir"*. juillet 2001 (170 p.)

- *Place des émotions dans les pratiques autour de la naissance : quelle évaluation ?*  
*Actes des VI<sup>e</sup> Journées européennes "Naissance et avenir"*. janvier 2003 (192 p.)

### Ouvrages plus particulièrement travaillés

ANZIEU D. 1981. *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*. Préfacé par Kaës R. Paris, Dunod, Coll. Psychismes. 3<sup>e</sup> édition. 1999. 260 p.

1987. [et al.] *Les enveloppes psychiques*. Paris, Dunod. Coll. Inconscient et culture. 2000. 282 p.

AULAGNIER P. 1975. *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*. 7<sup>e</sup> édition. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Le Fil Rouge-Section Psychanalyse. 2003. 363 p.

BION W-R. 1961. *Recherche sur les petits groupes*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Bibliothèque de psychanalyse. 2002. 160 p.

BLEGER J. 1987. « Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions » in Kaës [et al.] *L'institution et les institutions : études psychanalytiques*. Paris, Dunod, Coll. Inconscient et culture. 2001. pp. 47-61

CESBRON P. 2006. « Quelques propositions d'organisation des soins obstétricaux » in Ramonville Saint-Agne, Erès, *Spirale*, n° 37. pp. 61-78

DORON J., 1987. « Du moi-peau à l'enveloppe psychique » in ANZIEU D. [et al.] *Les enveloppes psychiques*. Paris, Dunod, 2000. pp. 1- 17

« A propos de la communication avec le soi : phénomènes d'interfaces et modifications des aménagements de l'enveloppe psychique » in ANZIEU D. [et al.] *Les enveloppes psychiques*. Paris, Dunod, 2000. pp. 199-221

DUEZ B. 1996. « Psychopathologie de l'originaire et traitement de la figurabilité. Eléments pour une pratique psychanalytique en institution » in Kaës [et al.] *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris, Dunod. Coll. Inconscient et culture. 2002. pp. 161-203



- EKELAND I. 1991. *Au hasard, la chance, la science et le monde*. Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points-sciences. 199 p.  
1995. *Le Chaos*. Paris, Ed. Le Pommier, Col. Poche. 149 p.
- ENRIQUEZ M. 1987. « L'enveloppe de mémoire et ses trous » in ANZIEU D. [et al.] *Les enveloppes psychiques*. Paris, Dunod, 2000. pp 109-133
- FERNANDEZ L., PEDINIELLI J-L., 2006. « La recherche en Psychologie clinique » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 84. pp 41-51
- FOREST F. 2002. « Réseaux et théorie lacanienne » in *Quaderni*, n°47. pp. 33-39  
2003. « Le réseau, filigrane de la théorie psychanalytique » in *Quaderni*, n° 50-51. pp 117-123
- FOUCAULT M., 1963. *Naissance de la clinique*. Paris, Presses Universitaires de France, 1988. 214 p.
- FUSTIER P. 1987. « L'infrastructure imaginaire des institutions. A propos de l'enfance inadaptée » in Kaës [et al.] *L'institution et les institutions : études psychanalytiques*. Dunod, Coll. Inconscient et culture. 2001. pp. 131-156
- GLEICK J. 1987. *La théorie du chaos*. Paris, Ed. Flammarion, Coll. Champs-sciences n° 860. 2008. 494 p.
- GORI R., DEL VOLGO M-J. 2005. *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris, Ed. Champs, essais. 2009. 330 p.
- GUILLAUMIN J., 1987. « Les enveloppes psychiques du psychanalyste » in ANZIEU D. [et al.] *Les enveloppes psychiques*. Paris, Dunod, 2000. pp. 163-198  
2007. « Une cure qui parle : entre le dire et le faire » in *Revue française de psychanalyse*, Vol. 71. pp. 1579-1584.
- HOUZEL D., 1987. « L'enveloppe psychique : concept et propriétés » in ANZIEU D. [et al.] *Les enveloppes psychiques*. Paris, Dunod, 2000. pp. 44-73
- KAES R., 1976. *L'Appareil psychique groupal*. Dunod, Col. Psychismes. 2000. 270 p.  
1987. [et al.] *L'institution et les institutions : études psychanalytiques*. Paris, Dunod, Coll. Inconscient et culture. 2001. 219 p.  
1993. *Le Groupe et le sujet du groupe : éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris, Dunod. 2000. 352 p.  
1996. [et al.] *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris, Dunod. Coll. Inconscient et culture. 2002. 218 p.  
1999. *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris, Coll. Que sais-je ? n°3458, Paris, Presses Universitaires de France. 2002. 128 p.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J-B. 1967. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Sous la direction de Lagache D. Paris, Presses Universitaires de France, 1998.
- MANDELBROT B., 1973. « Formes nouvelles du hasard dans les sciences » in *Économie appliquée*, vol. 26. pp. 307-319

MELLIER D. 2002. « Le travail intersubjectif de contenance des anxiétés primitives dans le soin. La souffrance primitive, l'empathie et la fonction de l'attention » in Mellier [dirigé par] *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*. Paris, Dunod. pp. 93-146

2005. « La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel » in *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 48. pp. 425-499

MUSSO P. 2003. *Critique des réseaux*. Paris, Presses Universitaires de France, Coll. La Politique éclatée. 375 p.

NEYRAND G. 2004. « La dynamique d'un réseau de prévention précoce. Résistances et perspectives » in *Revue française des affaires sociales*, n°1. pp. 103-125

PINEL J-P. 1996. « La déliaison pathologique des liens institutionnels dans les institutions de soins et de rééducation ; perspective économique et principes d'intervention » in Kaës [et al.] *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris, Dunod. Coll. Inconscient et culture. 2002. pp. 49-79

POIRIER J., 1982. « Ethnobiographies océaniques, la sauvegarde du patrimoine culturel océanique » in *Journal de la société des océanistes*, n° 74-75, Vol. 38. pp. 117-125.

POIRIER J., CLAPIER-VALLADON S., RAYBAUT P., 1983. *Les récits de vie : théorie et pratique*. Paris, Presses Universitaires de France. 238 p.

ROUSSILLON R., 1987. "Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice" in KAES [et al.] *L'institution et les institutions : études psychanalytiques*. Paris, Dunod, Coll. Inconscient et culture. 2001. pp. 157- 178

RUELLE D. 1991. *Hasard et chaos*. Paris, Odile Jacob. 2010. 245 p.

WATZLAWICK P., WEAKLAND J-H, FISCH R. 1975. *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Traduit par Furlan P. Paris, Ed. du Seuil. 1991. 189 p.

