



Revue Internationale de Psychanalyse du Couple et de la Famille ISSN
2105-1038

N° 33-2/2025
Évolutions des pratiques
en thérapie familiale psychanalytique périnatale

Transmission et transformation des groupes au contact du bébé
Marthe Barraco De Pinto*

*[Reçu: 17 juillet 2025
accepté: 25 octobre 2025]*

Résumé

Après une reprise de quelques conceptualisations concernant la construction psychique du bébé, l'autrice s'attache à repérer comment le groupe familial humanise le nouveau-né en l'inscrivant dans la chaîne des transmissions générationnelles et comment la venue du bébé va impacter tout le fonctionnement de ce groupe familial. Les professionnels au temps périnatal vivent aussi des particularités dans cette rencontre avec le bébé qu'il est important de prendre en compte dans un travail de réflexion continue.

Mots-clés: groupe familial périnatal, subjectivation, transmission, transformation.

Resumen. *Transmisión y transformación de los grupos en contacto con el bebé*

Tras revisar una serie de conceptualizaciones relativas a la construcción psíquica del bebé, la autora se propone identificar cómo el grupo familiar humaniza al recién nacido al incluirlo en la cadena de transmisiones generacionales, y cómo la llegada del bebé repercutirá en todo el funcionamiento de este grupo familiar. Los profesionales perinatales también

* Psychologue clinicienne. Thérapeute de jeunes enfants, thérapeute de famille et de couple. Membre de PSYFA (ex-coprésidente). Membre co-fondateur de la SIPFP (Famille et Périnatalité). mabadep@wanadoo.fr
<https://doi.org/10.69093/AIPCF.2025.33.04> This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License \(CC BY\)](#).



experimentan particularidades en sus encuentros con los bebés que deben tenerse en cuenta como parte de un proceso continuo de reflexión.

Palabras clave: grupo familiar perinatal, subjetivación, transmisión, transformación.

Summary. *Transmission and transformation of groups in contact with the baby*

After reviewing a number of conceptualisations concerning the psychic construction of the baby, the author sets out to identify how the family group humanises the new-born baby by including it in the chain of generational transmissions, and how the arrival of the baby will impact on the entire functioning of this family group. Perinatal professionals also experience particularities in their encounters with babies that need to be taken into account as part of an ongoing process of reflection.

Keywords: perinatal family group, subjectification, transmission, transformation.

Introduction

L'homme, nous dit Freud (1914, p. 85), «mène une double existence, en tant qu'il est à lui-même sa propre fin et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté, ou du moins sans l'intervention de celle-ci». Le groupe familial qui accueille le nouveau-né, puis l'élève, l'intègre dans cette chaîne qui est d'emblée celle des générations et de la culture. C'est ainsi que l'enfant se constitue comme sujet. Le groupe familial qui ouvre un "berceau psychique" en périnatalité se situe à l'articulation du psychique et du social. L'enfant se retrouve en contact avec les "bébés internes de la famille".

Nous nous proposons d'évoquer en quoi le groupe familial, avec toute son histoire, est facteur de transmission, permettant à l'enfant de s'humaniser, de se subjectiver. Nous verrons également quelles sont les conséquences de la naissance du bébé sur son environnement, c'est-à-dire comment l'arrivée du bébé restructure son groupe familial et quelles sont les particularités du fonctionnement d'un groupe quand il y a présence d'un bébé.

Pour ce faire, nous reprenons rapidement quelques pistes conceptuelles qui sont des postulats de base pour se représenter la construction psychique d'une nouvelle famille et celle du petit d'homme. Puis nous expliciterons comment l'approche familiale et groupale de ces questions nuance, enrichit et développe notre compréhension du bébé dans sa famille.



Les transmissions du groupe familial au bébé

Depuis que le bébé est vu comme une personne, la question s'impose de comprendre comment il acquiert la pensée et comment il devient sujet pensant, capable de parler en disant "Je". Le fœtus et son vécu sont aussi de plus en plus pris en compte.

Des recherches multiples se sont penchées sur ces interrogations telles que l'observation du bébé sous des formes diverses (Lamour, Barraco, 1999), jusqu'à l'utilisation des neurosciences, etc. L'étude du bébé impose la transversalité des approches et réduit les clivages "corps-esprit" pour considérer qu'un bébé pense avec son corps: «Nous venons au monde par le corps et par le groupe», nous dit Kaës (1993, p. 285).

