



*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**

**La vie et la mort autour de la naissance.
Appareillage familial du berceau psychique et travail de l'attention**
Denis Mellier*

[Reçu: 15 août 2025
accepté: 23 septembre 2025]

Résumé

Les pratiques en psychanalyse familiale périnatale font face à des enjeux de vie et de mort autour du bébé. Le bouleversement incommensurable que vit le nouveau-né concerne aussi l'identité de l'ensemble des sujets qui l'accueillent ou ont des liens avec lui. L'appareillage psychique familial se modifie suite au rassemblement nécessaire des attentions autour du bébé et de la contenance des enjeux pulsionnels et des souffrances primitives qui en découlent. Ce "berceau psychique familial" prend forme avec la nouvelle dynamique des relations avec le bébé. Il perd de sa pertinence quand la régression aux niveaux très archaïques de la psyché familiale laisse place à une conflictualité plus secondarisée. Ces processus sont illustrés par des observations issues du travail de contenance que réalise une personne en formation selon l'approche psychanalytique de l'observation du bébé dans sa famille selon Esther Bick. Trois exemples montrent l'importance cruciale du travail de l'attention, notamment lors des premières semaines après la naissance. Durant cette période, les soins dépendent de ce travail. La sensibilité des enveloppes familiales est extrême, les

* Denis Mellier, professeur émérite de psychologie clinique et psychopathologie, Laboratoire de psychologie, UR 3188, Université Marie et Louis Pasteur; psychologue clinicien et psychothérapeute à Lyon; membre de la Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe (SFPPG) et de la Société Internationale de Psychanalyse Familiale Périnatale (SIPFP). Il a participé à la création de l'AIPCF en août 2006 à Montréal et il est co-président de la Waimh-France depuis 2016.
denis.mellier7@orange.fr

<https://doi.org/10.69093/AIPCF.2025.33.08> This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



dispositifs privilégident disponibilité et offre de contenance, avec des équipes interdisciplinaires et une adaptation au contexte social.

Mots-clés: naissance, transmission, berceau psychique familial, travail de l'attention, enveloppes, offre de contenance.

Resumen. *Vida y muerte con al nacimiento. Articulaciones familiares de la cuna psíquica y el trabajo de la atención*

Las prácticas de psicoanálisis familiar perinatal abordan las cuestiones de vida y muerte que rodean al bebé. La enorme conmoción que experimenta el recién nacido también afecta la identidad de quienes lo acogen o tienen vínculos con él. El aparato psicológico familiar cambia tras la necesaria concentración de atención en torno al bebé y la contención de las pulsiones y el sufrimiento primitivo que ello conlleva. Esta “cuna psicológica familiar” cobra forma con la nueva dinámica de las relaciones con el bebé. Pierde relevancia cuando la regresión a los niveles arcaicos de la psique familiar da paso a un conflicto más secundario. Estos procesos se ilustran mediante observaciones del trabajo de contención realizado por una persona en formación, según el enfoque psicoanalítico de Esther Bick, para observar al bebé en su familia. Tres ejemplos demuestran la importancia crucial del trabajo de atención, especialmente durante las primeras semanas tras el nacimiento. Durante este período, el cuidado depende de este trabajo. La sensibilidad de las envolturas familiares es extrema; los dispositivos priorizan la disponibilidad y la oferta de contenido, con equipos interdisciplinarios y la adaptación al contexto social.

Palabras clave: nacimiento, transmisión, cuna psíquica familiar, trabajo de atención, envolturas, oferta de contención.

Summary. *Life and death about birth, family. Fittings of the psychic cradle and the work of attention*

Perinatal family psychoanalysis practices address the life and death issues about the baby. The immeasurable upheaval experienced by the newborn also affects the identity of all those who welcome or have ties to the baby. The family's psychological apparatus changes following the necessary gathering of attention around the baby and the containment of the drive issues and primitive suffering that result from it. This “family psychological cradle” takes shape with the new dynamics of relationships with the baby. It loses its relevance when regression to the very archaic levels of the family psyche gives way to a more secondary conflicts. These processes are illustrated by observations from the containing work carried out by a person in training according to Esther Bick's psychoanalytic approach to observing the baby in his or her family. Three examples demonstrate the crucial importance of the work of attention, particularly during the first weeks after birth. During this period, care depends on this work. The sensitivity of family envelopes is extreme, the devices prioritize



the availability and supply of content, with interdisciplinary teams and adaptation to the social context.

Keywords: birth, transmission, family psychic cradle, attention work, envelopes, containment offer.

Les enjeux de la transmission autour de l'arrivée d'un bébé sont au maximum, la naissance réactivant toutes les problématiques de vie et de mort dans les familles concernées et pour chaque membre de celles-ci. Le mort d'un bébé *in utero*, le décès de la mère, la découverte d'une malformation, des suspicions de handicap, des accouchements traumatisques, des débuts d'allaitement difficiles, tous ces événements majeurs, dramatiques, mais aussi ceux mineurs, passagers, voire sans conséquences ultérieures, alimentent les inquiétudes, les peurs, voire la hantise des parents (Darchis, 2016). Ces peurs dans la transmission perdurent d'autant qu'il y a toujours un risque létal pour toute parturiente et son bébé. Les raisons des décès ne sont pas toutes médicales, les suicides représentent actuellement la première cause connue de décès maternels en période périnatale dans les pays occidentaux (Doncarli et coll., 2023).