## ANNEXES

### Les questionnaires

Les pages suivantes présentent les trames d'entretien, support écrit aux questionnements réalisés oralement lors des interviews singuliers avec les familles et les professionnels et présenté plus rarement (à titre exceptionnel) en auto-questionnaire. Entre les crochets, seront commentées les questions afin d'en retranscrire le versant plus implicite.

### *En tout-venant*

#### *Entretien avec les parents*

Date :                      Etablissement : [repérage spatio-temporel du participant au sein de la recherche]

Age de l'enfant :      Rang de l'enfant dans la fratrie : [indices sur l'expérience parentale quant au devenir parent et donc aux contacts avec les professionnels]

Durant le suivi de la grossesse et jusqu'à présent, quels sont les professionnels que vous avez rencontrés ? [recueil non indicé des représentations parentales quant à la prégnance des professionnels dans l'abord rétrospectif de leur accompagnement]

Quelle est, selon vous, la fonction de chacune de ces personnes ? [perception parentale du rôle des professionnels]

De quelle manière, selon vous, ces personnes travaillent-elles ensemble ? [perception parentale de la nature des relations interprofessionnelles]

Y a-t-il, dans l'ensemble de ces personnes, certaines que vous avez été étonnée de rencontrer ? [sensation d'effraction dans les schémas parentaux préétablis quant à l'intervention des professionnels – schéma préétabli que nous nommerons par la suite réseau-famille]

Quelles personnes, en revanche, vous attendiez-vous à rencontrer, que vous n'avez pas, effectivement, rencontrées ? [sensation de manque dans les schémas parentaux préétablis quant à l'intervention des professionnels]

Quelle est, selon vous la fonction de chacune de ces personnes rencontrées ou non rencontrées ? [perception parentale du rôle des professionnels et étayage de l'intégration des sensations d'effraction et/ou de manque dans les schémas parentaux préétablis quant à l'intervention des professionnels]

Y a-t-il des personnes que vous n'avez pas souhaitées rencontrer ? [résistance quant aux sensations d'effraction et/ou de manque dans les schémas parentaux préétablis quant à l'intervention des professionnels]

Quelle est, selon vous, la fonction de ces personnes que vous n'avez pas souhaitées rencontrer ? [perception parentale du rôle des professionnels et étayage de l'intégration des sensations d'effraction et/ou de manque dans les schémas parentaux préétablis quant à l'intervention des professionnels]

Que signifie pour vous le terme de « réseau périnatal » ? [recueil indicé des représentations parentales quant à la nature des relations interprofessionnelles et étayage dans les processus représentationnels parentaux quant à ses relations]

Que signifie pour vous le terme de « travail en réseau » ? [approfondissement des réflexions initiées par l'item précédent]

Selon vous, qu'est-ce que « être le bébé de » veut dire ? [recueil indicé, mais ancrant la réflexion dans un éloignement spatio-temporel induit par l'aspect socioculturel du questionnement, des représentations parentales relatives aux imagos de l'infantile de manière générale, et finalement aux représentations concernant leur propre enfant et l'enfant en eux]

Selon vous, qu'est-ce que « être une maman » veut dire ? [recueil indicé, mais ancrant la réflexion dans un éloignement spatio-temporel induit par l'aspect socioculturel du questionnement, des représentations parentales relatives aux imagos maternelles de manière générale, et finalement aux représentations concernant le devenir mère pour elle-même et pour le père]

Selon vous, qu'est-ce que « être un papa » veut dire ? [recueil indicé, mais ancrant la réflexion dans un éloignement spatio-temporel induit par l'aspect socioculturel du questionnement, des représentations parentales relatives aux imagos paternelles de manière générale, et finalement aux représentations concernant le devenir père pour lui-même et pour la mère]

Selon vous, quelle est la place d'un bébé dans la famille ? [approfondissement des réflexions initiées par les items précédents]

- Selon vous, quelle est la place d'une maman dans la famille ? [idem]

Selon vous, quelle est la place d'un papa dans la famille ? [idem]

Selon vous, que fait un bébé dans la famille ? [idem]

Selon vous, que fait une maman dans la famille ? [idem]

Selon vous, que fait un papa dans la famille ? [idem]

Qu'est-ce qui vous a motivé à participer à cette recherche ? [recueil de l'ancrage motivationnel parental]

Cette page vous appartient, si vous souhaitez rajouter quelque chose à ce questionnaire... [recueil des associations suscitées par le questionnaire – la feuille était laissée aux parents à la fin de l'entretien et récupérée par les membres de l'équipe ; élément supplémentaire et important dans le processus de recherche coactive]

En vous remerciant de votre participation

*1° entretien avec les professionnels*

Date :

Etablissement : [repérage spatio-temporel du participant au sein de la recherche]

Quelle est votre profession ? [recueil de l'auto nomination]

Quelle est votre fonction au sein du service ? [perception par le professionnel de ses rôles, statuts, places et assignations dans l'intra-équipe]

Cette fonction correspond-elle aux critères généraux de la profession ou est-elle adaptée à votre lieu de travail ? (Autrement dit, est-ce que les membres de votre profession ont la même pratique partout ou cette pratique dépend-elle du lieu où vous exercez ?) [perception par le professionnel de ses rôles, statuts, places et assignations dans son corpus]

Concrètement, par rapport à la fiche de poste, quels sont les rôles qui vous sont dévolus ?  
[perception par le professionnel de ses rôles, statuts, places et assignations dans la commande institutionnelle]

Y-a-t-il des différences avec ces éléments théoriques et ce que vous faites quotidiennement ?  
[travail de lien entre les représentations théoriques et pratiques]

Avant de rentrer dans le monde du travail, quelle idée vous faisiez vous de votre métier ?  
[évocation Moi-idéal]

Y a-t-il une différence avec ce que vous pensiez alors et ce que vous faites aujourd'hui ?  
[évocation Idéal du Moi]

De manière très spontanée, je vais vous demander de me dire toutes les personnes auxquelles vous pensez quand je vous demande de citer toutes celles que vous êtes amenés à rencontrer dans l'exercice de votre fonction ? [recueil non indicé des représentations du professionnel quant à la prégnance des autres intervenants dans l'abord des relations interprofessionnelles]

Quelle est selon vous la fonction de chacune de ces personnes ? [perception par le professionnel des rôles, statuts, places et assignations des autres intervenants]

A quelle place vous situez-vous par rapport aux autres membres de l'équipe de la Maternité (ou de la pédiatrie néonatale, ou de l'unité de psychologie périnatale) ? [perception par le professionnel de ses rôles, statuts, places et assignations au sein de la dynamique interprofessionnelle]