Mais le petit d'homme ne peut acquérir progressivement une capacité de penser et de se penser que s'il est reçu dans un environnement favorable et humanisant qui va d'abord le rêver, puis penser pour lui. L'entourage lui prête un "appareil à penser" avant qu'il le construise pour lui-même. Les adultes qui l'accueillent sont eux-mêmes porteurs d'une histoire personnelle et générationnelle; ce sont des êtres pensants, individués et sexués, mais inscrits dans un groupe et une culture qui va imprégner l'enfant.

C'est dans ce creuset, avec la captation de toutes ces transmissions, de toutes ces influences, que le petit va se construire, à partir aussi de ses compétences et de ses capacités plus personnelles, comme son équipement, son tempérament, sa pulsionnalité. Ce cheminement se fait dans un mouvement dialectique d'intégration en allers-retours imbriqués.

Il est banal de rappeler ici les apports divers qui ont nourri la réflexion sur la construction de la subjectivité. Le focus s'est d'abord porté sur la dyade mère-bébé, puis sur la triade mère-père-bébé, pour s'intéresser ultérieurement au bébé dans le groupe familial en son entier dès les remaniements vécus par ce groupe pendant la grossesse puis à l'arrivée d'un enfant.

La description de la mère suffisamment bonne, décrite par Winnicott, s'applique aussi bien au père qu'aux autres personnes de la famille (voire aux institutions ou aux soignants de la périnatalité et de la petite enfance) qui sont amenées à prendre soin du bébé. Un processus particulier se développe chez les adultes qui accueillent le nourrisson pour organiser cette enveloppe favorable à la construction de la psyché du petit d'homme: on observe un mouvement de régression dans les familles qui est nécessaire pour retrouver un contact avec des vécus infantiles primaires. Cet état va



permettre de s'identifier au bébé pour répondre à ses besoins et il se met en place pour toute la famille car l'identification au bébé joue pour tout le groupe.

De même, la "désintoxification" dont parle Bion (1962), qui est la transformation de vécus bruts éventuellement catastrophiques ou d'"éléments bêta" venant de l'enfant en "éléments alpha", se fait grâce à la capacité de rêverie de la mère. Mais cette transformation implique aussi le groupe-famille: le père, les personnes de l'environnement du bébé (fratrie, grands-parents, etc.).

Les éléments bêta étant des impressions sensorielles non assimilées et les éléments alpha étant des impressions organisées, réutilisables dans le groupe. Une régression psychique groupale s'observe qui permet cette identification aux besoins du bébé et y répondre de manière relativement adéquate. Le bébé trouve, dans ce cocon familial adapté, des réponses à ses besoins. Petit à petit s'instaure un accordage groupal.

Cette communication entre adulte et bébé à ce niveau psychique, suppose que l'adulte puisse se départir sans danger de ses défenses habituelles, pour puiser dans l'archaïque de sa propre construction psychique. C'est la possibilité de vivre un certain fonctionnement primaire pour retrouver ces traces infantiles et s'en servir, dans des identifications au fonctionnement psychique naissant du petit, en lui offrant un certain filtre:

Ainsi, les vécus d'expression cataclysmique du nourrisson, prennent forme, prennent sens et s'apaisent. L'enfant reçoit et apprend de ses parents, de sa famille, de ce qui les bouleverse et fait conflit pour eux, de ce qu'il en est de leurs histoires, de leurs attachements, de leurs "bébés internes"... Il reçoit aussi en partie, ce qu'il en est de leurs peurs et fantasmes, même si cette connaissance est implicite et se base sur des manifestations qui impliquent le corps de l'adulte et ses expressions affectives. Ces indications vont donner, au fur et à mesure du temps qui passe, du plaisir ou du déplaisir à l'enfant, de l'autorisé ou de l'interdit, du partageable et du dicible, mais également du non-dit et des souffrances.

La transmission se fait certes par des mots, mais aussi par le ton, les silences, les mimiques... Les attitudes corporelles d'accompagnement ou de réserve de l'adulte vis-à-vis de ce qu'exprime le bébé montrent ce que le parent vit au contact du bébé, comme ses angoisses... ses défenses... Le dialogue tonique pour le bébé est essentiel et raconte autant que les mots, ce que l'adulte qui le porte ressent ou ce que le groupe qui l'enveloppe transmet... Ainsi, petit à petit, le bébé devient capable de rassembler des sensations éparses qu'il reçoit de la famille et de son entourage, pour faire la différence entre ce qui arrive d'un intérieur et ce qui arrive de l'extérieur.

