

# La dépression périnatale



## Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetpsy.com

De l'enfant imaginaire dans la tête des parents virtuels à l'adolescent rappeur, il y a tout un monde ! Chacun des ouvrages de la collection est une pièce du puzzle de cet univers peuplé d'enfants vivants, morts, bien portants, souffrants, handicapés, maltraités, soignés, accueillis, éduqués, aimés..., indissociables de leur environnement.

*La vie de l'enfant* s'adresse aux professionnels et aux curieux de la genèse de l'humain, de la parentalité et du soin. Elle privilégie la clinique et ses pratiques, matrices de nos hypothèses théoriques et non savantes. La lisibilité, exempte d'ésotérisme, n'y rime pas avec simplisme. À la croisée des domaines psychanalytique, psycho(patho)logique, médical, social, historique, anthropologique et éthique, sa convivialité épistémologique réconcilie l'enfant observé et l'enfant reconstruit.

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs.

Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

### **Membres du comité éditorial :**

Micheline Blazy, Dominique Blin, Nathalie Boige,  
Jérôme Boutinaud, Sarah Bydlowski,  
Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,  
Anne Frichet, Nine Glangeaud, Bernard Golse,  
Sylvie Gosme-Séguret, Nathalie Presme  
et Michel Soulé (1922-2012), fondateur de la collection en 1959.

Dernier paru

Jacqueline Girard-Fresard, Francisco Palacio Espasa  
et Anne Spillmann

*Précis de psychothérapie psychanalytique  
de l'enfant autiste, psychotique et borderline*

Voir la collection complète en fin d'ouvrage

Marie-Aimée Hays

avec la collaboration d'Anne-Marie Ballain

# La dépression périnatale

Approche clinique  
et psychanalytique

Préface de René Roussillon

« La vie de l'enfant »

The logo for Éditions érès, featuring the word "éditions" in a small font inside a vertical bar to the left of the word "érès" in a larger, bold font.

Je remercie le professeur René Roussillon qui m'a encouragée à écrire cet ouvrage ; mes collègues, nos échanges nourrissent la pensée ; les patients, nos « meilleurs collègues » (W.R. Bion).

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2017  
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-5676-4  
Première édition © Éditions érès 2017  
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.  
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, <i>René Roussillon</i> .....	9
PRÉAMBULE .....	13

### **I. La dépression post-partum : un trouble du lien mère-bébé et un risque pour la croissance psychique du sujet**

1. VUE SYNTHÉTIQUE SUR LES DÉPRESSIONS PÉRINATALES .....	21
Éléments historiques et nosographiques .....	21
Les facteurs de risque .....	23
Les signes cliniques de la dépression post-partum .....	24
Les effets de la dépression périnatale sur le bébé .....	26
Comment les psychanalystes pensent-ils la dépression périnatale ? .....	28
Intermède : dépressions périnatales, malaise dans la culture ? .....	32
Introduction au dialogue entre l'inter et l'intrapsychique .....	33
2. LA DÉPRESSION POST-PARTUM : UN PARADIGME CLINIQUE POUR PENSER LE LIEN ENTRE LES TROUBLES INTERSUBJECTIFS ET LA SOUFFRANCE INTRAPSYCHIQUE .....	35
S. Freud : l'introduction du rôle de l'objet dans la dépression et le narcissisme .....	36

D.W. Winnicott : de la relation primaire à la « position dépressive », ou « concern » .....	40
Des besoins du moi à la relation homosexuelle primaire en double : des concepts pour comprendre le processus d'individuation.....	43
<i>Le maintien de la vie</i> .....	43
<i>Le besoin de communication : les accordages précoces</i> .....	45
Les accordages rythmiques.....	45
Les accordages en double .....	47
Le besoin d'être actif dans le processus d'accordage.....	51
Les plaisirs de l'accordage en double .....	54
Les réponses aux besoins du moi .....	57
 3. SOUFFRANCE DANS LA RENCONTRE ET DÉPRESSION POST-PARTUM.....	 61
Une mère entourée ?.....	61
Les troubles de l'ajustement et de la réflexivité primaires .....	63
Une hypothèse : soutenir la réflexivité pour atténuer la dépression .....	70

