

Déambulation psy en



néonatalogie



Accueillir le prématuré, ce qu'il donne à voir, à entendre, à ressentir, suppose une disponibilité psychique du soignant, qui passe par l'engagement de son corps dans la relation.

11 heures du matin, l'heure du staff de néonatalogie. L'équipe de psychiatrie de liaison (psychiatre, psychologue, puéricultrice de PMI, assistante sociale) se retrouve en salle de soin, séparée de l'espace des berceaux par une vitre.

Plan large : vue sur l'ensemble du service de seize lits, vaste espace où trois murs accueillent couveuses et berceaux. À droite, près de la porte, deux tables de réanimation. Au milieu, les baignoires. Cadre et soignants nous aperçoivent et nous rejoignent, ainsi que le pédiatre. Les soignantes nous présentent la situation de chaque bébé : terme, poids, difficultés somatiques et histoire de chacun, teintant le tout de leurs ressentis vis-à-vis de ces prématurés et de leur famille.

Je retourne au vestiaire, me lave les mains et enfila la blouse machinalement. Je suis parée pour affronter une nouvelle fois cet univers étrange et saisissant.

Plongée dans la salle. Ce n'est pas une première et pourtant le choc est toujours là. Le hurlement des alarmes rivalise avec les cris des bébés : « *J'ai faim, j'ai du mal à respirer, je veux ma maman, je suis mal installé...* » Il fait chaud, l'air est sec, je tousse et cherche ma respiration. Je me surprends à vaciller avant de me ressaisir et de me diriger vers le premier berceau, attirée

par un enchevêtrement de fils et d'appareils qui engloutissent un bébé à peine visible. Ainsi débute ma déambulation...

VERTIGE DE L'ARCHAÏQUE

Eros et Thanatos en corps à corps. Excès ou défaut primordial. Excès de corps inachevés, de fluides vitaux, de machineries ; vertige de l'archaïque ; saturation des sens ; sidération du trop-plein ou commotion du manque, aspiration par le trou noir de l'impensable et de l'irreprésentable : ainsi nous saisit ce lieu de l'originnaire qu'est le service de néonatalogie.

Tout processus psychothérapeutique est sous-tendu par une dynamique de symbolisation, qui a pour horizon la mise en images, en mots et en sens des éprouvés primaires. Mais s'il est un lieu où ce travail se révèle particulièrement ardu, c'est bien la néonatalogie, espace du trop de réel du corps, lieu de brassage émotionnel intense où tourbillonnent tant d'« éléments bêta », de « papillons psychiques sans expéditeur clairement identifié et sans adresse » (Bion, 1979 ; Rochette, 2005). Les prématurés y sont soumis, du fait de l'imaturité de leur équipement psychosomatique, à un véritable « orage sensoriel externe et proprioceptif » (Druon, 1996).

Cet ouragan d'éléments difficilement symbolisables met à mal leur sentiment d'une continuité d'existence (le « *going on being* » de D. Winnicott, 1980) et rend encore plus complexe la tâche qui incombe à tout nouveau-né : se constituer en sujet. D'autant que la « *préoccupation maternelle primaire* », qui soutient cette continuité d'être, est particulièrement malmenée dans le contexte d'une naissance trop tôt survenue. Ce qui dessine les contours d'une

Véronique CHAILLET*,
Joseph TENENBAUM**

*Infirmière spécialisée en psychiatrie,

**Pédopsychiatre,

Unité de soins pour les bébés, Service 69103,

Pôle de pédopsychiatrie, CH Le Vinatier, Bron.

parentalité elle aussi prématurée, qui rend souvent difficile un accueil « suffisamment bon » pour l'enfant.

Dans ce climat émotionnel particulier, le rôle du soignant de psychiatrie de liaison est fondamental. Promenade entre les berceaux, à la fois ordonnée et erratique, systématisée et pourtant toujours imprévisible, soumise aux aléas des rencontres, modulée par les circonstances : les cris des nouveau-nés, l'inquiétude des parents, l'angoisse des soignants, le bruit des alarmes...

qui interviennent dans la clinique aux différentes étapes du processus de parentalité, auprès des parents et des bébés.