Cette ambiance dans la famille va participer au développement favorable du bébé. L'harmonie entre la mère et le bébé a été particulièrement bien décrite par Stern (1985) dans les termes d'accordage pour décrire cette rencontre intersubjective où



les ajustements sont nombreux. L’auteur a développé cette observation en se centrant sur la mère et le bébé. Mais cet accordage joue aussi entre le père et le bébé et pour chaque personne qui prend soin de l’enfant. On peut également dire que de nombreux accordages ont lieu dans la famille et que tout le groupe familial va tisser un accordage avec le bébé (Darchis et coll., à paraître, 2026).

Il ne s’agit pas d’être parfaitement ajusté aux sollicitations du bébé, car l’analyse des interactions montre qu’aux trois quarts, les interactions sont surtout des tentatives d’adaptation laissant la possibilité au petit de vivre des retraits. Mais des scansions rythmées assurent la continuité et nous connaissons l’importance du rythme dans les soins prodigués à l’enfant. Dans des soins primaires adaptés, la continuité, le rythme, la réponse, d’abord immédiate des parents, puis peu à peu différée, apportent les possibilités d’un vécu répétitif apaisant, que le bébé va pouvoir anticiper. Le rythme va jouer un rôle essentiel: rythme qui scande les réponses aux tensions comme celles provoquées par la faim ou liées aux besoins de rapprochés corporels.

Ce sont les parents et, plus globalement, l’entourage familial du bébé ainsi que les professionnels de la petite enfance qui vont l’aider à s’organiser en lui proposant des réponses à ses tensions, à ses besoins d’attachement. Sur cette base de sécurité et dans un vécu de continuité, le bébé peut attendre l’objet qui a disparu un temps sans s’évanouir. Un “Après” existe. Si le nouveau-né n’a qu’un petit passé, il s’inscrit dans la grande histoire de sa famille. Il n’a pas de représentation du futur, mais son groupe l’accueille dans une vision et dans une chaîne générationnelle s’ouvrant vers l’avenir. C’est surtout le rythme des présences-absences vécues dans la continuité qui assure la construction de la trame temporelle.

Ajoutons que ces rythmes sont une expression du style familial et culturel. Ici, le bébé est mis dans une chambre très silencieuse, pris peu de temps dans les bras... Là, il est continuellement sur le dos de sa mère et participe à tous ses déplacements... Ailleurs, il est bercé, pour l’aider à s’endormir, dans un hamac et enveloppé de musique... Le portage que reçoit le bébé est différent selon les cultures et selon son sexe (Stork, 1986).

Une place particulière doit être donnée aux berceuses. La berceuse est souvent perçue comme le chant qui calme le bébé, l’aidant à s’endormir. La mère, comme le père, câline l’enfant avec la voix et le berce dans les bras. Le chant paternel est entendu comme plus rythmé et il est bien apprécié des bébés. Chacun peut bercer.

La berceuse tient un rôle tout à fait particulier dans les moments de rencontre. Elle s’adresse au petit en utilisant le chant et les “bouts rimés” mis en musique; elle se déploie dans un contact important, dans le regard à regard ou le toucher des bras et des corps, qui rythme le chant. Les jeux vocaux expressifs engagent l’affection du parent pour son bébé et confortent la curiosité innée de l’enfant pour l’interaction humaine. La berceuse offre un moment intégratif quand le portage du bébé est



adéquat, avec une pression suffisamment serrée mais pas trop, avec la voix qui chante. Le bébé est alors globalement enveloppé. C'est parfois d'autres personnes qui chantent la berceuse, enveloppant également le bébé d'une peau sonore et tactile. Il expérimente ainsi une certaine délimitation externe qui l'accompagne à ressentir les contours de son propre corps et à se différencier (Bick, 1964). De même, le mouvement qui escorte le chant participe à cette appréhension pour le bébé d'un au-delà de son corps.