Entre temps vous m'avez parlé de ... (nominations relatives aux familles). Quelle différence faites-vous dans l'utilisation de ces nominations (lorsqu'un membre de la famille est décrit avec plusieurs nominations) ? [perception par le professionnel des différents membres de la famille]

Quelle est la fonction de ... (tel ou tel membre de la famille nommé) au sein du service ?  
[perception par le professionnel des rôles, statuts, places et assignations des différents membres de la famille]

A quelle place vous situez-vous par rapport aux familles accueillies ? [perception par le professionnel de ses rôles, statuts, places et assignations dans la relation thérapeutique]

De la même manière que toute à l'heure, je vais vous demander de citer toutes les personnes auxquelles vous pensez quand je vous parle de partenaires de la Maternité (ou de la pédiatrie néonatale, ou de l'unité de psychologie périnatale) au sein du réseau périnatal ? [recueil indicé des représentations du professionnel quant à la prégnance des autres services et/ou intervenants dans l'abord des relations interprofessionnelles inter-groupales]

En quelle fonction sont-elles partenaires de la Maternité (ou de la pédiatrie néonatale, ou de l'unité de psychologie périnatale) ? [perception par le professionnel des rôles, statuts, places et assignations des autres services et/ou des intervenants qualifiés de « partenaires » - recueil des représentations concernant la notion de « partenaires »]

Comment vous situez-vous par rapport à ces équipes ? [perception par le professionnel de ses rôles, statuts, places et assignations au sein de la dynamique interprofessionnelle inter-groupales]

Souhaiteriez-vous rajouter quelque chose avant que l'entretien se finisse ? [recueil des associations suscitées par le questionnaire et de la qualité de l'alliance dans la recherche coactive]

## *2° entretien avec les professionnels*

Date : [repérage temporel du participant au sein de la recherche]

Vous arrive-t-il de penser à cette recherche hors de nos rencontres et de la réception du retour document ? [recueil de la qualité de l'alliance dans la recherche coactive, de la potentialité en recherche-action et des impacts et/ou fonction dans l'après-coup de la participation à la recherche]

Avez-vous discuté de votre participation à la recherche avec les personnes que vous rencontrées dans l'exercice de votre fonction ? [idem]

Pensez-vous que votre participation à cette recherche a eu une influence sur votre pratique ?  
[idem]

Si oui, quels sont les éléments qui vous permettent de dire cela ? [idem]

(retour sur l'organigramme élaboré lors du premier entretien)

Vous n'avez pas parlé de telle ou telle personne (par rapport à l'organigramme théorique constitué à partir des fonctions centrales des participants), quelle serait la fonction de telle personne ? [perception par le professionnel des rôles, statuts, places et assignations des autres intervenants « oubliés » dans le recueil spontané]

Je souhaiterais connaître l'idée que se font, selon vous, ces personnes (personnes citées lors d'un premier entretien et de la précédente question) de leur propre fonction ? [Recueil des processus d'empathie interprofessionnelle quant aux Idéaux du Moi des autres intervenants]

Réciproquement, que pensez-vous que les autres professionnels vont répondre à cette précédente question en ce qui concerne votre propre fonction ? [perception par le professionnel des processus d'empathie interprofessionnelle des autres intervenants à son égard]

Souhaitez-vous rajouter quelque chose avant que l'entretien se termine ? [recueil des associations suscitées par le questionnaire et de la qualité de l'alliance dans la recherche coactive]

### *3° entretien avec les professionnels*

Date : [repérage temporel du participant au sein de la recherche]

Vous arrive-t-il de penser à cette recherche hors de nos rencontres et de la réception du retour document ? [recueil de la qualité de l'alliance dans la recherche coactive, de la potentialité en recherche-action et des impacts et/ou fonction dans l'après-coup de la participation à la recherche]

Avez-vous, depuis le dernier entretien, discuté de votre participation à la recherche avec les personnes que vous rencontrées dans l'exercice de votre fonction ? [idem]

Je souhaiterais savoir à nouveau, par rapport à nos précédentes rencontres, si vous pensez que votre participation à cette recherche a eu une influence sur votre pratique ? [idem]

Si oui, quels sont les éléments qui vous permettent de dire cela ? [idem]

Selon vous, qu'est-ce que « être une maman » veut dire ? [recueil des représentations du professionnel relatives aux mères accueillies, mais également aux imagos maternelles de manière générale]

Selon vous, qu'est-ce que « être un papa » veut dire ? [recueil des représentations du professionnel relatives aux pères accueillis, mais également aux imagos paternelles de manière générale]

Selon vous, qu'est-ce que « être le bébé de » veut dire ? [recueil des représentations du professionnel relatives aux enfants accueillies, mais également aux imagos de l'infantile de manière générale]

Selon vous, quelle est la place d'une maman dans la famille ? [approfondissement des réflexions initiées par les items précédents]

Selon vous, quelle est la place d'un papa dans la famille ? [idem]

Selon vous, quelle est la place d'un bébé dans la famille ? [idem]

Selon vous, que fait une maman dans la famille ? [idem]

Selon vous, que fait un papa dans la famille ? [idem]

Selon vous, que fait un bébé dans la famille ? [idem]

Selon vous, de quelle manière les familles perçoivent-elles votre travail ? [perception par le professionnel des représentations parentales à son égard]

Que signifie pour vous les termes de « Réseau périnatal » ? [recueil indicé des représentations du professionnel quant à la nature des relations interprofessionnelles ordonnées par les commandes institutionnelles]

Que signifie pour vous les termes de « Travail en réseau » ? [approfondissement des réflexions initiées par les items précédents]

Que signifie pour vous les termes de « Avoir le réseau dans la tête » ? [idem]

Souhaitez-vous rajouter quelque chose avant que l'entretien se termine ? [recueil des associations suscitées par le questionnaire et de la qualité de l'alliance dans la recherche coactive]

Qu'est-ce qui vous a motivé à participer à cette recherche ? [recueil de l'ancrage motivationnel du professionnel et de la qualité de l'alliance dans la recherche coactive]

Souhaitez-vous rajouter quelque chose globalement par rapport à la recherche, avant que l'entretien se termine ? [recueil des associations suscitées par la participation à la recherche et de la qualité de l'alliance dans la recherche coactive]

### **Protocole recherche naissances prématurissimes**

#### *1° entretien avec les parents*

Contexte de la découverte du risque de prématurité

Circonstances de la grossesse

Vécu de la grossesse avant la MAP

Circonstances de l'hospitalisation

Vécu de la MAP

Ressentis de la maman vis-à-vis de son bébé, vis-à-vis de l'entourage, vis-à-vis d'elle-même