Bien sûr, les “liens d’émerveillement” (Lacroix, Monmayrant, 1999), propres à cette période de la “surestimation” du narcissisme, sont profondément ancrés dans la transmission. “On savait que notre bébé serait le plus beau, mais il est objectivement le plus beau”, dit une mère, trois jours après sa naissance. En étudiant le narcissisme, Freud l'avait bien noté: *His Majesty the baby*, «L'enfant aura la vie meilleure que ses parents, il ne sera pas soumis aux nécessités dont on a fait l'expérience qu'elles dominaient la vie» (Freud, 1914, p. 96). C'est un formidable souffle d'idéalité qui alimente la “croyance” nécessaire en l'immortalité du bébé, son inscription dans la destinée humaine, sa nomination, très précoce dans nos cultures, le “modelage” de son corps dans d'autres cultures, son “adoption” comme “fait de la même pâte” que nous. En présence du nouveau-né se construit un “miroir familial” (Cuynet, 1999), des bases identificatoires qui permettent au bébé d'être en lien, de se construire, de s'engager dans des processus de subjectivation de son existence (organisation pulsionnelle, stade, etc.).

Nous ne pouvons cependant pas ignorer que ce “narcissisme de vie” admet un envers, voire s'est construit avec son avers, notre condition de mortel. La naissance d'un bébé nous rappelle, plus que tout, cette condition. La peur de la mort a été conjurée dans toutes les cultures, dans toutes les religions, par des rites qui rassemblent la communauté proche du “naissant”.



Les études épidémiologiques sur la réalité des problèmes de santé mentale des mères ne doivent pas occulter à quel point *il s'agit de problèmes familiaux*. En périnatalité, c'est la mère qui "porte le chapeau" de la pathologie. Les études regorgent de protocoles pour repérer, par exemple, le symptôme de la dépression du post-partum maternel. A-t-on étudié aussi combien de pères sont partis lors de cette période? Combien de féminicides? Combien de maltraitance ou d'enfants plus banalement en échec scolaire dans la fratrie durant cette période? Il faudrait ici envisager l'ensemble de la famille, toute la focale des personnes concernées par la naissance. D'ailleurs, si l'on regarde les causes avancées par l'étude épidémiologique précédemment citée, nous constatons que certaines relèvent de la situation de la mère et de son entourage. Comment peut-elle "porter" l'enfant si elle est seule? Nous ne pouvons que reprendre ce proverbe africain souvent cité, mais si vrai: "Il faut tout un village pour faire un enfant."

Le "narcissisme de vie" qui porte l'enfant est celui des parents, partagé par tout un groupe, les familles concernées, mais aussi toute une communauté, dont nous faisons partie en tant que soignants. Il prend la forme d'un "contrat narcissique", selon Aulagnier, qui peut être envisagé au niveau institutionnel (Kaës, 1993) et familial (Aubertel, 2023) et qui soutient l'attente du bébé, lui assigne une place au sein de la famille et l'inscrit dans la filiation et dans sa culture. Il se double aussi de pactes dénégatifs qui maintiennent sous les liens les effets délétères d'un narcissisme de mort que des traumatismes passés ou des désirs interdits alimentent. Ces formations psychiques mises au travail autour du bébé peuvent se comprendre comme résultant d'un même appareillage des psychés avec le bébé, le tissage d'un "berceau psychique familial".

Un berceau psychique familial entre exigences pulsionnelles et travail de l'attention

Cette transformation de l'appareillage psychique familial en "berceau psychique familial" implique le rassemblement des attentions autour du bébé et la contenance des enjeux pulsionnels qui, ensuite, se cristallisent dans la famille. Il perd de sa pertinence quand la régression aux niveaux très archaïques de la psyché familiale laisse la place à une conflictualité plus secondarisée.

Le devenir bébé a été paradoxalement étudié indépendamment, le plus souvent, des butées et réalisations du travail psychique de ses parents et de sa famille. Indiquer qu'il est "en interaction" avec ses parents, c'est réduire à peu de frais toute la complexité de cette situation. Seule l'hypothèse avancée par Ruffiot d'un appareil psychique familial (1981) suite aux travaux de René Kaës permet d'envisager la complexité des liens et des relations qui se tissent entre ces sujets ainsi rassemblés.



Ceci est maintenant bien connu. Cependant, quand un nouvel être vient au monde, cet appareillage se transforme, prend une autre forme, spécifique, que l'on gagne à spécifier comme un "berceau psychique familial".

Cette idée avancée par Francine André-Fustier et Aubertel (1997) permet d'envisager avec plus de précisions et de réalisme ce qui se passe durant cette période pour les parents, leurs familles et le bébé. Elle n'est pas une simple métaphore, pour qui travaille dans la petite enfance, elle matérialise les voies d'entrée, les résistances et les possibilités de changement durant cette période.

L'attention au bébé appelle de multiples régressions pour se situer au niveau de son accueil. Cet appel de "l'archaïque" risquant de fragiliser l'ensemble de la famille, de nouvelles ressources sont mobilisées pour garantir une stabilité de celle-ci et assurer de nouvelles défenses. Cet état transitoire évolue au fur et à mesure que l'enfant prend sa place dans la famille et entre dans des modes de communication plus secondarisés. Il est à nouveau réactivé lors d'une nouvelle naissance, mais aussi lorsqu'un membre de la famille devient très dépendant des autres. Il peut aussi se maintenir quand l'enfant est devenu "insuffisamment bon" (André-Fustier, 2011). Les souffrances primitives ne sont pas élaborées, symbiose pathologique et défenses primitives caractérisent la famille.

La fonction de l'attention

Geneviève Haag, Didier Houzel et Bernard Golse (Houzel, 2005; Golse, 2022) ont montré toute l'importance de l'attention accordée au bébé pour envisager sa croissance. Bion (1962, 1970) a fondé sa conceptualisation théorique sur l'attention. Elle prend la forme de la fonction alpha dans sa conceptualisation de 1962 puis d'une Attention (avec un A majuscule) dans sa conceptualisation de 1970. Sa métapsychologie provient d'une tentative de penser les traumatismes les plus précoces, les plus archaïques, là où le sujet ne peut avoir d'affects sans le risque d'être complètement submergé par ceux-ci. Le *travail de lien* résulte d'un processus de penser à partir d'un fond pulsionnel qu'il envisage comme une oscillation entre deux polarités: dispersion ou fragmentation (pôle schizoparanoïde, SP) et rassemblement et intégration (pôle dépressif, D). Le *lien* constitue la partie cognitive (connaissance) de ce qui relie pulsionnellement sujet et objet. Dans la définition du travail du lien (Joubert, 2004; Jaïtin, 2018), nous soulignerons l'intérêt de cette conception qui met sur le devant de la scène la fonction dynamique de l'attention.