La berceuse renforce également les liens affectifs entre les adultes et les enfants; elle participe à apporter du bien-être au bébé et, par là même, elle participe à la construction des liens d'attachement. Elle calme, elle raconte (Barraco, Gane, 2022). Dans leur modestie littéraire et même grâce à cette simplicité, les berceuses et leurs courtes histoires représentent une des premières transmissions orales offertes à l'enfant. Elles lui ouvrent le monde tout en le soutenant dans sa construction identitaire. Elles construisent une enveloppe culturelle autour du bébé (Konicheckis, 2008). D'emblée, c'est toute une transmission d'une façon de vivre le groupe, qui lui est donnée. Ces berceuses sont un prélude aux contes qui lui seront racontés plus tard.

Le bébé se rassemble en quelque sorte en s'appropriant, en intériorisant, ces premières sensations éparses. Les identifications se mettent en place également. L'enfant va d'abord "incorporer" ces objets primaires ou éprouvés qui passent par sa peau, ses oreilles, ses yeux. Puis, il va progressivement les "introjecter"; il s'approprie l'image parentale au fond de soi; la capacité à anticiper et à se séparer est au travail. L'enfant pourra ainsi supporter les petites discontinuités ou l'éloignement progressif de ses parents. Il se rassemble, en quelque sorte, en s'appropriant, en intériorisant, ces premières sensations éparses; en les faisant siennes, il s'unifie.

Autant l'introjection va alimenter l'enfant et le construire à travers des identifications multiples, autant l'incorporation qui perdure le laissera dans la répétition du même, dans le raté de l'introjection (Abraham et Torok, 1978) qui entravera son évolution et sa singularité.

La transmission, de manière générale, passe par de l'explicite et de l'implicite, par des comportements, par le langage et par de l'inconscient. L'enfant à naître est porteur d'anticipations conscientes et inconscientes venant de tout le groupe familial qui l'accueille, le rêve, l'investit et lui permet de devenir un sujet parlant (Kaës, 1993).

À sa naissance, l'enfant a besoin en quelque sorte d'être "adopté", pour être affilié, et en retour, il s'inscrira dans cette affiliation (contrairement à l'enfant psychotique qui rencontrera des difficultés dans cette place). Au départ, il rentre dans le groupe dans un premier vécu "d'indifférenciation" qui a fait dire à Jean Lemaire tout au



long de son enseignement (2001) ainsi qu'à René Kaës (1993) qu'un "NOUS" précède le "JE". André Ruffiot avait déjà montré comment le corps psychique familial accueille le bébé afin qu'il s'ancre dans la filiation et sur un terreau groupal: "On est tissu avant d'être issu" (Ruffiot, 1981). Selon lui, "l'appareil psychique familial", en résonance avec la notion "d'appareil psychique groupal" de R. Kaës, a comme fonction essentielle de contenir les psychismes individuels. Cet appareil a une fonction onirique: la "fonction alpha" de la mère partagée par tous les membres de la famille, et il s'actualise fortement à l'arrivée du bébé.

Le moi psychique du début de la vie est un moi sans frontières corporelles, un moi flou dont la délimitation se fera par l'habitation progressive du corps (Winnicott, 1975). Ainsi, l'enfant vient au monde et advient au monde grâce à cette enveloppe qui constitue un narcissisme groupal. «C'est au fond de cette relation-fusion que s'amorce la vie psychique du futur humain, laquelle précède en lui ce qui deviendra l'ébauche du noyau qui formera le MOI» (Lemaire, 2001, p. 8).

Mais tous les travaux portant sur le développement du bébé montrent combien c'est également de manière précoce que les processus de différenciation sont à l'œuvre chez lui, de manière subtile tout d'abord, puis repérable par la suite. Encore faut-il que ce travail vers la singularité d'un sujet soit accompagné par les adultes. Cette différenciation sera progressive, lente; elle construit l'identité personnelle qui n'est jamais achevée de façon figée.

La formulation de Golse concernant le processus de subjectivation propose une synthèse de ces processus: «La subjectivation apparaît comme une intériorisation des représentations intersubjectives, soit, chez le bébé, comme une intériorisation progressive des représentations d'interactions, mais avec une injonction graduelle dans le système de la dynamique parentale inconsciente, de toute histoire infantile des parents, de leur conflictualité œdipienne, de leur histoire psychosexuelle, de leur problématique inter et transgénérationnelle et de tous les effets d'après-coups qui s'y rattachent» (Golse, 2017, p.121-136).