Ressentis de l'entourage vis-à-vis du bébé et vis-à-vis de la maman

Représentations concernant le bébé

Nature de l'accueil

Descriptif et ressentis

Vécu concernant les informations (forme et contenu)

Descriptif et ressentis

A priori et perception

Ce qu'ils auraient souhaité

#### *2° entretien avec les parents*

Vécu de la suite de la prise en charge

Vécu de l'accompagnement lors de l'accouchement

Vécu de l'accompagnement dans le post-partum immédiat

Les représentations concernant le retour à la maison (le cas échéant s'il n'y a plus de pronostic vital en jeu)

#### *3° entretien avec les parents*

Vécu depuis le retour à la maison

Représentations concernant le présent et le futur de l'enfant

Récit après-coup de l'accompagnement de la naissance

+ questionnaire destiné aux parents participants à la recherche en tout-venant

Les différents entretiens avec les parents, dont notamment le premier, viendront s'enrichir de l'utilisation de l'EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale)

#### *1° entretien avec les professionnels*

Sur quels critères vous êtes-vous appuyés pour élaborer l'information à la famille ?  
 Saviez-vous quelles informations cette famille avait déjà reçues ?  
 Est-ce que l'élaboration de cette information a été pour vous : très facile / facile / difficile / très difficile, pourquoi ?  
 Connaissiez-vous ou non la famille au moment de la transmission de l'information ?  
 Qu'avez-vous souhaité transmettre dans cette information du point de vue : étiologique, diagnostic, pronostic, conduite à tenir ?  
 Comment vous-êtes vous organisé matériellement pour transmettre à la famille ?  
 A quels professionnels avez-vous transmis l'information et comment ?  
 Que pensez-vous que les parents ont entendu ?  
 Que pensez-vous que les parents n'ont pas entendu ?  
 Est-ce que la transmission de cette information a été pour vous : très facile / facile / difficile / très difficile, pourquoi ?

(Suite à ce premier entretien, étaient prévus les questionnaires destinés aux professionnels participants à la recherche en tout-venant)

**Les principales grilles de dépouillement**

***Pour la socio-sémantique croisée du tissage identitaire :***

Nomination à propos du professionnel (et/ou de la fonction)	Auto fonction	Fonction perçue	Auto fonction perçue	Fonction projetée	Auto idéal	Place équipe	Place partenaire	Place famille	Autres

Nomination à propos du membre de la famille (et/ou de la fonction)	Fonction dans le réseau	Fonction générale	Place	Faire	Autres

***Pour la socio-sémantique croisée à propos du réseau périnatal :***

Réseau périnatal c'est quoi ?	C'est qui ?	C'est où ?	C'est quand ?	C'est pour quoi ?	C'est pour qui ?	Autres

Travailler en réseau c'est quoi ?	C'est qui ?	C'est où ?	C'est quand ?	C'est pour quoi ?	C'est pour qui ?	Autres

Réseau dans la tête c'est quoi ?	C'est qui ?	C'est où ?	C'est quand ?	C'est pour quoi ?	C'est pour qui ?	Autres

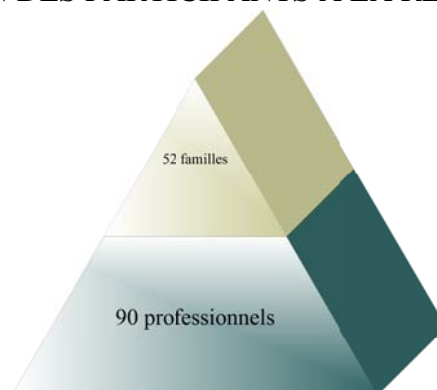


### Les représentations statistiques des participants

**AVERTISSEMENT** : La socio-sémantique croisée induisant dans son traitement des données un dépassement des qualités spécifiques des différents participants à la recherche, il nous est apparu important que les lecteurs puissent se représenter toutefois le paysage démographique sur lequel s'est fondée notre étude (peut-être un corpus différemment composé donnerait-il d'autres résultats quant au tissage identitaire ?)

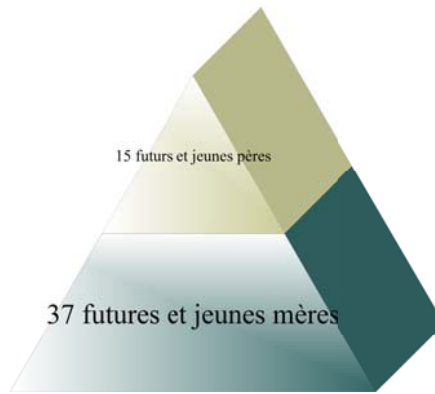
#### Représentations quantitatives

#### REPARTITION DES PARTICIPANTS A LA RECHERCHE

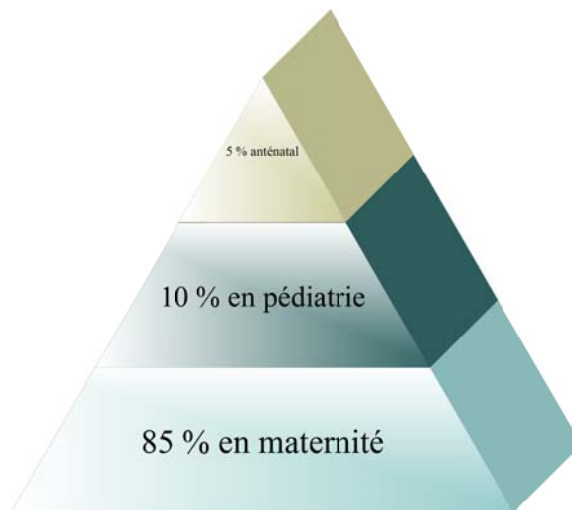


\*\*\*\*\*

#### REPARTITION AU SEIN DES FAMILLES



REPARTITION DES PARTICIPANTS A LA RECHERCHE PAR SERVICE



\*\*\*\*\*

REPRESENTATION GLOBALE DES PROFESSIONNELS  
PARTICIPANTS A LA RECHERCHE PAR FONCTION



### SITE 1, MATERNITE DE NIVEAU II (N=22)

1 pédiatre / 1 psychologue / 1 gynécologue-obstétricien / 1 anesthésiste / 1 puéricultrice  
2 agents de service / 2 cadres de santé  
3 auxiliaires de puériculture / 3 aides-soignantes / 3 secrétaires  
4 sages-femmes