## **II. La prévention et le soin de la dépression post-partum précoce : un parcours de recherche**

4. INTRODUCTION.....	77
Hypothèse de recherche.....	77
Préalables méthodologiques .....	78
Résumé de la méthode de recherche .....	81
 5. L'ÉCHELLE DE PRAGUE : L'OBSERVATION DE LA TÉTÉE DANS SON CONTEXTE.....	 85
Présentation .....	85
Fondements théoriques et implications cliniques.....	88
<i>Le tissage biopsychique entre l'alimentation et la relation</i> .....	89
<i>Du corps à la pensée</i> .....	92
<i>Significations inconscientes de la tétée chez la mère</i> .....	94
La clinique de l'observant.....	97
<i>Les sollicitations pulsionnelles et les contre-attitudes de l'observateur</i> .....	97

<i>Le désir de l'observateur</i> .....	99
<i>L'observation : l'attention partagée et le tiers</i> .....	101
<i>Le fonctionnement clinique de l'observation selon l'échelle de Prague</i> .....	103
<b>6. L'OBSERVATION DU NOUVEAU-NÉ SELON LA MÉTHODE DE B. BRAZELTON</b> .....	109
Présentation .....	109
Fondements théoriques .....	111
La clinique de l'observant .....	112
<i>Le fonctionnement clinique de l'échelle de B. Brazelton</i> .....	116
<b>7. L'AUTOVIDÉOSCOPIE ASSISTÉE</b> .....	119
<b>8. REPRISE SUR LE DISPOSITIF</b> .....	125
<b>9. LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE</b> .....	129
Résultats globaux .....	129
Résultats apportés par l'application de l'échelle de Brazelton .....	130
Résultats apportés par l'application de l'échelle de Prague .....	134
Autres résultats .....	136
Et le point de vue des mères... ..	141
<b>10. DEUX MONOGRAPHIES</b> .....	143
Lisia .....	143
<i>L'observation à la maternité</i> .....	143
<i>L'observation à 3 semaines à domicile</i> .....	145
<i>La visite à domicile à 2 mois</i> .....	146
<i>La visite à domicile à 3 mois : la décompensation dépressive</i> .....	148
Domitille .....	150
<i>L'observation à la maternité à 4 jours</i> .....	150
<i>La visite à domicile à 3 semaines</i> .....	153
<i>La visite à domicile à 2 mois</i> .....	156
<i>La visite à domicile à 3 mois : une évolution favorable</i> .....	158
<b>11. CONCLUSION</b> .....	161

### III. La prévention et le soin de la dépression périnatale dès la grossesse : l'histoire de Clara

12. LA DÉPRESSION PRÉ-PARTUM .....	169
13. PRÉALABLES MÉTHODOLOGIQUES À L'ÉTUDE DE CAS .....	173
Le cadre du travail en maternité.....	173
La méthodologie du cas singulier.....	176
14. L'HISTOIRE DE CLARA .....	179
« J'ai beaucoup grandi ».....	179
<i>La première rencontre et l'instauration du cadre</i> .....	180
Intermède : note sur la théorie de l'angoisse.....	182
L'histoire de Clara pendant la grossesse .....	186
<i>Les premières séances</i> .....	186
<i>À l'approche de l'accouchement</i> .....	190
Intermède : note sur le cadre de la psychothérapie périnatale.....	195
Des filles, Clara mère et femme.....	196
<i>Scènes primitives et contenant psychique</i> .....	196
<i>L'introduction du tiers : la douleur</i> .....	201
<i>Sortir de la relation maternelle primaire ?</i> .....	205
<i>Le processus de sevrage : comment s'écarter de la mère ?</i> .....	206
<i>Tenter un sevrage brutal ?</i> .....	209
<i>Le sevrage : la séparation</i> .....	211
15. CONCLUSION.....	215

### IV. Au-delà de la dépression, devenir père Anne-Marie Ballain

16. L'ATTENTE DE LA GROSSESSE ET LA CONFIGURATION FAMILIALE.....	221
La problématique familiale.....	221
La transmission transgénérationnelle .....	223
Le fonctionnement chaotique de Julien.....	227

17. LA GROSSESSE ET LA TRANSITION VERS LA PATERNITÉ .....	229
L'annonce de la grossesse .....	229
Le voyage dans le passé de son enfance .....	231
La crise identitaire et l'aggravation de la dépression .....	233
La représentation et l'attente du bébé .....	236
18. LA NAISSANCE ET LA PÉRIODE POST-NATALE .....	239
L'expérience de la paternité .....	240
L'inscription du bébé dans la filiation .....	243
L'engagement du père et le retour des sentiments mortifères .....	245
La mort de la mère et son double héritage .....	249
Le dépassement de la crise .....	253
19. DEVENIR PÈRE, DÉSIR DU SUJET .....	257
EN GUISE DE CONCLUSION... UNE SYNTHÈSE .....	261
BIBLIOGRAPHIE .....	269