Seul un travail de l'attention peut arriver à créer des liens entre le bébé et ses proches. Ces liens pourront se densifier, se solidifier, s'enchevêtrer pour constituer les enveloppes du bébé (Mellier, 2023) inscrits dans *enjeux relationnels propres* à l'attachement ou aux différents stades classiquement décrits de l'oralité et de l'analité. Ce travail de lien constitue, en quelque sorte, *la chaire* de l'appareillage



psychique familial autour du berceau. Il va rendre possible un travail de liaison entre le présent des situations et le passé, voire le passif, de celles-ci et des sujets impliqués. Il permet de réaliser une extension de l'enveloppe familiale. En effet, dans le même temps où le bébé crée son propre espace psychique et ses propres enveloppes, ses parents, sa fratrie éventuelle, ses grands-parents, réaménagent leurs propres Soi, leurs propres enveloppes. Ce qui n'est pas sans conséquences sur l'ensemble familial qui doit réajuster ses enveloppes (Loncan, 2022).

Il s'agit ainsi d'un travail psychique particulier, temporaire. Il prend sa source dans les projets même de la conception du bébé au sein même de différentes problématiques familiales et il est amené à se diluer au sein de cet appareil psychique lorsque l'enfant acquiert une place suffisamment identifiée au sein de sa famille. Il repose par contre sur un tissage de liens autour et avec le bébé, grâce à sa présence. Il va permettre de réaliser une nouvelle composition de cette famille et de tisser ses nouvelles enveloppes. La famille a changé de forme, elle s'est métamorphosée.

Évolutions et dynamiques du berceau psychique familial

Différents temps ponctuent l'élaboration de ce berceau familial (Mellier, 2015), de ses premières mises en forme à son effacement dans l'ensemble familial.

1) Une première forme du berceau familial naît avec l'idée de l'enfant, de sa conception, de sa naissance et de sa première identification. La transparence psychique et la préoccupation maternelle primaire, le "bonding" avec la naissance de l'attachement, l'existence de dénis de grossesse, d'une psychose puerpérale, les risques de dépression du post-partum, sont autant de phénomènes qui montrent comment les psychés autour du bébé sont transformées, parfois violemment. Les sociétés traditionnelles, d'ailleurs, "encadrent" cette période de multiples rites comme si, sans cette "institutionnalisation", sans cette attention collective régulée avec ses différentes parts d'interdit, la mère et les "parents" ne pouvaient faire face seuls à une si nouvelle expérience, unique.

Le bébé *in utero* – puis le nouveau-né – se trouve *de facto* au centre de tensions intenses entre dispersion et rassemblement. Il réactive tout le passé de chacun et des familles, toutes les attentes et les peurs du groupe. Les risques objectifs de mortalité sont prévalents durant cette période. On pourrait dire que le groupe "respire" et parle avec le bébé en suivant ses moindres attitudes, expressions, mouvements, marques, états et caractéristiques physiques, etc. Les peurs, les sentiments d'étrangeté et d'émerveillement alternent chez chacun et sont diffractés dans toute la communauté qui "porte" la naissance.

2) La dynamique relationnelle de ce berceau psychique est initiée avec les premières identifications du bébé: identifié par les différents membres de la famille,



il s'identifie aussi à ses proches. S'il "capte" l'attention de chacun, il intérieurise celle-ci lors de ses "premières peaux psychiques" et en retour "reconnaît" ses proches. Les "pro-conversations", puis "l'accordage affectif" et "l'enveloppe narrative", ainsi que les interactions "fantasmatiques, comportementales et affectives" sont autant de concepts qui ont objectivé, films à l'appui, la "consistance" de ces liens du bébé avec son entourage et réciproquement. Nous pouvons ajouter que c'est le développement de l'auto-érotisme chez le bébé (Blanchard, Decherf, 2009) qui signe une autre stabilisation de l'organisation familiale.

Le premier fonctionnement psychique familial du berceau consistait surtout à rassembler, à attirer, autour du bébé, les désirs et l'attention des personnes de son groupe d'appartenance. Nous voyons ici que le berceau psychique familial acquiert une certaine solidité, une forme repérable propre à un fonctionnement psychique qui s'est consolidé par des processus d'investissement et d'identifications mutuelles. La forme de la "nacelle", qui étymologiquement désigne un "petit bateau", pourrait caractériser ce type de fonctionnement (Granjon, 2005).

Cette consistance provient des liens pulsionnels et d'attachement qui se sont créés avec le bébé. La "séduction maternelle" décrite par Freud et reprise comme situation "anthropologique fondamentale" par Laplanche (1987) indique comment, dans le corps à corps avec le bébé, la sexualité des adultes va faire "implant" et devenir source d'énigme pour le bébé. Le père participe à ce processus quand il est directement impliqué avec son bébé (Korff-Sausse, 2012). Les interactions fantasmatiques classiquement mises en évidence témoignent en fait de cette inscription pulsionnelle du bébé. Il en résulte, côté bébé, la constitution de ses premières enveloppes, et côté parent, le sentiment d'être parent (Houzel, 1999).