Impact de la venue d'un bébé sur le groupe familial

Le couple et la famille vont généralement s'ajuster avec souplesse aux grands changements que l'arrivée d'un bébé entraîne. Mais la décompensation de l'un ou de l'autre membre du couple peut advenir aussi à partir de cette confrontation au "tiers" que représente le bébé et peut faire éclater le couple. Quand "l'enfant paraît", le partenaire se découvre et l'autre le redécouvre. Dans le choix amoureux qui préside à la construction d'un couple pérenne, la question se pose de savoir si on a "choisi" le bon futur père ou la bonne future mère de ses futurs enfants. Des



mécanismes inconscients sont en jeu dans les choix du partenaire et de ces accordages. Les collusions inconscientes, qui cimentent le lien de couple, peuvent être mises à mal ou effractées au moment de la venue d'un enfant. Les histoires personnelles de leur développement psychoaffectif et les histoires générationnelles de chacun vont se réveiller et jouer, pour offrir une issue heureuse, ou non, à la construction de leur famille naissante.

La période périnatale ouvre les portes d'une temporalité spécifique où le passé, le présent et l'avenir sont conviés pour permettre la construction de la nouvelle famille. Ce temps de la grossesse et du périnatal est une période qui construit un groupe, une famille. Il favorise la crise nécessaire pour permettre la régression et la déconstruction, puis la progression et la construction: mouvements indispensables au cours du "voyage psychique familial" qui réaménage de façon maturative la psyché individuelle, mais aussi l'organisation groupale: «Revisiter le passé n'est pas seulement imaginer: c'est aussi revivre des états émotionnels, réactualiser des comportements infantiles et ressusciter des vécus anciens, pour faire du nouveau. Ces retrouvailles avec le passé ancrent la nouvelle famille dans des racines, et ceci afin de mieux construire l'avenir» (Darchis et coll., 2024, p. 19-35). «Il s'agit d'un processus groupal au cours duquel sont retrouvés, partagés (avant d'être transformés) les vécus anciens et les expériences ressenties par les personnes de la famille dont on fait partie» (Darchis, 2016, p.7).

Cela étant, le passé a pu avoir été impacté par des traumatismes non élaborés et des secrets ont pu s'installer. Ces événements anciens et leurs éprouvés douloureux maintenus sous silence dans les familles (incestes, bâtardises, abandon, deuils non élaborés, honte...) vont tenter, malgré tout, de refaire surface dans cette période périnatale et de s'exprimer et d'autant plus fortement qu'ils avaient été vigoureusement tus et dissimulés, écartés ou refoulés (Darchis, 2018). Le négatif ancien cherche ainsi des voies de dégagement pour se raconter, pour s'élaborer, car il y a ici aussi urgence à transmettre. Mais, parfois, la seule solution de ce retour est une expression archaïque, avec ses bizarreries, ses hallucinations ou ses délires, dont les contenus déguisés tentent de dire l'irreprésentable ou l'impensable, l'effroyable qui n'a pas été parlé autrefois. Anciens traumatismes, blessures groupales, conflits profonds non dépassés, deuils non faits qui se logeaient dans l'inconscient du groupe famille, s'actualisent dans la confusion des générations. Tisseron (1995) définit ainsi une "filiation des traumatismes non surmontés" dans la mesure où le sujet est alors impuissant à élaborer les événements et à se les approprier. Le fonctionnement psychique est affecté d'une façon qu'Abraham et Torok (1978) ont désignée sous le terme de "travail du fantôme au sein de l'inconscient". Sans élaboration sur ces non-dits anciens ou sans mise en mots sur les secrets qui ont barré l'accès à la représentation, de nouveaux modes de fonctionnements archaïques peuvent se



prolonger dans les répétitions infinies du silence et de l'aliénation des liens familiaux.

Dans ces situations, la loi du silence familiale entrave la réorganisation familiale et empêche le futur ou jeune parent de se réapproprier le matériel de son enfance ou de celui légué par les générations précédentes. Evelyn Granjon (1989) appelle "transmission psychique transgénérationnelle" cette difficulté, voire l'impossibilité, à transformer ce qui est transmis, à la différence de l'intergénérationnel. Les éléments issus du silence et en souffrance de symbolisation restent des traces sans mémoire ou des débris transgénérationnels se déplaçant néanmoins d'une génération à l'autre.