À Bertrand



## PRÉFACE

En 2002, Marie-Aimée Hays soutenait brillamment une thèse consacrée à la dépression maternelle du post-partum (DPP) intitulée *Observation du bébé et soin de la dépression maternelle post-partum précoce : approches clinique, théorique et méthodologique*. La DPP concerne entre dix et vingt pour cent des maternités, c'est dire si le problème est d'importance et si la recherche couronnée par cette thèse présentait un impact véritable de santé publique. La recherche avait d'abord été conduite sous la direction de S. Lebovici qui m'avait ensuite passé le relais quand M.-A. Hays était venue s'installer dans la région lyonnaise. Le protocole de cette recherche comportait trois dispositifs, deux échelles du premier âge qui avaient fait leurs preuves, l'échelle de Prague et l'échelle de Brazelton, et un dispositif de suivi par l'enregistrement vidéo de scènes de maternage à domicile. Les échelles étaient destinées à mesurer l'impact de la DPP sur l'état physique et psychique du bébé, le suivi vidéo permettant, lui, de cerner de plus près la mise en place des interactions mère-bébé au cours des trois premiers mois de vie.

Mais bien vite, la recherche rencontra une difficulté éthique pour une recherche effectuée par une clinicienne. Les échelles avaient commencé à alerter M.-A. Hays sur les premiers signes d'un effet de la DPP sur le bébé, les vidéos confirmaient la dégradation de la relation précoce. Du strict point de vue de la recherche, les résultats étaient en grande partie ceux qui étaient attendus et ils permettaient de préciser et d'affiner le relevé des effets de la DPP sur l'état psychique voire somatique du bébé, mais les cliniciens qui accompagnaient cette recherche, et M.-A. Hays en premier, étaient de plus en plus mal à l'aise devant la dégradation de l'interaction précoce observée. La recherche ne pouvait plus se dérouler dans un climat serein à partir du moment où elle mettait en évidence des signes de souffrances psychiques aussi bien du bébé que de la mère. Il devenait intolérable de ne pas chercher à aider la dyade à trouver des modes d'interaction plus satisfaisants.

Mais comment faire sans, en même temps, sacrifier la recherche en cours : tel était le dilemme auquel l'éthique clinique confrontait la logique de la recherche.

J'ai toujours été personnellement convaincu que la pratique clinique était aussi inévitablement une pratique de recherche, et que la spécificité de ce qui s'appelle « recherche clinique » tenait moins dans l'exploration de la recherche que dans sa formalisation et dans les conditions de cette formalisation universitaire. Théoriquement, pour mon compte, les deux n'étaient donc pas antagonistes et il fallait trouver le moyen de rétablir les conditions d'une pratique clinique auprès de la DPP et de ses effets sur le bébé, sans pour autant lâcher la recherche elle-même.

M.-A. Hays eut alors l'idée de rajouter un dispositif à celui initialement prévu, elle instaura un temps de visualisation des vidéos avec les mères, temps pour lequel il lui fallut inventer un type de pratique clinique pour l'utiliser comme outil pour aider la mère dans l'écoute et l'attention à son bébé – ce dont la recherche permettait de mesurer les défaillances liées à la DPP – et ainsi, autant que faire se peut, relancer les communications précoces en difficulté. Bien sûr, en intervenant ainsi, on infléchissait en partie la stricte observation clinique des effets de la DPP, mais c'était la condition pour que l'étude puisse être poursuivie quand même. Au demeurant, les résultats déjà obtenus du strict point de vue du protocole de recherche étaient déjà suffisamment probants. Cette inflexion du point de vue modifiait du même coup la perspective sur l'ensemble du dispositif, les observations de recherche elles-mêmes pouvaient révéler leur potentialité clinique : le soutien commence par l'attention partagée pour le bébé, dès le début.

Quinze ans ont passé depuis la soutenance terminale de cette thèse et M.-A. Hays, devenue entre-temps psychanalyste, présente maintenant dans ce livre l'évolution autant pratique que théorique de sa démarche. Forte de toute l'expérience et des connaissances accumulées durant sa recherche puis sa formation à la pratique psychanalytique, M.-A. Hays développe maintenant une pratique fondée sur la prévention de la DPP et même s'il lui arrive d'utiliser encore l'échelle de Brazelton ou quelques outils de son ancien protocole de recherche, c'est cette fois moins pour vérifier l'impact de la DPP sur le bébé que pour embrayer un contact avec l'enfant et, à partir de là, avec la mère.

C'est aussi que l'hypothèse qui la guide, si elle est dans le droit fil des hypothèses de 2002, est néanmoins maintenant autrement orientée car il ne s'agit plus de mesurer l'impact de la DPP sur le bébé mais de comprendre comment la DPP est aussi maintenue voire entretenue par l'effet des difficultés de création des liens et de la communication au début de la vie du bébé. L'inflexion a changé, l'interaction et la mise en place de la communication primitive est toujours au centre, mais c'est l'impact des difficultés de celle-ci sur la mère et son enfant qui passe au premier plan.

En somme ce qui était le temps quatre du protocole de recherche est devenu le temps un de la pratique de prévention. Du coup les qualités et l'habileté de clinicienne de M.-A. Hays peuvent passer au premier plan, et ce qu'il y a de potentialité de recherche dans et par la pratique, et non plus dans le protocole de recherche de la thèse, prend le pas sur la quête de formalisation ou plutôt l'enrichit.

Ce faisant, la pratique de prévention transforme l'enjeu de la rencontre clinique, il s'agit maintenant d'agir sur la DPP maternelle en aidant la mère à se sentir compétente pour s'occuper de son bébé, la pratique de prévention ne traite pas directement les causes historiques du fond dépressif de la jeune mère, elle agit sur le renforcement actuel de ce fond dépressif qui résulte des difficultés à établir une communication suffisamment bonne avec son bébé. En permettant à la mère déprimée de rentrer mieux en contact avec son bébé, elle agit aussi du même coup sur les effets délétères potentiels de ce fond dépressif sur le premier développement du bébé.

On mesure le chemin parcouru et l'effet d'une recherche académique sur la pratique clinique elle-même.

Le livre de M.-A. Hays et la recherche qui l'anime sont donc d'une grande utilité pour tous les praticiens en périnatalité, il ne cesse de montrer l'intérêt d'une pratique de psychanalyste, de clinique psychanalytique, qui sait s'ajuster aux conditions concrètes de son objet de travail, autant institutionnelles – sa pratique s'intègre parfaitement dans le service de périnatalité – que directement cliniques – les mères sont soutenues dans leur effort pour rencontrer et accompagner leur bébé dans les premiers moments de sa vie.

Mais il est aussi utile par l'immense érudition de M.-A. Hays concernant le monde du bébé et de la première enfance et il est nécessaire, dans cette préface de dire quelques mots de l'évolution des connaissances nécessaires au développement de cette pratique, et d'une manière plus générales en périnatalité.

Grâce aux nombreux travaux des psychologues du développement, notre conception des premiers temps de la vie psychique des bébés a profondément changé. Freud et les psychanalystes de son temps découvraient la psychologie de l'enfance et de la première enfance à partir de leur pratique de psychanalyste d'adulte, d'adolescent et d'enfant mais pas par une clinique directe du bébé, hors d'atteinte à l'aide des dispositifs cliniques alors disponibles. Cette démarche a produit quelques magnifiques fleurons dans la compréhension des débuts de la vie psychique mais elle présentait aussi des limites, notamment quant aux interactions précoces et aux conditions de la mise en place de la communication primitive.

Même si les travaux de D.W. Winnicott ont commencé à frayer des voies nouvelles dans la connaissance des bébés, l'apport de la psychologie du développement a néanmoins été décisif dans les progrès faits par les

cliniciens dans la compréhension du monde du bébé et de la fonction de l'environnement maternel. Les travaux de J. Bowlby, T. Brazelton, D. Stern, C. Trevarthen, pour n'en citer que quelques-uns parmi les plus grands, ont apporté des lumières tout à fait essentielles dans la compréhension des conditions nécessaires aux développements premiers de la psyché du bébé. De manière complémentaire, les travaux prenant la maternité pour objet privilégié de recherche ont aussi considérablement enrichi notre compréhension des transformations psychiques qui s'opéraient chez les mères pour leur permettre de s'ajuster au mieux à leur fonction de maternage premier. Petit à petit, c'est toute la théorie des interactions précoces qui s'en trouva transformée et avec elle naquirent de nouveaux paradigmes cliniques.