\*\*\*\*\*

### SITE 2, MATERNITE DE NIVEAU I (N=9)

1 pédiatre / 1 cadre de santé / 1 gynécologue-obstétricien / 1 sage-femme / 1 aide-soignante / 1 auxiliaire de puériculture / 1 anesthésiste  
2 agents de service

\*\*\*\*\*

### SITE 3, MATERNITE DE NIVEAU II (N=19)

1 anesthésiste / 1 puéricultrice / 1 gynécologue-obstétricien / 1 psychologue / 1 agent de service / 1 cadre de santé  
2 sages-femmes / 2 auxiliaires de puériculture  
3 aides-soignantes  
5 secrétaires

\*\*\*\*\*

### SITE 4, MATERNITE DE NIVEAU II (N=18)

1 sage-femme / 1 gynécologue-obstétricien / 1 anesthésiste / 1 auxiliaire de puériculture / 1 psychologue / 1 pédopsychiatre / 1 éducateur / 1 aide-soignante  
2 cadres de santé / 2 agents de service  
3 secrétaires

\*\*\*\*\*

### SITE 5, MATERNITE DE NIVEAU II (N=10)

1 cadre de santé / 1 secrétaire / 1 sage-femme / 1 pédiatre / 1 pédopsychiatre / 1 aide-soignante  
1 auxiliaire de puériculture / 1 puéricultrice / 1 gynécologue-obstétricien / 1 anesthésiste

\*\*\*\*\*

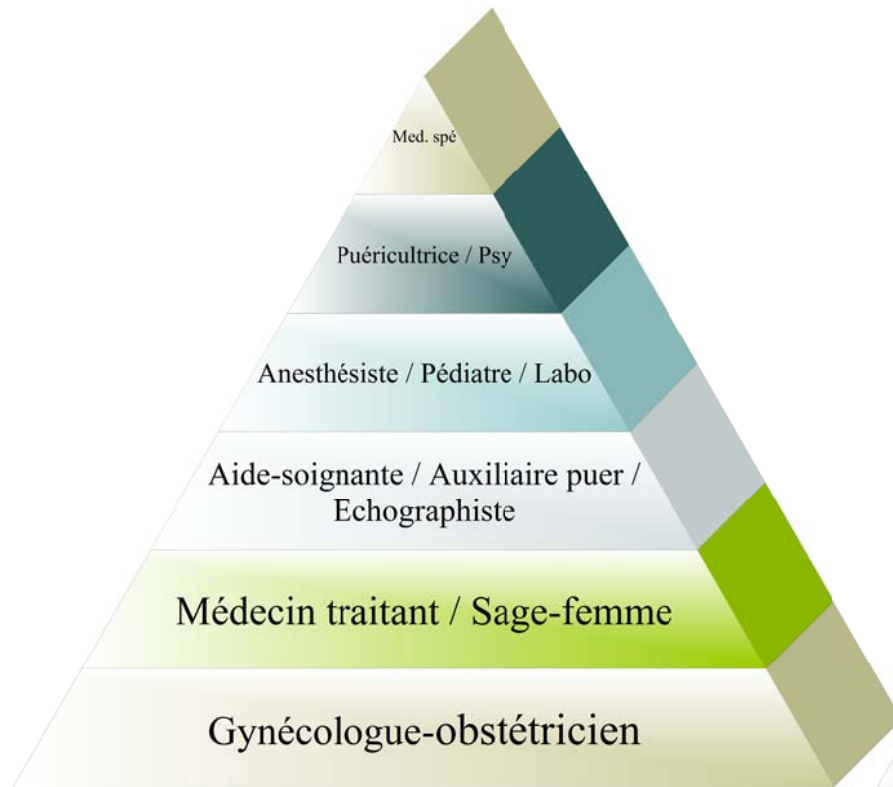
### SITE 6, MATERNITE DE NIVEAU I (N=12)

1 pédiatre / 1 cadre de santé / 1 gynéco-obstétricien / 1 anesthésiste / 1 aide-soignant  
2 sages-femmes / 2 puéricultrices  
3 auxiliaires de puériculture