Le bébé va être fortement impacté par ces défauts dans la transmission: non-symbolisation, enkystements issus des psychismes des ancêtres logés dans des espaces peu accessibles. Il risque de devenir dépositaire de ces souffrances transmises qui resurgissent car il est un véritable attracteur. Nous assistons alors à des bouleversements dans la famille, dans le couple, symptômes surgissant chez l'un ou l'autre des protagonistes depuis les décompensations des adultes jusqu'aux symptômes chez le bébé en souffrance.

Vignette clinique

Cette courte vignette clinique illustre comment une difficulté chez le bébé exprime un vécu familial souffrant. Nous ne développons pas en détail ici le soin apporté.

Alain est un bébé de 4 mois "raide comme une bûche", déclare sa mère qui vient consulter un psy sur les conseils du pédiatre. Le père est présent, mais plutôt silencieux. Alain ne semble jamais se détendre: même pas dans son bain et il pleure beaucoup avec des gémissements. Des inconforts physiques ont été recherchés, puis écartés. La mère, Sandra, 24 ans, est épuisée, inquiète. Le père, Pascal, 23 ans, est démuni. Ce couple jeune est assez isolé familialement et socialement.

Les séances avec cette famille mettent en évidence, entre autres, une alliance entre ces deux parents pour se protéger ensemble contre des vécus d'abandon. Ils ont tous deux subi le divorce de leurs parents avec un éloignement de leurs pères, assez radical. Sandra avait alors 8 ans, et Pascal 6 ans.

Pascal se souvient peu de sa vie d'enfant quand ses parents vivaient ensemble. Il se souvient de disputes et d'un soulagement quand il s'est retrouvé seul avec sa mère. Mais les conflits entre ses parents ont persisté après le divorce, ce qui n'avait jamais permis de rencontres sereines avec son père. Elles se sont vite étiolées et se réduisent aujourd'hui à des vœux de bonne année. Ce grand-père paternel ne connaît pas encore le bébé Alain. Il a été mis au courant de cette naissance par un faire-part.



Sandra n'a revu qu'une seule fois son père, à ses 18 ans. Il vivait depuis longtemps à l'étranger, mais avait toujours versé une certaine somme d'argent pour son éducation. De passage en France, il avait voulu lui verser encore une somme sur son compte puisqu'elle était devenue majeure. Sandra avait tout refusé, mettant en question le peu d'intérêt qu'il avait pour elle, puisqu'il ne l'avait pas revue depuis dix ans. Son père est mort deux mois avant le début de la grossesse. Sandra ne s'est pas rendue aux obsèques.

Des modalités de vie s'avèrent différentes pour Sandra et Pascal. L'une a passé son enfance avec ses deux plus jeunes sœurs et une mère absorbée par un travail difficile laissant beaucoup de responsabilités à l'aînée; l'autre est fils unique avec une mère introduisant plusieurs "beaux pères" auxquels il valait mieux ne pas s'attacher car, d'expérience, ils disparaîtraient vite. La mère de Pascal avait elle-même perdu son propre père, mortellement accidenté quand elle avait 2 ans. Elle avait connu des placements en foyers d'accueil.

Il nous a semblé que la raideur d'Alain illustrait les cercueils devant lesquels les uns et les autres n'avaient pas pu s'incliner et dire adieu aux défunts. Quand un certain retour sur ces deuils a pu être parlé, quand des soins au corps de l'enfant ont pu se mettre aussi en place (massage, accompagnement du temps des bains par une puéricultrice), la raideur d'Alain s'est atténuée et a disparu, la nouvelle famille a pu se détendre.

Le groupe familial qui se recompose avec la naissance d'un bébé subit donc de véritables mutations et parfois de grandes désorganisations souffrantes trouvent à s'élaborer.

Le bébé dans les groupes d'accueil et de soins

Les groupes d'accueil ou de soins qui entourent le bébé ont aussi un fonctionnement particulier dû à la présence de ce petit être dépendant, dont ils ont une responsabilité vitale et qui les sollicite au plus profond de leur construction psychique.