Mais la psychologie du développement et même ce que les neurosciences pouvaient apporter comme éléments de compréhension nouveaux sur le début du développement, ne débouchaient pas directement sur une pratique utilisable en périnatalité. Et ce fut le rôle des cliniciens de formation psychanalytique de découvrir comment les connaissances nouvelles en périnatalité pouvaient infléchir les pratiques en vigueur dans la première enfance voire initier de nouveaux dispositifs de soins et de traitement des difficultés et des troubles du développement premier. Ce fut leur rôle de découvrir et d'inventer comment intervenir au mieux dans cet équilibre fragile mais essentiel qui se met en place entre un bébé et son environnement maternant.

Le travail de M.-A. Hays se situe dans cette lignée : dans l'exploration de la manière dont les recherches en psychologie du développement ou issues d'épistémologies autres que celle de la psychanalyse pouvaient être utilisées par des psychanalystes en congruence avec les canons d'une pratique d'inspiration ou d'orientation psychanalytique. La psychanalyse avec son, voire ses dispositifs classiques n'est pas utilisable dans l'intervention au sein de la dyade ou de la triade primitive, les conditions nécessaires à ses pratiques ne le permettent pas. Mais son inspiration est sans doute indispensable aux cliniciens qui souhaitent s'y aventurer tout comme l'est une très bonne connaissance de tous les travaux disponibles sur le monde du bébé et sa rencontre avec l'environnement maternant premier. Dans chaque contexte institutionnel singulier, dans l'approche clinique de chaque objet singulier, le clinicien formé à la psychanalyse doit inventer la manière d'utiliser au mieux la psychanalyse au sein de sa pratique clinique et le livre de M.-A. Hays est un très bel exemple de ce que les praticiens peuvent mettre en œuvre pour soulager les souffrances psychiques là où elles se présentent.

René Roussillon

Psychanalyste, professeur à l'université Lyon 2,  
Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique

## PRÉAMBULE

L'ouvrage présente une perspective théorique et une pratique clinique dans le champ de la dépression périnatale. Ce travail a pour origine une recherche clinique conduite en maternité et à domicile il y a plusieurs années. Celle-ci visait la prévention de cette affection qui a des répercussions possibles sur le bébé et dont la fréquence (entre 10 et 20 % des jeunes mères) en fait un problème de santé publique. Depuis, j'approfondis ma réflexion au fil de l'élaboration de mon expérience clinique tant auprès des bébés que des familles, des enfants et des adultes. La formation psychanalytique offre un outil irremplaçable pour approcher le fonctionnement psychique de l'être humain, parcourir avec chaque patient le chemin de la subjectivation. Dans la clinique contemporaine, les sujets ont souvent besoin d'apaiser et de donner sens à des souffrances que l'on appelle narcissiques ou identitaires : elles ont à voir avec la construction même de l'appareil psychique, l'appareil à penser les pensées comme le formulait W. Bion (1962). Les toutes premières pensées, les débuts du langage et l'accès au symbole naissent précocement dans les relations du bébé avec son environnement. C'est à mieux connaître celles-ci que les psychanalystes sont invités, pour élargir leur réceptivité aux diverses modalités de communication consciente et inconsciente de leurs patients.

### RÉCIT D'UNE SCÈNE À LA MATERNITÉ

Je rencontre, à sa demande, la mère de deux bébés jumeaux, garçon et fille, nés après un long et douloureux parcours d'infécondité. Elle souhaite me parler de l'accouchement qu'elle n'a pas bien vécu, mais ne pas aborder d'autre sujet en présence de son compagnon et père des enfants. Je respecte les limites qu'elle me fixe. Ce premier contact a probablement facilité le suivant, deux jours plus tard. La mère alors très inquiète exprime à la consultante en lactation que sa petite fille ne la regarde pas, qu'elle n'a jamais croisé son regard et qu'elle sera autiste. Ma collègue entend son angoisse et propose que je partage avec elle et le père, une observation de l'enfant

selon la méthode de Brazelton. Il s'agit d'inviter le nouveau-né, par une attitude ajustée à ses possibilités du moment, à entrer en relation avec l'environnement : ses parents en premier lieu. Je présenterai plus en détail cette méthode dans la partie II.

Béatrice, 10 jours, est née légèrement prématurée (un peu plus de 36 semaines), de petit poids. Elle a tété un peu de lait juste avant mon arrivée. Elle est un peu somnolente dans les bras du père, qui la pose sur le lit et nous la regardons quelques instants, le temps de nous mettre dans un climat calme et recueilli (j'ai demandé à ce qu'on fasse la pénombre). Le papa me donne doucement Béatrice dans les bras, toujours somnolente ; elle se met en position fœtale et tremblote, elle me paraît toute petite et frêle. Je l'emmailote doucement pour contenir ses tremblements. Dans cet état entre veille et sommeil, elle se tourne de 180 degrés vers la voix de sa mère qui prononce son prénom, suivant de la tête et des yeux plus ou moins ouverts ; la maman fait alors un signe de tête négatif : c'est bien ce qu'elle disait, sa fille ne la regarde pas. Je ne réponds rien et poursuis : Béatrice est revenue « au centre », elle se trompe d'abord de côté lorsque son père l'appelle, ce qui la conduit à effectuer de nouveau une rotation de 180 degrés pour le trouver. Le papa se montre content, il félicite le bébé. À ce moment-là, Béatrice est dans un état éveillé peu concentré. Je décide de poursuivre, de la solliciter plus avant, voyant qu'elle reste stable : elle se contente de bâiller et ne montre ni agitation ni chute dans le sommeil. Je continue donc avec l'évocation des réflexes et les items moteurs. À plat ventre, le bébé explore sa main avec sa bouche, éveillée et calme, toute à son activité. J'attends un moment. Après la « marche » et l'appui sur les pieds, de nouveau à plat ventre Béatrice devient dynamique et rampe vigoureusement : la mère s'étonne, elle ne l'a jamais vue si active. Après les items les plus stimulants, qui ne désorganisent jamais gravement l'enfant (les seuls signes de stress sont un bâillement et deux étirements), Béatrice s'installe dans un état d'éveil actif, les yeux vifs et brillants. Elle va alors suivre le hochet et la balle rouge avec intérêt et sourires, la maman reste interdite par ce qui se passe, qu'elle n'a jamais vu et n'aurait pas cru possible. Au fil de l'observation, Béatrice est devenue plus robuste et j'ai pu enlever le maillot. Béatrice devient souple, ses mouvements sont déliés, les tremblements du départ ont disparu. Une enveloppe s'est constituée, par mon portage et l'attention que je lui porte redoublés de l'attention des autres présences : les parents, ma collègue. Béatrice a suivi tous les items. Je la tiens face à mon visage, elle a les yeux brillants, sourit même à la voix, semblant me demander à quoi nous allons jouer maintenant. La mère prononce quelques mots et ma collègue remarque que Béatrice a initié un mouvement de tête vers sa mère (située à côté de moi, un peu en arrière – elle est demi-assise sur le lit, je suis assise au bord). Je tourne alors légèrement pour permettre l'orientation du bébé vers la mère. À notre surprise et émotion, nous voyons Béatrice tendre non seulement son visage vers sa mère, mais aussi ses petits bras, bien fort : les mains, tout au bout, en ont un petit tremblement. Elle maintient son geste pendant plusieurs secondes ; la mère se met à pleurer, elle la prend dans ses bras. Le père dit : « Ça y est,

tu as rencontré ta fille.» Béatrice placée près du sein se met à téter, une tétée de bonne qualité qui contraste avec d'autres tétées beaucoup plus laborieuses et qui inquiétaient également la mère par leur peu de dynamisme. Nous avons également remarqué les froncements de sourcils et fermeture des yeux de Béatrice lorsqu'elle entendait son frère pleurer, comme si ce bruit de pleurs la gênait. La maman avait raison, de quelque manière : Béatrice, de tempérament plutôt calme, avait tendance à somnoler, se refermer plutôt que protester, ne pas se manifester... Et se faire oublier comme disait la mère. Mais l'interprétation « autisme » réduisait considérablement la capacité de la mère à attirer son bébé vers elle en prenant en compte les particularités de l'enfant, qui cependant n'attendait qu'une ouverture pour s'élancer vers sa mère.

De cette scène à visée clinique préventive, je peux extraire l'essentiel des hypothèses qui ont guidé ma recherche clinique sur la prévention des dépressions précoces du post-partum. Ces dépressions s'installent dans les semaines qui suivent immédiatement la naissance, et leur pic se situe deux à trois mois plus tard. Voici ces hypothèses.

Les difficultés de contact avec le bébé font le lit de la dépression du post-partum (DPP) : la mère se sent incapable d'établir un lien émotionnel avec le bébé ou encore, elle se sent incapable de donner les soins qui sont indissociablement physiques et psychiques à cet âge de la vie. La DPP serait donc un trouble du tissage du lien avec le bébé. Ce trouble se situerait entre la mère et l'enfant, dans ce qui peine à se lier entre eux.

Elle s'inscrit et prend sens dans l'histoire de vie de la mère comme dans le contexte actuel : personnel, conjugal, familial, social et culturel. Pour la femme en chemin vers l'identité de mère, certains événements ou aléas prennent la valeur d'un traumatisme psychique entravant sa créativité.

Lorsqu'une mère se déprime, elle désespère d'être capable de s'ajuster à son bébé, de le comprendre. Il lui est difficile de s'adapter à ses modes primitifs de communication ; ses aptitudes à s'affecter de son enfant, c'est-à-dire donner vie aux comportements du bébé en les habillant d'une large palette d'émotions, sont rétrécies par l'angoisse qui accompagne ou précède la dépression.

Elle peine en même temps à se voir comme mère, se sentir mère. D.W. Winnicott (1971c) a découvert la fonction miroir de la mère : le bébé se voit dans le visage de la mère qui le regarde. Ce processus de réfléchissement qui fonde le narcissisme primaire ne s'organise pas bien lorsqu'une dépression post-natale apparaît. S. Lebovici (1983) a complété la métaphore de D.W. Winnicott en montrant que le bébé, en regardant la mère, la fait se sentir mère. C'est lui qui agit sur la mère. Le processus de réfléchissement apparaît alors comme bi-directionnel et en abyme : le bébé voit la mère le regarder la regardant, aimait-il à dire.

Les travaux des dernières décennies ont dévoilé les compétences précoces des bébés à la communication, mais les avancées les plus récentes soulignent qu'elles ne s'expriment que dans le lien avec un autre, un proche, qui s'adresse au bébé avec empathie. Si c'est à la mère que revient très couramment cette place (cette configuration est la plus étudiée en tout cas), le père et d'autres membres de l'environnement sont à même de remplir cette fonction. Le bébé peut lui aussi réduire ses potentialités de communication, se retirer, rétrécir la variété de ses expressions : A. Carel (2012) a nommé cette situation réciproque la co-dépression mère-bébé. L'ensemble de la cellule familiale se trouve affecté par une dépression post-partum. La sensibilité des bébés est variable, d'un bébé à l'autre et d'un moment à l'autre chez le même nourrisson. Elle n'a pas de signification en soi, sinon peut-être la description du tempérament ; elle prend sens dans le lien qu'elle va permettre de tisser avec l'autre. C'est pour cela que la notion de lien mérite peut-être de faire partie des concepts du troisième type dont parle F. Guignard (2014). Ce sont des concepts ouverts qui rendent compte des processus, des mouvements, de la cinétique de la vie psychique.

L'attention portée à l'enfant et à la mère ne peut se penser que dans leur relation au père et à la fonction paternelle. L'horizon de notre travail clinique, qui est en même temps une condition de son exercice, est l'efficacité d'un espace tiercéisé dans lequel s'exercent des fonctions pontiques (Resnik, 2000) entre les parents et l'enfant.

Ces hypothèses théorico-cliniques m'ont conduite à penser un dispositif de soin susceptible de prévenir ou d'atténuer la dépression du post-partum. Il doit s'accorder avec la problématique pour avoir une chance d'être pertinent. S'il s'agit bien, dans la dépression post-partum, d'une mise en péril du processus de réfléchissement dans les liens premiers, nous proposons qu'un dispositif qui aide la mère à voir les potentialités de communication de son bébé et qui soutient le bébé dans l'expression de celles-ci, sera susceptible de contenir la dépression. Mais permettre à la mère d'atteindre le non-vu, le non-perçu ou le non-perceptible de son bébé, lui offrira en même temps de découvrir une part de ce qu'elle ne peut pas voir, pas sentir, pas percevoir d'elle-même. Cet élargissement, trophique pour le moi, contribue à atténuer la dépression.

Le dispositif que j'ai conçu et expérimenté repose sur l'observation partagée, telle que l'illustre la scène clinique du début de ce texte. Il oblige à penser la place et l'attitude de l'observateur. Contentons-nous pour le moment de noter qu'il s'agit pour celui-ci d'être un passeur de liens : il ouvre la voie aux capacités associatives. Celles-ci sont au fondement du fonctionnement de l'esprit humain et de tout dispositif clinique

(Roussillon, 2012a). Je reprendrai en détail dans la partie II cette question du dispositif.

Les dépressions du post-partum ont une histoire, comme je l'écris plus haut ; un certain nombre d'entre elles ont été précédées par des troubles à expression somatique ou émotionnelle pendant la grossesse. Ceux-ci ont été plus récemment reconnus et nommés dépression pré-partum par la communauté scientifique. Peut-on parler d'un trouble du lien au fœtus pendant la grossesse ? Que se passe-t-il ? J'aborderai ces questions avec l'étude détaillée d'un cas clinique dans la partie III.