Ces nouvelles relations créées au sein de la famille sont cependant sources de nouvelles tensions. Le couplage consubstantiel aux liens d'attachement prend place dans une histoire des conflits propres aux familles mobilisées autour du bébé. De nouvelles tensions se déploient quant aux places entre la famille des parents et celles de leurs propres parents. Le sentiment "d'être parent" va de pair avec une nouvelle identité des grands-parents et des "beaux-parents". En interne, la tension avec la fratrie éventuelle est souvent la plus visible, mais c'est la tension entre parentalité et conjugualité qui est la plus "risquée" au regard de l'existence pérenne de la cellule familiale. Le couple conjugal est mis sous tensions, tant au niveau des représentations que chacun peut avoir de l'autre (l'homme (re)trouve "une mère" dans sa conjointe, la femme un "père" dans son conjoint), qu'au niveau de la réalité des échanges qui sont pour un temps mobilisés quasi exclusivement vers le bébé. Enfin, il ne faut pas négliger les risques conjoints et opposés de renfermement ou dispersion de la cellule familiale autour du bébé, vis-à-vis du monde extérieur, notamment des professionnels.



De même qu'existent des censures et des interdits structurants dans les enveloppes (Anzieu, 1984), cette nouvelle organisation familiale repose sur une “censure familiale” (Aubertel, 2023) qui permet d'effectuer des tris entre ce qui peut être fait ou pas, entre l'illicite et le permis, entre les places que chacun peut avoir.

3) Ce berceau a vocation à disparaître, notamment quand l'enfant grandit et entre dans le langage. La période dite “d'opposition”, ou période du “non”, entre parent et jeune enfant est en fait une véritable “petite adolescence” qui signe l'abandon du “bébé” par le jeune enfant. En entrant dans le langage, en s'opposant au désir de ses parents, l'enfant s'approprie ce monde de l'adulte en rejetant la partie bébé en lui, celle dépendante de ses parents. Le berceau, même s'il subsiste comme modalité temporaire de régression, a vocation, comme l'objet transitionnel, à s'effacer au profit d'une nouvelle configuration familiale ou l'enfant entre de plain-pied comme membre de la famille doté de langage.

La fragilité et la richesse des liens entre parents et bébé, bébé et parents, proviennent des possibilités qu'ils ont de se laisser traverser par des mouvements de vie tout en résistant aux mouvements mortifères des répétitions. Les points traumatiques, qui organisent inconsciemment la rencontre de toutes les psychés, pourront ainsi faire l'objet de dénis, de déplacements défensifs ou de transformations créatrices. Les “anges”, en quelque sorte, veillent sur le bébé, tout comme les “fantômes” hantent l'atmosphère du berceau (Fraiberg, 1989). Ces derniers doivent être débusqués, relégués à la cave ou au grenier, à moins qu'ils ne prennent une autre forme plus facilement visible par les sujets, et transformable.

Mise au travail de l'attention au sein du berceau psychique familial, exemples cliniques

Ces processus vont être illustrés par des observations issues du travail de contenance que réalise une personne en formation selon l'approche psychanalytique de l'observation du bébé dans sa famille selon Esther Bick (Miller, 1989; Briggs, 2002; Sternberg, 2005). En allant régulièrement au domicile auprès d'un bébé qui vient de naître dans sa famille, le participant à cette formation met au travail sa propre attention confrontée à celles de cette famille accueillant ce bébé. Il reçoit ainsi à son insu des anxiétés ou éléments bruts (Granjon, 1987) présents dans les liens entre le nouveau-né et son environnement psychique. Il doit alors les percevoir, les contenir et les transformer. Il travaille sur ses propres projections et capacités psychiques de réception de ce qui se transfère alors sur lui. Les observations qu'il rédige sont une aide pour qu'il puisse ensuite mettre au travail, dans un groupe analytique, sa propre position au sein de la famille. L'objectif n'est pas ici d'intervenir activement dans la



famille, mais de s'associer à l'attention qui est très normalement développée autour du bébé.

Dans cette démarche qui fut mise en place à Londres à partir de 1948, on retrouve la conception de M. Klein sur “les origines du transfert” (1951): c'est la totalité des situations infantiles précoce qui continue à se vivre dans l'analyse. À domicile, l'attention et la pensée du participant sont ainsi souvent prises par “l'immédiateté” de certains vécus bruts. E. Bick notait à propos de l'observateur: «Il a à permettre à certaines choses d'arriver et résister à d'autres. Plutôt que de se faire activement une place dans la famille, additionnant sa propre personnalité à l'organisation de celle-ci, il doit laisser les parents, particulièrement la mère, l'ajuster dans la maisonnée, à sa manière à elle» (1964, p. 16). Cette position est toujours à rechercher au sein même de la famille. Elle insistait sur le fait que l'identité de chaque membre change avec un nouveau-né: «Dans mon travail, j'ai essayé de repérer les processus les plus primitifs qui maintiennent ensemble le moi-corps infantile, la manière dont ils sont articulés par la mère-et-le-bébé-dans-leur-famille, dans le but de montrer l'étape nécessaire pour le mécanisme de la projection, de l'introjection, du clivage et de l'idéalisat» (1986, p. 299). Si cette démarche est très loin d'une intervention interprétative dans la famille, comme la TFP, elle touche par contre très directement les tensions et le climat émotionnel propre à celle-ci, sa fonction contenante.

La méthodologie propre à cette formation psychanalytique¹ soutient le travail psychique de contenance des anxiétés et des affects liés aux peurs et à la transmission psychique de la vie. Ces temps différents ont un effet démultipliateur sur l'attention, ils permettent de redonner du “jeu” au processus associatif de pensée dans le groupe familial avec le bébé.

Nous proposons trois exemples² (Mellier, 2015) pour illustrer comment le difficile travail de l'attention de l'observateur doit s'ajuster à l'attention au travail dans les enjeux familiaux autour du bébé. Il doit, dans chaque cas, conquérir une capacité de rêverie face à des tensions ou des anxiétés primitives entraînées par des enjeux complètement inconnus de la transmission. Dans le cadre de cet article, nous ne citerons que de très brefs extraits. Par ailleurs, la dynamique mise ici en lumière résulte d'une interprétation “après coup” de processus longs et complexes. Elle témoigne, à notre avis, de l'extrême variabilité “normale” de cette peur de la transmission qui traverse tout le champ de la périnatalité et de la petite enfance. Notons, dans ces exemples, l'importance cruciale de l'émergence du berceau psychique familial lors des premières semaines après la naissance.