ET HÉLINE FUT !

Héline est sortie de couveuse. Sa mère est assise près du berceau où rien ne bouge. Tournée vers le mur, elle ne peut voir son bébé, le fauteuil est trop bas. Ou le berceau trop haut... Elle semble dormir, enfoncée, glissant dans son siège, allongée comme sans tonus. Au fil de ma promenade

la clinique se fait donc au lit du patient. Mais ceci ne dit rien sur la posture de l'autre protagoniste de cette rencontre : le clinicien. D'autant que peu de pratiques ont la particularité de proposer un thérapeute debout, engagé de manière corporelle dans un déplacement.

La déambulation peut être appréhendée comme vecteur de transmission symbolique, de témoignage incarné d'un désir, d'une pulsionnalité et d'une altérité humanisants. La marche est alors discours en mouvement.



L'essence de la fonction soignante en néonatalogie peut se résumer ainsi : être suffisamment même pour qu'une rencontre avec du suffisamment autre soit possible.»

Mais en quoi consiste cette pratique qui mène le soignant au plus près de ses éprouvés corporels ? Comment le soignant psy opère-t-il hors des murs de son bureau de consultation, loin de son cadre de soin habituel, avec son seul cadre interne ? Comment aider le prématuré à se fonder en sujet, à se constituer un corps, lui qui de prime abord donne l'impression de n'être qu'inertie, dépendance absolue, corporéité brute ? Car le corps n'est pas une donnée *a priori* : il résulte d'une construction, imaginaire autant que symbolique (Borie J., 2012). Dès lors, comment soutenir l'appropriation de son corps par ce petit être dont l'environnement a changé si brutalement ? Faire en sorte qu'il ne se vive pas sur le mode du morcellement, du corps partiel dont aucune enveloppe, aucun contenant ne viendrait assurer l'entour ?

Ces différentes questions se sont forgées au fil d'une pratique de quatorze années de psychiatrie de liaison en néonatalogie. Infirmière spécialisée, je déambule donc entre les berceaux, à l'écoute de ce qui se joue comme de ce qui est encore en germe. J'interviens mandatée par une équipe de périnatalité psychique dans le cadre d'une convention entre le service de psychiatrie infanto-juvénile du CH Le Vinatier et l'hôpital privé Natécia, clinique du 8^e arrondissement de Lyon. Cette équipe, dite Unité de soins pour les bébés, est un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) composé de huit soignants intervenant dans le champ de la psychiatrie périnatale, c'est-à-dire l'accompagnement de la grossesse et des deux premières années de vie de l'enfant.

Je fais aussi partie d'une équipe de psychiatrie de liaison, composée de six soignants

entre les couveuses, elle garde les yeux dans le vague. J'arrive près d'elle, m'accroupis pour me présenter et me mettre à sa hauteur. Elle croise mon regard, parle d'elle, de ses cicatrices, des douleurs... Puis elle me raconte la naissance de sa fille : « *On a préféré sauver la mère au risque de perdre le bébé.* » Un accouchement en urgence par césarienne sous anesthésie générale vécu comme un arrachement. Il lui a fallu 48 heures avant de pouvoir aller voir Héline. Elle était si petite (1 300 g) et fragile, que, trop effrayée, sa maman n'osait pas la toucher.

Je cherche le bébé des yeux, n'aperçois que des couvertures. Choc de l'absence, vertige du vide. Je regarde la jeune mère et me relève, la « portant » du regard, en m'appuyant sur l'accoudoir de son fauteuil. Comme en écho, elle se lève à son tour. Et Héline fut ! Nous la regardons ensemble. Le visage de la toute petite fille s'anime, elle tire sur sa joue comme pour essayer de sourire. Elle réagit à notre présence auprès d'elle, ouvre ses yeux petit à petit, fait un effort pour soulever les couvertures, s'étire comme un chat. Le visage de la mère lui aussi s'anime. Elle s'est redressée, debout auprès de sa fille, lui caresse d'abord la main, puis la tête. Elle lui parle doucement, la trouve jolie. Héline cherche et trouve le regard de sa maman qui s'appuie sur le mien pour partager cette émotion. Sa mère essaye de la lire : « *Tu as faim ? Tu veux venir dans mes bras ?* »

L'ORIGINAIRE EN QUESTION

Clinique, du grec *clinós*, renvoie à l'horizontalité du malade couché. Par définition,

Accessible, déchiffrable, pour autant que le destinataire soit en mesure de le lire. Autrement dit, il faut que la métaphore soit assimilable par le sujet, le terme même d'assimilation laissant bien entendre que l'opération de symbolisation doit trouver son ancrage au niveau corporel. Comme le spécifie R. Gori (1978), « *le sujet parlant donne sens à ce qui n'était que corps et son poids de chair à ce qui n'était que signe* ». Pour cela, il apparaît nécessaire que le corps du soignant, porteur de messages symboliques, rencontre le corps du bébé, palimpseste où va s'inscrire le nouage entre ces différents registres que distingue J. Lacan : le symbolique, le réel et l'imaginaire. C'est sur le théâtre de cette corporéité, dans l'ici et maintenant de la rencontre entre deux êtres, entre deux corps, que se joue cette articulation génératrice de sens.

Selon Lacan (1957), il faut à la fois des avenues et de la texture, c'est-à-dire de la loi structurante (symboligène) mais aussi de la trame, sur laquelle cette loi prend appui. Tentons alors d'approcher cette trame, qui donne consistance au symbolique et en instaure les conditions de déploiement, en examinant de quelle manière le corps du soignant y est engagé.

« *La matière première de la psyché est énigmatique* », écrit R. Roussillon (2004). Mais comment alors rend-on compte de cet indicible ? Ce champ, qui est celui de l'originaire, est arpenté par de nombreux auteurs qui s'appuient pour le baliser sur la différenciation introduite par P. Aulagnier (1975) de trois registres au sein de la psyché : l'originaire, le primaire et le secondaire. Les deux derniers concernent la symbolisation ; le premier

un espace de présymbolisation, de proto-représentation, prenant appui sur le sensoriel. Qu'ils se nomment « *signifiants formels* » (D. Anzieu, 1987), « *signifiants énigmatiques* » (J. Laplanche, 1987) ou encore « *identifications intracorporelles* » (G. Haag, 1990), ces concepts constituent ce qu'on pourrait appeler des signifiants originaires. Ils visent à essayer d'appréhender la matière première de la psyché humaine, les « *briques élémentaires des représentations mentales ultérieures* », forgées en lien avec les premières interactions du petit sujet, corporelité pensante, avec son environnement. D'emblée, on perçoit à quel point ces notions ont à voir avec la question du corps, mais aussi avec celle de l'autre, dans un double ancrage, corporel et interactif, de ces processus originaires : « *Le monde est corps et groupe, il n'est que corps et groupe* » (Kaës R, 1984).

Selon Anzieu (1987), « *les signifiants formels s'offrent en fait comme une première ébauche de représentation des expériences initiales du bébé, ancrées dans le corps et les sensations, nous parlant des expériences de transformation spatiale et temporelle, figurant des processus de jonction ou de déliaison* » : ils sont une préforme de représentation, une proto-symbolisation ayant trait au corps dans ses dimensions spatiales, temporelles et d'épaisseur incarnée. Golse (2007) décrit ces signifiants formels comme « *constitués d'images tactiles, proprioceptives, cénesthésiques, kinesthésiques, posturales, d'équilibration, et non plus d'images visuelles et/ou sonores comme les scénarios fantasmatiques* ». Ils « *ont trait à des modifications de l'espace et ont un rôle fondamental dans la constitution des enveloppes psychiques. Un carré de peau se rétrécit, une peau commune est arrachée (...), un volume s'aplatit, une surface plane s'incurve et tourbillonne, une ligne droite se courbe... Un axe vertical s'inverse, un appui s'effondre, une poche se creuse, une bulle se clôt sur elle-même, un orifice s'ouvre et se ferme, une cavité se vide et se remplit, (...) un sac percé fuit, un trou aspire, un corps se dédouble...* ». Nous sommes dans un registre où priment les sensations (l'originaire), où les représentations de formes composent l'arrière-fond sur lequel se déploient les représentations de choses (le primaire) et de mots (le secondaire), fondent la « *structure encadrante préalable à toute possibilité d'activité représentative* ».

L'enjeu est alors celui de la rencontre avec l'originaire du prématuré et de l'articulation de cet originaire au champ symbolique. C'est dans l'enjambement de ce hiatus, qui

est aussi nouage du réel avec le symbolique, que se dessine la consistance du sujet à venir, sa continuité d'être et, par là, son vécu d'un corps unifié et habité. L'objectif est alors de capter, puis transformer, ces « *papillons* » de proto-affects, ces « *objets volants non identifiés* » (Rochette, 2005) énigmatiques, d'essence originaire, qui flottent en néonatalogie. Ce mouvement de l'originaire au symbolique s'avère essentiel pour le bébé et ses parents mais aussi pour les soignants « *somaticiens* », puisqu'il leur permet de se réaccorder au plus près de cet originaire en eux, et de soutenir ainsi la rencontre et l'accordage avec le prématuré.

Le corps est ici appréhendé comme le lieu de l'alphabétisation première de l'être : il fournit un abécédaire primaire alors disponible pour la symbolisation, comme autant de briques élémentaires de pensée originaire, donc corporelle. On symbolise d'abord et toujours à partir du corps, en appui sur l'autre, qui seul permet un décolllement, un processus métaphorique.

« TU N'ES PAS SEUL... »

Yvan et Michaël sont des jumeaux nés hier à 34 semaines, leur maman est en chambre, assez secouée par une césarienne.

Yvan, le plus petit, est en couveuse, il réagit à notre présence. Installé confortablement un peu sur le côté, entouré d'un boudin qui le cale, ce bébé fronce les sourcils, tire sur ses yeux pour les ouvrir, essaie de lever son bras, tend ses jambes, gigote et semble ensuite s'endormir à nouveau... Il nous sait auprès de lui alors que nous évoquons ses compétences. Il parvient déjà à téter et sortira de couveuse dès que son poids lui permettra de maintenir seul sa température.

Nous entendons des râles provenant du mur d'en face. C'est son frère Michaël qui appelle. Nous traversons les cinq mètres qui les séparent. Lui a plus de difficultés. Suite à une détresse respiratoire, il est sur la table de réanimation, allongé sur le dos, nu ou presque sous la lampe qui le réchauffe. Et il a sur la tête... un sac (nommé sac de Hood, qui permet de régler la quantité d'oxygène nécessaire pour maintenir sa saturation), des électrodes collées sur sa petite poitrine, une perfusion au bras droit tenue par une attelle reliée au bord de la table par une bande, pour limiter ses mouvements.

Son sternum s'enfonce quand il inspire. Il émet des sons, des sifflements, respirer lui coûte. Il pleure, de la mousse sort de

sa bouche. Il voudrait porter sa main au visage, téter pour se rassurer mais il est contraint, entravé. Je suffoque. J'ai chaud. Je manque d'air. Dur parfois pour les parents de contenir leurs émotions face à ce qu'ils vivent comme de la douleur. Et que dire des soignants, mêmes aguerris...

Je m'adresse à Michaël : « *Je vois combien c'est difficile, mais c'est courageux de se battre pour vivre, je constate que tu en as très envie, et puis tu n'es pas seul, bientôt tu pourras téter...* » Le bébé regarde vers nous, il ne pleure plus et laisse reposer son corps. Nous voit-il ? « *Écoute, on entend ton frère, il te parle, il appelle, il est juste là-bas dans la couveuse, ton berceau t'attend à côté de lui, il va bien, maman aussi mais il faut qu'elle se repose un peu, ton papa va venir tout à l'heure, pour l'instant tu dois te reposer toi aussi...* »

IDENTIFICATION ET VARIATION

La rencontre avec l'originaire du prématuré a pour levier princeps la figure clé de l'identification, que certains nomment empathie, et qui prend forme, dans ce moment particulier du post-partum, de préoccupation maternelle primaire. Cette « *maladie maternelle* » (Winnicott, 1980) met la mère dans un état de réceptivité particulière aux manifestations de son enfant, avec lequel s'instaure une forme de résonance sensorielle et affective. Elle l'installe ainsi dans une capacité à accueillir l'originaire de son bébé et à y répondre de la manière la plus accordée possible. C'est une disponibilité qui émerge « *dans un mouvement de réactivation des traces mnésiques des propres expériences précoces conservées enfouies de la mère* » (L. Aupetit, 2006), donc dans une forme d'identification sensorielle ou affective à l'enfant, comme « *un lointain écho du bébé que nous avons été* » (B. Golse, 2007).

R. Roussillon (2004) suggère que le « *ballet de la rencontre* » avec le nourrisson n'est possible qu'à condition que l'autre soit perçu « *dans son mouvement de miroir de soi* ». Or cette rencontre où chacun des partenaires se constitue en miroir et double de l'autre se fait avant tout sur des modalités sensorielles de partage que Roussillon qualifie « *d'esthésiques* », c'est-à-dire concernant les perceptions corporelles, avant de se tramer sur un plan affectif, émotionnel. Ces deux niveaux sont bien entendu intriqués, l'arrière-fond étant celui du corps, du mimo-gestopostural, lieu de l'ajustement premier entre le bébé et son environnement. Cette danse mimétique, fondée sur des identifications intra-corporelles, concerne par conséquent des

formes primaires, des « *gestalts* » (1) qui ont à voir avec les dimensions d'espace et de temps, nous renvoyant au registre des signifiants formels. Le corps du soignant se fait alors réceptacle de ces perceptions et sensations, dans le sens où J. Bleger définit le cadre thérapeutique, ici réduit au soignant dans son psychosoma, comme le lieu dépositaire des parties les plus archaïques, le « *non-Moi* », toile de fond sur laquelle se structure le Moi (Bleger, 1978). Le soignant, en tant que corporéité engagée dans le monde, accueille ces « *messages* » dans son corps avant de les décrypter. Messages qui sont autant de traits spatiaux, mais aussi temporels, où les questions de rythme, des scansion sur fond de continuité, des « *expériences pareilles, pas pareilles* », jouent un rôle essentiel.

« ELLE EST PRESSÉE, COMME MOI »

Alison est née à 36 semaines, elle arrive d'une autre maternité avec un poids de 1 800 g et un syndrome de sevrage de toxiques. Comme souvent en cas de retard de croissance, c'est un bébé agité qui réclame beaucoup. Elle a un traitement morphinique, diminué tous les jours, pour l'aider à ne pas avoir mal. Quand je la rencontre avec sa maman, elle est presque sevrée mais c'est un bébé qui tremble encore beaucoup. Elle sursaute à plusieurs reprises, prise de trémulations ; cela la réveille, semble la gêner. Rythme saccadé. Son visage est crispé, ses poings serrés et son corps tendu. Elle se met finalement à pleurer. Elle sait réclamer. Sa mère dit que ces mouvements, même incontrôlés, la rassurent. Ces sursauts lui prouvent qu'Alison est bien vivante, même endormie. Sa maman la prend, la tient tout contre elle. Elle est trop collée pour pouvoir la voir. Alison crie fort, très fort, traduisant l'urgence du tout-petit. « *Elle a faim*, explique la maman, *mais à la maison il faudra qu'elle attende un peu que le biberon soit chaud, je ne la laisserai pas faire de caprice.* » Elle se lève - va chercher le lait - revient et avant même d'être assise, vise la bouche - c'est parti, Alison prend son biberon rapidement - nous entendons le bruit de l'aspiration... Mon rythme cardiaque s'accélère.

Je m'assois lentement en face de cette jeune femme, lui propose d'une voix douce de se poser, de regarder son bébé, de ralentir... Ce n'est pas simple. La maman dit être contente que sa fille tète vite et bien. Trop vite d'ailleurs : Alison tousse et recrache un peu. Sa mère prend peur et la regarde plus attentivement pour la fin du biberon, que la petite boit moins vite.

« *C'est parce que mon bébé a besoin de vite se remplir. Elle est pressée, comme moi.* »

Le ventre plein, Alison est plus tranquille. Elles ont un échange de regards et de gestes agréables, mais Alison reste éveillée un long moment, luttant contre l'endormissement dans une certaine vigilance. La maman doit partir, elle recouche son bébé. Je me mets alors à chantonner, propose à sa mère de bercer doucement le berceau d'Alison. Rythmes entrelacés. Mélodie enveloppante. Alison mettra quelques minutes avant de céder au sommeil.

LA VOIX OFF DU TOUT-PETIT

Le soignant tient ainsi lieu de double, entendu comme un semblable, donc « *suffisamment même* » mais aussi « *suffisamment autre* » pour qu'il n'y ait pas de confusion avec soi. Voici résumée en une formule l'essence de la fonction soignante en néonatalogie : être suffisamment même pour qu'une rencontre avec du suffisamment autre soit possible. Se rapprocher au plus près du patient, trouver en soi une résonance identificatoire avec lui, pour proposer ensuite de subtiles variations du même qui se mue alors en autre. Telle la figure de l'improvisation musicale qui suppose une appropriation de la règle à l'œuvre, véritable fil rouge sous-jacent, afin de pouvoir faire jaillir du nouveau.

En néonatalogie, le recours à la méthode d'observation des bébés d'Esther Bick (1992), qui vise à accueillir les éprouvés primaires du prématuré, illustre bien cette fonction réceptacle et d'identification portée par le soignant. La méthode est formalisée par un dispositif en trois temps : l'observation proprement dite, une prise de notes détaillées dans l'après-coup et enfin une supervision hebdomadaire. Il s'agit de rester attentif à la manière d'être-au-monde du prématuré, de repérer le rôle actif voire initiateur qu'il a dans les échanges, sa posture, les variations de son tonus, ses modifications cutanées et respiratoires, la quantité et la qualité de son sommeil, ses regards, son écoute, ses réactions à la rencontre. D'accueillir en somme ce qu'il donne à voir, à entendre, à ressentir. Cet accueil nécessite chez le soignant une disposition d'être particulière, une attention en creux, une disponibilité psychique pour les éléments les plus originaires – une posture, un cri, une grimace, un regard ou encore son évitement – pour s'y accorder.

L'accordage esthésique « *en double* » apparaît comme « *une pré-condition pour que s'établisse le processus en trouvé-créé* », l'arrière-fond sur lequel se déploie du transitionnel, espace où se tissent les registres

originaires et symboliques. Le soignant, par le biais de son attention en creux et de son engagement corporel, se montre particulièrement syntone à l'originaire du prématuré dans un premier mouvement, puis, en vertu de ses capacités symbolisantes, en mesure de traduire cet originaire en éléments plus élaborés. Il se fait alors interprète, sur un mode transitionnel, de cet originaire, qu'il peut alors transmettre aux bébés, aux parents ou aux soignants de manière métabolisée. Sa déambulation active et pensante soutient, dans son mouvement de va-et-vient, ce travail de traduction, de métabolisation de l'originaire, le rendant appropriable pour tous. Prototype de fonction alpha telle que la définit W. Bion (1979). Son schéma dynamique de la relation entre mère et bébé est le suivant : les éléments bêta, à savoir les éprouvés du bébé, en particulier les contenus déplaisants, transitent dans le « *sein maternel* » où ils sont transformés en éléments alpha, contenus élémentaires de pensée, ensuite récupérés par l'enfant. Ainsi la mère transforme des vécus pénibles en expériences plaisantes et surtout donne sens à ces expériences.

Ici, le thérapeute capte des éprouvés perceptifs, sensoriels, auprès des bébés, les métabolise et les restitue aux parents ou aux soignants sous forme verbale ou corporelle, se faisant voix off du tout-petit, porte-parole de son Moi-corps, dans un portage plus ou moins symbolisé d'un message infra-verbal. Et vice-versa, avec les parents ou soignants comme émetteurs et les bébés comme destinataires. Avec là encore une polarité corporéisée de son action, dans la mesure où le matériel qu'il véhicule d'un sujet à l'autre est souvent constitué de signifiants formels : un corps étiré ou tordu, un thorax qui se creuse, un battement de cœur qui s'accélère, un bruit de machine qui effracte, un poids qui pèse sur les épaules, un rythme dérégulé, portion d'espace et de temps qu'il s'agit d'éprouver avant de les transmettre.

L'OISEAU TOMBÉ DU NID

Medhi vient d'arriver en ambulance. Une infirmière l'installe en couveuse, branche les fils et s'occupe de lui. Il crie aussi fort qu'il peut, s'agite. Mis sur le côté et tenu regroupé par la tête et les fesses, il se calme. Né ici, il a été transféré à Grenoble pour détresse respiratoire, et revient finir sa convalescence.

Je reste près de lui pendant que la soignante remplit son dossier d'entrée. Il est tout seul dans sa couveuse, les mains rassurantes ne sont plus là. Il bascule sur le dos, entraîné par un mouvement incontrôlé. Ses

bras sont traversés de secousses comme des réflexes de peur, ses jambes sont tendues aussi, il perd l'appui sous ses membres et n'a de contact avec son matelas que par le dos et les jambes. Sa tétine est tombée... J'ai l'impression que lui aussi chute, comme lâché dans le vide. Mes jambes sont en coton. Ma voix est inefficace à le rassurer. Il est mal et moi aussi. Entouré de vide, des pleurs s'échappent à nouveau de sa bouche, il est grimaçant, tout rouge. La détresse est insupportable. Ce bref instant me paraît durer une éternité. Je cherche l'infirmière du regard puis la rejoins, lui demande s'il a faim, lui dit qu'il n'est pas bien installé, qu'il s'agite. Elle revient avec un lange, plonge ses mains dans la couveuse, le touche, l'emmailote, l'entoure d'un cocon, lui propose la tétine à laquelle il s'accroche. J'ai un mouvement de bercement d'une jambe sur l'autre. L'infirmière pose ses mains à nouveau sur le bébé et adopte le même balancement. Nous nous berçons physiquement et le berçons de nos voix. Elle me décrit ce qu'elle sait de sa naissance, des raisons de son transfert. Je questionne sur les parents : a-t-on des nouvelles ? Vont-ils pouvoir venir ? Quand ? Nous évoquons la difficulté à passer de mains en mains avec l'impression possible de lâchage, le besoin d'être tenu, contenu, rassemblé et rassuré par les gestes et les mots. Medhi reste un long moment vigilant, mais finalement il tête moins fort sur sa tétine, ses traits s'assouplissent. « *Il faut que tu te reposes un peu en attendant que papa et maman arrivent pour le prochain biberon...* »

POUR (NE PAS) CONCLURE

Chemin faisant, nous avons montré que le corps du soignant en psychiatrie de liaison constitue une part fondamentale de son cadre interne, un outil clé du soin aux prématurés. À travers une identification intracorporelle au prématuré, le psy de liaison, méritant plus que jamais son appellation, soutient une rencontre de sujet à sujet entre le tout-petit et les adultes qui en prennent soin, autorisant la relance du processus d'identification aux bébés et œuvrant alors à la mise en place d'une préoccupation primaire parentale et institutionnelle « suffisamment bonne ». Cette « capacité de rêverie » institutionnelle instaure une zone de transitionnalité là où il n'y avait auparavant que du trop ou du défaut et permet de soutenir le sentiment continu d'exister du prématuré. En entrant en écho corporellement avec l'originare du bébé, mais aussi avec celui de ses parents et des soignants qui s'occupent de lui, il soutient une mise au monde imaginaire et symbolique de l'être de ces prématurés, les aidant à se constituer un corps subjectivé, donc rassemblé, unifié, désirant, et non éclaté, partialisé et par trop réel.

1- Rappelons que le terme allemand *Gestalt* signifie « forme, figure, configuration ».

Cet article (et notamment les éléments théorico-cliniques) est davantage développé dans une version longue, accessible gratuitement sur le site www.santementale.fr, rubrique Reçu à la rédaction.

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu D. (1987) *Les signifiants formels et le moi-peau*, in Anzieu D. et al., *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 2003.
- Aulagnier P. *La violence de l'interprétation - du pictogramme à l'énoncé*, Paris, PUF, 1975.
- Aupetit L. *Et si la question était ailleurs ?*, *Recherches en psychanalyse* 2/2006 ; 6 : 81-99.
- Bick E. *Remarques sur l'observation des bébés dans la formation des analystes*, *Journal de psychanalyse de l'enfant* 1992 ; 12.
- Bion W. *Aux Sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- Bleger J. *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, in : *Crise, rupture et dépassement*, 257-276, Paris, Dunod, 1979.
- Borie J. *Avoir un corps*, *Section Clinique de Lyon*, mars 2012, document non édité.
- Druon C. *À l'écoute du bébé prématuré*, Aubier, 1996.
- Golse B. *Les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été*, *Le Carnet PSY* 4/2007 ; 117 : 39-47.
- Gori R. *Le corps et le signe dans l'acte de parole*, Paris, Dunod, 1978.
- Haag G. *Identifications intracorporelles et capacité de séparation*, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 1990 ; 38 (4-5).
- Kaës R. *Étayages et structuration du psychisme*, *Connexions* 1984 ; 44.
- Lacan J. *Les formations de l'inconscient*, *Communication orale*, 1957.
- Laplanche J. *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris, PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1987.
- Rochette J. et al. « *Chasse aux papillons* » dans le *post-partum immédiat : l'observation selon Esther Bick comme armature d'un dispositif de soin inter-institutionnel*, *Perspectives Psy* 2005/5 ; 44.
- Roussillon R. *La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double »*, *Revue française de psychanalyse* 2/2004, 68 : 421-439.
- Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, *PBP*, 1980.

Résumé : Comment accompagner bébés et parents en néonatalogie, service de soins si particulier, lieu de l'originare, espace de brassage émotionnel intense ? Une infirmière présente la pratique clinique d'un service de psychiatrie de liaison. C'est par son implication corporelle que le soignant peut appréhender ce qui se passe pour le tout-petit et le restituer aux parents, à ses collègues. Le soignant incarne le lieu du transitionnel, point d'articulation de l'originare et du symbolique, du corps et de la psyché.

Mots-clés : Accompagnement thérapeutique – Capacité de rêverie – Corps – Enfant prématuré – Enveloppe psychique – Identification – Méthode d'observation – Néonatalogie – Parentalité – Préoccupation maternelle primaire – Psychiatrie de liaison – Psychiatrie périnatale – Signifiant.