La dépression périnatale a d'abord été reconnue chez la mère qui a été jusqu'à récemment le partenaire principal du bébé et souvent dévolu à ses soins par la culture et les habitudes familiales. L'évolution actuelle de la famille et par conséquent du statut du père, ont rendu visibles ou ont fait émerger des troubles anxiodépressifs chez les pères en période périnatale. En partie IV, Anne-Marie Ballain exposera l'évolution d'un jeune homme qui a demandé une psychothérapie au moment où, s'étant engagé dans une relation stable avec une jeune femme, il envisageait sa paternité avec angoisse et souhaitait comprendre ce qui lui arrivait. C'est ainsi que nous le verrons emprunter le chemin de la paternalité : ce néologisme a été calqué sur celui de maternalité d'abord introduit par P.C. Racamier en 1961 pour décrire les processus psychiques à l'œuvre dans le devenir mère.

- TREVARTHEN, C. 2016. « Les rythmes de la relation : la vie commence dans un partage de récits », Avignon, Colloque de l'ARIP.
- TRONICK, E. ; ALS, H. ; ADAMSON, L. ; WISE, S. ; BRAZELTON, T.B. 1978. « The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interactions », *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, vol. 17, p. 1-13.
- TRONICK, E. ; WEINBERG, M. 1998. « À propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé », dans Ph. Mazet, S. Lebovici (sous la direction de), *Psychiatrie périnatale*, Paris, Puf, p. 299-333.
- VAMOS, J. 2012. « Le temps du tâtonnement », *Spirale*, vol. 63, n° 3, p. 23-30.
- VAMOS, J. ; CSATARI, I. 2003. *Le temps de bébé, baignés et soins (sollicitude, empathie, savoir-faire)*. Film DVD n° 24, Association Pikler Lóczy-France.
- VERMOREL, H. 1996. « Refoulement et clivage dans l'hystérie », *Revue française de psychanalyse*, n° 5, p. 1669-1677.
- WATILLON-NAVEAU, A. 1994. « L'impact de la méthode d'observation de la relation mère-enfant sur les mères et leurs bébés », *Devenir*, vol. 6, n° 2, p. 105-111.
- WINNICOTT, D.W. 1941. « L'observation des jeunes enfants dans une situation établie », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 37-56.
- WINNICOTT, D.W. 1947. « La haine dans le contre-transfert », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 72-82.
- WINNICOTT, D.W. 1948. « La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 82-89.
- WINNICOTT, D.W. 1951. « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 169-186.
- WINNICOTT, D.W. 1952. « Psychose et soins maternels », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 187-197.
- WINNICOTT, D.W. 1954-1955. « La position dépressive dans le développement affectif normal », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 231-249.
- WINNICOTT, D.W. 1956. « La préoccupation maternelle primaire », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 285-291.
- WINNICOTT, D.W. 1957. *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot.
- WINNICOTT, D.W. 1957. « Contribution de la psychanalyse au travail des sages-femmes et des puéricultrices », dans *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot, 1992, p. 101-115.
- WINNICOTT, D.W. 1960a. « La théorie de la relation parent-nourrisson », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989, p. 358-378.
- WINNICOTT, D.W. 1960b. « Distorsion du moi en fonction du vrai et du "faux" self », dans *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970, p. 115-131.

- WINNICOTT, D.W. 1961. « L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque », 1989.
- WINNICOTT, D.W. 1963a. « Elaboration de la capacité de sollicitude », dans *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970, p. 31-42.
- WINNICOTT, D.W. 1963b. « Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu », dans *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970, p. 43-54.
- WINNICOTT, D.W. 1965. *La famille suffisamment bonne*, Paris, Payot et Rivages, 2010.
- WINNICOTT, D.W. 1967. *La nature humaine*, Paris, Gallimard, 1990.
- WINNICOTT, D.W. 1971a. « La créativité et ses origines », dans *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975, p. 91-119.
- WINNICOTT, D.W. 1971b. « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications », dans *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975, p. 120-131.
- WINNICOTT, D.W. 1971c. « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », dans *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975, p. 153-162.
- WINNICOTT, D.W. 1975. « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle revue de psychanalyse*, vol. 11, p. 35-44.
- WINNICOTT, D.W. 1987-1988. *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot, 1992.