Ces groupes réagissent fortement quand le bébé montre des signes de souffrance dans la sphère relationnelle – comme du retrait, de l'apathie –, dans la sphère somatique – comme des stagnations du développement – ou dans son organisation tonique – comme une hypo- ou une hypertonie, etc. Quand le bébé est impacté par de la négligence parentale, quand sa famille est perçue en difficulté, les professionnels sont traversés par des émotions qui peuvent les amener à des dysfonctionnements. Dans les situations qui font craindre aux professionnels que les besoins du bébé ne sont insuffisamment pris en compte par sa famille, les soignants sont pris dans des identifications diverses: soit ils se sentent touchés par la



vulnérabilité des parents et risquent de minorer les souffrances du bébé et de les banaliser, soit ils sont très sensibles aux défaillances parentales et vivent, en identification à l'enfant, des souffrances insupportables pour eux. Ils peuvent alors sur-réagir, prendre des décisions de placement de l'enfant, de manière trop hâtive, par exemple. Il paraît essentiel de pouvoir prendre du temps dans ces situations (sauf si le vital est concerné), de prendre en compte les effets des aides apportées à la famille et de noter l'évolution de l'enfant. Il est important de penser qu'aucun professionnel ne détient la vérité.

Vignette clinique

Synthèse entre deux services: psychiatrie-adulte et pédopsychiatrie

Les protagonistes sont un psychiatre du service adultes, un pédopsychiatre, une psychologue et une éducatrice jeunes enfants du service de pédopsychiatrie.

Le psychiatre, qui connaît la mère depuis qu'elle est adolescente, la rencontre sans son bébé, la plupart du temps. Quand Yvon est présent, il dort.

La pédopsychiatre, qui intervient depuis deux mois seulement, sur l'indication d'une puéricultrice, rencontre mère et enfant dans son lieu de consultation. Ces conditions sont les plus favorables pour la mère qui s'est habillée correctement pour sortir et a soigné son bébé mieux que d'habitude. À ces moments-là, Madame se montre plus disponible pour Yvon.

L'éducatrice va à domicile et fait plusieurs accompagnements vers le centre pédopsychiatrique.

La psychologue se rend aussi au domicile pour une observation du bébé et un entretien avec Madame.

Madame a 23 ans, elle vit avec son bébé, Yvon, qui a 10 mois au moment de cette réunion, et une fille aînée de 3 ans. Elle n'a pas de soutien, ni de ses parents ni des deux pères de ses enfants, qui ont disparu de sa vie.

Le développement d'Yvon est inquiétant: stagnation en dessous de la moyenne de sa courbe staturo-pondérale, retard dans son développement moteur: Yvon est très statique au tapis, il se retourne à peine, ne tient pas assis, ne se déplace pas. On note, depuis ses 2 mois, un léger intérêt pour les soignants qui le voient à son domicile et tentent de rentrer en contact, mais il répond parcimonieusement: ses vocalises et ses sourires sont rares. Il paraît lointain, voire en dépression.

Madame a du mal à faire face à ses obligations maternelles, le logement est désorganisé. Il y règne une certaine saleté des lieux et des personnes: les enfants sont mal tenus, les repas sont aléatoires... Il semble que Madame s'alcoolise. C'est une jeune femme fluette qui semble perdue, elle est touchante, mais dépassée.



Au cours de cette synthèse, les désaccords sont importants entre le psy-adulte et le service de pédopsychiatrie. Le médecin, pédopsychiatre, est moins catégorique sur les dysfonctionnements des soins à ce bébé que ne le sont les deux soignantes qui assistent à la vie du bébé chez lui. Il met du temps à prendre en compte les observations alarmantes faites au domicile et les retards du bébé. Le médecin du service-adulte, lui, avait en mémoire l'histoire de cette jeune femme, le milieu carencé d'où elle avait réussi à s'émanciper à 18 ans. Madame, à cette période, avait travaillé et vécu en couple, jusqu'à sa première grossesse. Peu après la naissance de sa fille, le père de cette enfant l'avait quittée et c'est dans ce contexte qu'elle avait consulté et vient le consulter encore. Ce "psychiatre adulte" ne pouvait pas se représenter ces défaillances importantes et l'état du bébé.

L'inquiétude des professionnelles qui allaient au domicile lui paraissait démesurée. Il semblait bouleversé par l'évocation d'un placement...

Il a fallu encore une autre réunion pour qu'il prenne la mesure des problèmes et pour que les discours des différents intervenants ne soient pas contradictoires et aillent dans le sens d'un soutien pour cette famille, afin que Madame accepte cette séparation et qu'elle et les enfants soient préparés au mieux avec des adaptations progressives.