\*\*\*\*\*

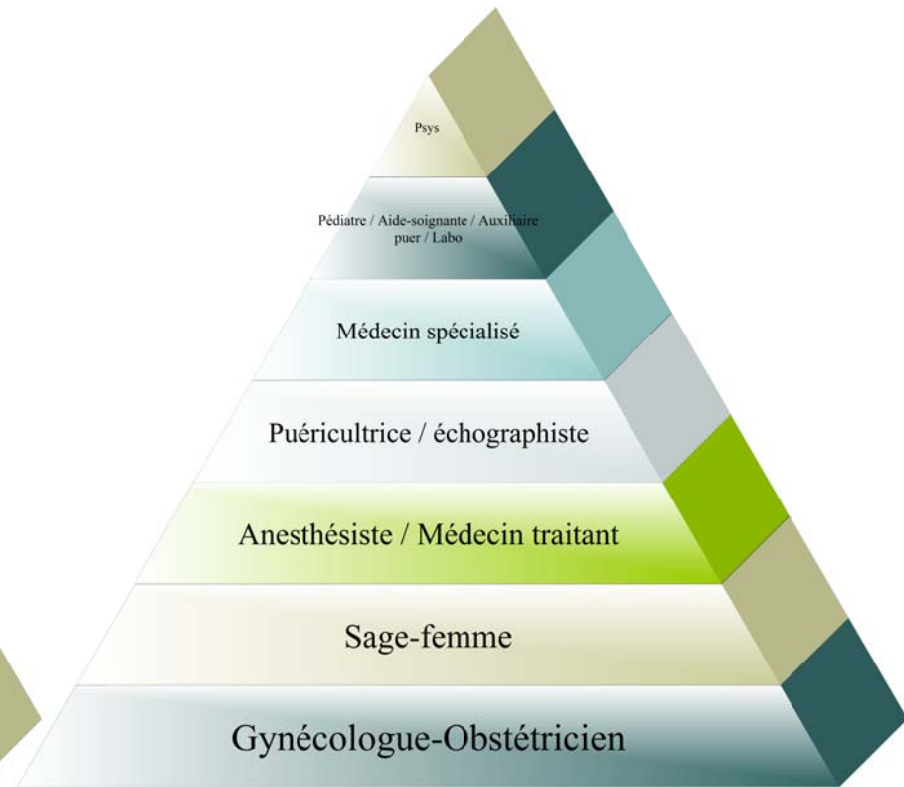
Représentations qualitatives

**Classement en primordialité pour les membres de la famille**



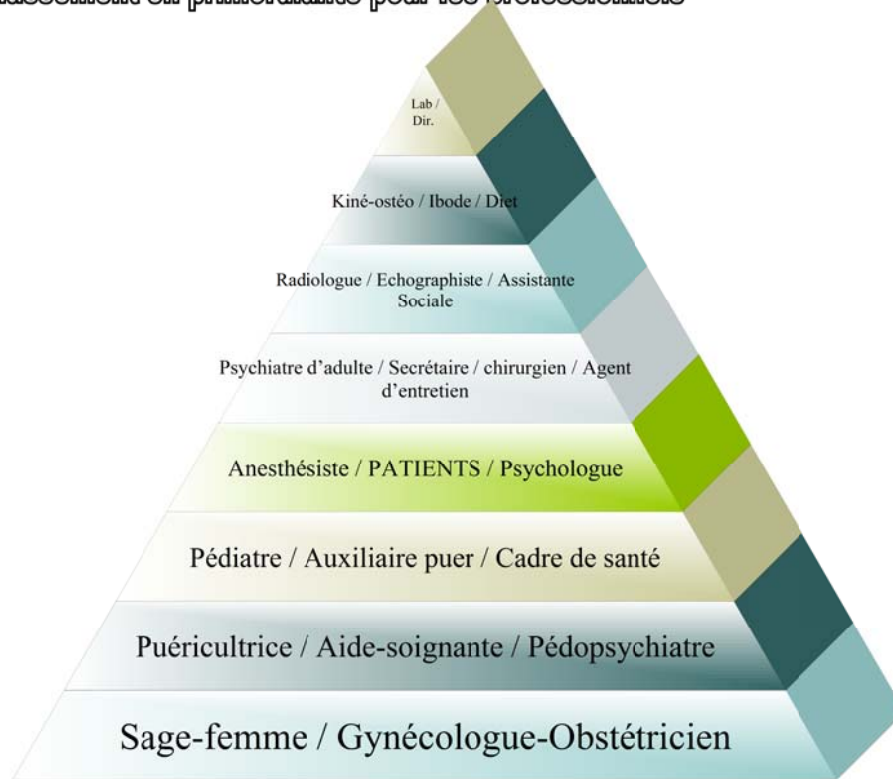
Correspondant à l'ordre dans lequel ont été exprimées les fonctions lors du recueil spontané du paysage identitaire des familles : permettant d'observer la primordialité, ou non, avec laquelle la fonction s'inscrit spontanément dans le réseau psychique famille

**Classement en fréquence pour les membres de la famille**



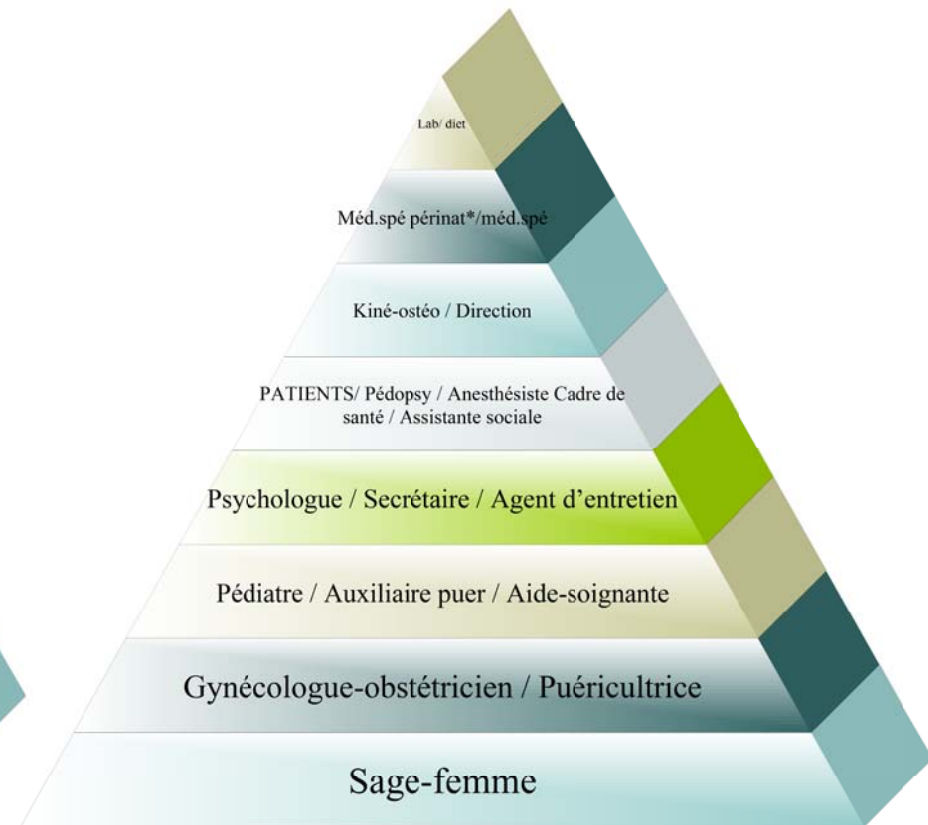
Correspondant au nombre de fois où la fonction a été citée lors du recueil spontané du paysage identitaire des familles ; permettant d'observer la fréquence moyenne avec laquelle la fonction s'inscrit spontanément dans le réseau psychique famille

## Classement en primordiale pour les professionnels



Correspondant à l'ordre dans lequel ont été exprimées les fonctions lors du recueil spontané du paysage identitaire des professionnels ; permettant d'observer la primordiale, ou non, avec laquelle la fonction s'inscrit spontanément dans le réseau psychique professionnel

## Classement en fréquence pour les professionnels



\* Méd. spé périnat = Chirurgien, échographiste, radiologue, psychiatre

Correspondant au nombre de fois où la fonction a été citée lors du recueil spontané du paysage identitaire professionnel ; permettant d'observer la fréquence moyenne avec laquelle la fonction s'inscrit spontanément dans le réseau psychique professionnel