¹ La richesse de cette méthodologie a alimenté, depuis plus de trente ans, une série de colloques internationaux sur la méthode d'Esther Bick et ses applications.

² Les exemples rapportés ici ont été rendus anonymes. Nous remercions les familles et les participants avec qui nous avons travaillé.



Un berceau sous l'impact de l'étrangeté du bébé

Dans cette famille, dès sa première venue au domicile quand le bébé a 3 semaines, l'observatrice doit faire un énorme travail pour “ contenir ” les impacts de ses ressentis.

Tout se passe comme si la mère avait de la peine à réaliser la naissance de ce bébé: “La maman scrute régulièrement le visage de Laurent, l'air tour à tour perplexe, surpris ou attendri”, à d'autres moments elle déclare “son grand amour” pour lui. Son accouchement a été très difficile, elle en garde des images horribles: “elle s'est sentie torturée par soignants, qui lui faisaient des piqûres, la laissaient seule de longues heures, voulaient la transfuser, lui injectaient des grosses seringues de liquide noir (du fer)...”, “la nuit qui a précédé son accouchement, elle a entendu plein de femmes qui hurlaient et criaient, cela l'a terrorisée”. Lors de cette évocation, l'observatrice note que le bébé lève brusquement les mains en l'air. Puis la mère est prise par une série d'interrogations sur la transmission et ses capacités:

“Sa maman me parle alors du fait que le bébé est roux, elle ne comprend pas, son mari, lui, était blond et ensuite seulement roux. Puis elle revient sur les maux de ventre du bébé, en mentionnant qu'elle et son mari ne supportent pas le lait. Que chez son mari, c'est de famille puisque le père et le grand-père ne supportaient pas le lait mais les filles, oui. Chez elle, elle est la seule à avoir ce problème, elle ne comprend pas, se sent à part.”

Sur la fin de sa visite: “Elle dit qu'il se griffe le visage quand il tête au sein mais pas au biberon. Suit un silence...”. Pour terminer, elle dit qu'elle a perdu son temps (en parlant) et qu'elle aurait dû faire une lessive. Elle fait ainsi vivre à l'observatrice l'idée qu'elle ne devrait pas être là. Pendant plusieurs semaines, ces griffures persistent et focalisent l'expression des peurs de la mère. En disant qu'elle a arrêté de lui donner le sein, elle indiquera: “C'était trop d'excitation pour lui, il me mordait, me griffait, se griffait.”

Le rassemblement des attentions pour construire un “berceau psychique” a été la source de profondes inquiétudes. Après son accouchement, la mère a dû rester hospitalisée durant plus de deux semaines, et c'est sa mère et sa belle-mère qui se sont relayées auprès du bébé. Durant les premières semaines, ne voyant pas le père au domicile, nous pensions au début qu'il était absent, mais nous apprendrons plus tard qu'il était bien là, mais qu'il restait dans une autre partie de la maison, vraisemblablement pour que sa conjointe “profite” de la présence de l'observatrice.

Le sentiment d'étrangeté que suscite le bébé autour de lui se retrouve dans de multiples cultures (Mellier, Pitrou, 2025). Le bébé est un “un étranger à demeure”, selon l'heureuse expression d'Anne Aubert-Godard (1998). Dans cette famille, les enjeux de vie et de mort à sa naissance ont pu réveiller l'idée que le bébé aurait pu



vouloir la tuer. Bergeret (1984) avait avancé l'idée d'une violence fondamentale, il pourrait prendre la vie de sa mère, et vice versa: "ou lui, ou moi", tel serait l'enjeu.

Durant les premières semaines, la mère est restée dans une extrême retenue affective par rapport à son bébé, en regardant par exemple *Les feux de l'amour* à la télévision quand l'observatrice était présente. L'allaitement, la force pulsionnelle que le bébé déploie, le plaisir qui est le sien, renvoient l'adulte à son organisation pulsionnelle infantile, à un temps où la différenciation sujet-objet n'était pas acquise, où le plaisir était illimité, et le refoulement inopérant. Le bébé est une source pulsionnelle excitante, débordante, dangereuse. Des contre-investissements phobiques se sont mis en place. Pendant plusieurs mois, la mère ne pouvait envisager d'aller seule dehors le promener en poussette.

Une véritable dynamique pulsionnelle au sein de ce berceau s'est cependant constituée. Une des prémisses est perceptible quand Laurent vient d'avoir deux mois. La mère peut accéder à la relation entre lui et elle où le fantasme est possible: "on dirait qu'il me dévore", note-t-elle. La semaine suivante, une certaine joute se fait jour, elle peut alors "jouer" de son fantasme, sans danger pour le bébé, ou pour elle-même: "Hum, je te mangerais, tu sais, un jour je ne préparerai pas ton bib et je te mangerais." Les griffures sont encore là, avec leurs charges anxiuses, mais sa place maternelle comme objet et sujet d'un désir libidinal pour son bébé (et non plus seulement comme objet mortifère) est assumée. Le père du bébé a été ensuite très présent lors des temps de visite, et c'est lui qui a manifesté le plus d'appréhension quand l'enfant a été, vers ses deux ans, en garderie. Bien sûr, des tensions ont pu surgir au sein du couple, avec les grands-parents et dans la famille élargie, mais elles ont pris une place modérée (au regard de ce nous avons perçu quant au tissage de l'attention avec l'enfant).

Un berceau avec les fantômes du passé

Dans cette famille nombreuse, l'observatrice a beaucoup de peine dans les premiers mois à rester "éveillée", elle semble régulièrement accablée par ce qu'elle vit. Alors qu'elle donne beaucoup de son temps pour aller chez cette famille, elle reste souvent pétrie de culpabilité, rapportant une atmosphère lourde, diffuse, où les identités des uns et des autres semblent "flotter". La mère, par exemple, la laisse seule devant son bébé (Simon), et part ainsi vaquer à différentes occupations dans la maison, mais elle ressurgit parfois à l'improviste, et semble bien entendre tous les petits bruits que peut faire son bébé (respiration, pets, etc.). Le père, bien qu'en arrêt de travail, reste "enfermé" dans sa chambre lors de ses visites. Seule la plus petite sœur "occupe" toute la place en sollicitant beaucoup l'observatrice.

À côté de moments très vivants, l'analyse après coup des observations montre l'existence de légers signes de retrait chez le bébé. L'observatrice va devoir



“résister” et prendre petit à petit conscience de ces signes. Alors que c'est un bébé très vivant, il a parfois, les premiers mois, un regard absent, fixé sur un point ou flottant. Quand il a presque 4 mois, la mère parle alors d'un événement dramatique. Elle explique à l'observatrice qu'elle a mis “le doigt sur quelque chose qui n'allait pas” entre elle et son bébé: “Un jour, je me suis effondrée et j'ai vidé mon sac” (lors d'une consultation en PMI³). Quand elle était enceinte, elle était très proche d'une amie qui a perdu son bébé à la naissance: “Ça été très, très, dur, j'ai eu des pensées terribles, des pensées qui peuvent paraître insensées et pourtant ! (silence) J'ai pensé qu'il fallait que je donne mon bébé à cette femme, moi qui en avais déjà.” “C'était injuste.” Elle ajoute plus loin: “Il y avait quelque chose de coincé mais maintenant ça va mieux.”

Cette confidence a aidé l'observatrice à partager toute la douleur qu'elle sentait présente chez cette mère. Simon a continué à être souvent malade mais, vers 6 mois, il s'est montré plus vivant et actif, voire réactif. Simon est ensuite devenu un petit garçon très dynamique, éveillé et plein d'ingéniosité, comme ses derniers jeux à 2 ans l'indiquent.

Nous pouvons penser que nous étions en présence d'une sorte de “fantôme” qui habitait aussi le berceau familial. La présence de ce bébé mort “hantait” la tête de la mère (en lien également avec d'autres sentiments de culpabilité dont nous n'avons pu que faire l'hypothèse). Elle ne peut voir son fils sans cette ombre. Les mouvements fugitifs de retraits du bébé correspondraient aux tentatives qu'il faisait pour “s'auto-contenir”, “se fixer”, s'accrocher au cadre matériel qui est le sien (des identifications adhésives). Cette mère a traversé un épisode dépressif, qui a pu passer inaperçu dans l'entourage, car elle est très active avec ses autres enfants et, au-delà, dans sa vie associative. Les parents ont également pris conscience de problèmes, notamment scolaires chez les aînés.

Au sein de ce berceau familial, cette méthodologie a permis de sentir l'impact d'enjeux d'origine transgénérationnelle. Elle n'a pas eu vocation à les explorer comme lors d'une thérapie, mais elle a pu soutenir un travail d'attention où chacun autour du bébé (re)constitue son propre espace psychique.

Un berceau qui risque de se maintenir à 2 ans

Dans cette famille, l'observatrice rencontre un très grand contraste entre les deux parents. Cette situation perdure jusqu'à la deuxième année du bébé (John).

Lors de sa première visite à domicile, la mère n'est pas là, mais l'observatrice rencontre un père très attentif au bébé. Elle partage avec lui des moments très apaisés lors de la tétée, à tel point qu'elle note ce qu'elle ressent: “John tête deux, trois fois,

³ Protection Maternelle et Infantile.



puis s'arrête, la tétine dans la bouche, il regarde, il me paraît extrêmement éveillé et présent. Il reprend la tétée, s'arrête, son regard circule. Monsieur le regarde en silence. Il y a comme un grand apaisement. Il semble qu'à partir de ce moment le temps est suspendu. Il tête tout doucement. À un moment, monsieur lui dit: 'coucou', puis se tait à nouveau. Je me sens m'engourdir de sommeil, et regarde Monsieur, me demandant si lui aussi s'endort."

Le ressenti est tout autre avec la mère. Dès la maternité, à une remarque de l'observatrice ("c'est un beau garçon"), la mère acquiesce puis elle ajoute qu'"il est déjà été bien coquin, qu'il lui en a fait voir". Lors de la seconde visite au domicile, la mère parle de la peur de son "héritage", aussi bien du côté de sa famille, de sa mère ou de son père sur qui "elle ne peut pas compter", que du côté de sa belle-famille: "sa belle-mère est terrifiée à l'idée porter un tout-petit". Avec son bébé, ses comportements sont parfois quasi opératoires; elle se défend beaucoup de se laisser aller à ses émois avec lui et s'agrippe à des gestes techniques. La reprise du travail va amplifier cette rigidité. Elle a un comportement compulsif au moment de la toilette quand elle lui nettoie les narines avec du sérum physiologique. L'observatrice va transmettre, lors du séminaire, des scènes très dures et répétitives, où l'on voit John se raidir, devenir tout rouge, puis éclater en rage. La mère aura une difficulté à penser l'attachement de la nounou à son bébé et reportera sur la crèche "tout ce qui ne va pas".

Un berceau psychique se construit dans ce contexte. La mère a exprimé dès le départ son besoin d'aide et l'observatrice se trouve ainsi de plain-pied identifiée à une sorte de marraine protectrice qui va pouvoir écarter les peurs autour du bébé. Cette idéalisation va la mettre à une place très proche de la mère, ce qui, au début, lui facilitera l'accès au bébé et à ses états dépressifs, mais lui rendra ensuite plus difficile une prise de distance nécessaire pour garder une position réceptive et contenante.

Le rassemblement des attentions se produit, mais la dynamique de ce berceau reste imprégnée d'un risque de rupture que l'on peut percevoir dans les temps où il devrait prendre moins de place avec les deux ans de l'enfant.