Ces divergences d'évaluation apparaissent, dans ce cas, entre deux équipes, mais elles peuvent être présentes, aussi, dans une même équipe; selon la formation du soignant, le cadre de sa rencontre avec le bébé et la famille, les observations peuvent s'avérer très différentes, les ressentis divergent aussi. Entre des services différents, ces problèmes sont majorés. Chacun a une observation différente mais valable et c'est la mise en commun et la réflexion de chacun qui peuvent permettre une appréhension du fonctionnement du bébé, des défenses qu'il met en place, de l'évolution de son développement... et du fonctionnement de sa famille.

Il nous paraît essentiel de prendre en compte ce travail de réflexion nécessaire dans les équipes et entre équipes pour que soient traitées les tensions.

Prendre soin du groupe de professionnels qui entourent le bébé, leur permettre de dépasser ces émotions qui les traversent, c'est prendre soin du bébé (Lamour, Barraco, 1998) et de l'avenir de la famille.

Conclusion

La venue du bébé restructure la famille. Le bébé apporte une spécificité par sa présence dans tout groupe. Il se nourrit du groupe et le nourrit. Des aléas, des difficultés peuvent advenir.



La psychanalyse familiale et les différents dispositifs thérapeutiques au temps périnatal permettent d'apporter une aide à tout le groupe familial. Ils rendent possible aux nouveaux parents et à leurs bébés la création d'une nouvelle famille désintoxifiée et dégagée de ces effets délétères.

Cet apport de la psychanalyse de groupe permet de prendre soin aussi du réseau professionnel qui mène les prises en charge du bébé et de sa famille.

Le développement favorable de l'enfant et une parentalité plus harmonieuse peuvent en découler au bénéfice de tous.

Bibliographie

- Abraham, N. et Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris: Flammarion.
- Barraco, M. et Gane, H. (2022). « Les berceuses et enfantines » entre tradition et soin. *Dialogue*, 235, 67-84. <https://doi.org/10.3917/dia.235.0067>.
- Bick, E. (1964). Notes sur l'observation des bébés dans la formation des psychanalystes. In M. Boubli, L. Danon-Boileau (sous la dir. de), *Le bébé en psychanalyse* (p. 13-36). Paris: PUF, 2014.
- Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris: PUF, 1979.
- Darchis, É. (2016). *Clinique familiale de la périnatalité*. Malakoff: Dunod.
- Darchis, É. (2018). Le silence générationnel dans les familles et ses effets en périnatalité. *Connexions*, 109, 123-135. <https://doi.org/10.3917/cnx.109.0123>.
- Darchis, É. et coll. (2024). La conjugaison des temps et ses aléas confusionnels en périnatalité. *Dialogue*, 243, 19-35. <https://doi.org/10.3917/dia.243.0011>.
- Darchis et coll. (À paraître 2026). *Vocabulaire de la psychanalyse familiale périnatale*.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. In *La vie sexuelle*. Paris: PUF, 1977.
- Granjon, E. (1989). Transmission psychique en TFP. *Gruppo*, 5, 47-58.
- Golse, B. (2017). Le psychanalyste à la rencontre du bébé de chair et d'os. In M. et D. Candilis (sous la dir. de), *Bébé Sapiens* (p. 121-136). Toulouse: érès.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Malakoff: Dunod.
- Konicheckis, A. (2008). *De génération en génération: la subjectivation et les liens précoces*. Paris: PUF.
- Lamour, M. et Barraco M. (1998). *Souffrance autour du berceau*. Toulouse: érès, 2021.
- Lamour, M. et Barraco M. (1999). *L'observation du bébé. Méthodes et clinique*. Éditions Gaétan-Morin.
- Lemaire, J.-G. (2001). Un certain retour du Nous dans la culture et la psychanalyse. *Dialogue*, 154, 3-10. <https://doi.org/10.3917/dia.154.0003>.



- Ruffiot, A. (1981). *Le groupe-famille en analyse. L'appareil psychique familial*. In A. Ruffiot et al. *La thérapie familiale psychanalytique* (p. 1-98). Malakoff: Dunod.
- Stern, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: PUF, coll. « Le fil rouge ».
- Stork, H. (1986). *Enfances indiennes*. Paris: Le Centurion.
- Tisseron, S. (1995). Filiation des traumatismes non surmontés. In S. Tisseron et coll., *Le psychisme à l'épreuve des générations, clinique du fantôme*. Malakoff: Dunod.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard.