



Ce que nous ont enseigné les parents

Françoise Molénat

DANS **ENFANCES & PSY** 2003/1 n^o21 , PAGES 130 À 139
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1286-5559

ISBN 2-7492-0103-9

DOI 10.3917/ep.021.0130

Date de mise en ligne : 01/12/2005

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2003-1-page-130?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Françoise Molénat

Ce que nous ont enseigné les parents

Les parents auraient donc quelque chose à dire, et nous nous laisserions enseigner. Si la question est formulée au passé, serait-ce à dire que ce qu'ils nous ont enseigné a d'ores et déjà entraîné une modification dans notre manière de penser, de travailler ?

L'accent sera mis ici sur les étapes précoces de la vie, car c'est surtout là que, ces dernières années, les parents nous ont été accessibles de manière neuve, puisque nous les rencontrons dans leur dynamique de vie, et pas seulement à cause d'une psychopathologie chez eux ou chez leur enfant. Il n'est guère d'occasion dans la vie pour des femmes et des hommes construisant une nouvelle place, une nouvelle identité – dans un profond mouvement psychique –, de bénéficier d'un tel environnement humain, mû par la sollicitude. Nous les rencontrons alors par le « positif » – dans la situation de *donner la vie*, comme tous les parents – et non par leurs « manques » (carences ou pathologie), le corps, dans toutes ses significations, étant au centre des soins. Toutefois, à nos yeux, les leçons tirées sont valables pour toute étape de l'existence.

Dans le champ de la psychanalyse et de la psychiatrie, la notion même de « parent » et de « parentalité » occupe un espace conceptuel qui n'a cessé de s'étendre ces vingt dernières années. La ligne de partage disparaît sous la question maintes fois abordée : pour le thérapeute d'enfant, les parents sont-ils des patients ou des partenaires dans les soins à l'enfant ? Il faut noter que la même problématique se dessine dans le domaine de la médecine fœtale. La femme n'est plus tant une

Françoise Molénat, pédopsychiatre, fortement engagée en périnatalité depuis vingt-cinq ans, est responsable d'une Unité « Petite enfance » au CHU de Montpellier. Elle anime l'AFREE (Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement), qui organise des formations interdisciplinaires à Montpellier et des formations « en réseau » en France et en Europe.



Françoise Molénat est responsable des Cahiers de l'AFREE dont la nouvelle formule est publiée, à partir du numéro 17, aux éditions Climats sous le titre « Naissances ». Elle dirige la collection « Prévention en maternité », publiée aux éditions érès. Elle a publié : *Mères vulnérables ; les maternités s'interrogent*, Stock, 1992. *Grosses et roxicomanie*, érès, 2000. *Pour une éthique de la prévention*, érès, 2001.

patiente que la partenaire nécessaire pour surveiller le bébé in-utéro. L'avis et la présence du père se sont imposés du fait de graves décisions à prendre. L'obstétricien devient pédiatre, et le pédiatre suit activement la grossesse, rencontrant de plus en plus les parents en période anténatale.

De même, dans notre discipline, des approches multiples, se chevauchent, avec leurs rapports spécifiques à la temporalité. Quid de la grossesse, quand nous rencontrons les futurs parents à propos d'un enfant à venir ? Quelle place prend l'enfance des parents dans l'approche psychothérapique d'un enfant ? Un nourrisson sans troubles avérés peut-il être considéré comme un patient lorsque consulte une mère déprimée ? Comment nommer la part de l'enfant explorée dans ses modalités de communication avec ses parents, ou celle de l'enfant qui, dans la tête des parents, est en étroite connexion avec le nourrisson dans sa chair ?

Dans ce champ neuf ouvert par l'accès du psychothérapeute aux êtres très jeunes ou pas encore nés, un cadre conceptuel se cherche pour tenir ensemble la multiplicité des registres en jeu dans le développement de l'enfant. Des chercheurs comme D. Stern ont effectué un remarquable travail descriptif tenant compte de courants de pensée et de contextes socio-culturels divers. Prendre en considération l'enfant, ses parents, leur environnement, oblige à rapprocher les points de vue et les disciplines, mais aussi à ré-interroger les outils de la psychanalyse « classique », apparemment bousculée par le poids de la réalité et par l'importance du lien humain comme préalable aux constructions psychiques. La collaboration interdisciplinaire en étant encore à ses balbutiements, la confusion persiste sur la notion d'alliance thérapeutique, nouvelle formulation du concept de « demande », qui renvoie à la manière dont a été travaillé le passage du corps – ou de la réalité sociale –, à l'intrapyschique.

Dans ce bouillonnement d'idées et de pratiques, nous ne pouvons explorer le thème qu'au travers d'une trajectoire professionnelle qui se déroule dans un contexte historique spécifique : les années 1970 ont vu le passage de la catégorisation des « enfants inéducables » à l'attitude de prévention durant la grossesse qui s'imposera vingt à trente ans plus tard. Un fil court tout au long de ces années marquées par un changement radical des pratiques : que nous ont dit les parents, lorsque nous avons pu nous rapprocher d'eux ?

ÉVOLUTION DES REGARDS ET DE LA PLACE DONNÉE AUX PARENTS

Pour parler de ce que les parents nous ont apporté, il faut d'abord évoquer le contexte dans lequel ils se sont fait entendre. Gêneurs ou coupables, ils n'avaient guère autrefois la possibilité de s'exprimer auprès des divers praticiens concernés par leur enfant. Dans cette période marquée par un important développement technique en pédiatrie, la méconnaissance des effets des séparations et l'usage plaqué de la théorie psychanalytique, il était exceptionnel qu'un même regard de sollicitude englobe enfant et parents. F. Dolto en France, S. Fraiberg aux États-Unis, différentes dans leur approche, furent parmi les rares convaincues (convaincantes ?) du potentiel des parents les plus démunis, à condition qu'on se rapproche d'eux, par la parole ou par la présence concrète.

La démarche « active » d'aller vers les parents est née en psychiatrie du souci d'assouplir l'internat thérapeutique, et en pédiatrie néonatale du constat qu'un certain nombre de mères – et plus encore de pères –, restaient inaccessibles. La découverte du taux de prématurité chez les enfants maltraités fut un choc, tout comme, sur un autre plan, les travaux sur l'attachement. On ne pouvait plus se contenter de « convoquer » les parents au gré du médecin ou de les recevoir debout dans un couloir. Dans ce rapprochement, un premier enseignement se fit de manière inattendue : la prise de conscience par les professionnels de l'écart, du gouffre parfois, entre les représentations qui habitaient les divers acteurs médicaux ou sociaux en fonction de leur place ou du moment de leur intervention auprès de la famille.

Le simple mouvement « d'aller vers » a ouvert d'emblée la voie à une véritable prise de parole par les parents. L'expérience se répètera des années plus tard lorsque des travailleurs médico-sociaux, lassés de leur impuissance, eurent l'idée d'aller demander aux mères de famille ce qu'elles pensaient ou attendaient de l'intervention sociale. Même choc : les personnes que l'on percevait « dénuées de tout » ne sont plus les mêmes lorsqu'on leur donnait l'occasion de s'exprimer.

Par ailleurs, on s'est rendu compte que les sages-femmes et l'équipe pédiatrique avaient des représentations si différentes de la mère dont l'enfant prématuré est hospitalisé que leurs images ne « collaient » pas. Ainsi naissait l'idée que la continuité psychique – si importante pour le holding du nouveau-né – passerait par une harmonisation des représentations professionnelles (anté et post-natal, intra et extra-hospitalier etc.), qui favoriserait dans un deuxième temps l'intégration par ces parents de leurs propres éprouvés.



Ce premier enseignement se résume en deux mots : la notion de maltraitance institutionnelle (si tant est qu'en soit accepté le principe même sans trop de culpabilité). Dans une sorte de répétition, notre système offrait le chaos à des parents déjà blessés, leur renvoyant une image dévalorisée d'eux-mêmes et leur donnant un sentiment d'impuissance. Les moyens de l'harmonisation des représentations se chercheront au fil des années. Ils sont désormais connus, mais appliqués de manière très inégale, car ils obligent chacun à entrer dans le champ de l'autre, et bien plus, à accepter d'être sous le regard de l'autre. Souvent, les professionnels du psychisme éprouvent eux-mêmes de grandes difficultés à y accéder, sous couvert de confidentialité. Ils ne sont pas eux-mêmes à l'abri des processus de rivalité et d'enjeux de territoire. Ils peuvent favoriser un nouveau morcellement de l'action par des interventions « psychologiques » relevant essentiellement du « soutien humain », sans tenir compte de la place des acteurs de première ligne. Pourtant ceux-ci pourraient, par leur engagement préalable, ouvrir la voie d'une véritable élaboration psychique. Ceci n'est évoqué que pour rappeler l'extraordinaire résistance des sociétés à maintenir l'altérité au fondement de la vie institutionnelle, et le changement culturel profond qui ne fait que s'amorcer.

Le développement de la médecine fœtale a ouvert un véritable laboratoire d'étude des processus psychiques au décours du traumatisme que représente l'annonce d'une anomalie chez l'enfant avant qu'il soit né. Dans ce moment que l'on a pu nommer une « opération à cerveau ouvert », quand toute parole, tout silence imprègnent leur marque indélébile, se révèlent les processus intra-psychiques chez la femme, chez l'homme, dans le couple, mais surtout – fait nouveau – l'effet des modalités de communication entre les professionnels sur les parents. Avec l'intérêt mêlé d'effroi des médecins devant la gravité des décisions, la prise de conscience qu'expulser « ça » ne débarrassait pas les parents du problème, s'est installé un nouveau cadre de réflexion : comment construire un « être-ensemble » pour les multiples spécialistes, les futurs parents, un enfant in-utéro doublé d'un autre violemment secoué dans la tête des parents, dans un temps quasi-chirurgical, où chaque instant compte, sachant que la sensation, même fugace, d'être « lâchés », peut précipiter certains couples vers l'abandon de leur enfant.

Dans cette période brûlante de culpabilité professionnelle plus ou moins masquée devant le fait d'arrêter la vie, nous avons, avec une visée pédagogique, enregistré après coup les témoignages de parents. Une véritable révolution s'est alors opérée dans les esprits, non seulement des techniciens mais

aussi des psychothérapeutes :

« On n'aurait jamais imaginé que la femme que nous avons accompagnée voici quelques semaines puisse s'exprimer ainsi... Ce n'est pas la même. »

« Vous avez choisi des parents exceptionnels, c'est biaisé. »

« C'est un montage.... Des parents ne peuvent être aussi sereins quand ils vont donner naissance à un enfant porteur d'une malformation ! »

« Mais elle dit tout, cette femme qui n'a rien dans la vie... Et nous (les « psy »), qu'allons-nous dire, elle parle comme nous ! »

« Une femme ne peut pas se remettre de la perte d'un enfant... Si elle va bien, c'est qu'elle est dans le déni ! »

« Vous n'avez pas travaillé sa culpabilité ! »

Le principe de subjectivité opérait à plein, dans cette bascule des regards. Se démêlait ce qui, des affects et des représentations, appartenait aux professionnels et ce que les parents éprouvaient. Surtout, les équipes médicales et nous-mêmes, pédo-psychiatres, apprenions ensemble les effets incisifs d'articulations interprofessionnelles signifiantes, l'importance de prendre du temps sans jamais laisser les parents seuls dans leur tête à ce moment-là. La notion « d'urgence psychique » prenait corps : non parce qu'il y aurait danger de décompensation, mais parce qu'il s'agissait d'un moment fécond d'ouverture psychique, là, sous l'effet d'une annonce. Ce moment, qui peut exister dans bien d'autres rencontres entre professionnel et parent, en n'importe quelle période de la vie, constitue une chance unique de réorganisation affective. Il s'agit d'urgence, parce que la disponibilité d'un praticien du psychisme, dans un tel moment, peut favoriser une reprise du traumatisme ancien au rythme des rencontres qui en ont permis l'émergence, c'est-à-dire ici et maintenant.

QUEL ENSEIGNEMENT « DURABLE » ?

Au-delà des problématiques particulières, des contextes singuliers, quelles leçons tirer qui soient généralisables et aident réellement à diminuer l'écart entre l'éprouvé des parents, les représentations des professionnels de tous champs, quand l'enfant est l'objet de leur travail, pire lorsqu'il leur paraît en danger ? Comment maintenir l'humanité des parents les plus démunis ?

Sur quoi s'appuyer pour construire ou reconstruire continuité et cohérence dans l'écoulement du temps, afin que la famille puisse faire l'expérience de la discontinuité au sein d'un



environnement souple et fiable ?

Les parents ont énoncé quelques principes simples, validés par leur propre évolution, confirmés par les professionnels qui se sont engagés dans une nouvelle démarche.

DES PRINCIPES DE BASE

La prise en compte de l'importance du temps de grossesse et de la réponse médicale constitue probablement le changement le plus bouleversant dans notre propre manière de concevoir la construction de l'humain. Il s'agit d'aller soutenir là les potentialités et non les manques, en s'appuyant sur le positif que représente toute naissance, quelles que soient les conditions sociales et psychologiques de la procréation. Dès une première étude menée au début des années 1980 sur les grossesses après mort périnatale, les parents ont dit l'essentiel : ils luttent contre le risque de « remplacer » l'enfant perdu, ils tentent d'introduire des différences, ils cherchent leur sécurité dans le suivi médical personnalisé. Mais – enseignement précieux – une fois les médecins sensibilisés, on peut grandement accélérer la mise en confiance en énonçant d'emblée le souci du « corps médical » pour la globalité de l'événement-naissance. Les parents ne savent pas que ce qu'ils éprouvent intéresse les soignants. Ils sont surpris de cet intérêt et encore plus lorsqu'ils découvrent –, quand elle existe – la qualité des liens interprofessionnels à leur sujet.

Le suivi médical de la grossesse et de la naissance représente un atout précieux pour les futures mères et les futurs pères les plus dévalorisés : ils sont désormais accueillis comme tous les parents, si tant est que les équipes aient franchi le pas d'un accueil respectueux de toute situation familiale, et surtout de celles-là. La question du narcissisme est centrale. Elle se traite au travers des regards, des gestes, du temps passé, de l'implicite plus que du verbal... ce dont les mères témoignent des années plus tard. Sensation d'être le sujet et l'objet d'une vigilance extrême si nécessaire : « J'avais l'impression qu'elles étaient tout le temps là », diront plusieurs femmes porteuses d'un enfant avec un retard de croissance sévère et paniquées à l'idée de le mettre au monde. Cette fonction de « holding » apparaît une opportunité unique dans la trajectoire des parents et de l'enfant. À quel autre moment de la vie auront-ils l'occasion de se sentir accompagnés physiquement et émotionnellement avec une telle intensité ? C'est dans cet éprouvé que se mobilise chez certains la « mémoire corporelle » – la mémoire procédurale des neurophysiologistes –, libérant de véritables abcès psy-

chiques au travers de processus de dé-liaison.

Un deuxième élément significatif nous est enseigné à l'occasion d'expériences de discontinuité. Les efforts ont d'abord été tendus vers la nécessité de reconstruire de la cohérence et de la continuité dans les pratiques. Dans un deuxième temps, la valeur structurante de la sensation de discontinuité, dans un contexte de sécurité relationnelle, s'est révélée. La survenue d'une discordance, un changement de service, une bévue, peuvent être l'occasion d'une irruption émotionnelle éclairante si elle est travaillée. La découverte par un parent vulnérable des limites de l'autre, si elle ne se traduit pas par une disparition de cet autre ou par la persistance d'un conflit non résolu dans l'environnement, va permettre que l'éprouvé de ses propres limites soit ressenti par le sujet comme un facteur d'avancée et non plus de répétition culpabilisée : « Quand la sage-femme est venue prendre mon bébé pour le mettre sous la lampe à UV, j'étais très en colère. Je ne voulais pas le donner. Puis je suis allée le voir sous sa lampe. Je l'ai repris. Je détestais cette sage-femme. Elle ressemblait à ma mère. Ces gens rigides qui en fait cachent une fragilité ! L'appareil était comme un ventre dangereux. J'ai éprouvé cette dangerosité du ventre qui m'a portée et ne voulait pas de moi. Je savais tout cela, mais là je l'ai ressenti... Maintenant je n'en veux plus à ma mère. J'ai pris ma place. Je sais que derrière son rejet il y avait sa propre souffrance. Heureusement que je suis tombée sur cette sage-femme. Elle m'a tout fait re-sentir. »

Troisième élément de taille : la mesure de l'angoisse suscitée chez les parents les plus souffrants par le fait même de devoir rencontrer l'autre (soignant, acteur social, psychothérapeute). L'interprétation par les professionnels des comportements de fuite se réduisait bien souvent au manque d'intérêt pour l'enfant à venir ou présent, justifiant des mesures autoritaires de placement, ce dont nous retrouverions les traces dans les dossiers d'enfants déstructurés des années plus tard. Ou bien, l'on poussait des mères ayant souffert de carences à faire une psychothérapie, avant même qu'elles aient éprouvé la fiabilité d'un lien. Ces femmes nous ont appris qu'avant d'évoquer les traumatismes du passé, elles avaient besoin de se regarder autrement dans une relation sociale, et d'éprouver la valeur de leurs émotions dans un échange professionnel préalable. Faute de quoi l'introduction trop rapide d'un « psy » venait renforcer le sentiment de dévalorisation et la peur de revenir sur le passé.

L'expérience d'accueil de femmes enceintes toxicomanes a

« On vient quand je vais mal, moi qui n'ai jamais été entendue », dit M^{me} C. Surgit alors en elle, après une semaine de présence attentive en secteur de grossesse à haut risque, comme un cauchemar éveillé, une scène de l'enfance qui condense les aléas de sa propre place transgénérationnelle. Recueilli par l'équipe soignante, ce mouvement psychique très intense sur le plan émotionnel permet – pour la première fois –, une proposition de travail psychique qui prend sens.



été très riche, en transformant le tableau « catastrophe » des années précédentes en chantier de travail valorisant pour les équipes médicales. Ces parents, et ceux qui les accompagnent au plus près, nous ont aidé à préciser les contours d'une « clinique du travail en réseau », transposable à bien d'autres temps de vie et d'espaces professionnels, alliant une double proposition : fiabilité et cohérence de liens humains (dans le registre du holding), sensation d'être le sujet/objet d'une organisation collective *structurée* (dans le registre symbolique). Quelques principes se dégagent du cadre de lecture qu'offre l'environnement professionnel de la grossesse à la petite enfance, mais dont l'intérêt transcende cette période. Ils ne se justifient que par le souci de déjouer le processus de répétition dans les familles hautement vulnérables.

À partir de la notion « d'urgence psychique », moment fécond d'une rencontre avec un professionnel, une manière d'être et de penser a fait ses preuves :

Etre là, accueillir celles ou ceux qui viennent formuler une demande (de soin au sens large), là où ils en sont de leurs peurs et de leurs espoirs. Rester présent sans être envahi, accompagner, préparer les relais dans sa tête, mais attendre que la confiance soit installée. Ceci exige des acteurs de première ligne sécurité intérieure, sentiment de compétence, inscription dans un projet d'équipe, validation de l'engagement personnel, connaissance et soutien des autres places professionnelles.

Ancrer le présent, en s'efforçant d'installer la confiance ; donc prendre le temps. Remettre en route la capacité de penser des futurs parents sidérés par le présent (découverte tardive d'une grossesse, annonce d'une malformation) ou par le surgissement d'angoisses liées au passé, en donnant des images contextualisées (comment nous travaillons les uns avec les autres, l'intérêt que nous portons à ce qu'ils vivent) ; accueillir les émotions et s'y appuyer pour organiser la suite ; repérer les points de malaise dans la rencontre, chercher le sens des comportements (agressivité, fuite, etc.). Ceci demande au professionnel la capacité de différencier ses propres affects de ceux des patients/clients, et de s'appuyer d'emblée – intérieurement – sur la place des intervenants potentiels mais sans orienter trop vite.

Anticiper l'avenir immédiat, en décrivant les places de chacun, en explorant les points de sécurité dans l'environnement personnel ou professionnel. N'introduire des relais que lorsqu'ils ont un sens (visite anténatale du pédiatre, consultation psychologique), c'est-à-dire à partir du questionnement des

parents et non de la lecture de « facteurs de risque ».

À partir d'un cadre stabilisé, se réparer dans la vie psychique, en différenciant les émotions liées au présent et celles – décalées –, qui indiquent une résurgence affective. Ne pas trop vite questionner sur le passé, mais explorer le contenu des liens dans le présent, en particulier avec les autres professionnels : Qui vous a adressé ? Comment vous l'a-t-on proposé ? Que vous a dit votre médecin (ou l'assistante sociale) ?

Tout cela exige des acteurs impliqués une bonne connaissance des préoccupations des divers champs professionnels et la disponibilité rapide d'un psychotérapeute dans les cas difficiles, pour aider à la lecture de la dynamique interpersonnelle et des premières articulations entre professionnels. Une première évaluation peut ainsi se faire, centrée sur le présent, les rencontres neuves, les projections diffractées en fonction des places. Le fait de ne pas dissocier le somatique du « psychique » et du « social » favorise l'intégration par la personne d'expériences relationnelles neuves, où elle est abordée dans sa globalité, le temps qu'elle puisse élaborer une demande d'aide spécifique dans un registre ou dans un autre.

Assurer une « fonction contenant » : s'il ne se résume pas à une complicité professionnelle, le travail dit « en réseau » peut offrir une véritable enveloppe protectrice. Faut-il rappeler l'importance des gestes, l'intérêt d'un malaise qui surgit s'il est repris par les acteurs eux-mêmes éventuellement soutenus par un tiers ? Ces conditions permettent la mobilisation des expériences infantiles et ouvrent à un possible réaménagement psychique. Mais un tel objectif passe par le tissage lent et minutieux de liens interprofessionnels confiants, par une grande souplesse institutionnelle, une prise de risque relationnel (« Chacun à sa place mais les places bougent »), et l'ajustement permanent à l'évolution familiale et non aux logiques institutionnelles.

Moduler continuité/discontinuité en anticipant, en ouvrant la place des autres pour de nouvelles rencontres, en restant présent le temps nécessaire. Là se pose la question de la transmission interprofessionnelle, où les informations « objectives » devraient rester portion congrue pour privilégier la dynamique relationnelle, les éprouvés des parents, ceux des professionnels, seuls moteurs d'une avancée réelle. Ce point prend une acuité particulière lorsque l'enfant est séparé pour raisons médicales ou sociales ou lors de toute modification dans la réalité du travail (changement de service, de secteur, etc.).



Les parents ont dit clairement, dans des conditions de confiance particulières et après avoir fait l'expérience d'un tel accompagnement, comment ils avaient pu sortir du clivage bon/mauvais, tout-puissant/impuissant, comment la lisibilité des places professionnelles avaient débusqué en eux-mêmes le méconnu des places transgénérationnelles, dans quelles conditions de maintenance d'un holding ils pouvaient intérioriser l'expérience d'une relation structurante et se regarder autrement. Tout cela, à l'évidence, demande un changement considérable dans les pratiques et les modes de pensée. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements. D'heureuses expériences ici ou là laissent à penser qu'il ne s'agit pas d'une utopie, bien que les résistances culturelles soient fortes.

BIBLIOGRAPHIE

- DOLTO, F. 1987. *Tout est langage*, Paris, Gallimard.
- FRAIBERG, S. ; ADELSON, E. ; SHAPIRO, V. 1975. « Ghosts in the nursery : a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, p. 387-421.
- MOLÉNAT, F. 1992. *Mères vulnérables : les maternités s'interrogent*, Paris, Stock.
- MOLÉNAT, F. et coll. 2000. *Grossesse et toxicomanie*, coll. « Prévention en maternité », Toulouse, érès.
- MOLÉNAT, F. 2001. *Pour une éthique de la prévention*, coll. « Prévention en maternité », Toulouse, érès.
- Place des émotions dans les pratiques autour de la naissance : quelle évaluation ?*, coll. « Naissances » (Cahiers de l'AFREE n° 17), 2003, Castelnaud, Éd. Climats.
- STERN, D. 1995. *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Lévy.

Mots-clés

Lien parent-enfant, transmission transgénérationnelle, réseau périnatal, holding, psychologie médicale, prévention.

RÉSUMÉ

La collaboration désormais possible entre praticiens de la naissance, équipes médicosociales et pédopsychiatres, a permis aux parents d'exprimer leurs attentes et leur souffrance avant qu'ils se sentent en échec avec leur enfant. La mise en parallèle des modalités de communication interprofessionnelle et de la construction des liens familiaux à cette étape de la vie a ouvert un nouveau champ de recherche, qui intègre l'individuel et le collectif dans une véritable « clinique du travail en réseau ». Il s'agit d'un changement culturel profond dans les pratiques de tous les champs concernés.