## Travaux personnels

### Mémoires universitaires

- *Le syndrome de Münchhausen par procuration ; le trouble d'un reflet maternel*. Mémoire de D.U «Naissance et Société », session de juin 2002, Université de Perpignan
- *Bébé réalité ; des fantasmes à la rencontre*. Mémoire de maîtrise en Psychologie clinique, session de septembre 2002, Université Paul Valéry – Montpellier III
- *La périnatalité en réseau : une organisation professionnelle comme outil préventif. Approche ethnopsychologique de la fonction contenant des liens autour de la Naissance*. Mémoire de D.E.A, session d'octobre 2003, Université Paul Valéry – Montpellier III
- *Le bûcheron et l'écrivain ; Etude théorico-clinique de deux cas de symptomatologies phobiques infantiles*. Mémoire de Master 2 pro Psychologie clinique, Psychopathologie et Santé mentale, Université Paul Valéry – Montpellier III, juin 2006
- *Les relais de nuit mère-enfant en foyer maternel éducatif ; questionnements sur l'alliance dans l'accompagnement*. Mémoire de D.U « Développement psychologique du nourrisson », Faculté de médecine – Montpellier I, Octobre 2006

### Communications

- *Les représentations de la gestantes à travers le temps et les civilisations*. Exposition pédagogique XIII<sup>o</sup> rencontres nationales de périnatalité de Béziers, « Conjugalité et parentalité : paradoxe ? », avril 2003, Comité scientifique Béziers périnatalité en partenariat avec le laboratoire d'Histoire de l'Art de l'Université Paul Valéry – Montpellier III
- *Les risques de la jeunesse et les représentations du risque chez les jeunes ; parlons-nous bien de la même chose ?* Colloque International Pluridisciplinaire (Anthropologie – Ethnologie – Droit – Histoire – Psychologie – Sociologie) XVII<sup>o</sup> Atelier du réseau FER-EURETHNO du Conseil de l'Europe, « Jeunesse en fête, jeunesse en risque », Nîmes, juin 2003, laboratoire de Psychologie clinique en partenariat avec le laboratoire d'Ethnologie de l' Université Paul Valéry – Montpellier III
- *Du cœur de l'enfant à la main de l'artiste*. Exposition esthétique XV<sup>o</sup> rencontres nationales de périnatalité de Béziers, « Incidences des émotions en périnatalité », avril 2005, Comité scientifique Béziers périnatalité
- *Perinatal nexus in its containing function; clinical observation and analyze of identity weaving of the actors and look after birth*. Poster, X<sup>o</sup> colloque international de la WAIMH (World Association For Infant Mental Health), Paris, juillet 2006, CRPPC. Abstract, supplément au *Infant Mental Health Journal*, volume 27, issue 3A, « proposal abstracts 689-789 ».
- *Le réseau périnatal : accueillir bébé à l'aube du III<sup>o</sup> millénaire*. Communication orale, VII<sup>o</sup> colloque international de périnatalité, « Bébé culture. Culture des bébés. Bébés des cultures », Atelier « réseau(x) autour du bébé : quelle nouvelle culture professionnelle ? » ARIP (Association de Recherche et d'(In)formation en Périnatalité), Avignon. 26, 27 et 28 octobre 2006. CRPPC
- *La famille en contes et en images*. Exposition esthétique XVII<sup>o</sup> rencontres nationales de périnatalité de Béziers, « La place de l'enfant dans les nouvelles parentalités », avril 2007, Comité scientifique Béziers périnatalité.
- *Le tissage identitaire périnatal : méthodologie et premières élaborations*. Communication orale. I<sup>o</sup> séminaire inter-universitaire de psychopathologie psychanalytique périnatale, La Baume. 5 et 6 mai 2007.
- *La face cachée du réseau*. Communication orale, Journées WAIMH Francophone, « des soignants se re-groupent », Paris, IPP, 23 juin 2011.
- *Impacts et fonctions des troubles de la relation alimentaire dans le diabète infantile*, journée de l'Aide aux Jeunes Diabétiques, mars 2013, Montpellier

### Articles et chapitres d'ouvrages

- « Bébé on line : une initiative d'équipes pour préserver les liens parents-enfants lors de séparations précoces », in *Les dossiers de l'Obstétrique*, n° 367, A la rencontre du Naissant, Janvier 2008.
- « Bébé-réalité : penser le Naissant pour qu'il puisse advenir » cosigné avec le Dr TOURNE Claude-Emile, in *Les dossiers de l'Obstétrique*, n° 367, A la rencontre du Naissant, Janvier 2008.
- « Le réseau périnatal : accueillir bébé à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire », in DUGNAT M., sous la direction de, *Bébés et cultures*. ARIP, éditions Erés, 2008.



**TABLE DES MATIERES**

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	p. 6
<b><u>I. PROBLEMATIQUE, HYPOTHESE ET METHOLOGIE(S)</u></b>	p. 12
<b>I.1. Démarche de recherche, émergence des problématiques et conceptualisation</b>	p. 12
<i>I.1.a La périnatalité et la Naissance</i>	p. 12
<i>I.1.b Abords psychologique et psychopathologique de la Naissance ; une clinique psychanalytique de l'enfantement</i>	p. 14
<i>I.1.c Bébé réalité ; les perceptions explicites et implicites de l'enfant par son entourage manifeste et fantasmatique</i>	p. 18
<i>I.1.d. Le sujet pensant parce que désirant, et désirant parce que vivant en groupe(s) : groupalité(s) intra et intersubjective(s)</i>	p. 23
<i>I.1.e. Le réseau périnatal ; accueillir la mise et la venue au monde des enfants à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire</i>	p. 28
<b>Un fil rouge</b>	p. 29
<b>Des tenants historiques</b>	p. 30
<b>Le concept de « cercle vertueux » du réseau périnatal</b>	p. 34
<i>Des préoccupations professionnelles actuelles et actualisées dans des enjeux et perspectives pour demain</i>	p. 34
<i>Des tentatives de progression</i>	p. 37
<i>I.1.f. Les notions de réseau périnatal et de réseau dans la tête en lien avec le concept de réseau(x)</i>	p. 44
<b>La notion de réseau à travers les disciplines</b>	p. 45
<b>La notion de réseau dans le champ psychologique : anatomo-physiologie, cognition, psychosociologie et processus psychodynamique</b>	p. 47
<b>I.2 Hypothèse et méthodologie(s)</b>	p. 56
<i>I.2.a Evolution des hypothèses</i>	p. 56
<i>I.2.b. Pour résumer...</i>	p. 58
<i>I.2.c. Méthodologie(s)</i>	p. 59
<b>Démarches générale et transversale au travail de thèse</b>	p. 59
<b>Le « tout-venant »</b>	p. 62
<i>Les modalités du recueil</i>	p. 62
<i>Les modalités du traitement des données</i>	p. 70
<b>Les Menaces d'Accouchement Préaturé</b>	p. 72
<i>Les modalités du recueil</i>	p. 72
<i>Les modalités du traitement des données</i>	p. 73
<b><u>II. LES PROCESSUS PSYCHIQUES DU RESEAU PERINATAL</u></b>	p. 74
<b>II.1 Recueil des représentations attenantes aux protagonistes de l'enfantement</b>	p. 74
<i>II.1.a. Les familles</i>	p. 74
<b>Les parents</b>	p. 74
<i>Pour eux-mêmes</i>	p. 74

Au sein de la périnatalité organisée en réseau(x), entre les objectifs préventifs et thérapeutiques attendus pour les bébés et leurs parents et les vécus concrets, des écarts sont à constater. Nous avons dans cette recherche souhaité proposer quelques pistes de réflexion concernant ces constats : notre démarche en psychopathologie et psychologie clinique s'associe à un positionnement ethnopsychologique, psychanalytique et systémique, pour aborder la complexité de cette problématique.

Notre hypothèse est que la compréhension du travail psychique des réseau(x) de soins, ici situés autour de la Naissance, passerait par :

- 1) la prise en compte de l'existence d'un « réseau dans la tête » de chaque protagoniste de l'enfantement, professionnel et parent, en tant que formation psychique spécifique des groupalités intra, inter et trans-subjective de la réticularité
- 2) le fait d'envisager les résistances et ressources propres aux exigences de ce travail psychique en réseau, qui entravent et/ou étayent les qualités dynamiques des processus perceptifs, relationnels et communicationnels
- 3) le principe selon lequel ces processus perceptifs fragilisent et/ou soutiennent les qualités potentiellement préventives et thérapeutiques de cette organisation de soins spécifiques à la mise et à la venue au monde des enfants.
- 4) l'idée que cette organisation des soins se modélise en réticularité pour permettre une adaptabilité des processus psychiques défensifs, groupaux et singuliers plus ou moins conscientisés, face aux émergences et réminiscences mobilisées par le phénomène de la Naissance.

Le recueil des perceptions attenantes au réseau périnatal et à la place de chacun au sein de cette organisation, a été effectué selon la méthode ethnobiographique auprès des protagonistes de l'enfantement (familles et professionnels) en Languedoc-Roussillon, de 2005 à 2009, au sein de services d'obstétrique, de pédiatrie et de pédopsychiatrie périnatale. A partir de l'analyse de ces données et de trois vignettes cliniques, sont questionnés ici les élaborations et les processus psychiques participant et procédant des liens institués autour de la Naissance. L'analyse, étayée de certains apports des théoriciens du chaos, aboutit à établir peu à peu un modèle de compréhension du travail psychique propre aux réseaux de soins, dont notamment la périnatalité. Ce modèle propose de procéder par :

- l'analyse psychologique simultanée des situations cliniques en cinq focales ; niveau singulier conscient, niveau singulier inconscient, niveau groupal conscient, niveau groupal inconscient et

selon les différentes strates du réseau (réseau-dispositif ; réseau local-informel ; réseau de proximité formalisé ; réseau-famille ; réseau-professionnel ; réseau dans la tête).

- le repérage et l'instrumentalisation des protagonistes-clés de cette méthodologie ; le référent, le répondant et le préoccupé.

Face aux mobilisations convoquées par l'enfantement, chacun et tous, familles et professionnels, mettent en place des processus et des élaborations psychiques propres au domaine de la périnatalité réticulaire, à travers des dynamiques psychiques complexes, où le sujet apparaît de, dans, entre et à travers le(s) groupe(s), afin de permettre une adaptabilité défensive adéquate face aux éprouvés participant et procédant de la mise et de la venue au monde des enfants. Entre exigences et possibilités de chacun et de tous, il s'agit d'un tissage dynamique, entre accordages et désaccordages intra, inter et trans-subjectifs : groupalités psychiques réticulaires, réseau(x) dans la tête, dont les qualités en termes de flexibilité et/ou de rigidification, vont permettre, ou peu, ou pas, les potentialités créatrices de la Naissance, dans des contextes préventifs et thérapeutiques.

***Mots clés*** : Naissance, bébé, ethnopsychologie clinique, approche psychanalytique, approche systémique, réseau périnatal, parentalité, alliance thérapeutique, réseaux de soins, prévention, groupe(s), soignant(s), famille(s), représentation perceptive

In the context of perinatal nexus, there are differences between the preventive and therapeutic purposes set for the baby and her/his parents on one hand and actual experiences on the other hand. In this research, we wish to develop some reflections about these differences, by mainly resorting to clinical psychology and psychopathology approaches, with ethno-psychological, psychoanalytic and systemic views to grasp the complexity of this theme.

Our hypothesis is that a better understanding of the mental shaping of network around the birth could proceed from : - acknowledging this mental shaping in network for each and all partners, professional and parent, as specific mind shaping of network in intra, inter and trans-subjective groups.

- taking into account the resistances and resources fitted to mental shaping of network, that hinder and/or support the dynamic qualities of perceptive processes that partake and originate in this care organisation and which weaken and/or prop up its preventive and therapeutic potentialities.

Using an ethno-biographical method, a data collection of the birth protagonists' (the families and medical-nursing staff) perceptions of perinatal nexus and the part played by each one of them in it, made in obstetric, paediatric and child psychiatric units, in Languedoc-Roussillon, from 2005 to 2009. From the data analysis and from three clinical examples, were particularly examined psychological elaborations and processes that originate and partake in the established birth nexus. This analysis, made complete with some contributions of chaos theoreticians, leads to a pattern of understanding of the mind shaping in this specific perinatal network. This model suggests to proceed from : - simultaneous psychological analysis of clinical situation in five levels ; conscious individual level, unconscious individual level, conscious group level, unconscious group level and various network levels (system-network, locally and informally network, formal closeness network, family-network, professional-network, mental shaping in network).

- the key-protagonists' identification and instrumentalization of this method; "the" referent, "the" guarantor and "the" involved.

Facing thoughts about child birth, everyone (the families and medical-nursing staff) sets up psychological elaborations and processes that originate and partake in specific perinatal nexus, through psychological and complexe dynamics, which emerges the subject "from", "in", "between" and "through" human group(s), in order to permit adequate defensive adaptability

when facing feelings partaking and originating in coming and bringing into the world. In between the demands and possibilities of each protagonist, a dynamic weaving of thoughts is ranging from being tune to being out of tune : there lies a mind shaping of network whose flexibility and/or rigidity can or cannot much entice, creative potentialities on human birth, in preventive and therapeutic context.

**Key-words** : *child birth, baby, clinical ethnopsychology, psychoanalytic approach, systemic approach, perinatal nexus, parenthood, therapeutic alliance, care network, prevention, group(s), nursing and medical staff, family, perceptive representation*