Cet enfant va très tôt mobiliser son opposition à tout ce qui apparaît pour lui comme interdit. Un extrait à 14 mois:

"Il vient vers moi avec la boîte, il se met debout contre mes genoux, me montre la boîte, je dis: 'tu as trouvé une boîte'. Sa maman arrive à ce moment-là, elle dit en regardant John et la boîte: 'Papa ne serait pas content !' Je dis: 'ah' d'un air ennuyé. John jette la boîte, sa maman se fâche tout de suite, lui dit de la ramasser, qu'on ne jette pas, elle lui dit en le disputant: 'ramasse la boîte et, va la ranger !' Elle le répète plusieurs fois. John s'est couché par terre en pleurant de colère, tape avec les pieds. Elle le prend par la main pour qu'il range la boîte."



Ces confrontations à propos de l’obéissance sont très nombreuses avec ses deux ans mais ceci s’amenuisera, la mère “apprenant” à prendre du plaisir avec lui autour des livres, mais on peut voir ici comment le phénomène de “l’enfant tyrannique” se trouve enclenché. Par son attitude, l’enfant garde une proximité de corps à corps avec son entourage, alors que son accès à la parole pourrait lui permettre de se différencier d’eux. L’enfant “chef de famille” (Marcelli, 2003) ou, dans un cas plus extrême, le tyran “qui pousse à bout” (Ciccone, 2003) peuvent être approchés du côté des enveloppes qui n’arrivent pas à se différencier durant cette période. Cette persistance d’une problématique des failles dans les premières enveloppes gagnerait à être considérée à côté des enjeux proprement d’autorité présents à cet âge.

Dispositifs et travail psychique “au présent” avec la famille

Le travail des soignants prend *de facto* place, ou pas, dans les dynamiques de la spécificité de cet appareillage familial. Quand l’enfant a 3 ans, la proposition d’un TFP peut d’autant plus faire sens pour les parents que l’enfant, par son symptôme, tente de se différencier d’eux, et réciproquement. Quand il est plus jeune, le soignant fait face à la sensibilité extrême des enveloppes familiales qui oscillent entre une très grande porosité et des fermetures imprévisibles. Il faut souvent passer par de multiples relais, de confiance, pour entreprendre et développer un soin directement psychique, à proprement parler. Cependant, la prise en compte du rôle fondamental que joue *le travail de l’attention* dans le berceau psychique familial permet actuellement de proposer, selon les cas, des soins gradués et coordonnés (Mellier, 2019).

Dans l’immédiateté des attentes des parents et des questions sur le bébé, l’urgence est celle de l’attention à tout ce qui peut permettre de contenir, porter, alimenter et trouver des supports pour répondre aux besoins de ce nouvel être qui vient au monde. Quand les traumatismes passés se réactualisent autour du bébé, l’important c’est, paradoxalement, “le présent”: faire face aux possibilités de nouveaux liens que le bébé permet de créer. Les dispositifs de soin portent la marque de cette nécessité de faire étayage avec la famille. Ils impliquent de “faire équipe” autour d’elle et du bébé, pour répondre aux différents besoins matériels, somatiques et psychiques, souvent très entremêlés les uns aux autres. La demande de soin vient généralement de l’offre de cet étai, chaque famille pensant résoudre “par elle-même” les questions.

Pour contrer les enjeux de la transmission négative, un travail psychique, commun et partagé, est ainsi nécessaire. C’est souvent dans l’après-coup que ce travail apparaît comme le premier temps de la reconnaissance de traumas propres à la transmission. Les dispositifs autour des bébés et des parents soutiennent ainsi les enjeux du “contrat narcissique” avec le bébé et sa famille. Les soignants amènent



leurs disponibilités, leurs connaissances ou leurs expériences comme un “renfort” de celles de la famille. Les dispositifs peuvent être surtout envisagés comme une offre de contenance à ces parents. Pour cela, il est nécessaire, dans un premier temps, de pouvoir s’appuyer sur des équipes interdisciplinaires et de s’adapter au contexte social des familles, ce dont nous n’avons pas toujours conscience.

Une offre de soin

Ces dispositifs peuvent ainsi apparaître à l’opposé de ce qui est classiquement appelé “dispositif thérapeutique de consultation”. En effet, l’offre de soin implique les soignants, affectivement. La présence du désir des soignants est ici extrêmement importante pour permettre aux parents de déposer leurs souffrances. Des enjeux pulsionnels existent entre le bébé, sa mère, sa famille et avec les personnes avec qui nous travaillons. Parfois, c’est le soignant qui va tirer “la sonnette d’alarme”. C’est lui qui va être inquiet par rapport à une mère, par rapport à un bébé qui ne pleure même pas. En se faisant “signal d’alarme” pour le bébé, il porte une saine inquiétude. Certaines situations familiales traumatiques font qu’il y a une sorte de paralysie, ou de crise, entre les personnes, l’expression d’une inquiétude réaliste pour le bébé ne devient plus possible.

Un autre aspect caractéristique de cette offre de soin c’est la dimension “d’aller vers”. Ceci est mieux perçu actuellement; on va au-devant des personnes, on met en place quelque chose, on se déplace, on n’attend pas que la situation empire. La pratique, par exemple, des visites à domicile s’est développée, mais aussi la venue d’un professionnel d’une institution dans une autre institution (entre la PMI, la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, entre différents services hospitaliers, avec les lieux d’accueil, l’Aide Sociale à l’Enfance, etc.). Cela suppose un étayage solide des soignants pour qu’ils aient en tête la complexité des problématiques familiales.

Un travail pluridisciplinaire et en réseau

Le réseau soutient l’étayage multiple dont ont besoin les parents et leur bébé. La pluridisciplinarité est, par essence, présente parce qu’il n’y a pas, du point de vue du parent, de distinction initiale claire dans les possibles besoins ou demandes: est-ce que c’est psychologique, est-ce que c’est social, médical ou éducatif? Bien souvent, ces aspects sont tellement intriqués que les différences ne peuvent se construire qu’après coup, notamment la dimension du soin psychique.

La mise en place du soin n’est pas facile. Nous avons, au niveau sociétal, en héritage un cadre institutionnel qui a organisé des tâches “en silo” mais aussi un fort courant managérial, gestionnaire et de marchandisation, qui voudrait faire “table rase” de ce “vieux monde” et “s’auto-créer” autour de problèmes très fonctionnels, coupés de



leurs dimensions historiques et relationnelles. Les équipes ont ainsi à faire face à une double pression, *interne* quant à leur propre cadre institutionnel, *externe* quant à leur insertion dans des organisations gagnées par le néo-libéralisme. Le risque des plateformes est de réduire le parcours de soin à une simple modalité technique, avec un effacement de la dimension transférentielle fondamentale en périnatalité.

Un cadre sociétal

Nous ne devons pas négliger le cadre social qui permet aux parents et à leurs familles d'être plus ou moins disponibles pour leur bébé. Le congé maternité, les congés parentaux, sont un élément qui est complètement dans l'équation de la périnatalité. Quand la mère sait qu'elle va devoir reprendre le travail, comme si de rien n'était, quand son bébé aura 2 mois et demi ou 3 mois, il est évident qu'il faut s'attendre à des réactions particulières. Si les parents ont un petit peu plus de temps, une plus grande flexibilité pour leur temps de travail, ils seront dans une situation plus confortable quant aux enjeux de la séparation. Quand le bébé, de lui-même, n'a pas encore vraiment conscience de la séparation (ce qui est son cas à 10 semaines), c'est très compliqué, la séparation risque d'être vécue comme une rupture, un arrachement. Il y a alors un *gros travail psychique* qui est imposé à tous: parents, professionnels et enfants.

Cette situation sociétale est propre à la France et à la Belgique. Dans les pays nordiques, ou au Canada, où les congés sont plus ajustés aux familles, les femmes travaillent le plus souvent autant ou plus qu'en France et peuvent, comme les pères, beaucoup plus concilier le travail et le fait d'être avec un bébé. Cela va être le cas maintenant en Espagne. C'est une sécurité sur laquelle la théorie de l'attachement rejoint complètement la psychanalyse. Cette sécurité a une dimension sociétale.

Quand on travaille en périnatalité, on doit prendre en compte les éléments de la précarité (entendu au sens large) car ils induisent des tensions et des anxiétés au sein de la famille qui vont perdurer et risquent de se consolider. Cela implique une attention aux conditions sociales dans lesquelles sont les parents, en amont, en maternité, mais aussi à la sortie de la maternité, autour de la reprise du travail et tout au long de ces premières années où le bébé est totalement dépendant de son entourage.

La complémentarité des temps d'attention et d'interprétation

Pour qualifier ce travail, nous pourrions parler d'espace de contenance et de "dispositifs à double-détente" (Mellier, 2012). Il y a, d'une part, le temps ciblé avec les familles, avec le bébé, sur le terrain, et, d'autre part, le temps sans eux, entre professionnels, où on peut traduire en émotions notre vécu, faire des hypothèses et



ranimer notre attention, voire notre désir, pour ensuite à nouveau retourner sur le terrain. Ces temps de partage sont à mon avis un pendant nécessaire à tout dispositif direct au contact des bébés et de leur famille. Il s'agit de travailler l'attention, la contenance, la parole. Ces temps permettent l'élaboration des situations et ce n'est pas toujours bien compris par les gestionnaires ou responsables administratifs. Ce sont des temps où l'on essaye de s'oxygénier, de donner/trouver du sens, d'interpréter, de penser, pour retourner sur le terrain. Nous pouvons ici nous appuyer sur le travail de Bion (1970). Il faut qu'il y ait ces temps de va-et-vient entre des dispositifs très différents, certains plus liés à l'attention directe auprès du bébé et du parent mais d'autres plus liés à la réflexion clinique, aux hypothèses de ce qui aurait pu se passer entre eux et pour nous.

En conclusion

Travailler en périnatalité, et dans la petite enfance, c'est être confronté à des enjeux très actuels de vie et de mort autour du bébé. Le bouleversement incommensurable que vit le nouveau-né concerne aussi l'identité de l'ensemble des sujets qui l'accueillent ou ont des liens avec lui. Nous avons vu que l'appareillage psychique familial se modifie pour faire face à de tels enjeux identitaires. L'appareillage des psychés doit permettre un contact avec les niveaux très archaïques de la vie psychique du bébé. Après d'autres, nous pensons qu'émerge un "berceau psychique familial", avec le rassemblement nécessaire des attentions autour du bébé et la contenance des enjeux pulsionnels et des souffrances primitives qui en découlent. Sa forme se solidifie en quelque sorte quand les liens d'attachement deviennent plus constants, de part et d'autre. Si elle résout certaines tensions propres à l'attente et à la venue au monde du bébé, cette nouvelle dynamique des relations avec le bébé n'est pas sans effet sur l'organisation familiale, entendue au sens large, car les familles des parents sont concernées. Ces processus ont été illustrés par des observations issues du travail de contenance que réalise une personne en formation selon l'approche psychanalytique de l'observation du bébé dans sa famille selon Esther Bick. Trois exemples montrent l'importance cruciale du travail de l'attention, notamment lors des premières semaines après la naissance. Durant cette période, les soins dépendent de ce travail. La sensibilité des enveloppes familiales est extrême, les dispositifs privilégient disponibilité et offre de contenance, avec des équipes interdisciplinaires et une adaptation au contexte social. L'attention, ainsi que son travail, est ainsi très sollicitée. Elle est constitutive du tissage des liens propres aux enveloppes psychiques. Si nous "interprétons" très vite, notamment les gestes d'un bébé, n'oublions pas que nous avons beaucoup à apprendre de lui.



Bibliographie

- André-Fustier, F. et Aubertel F. (1997). La transmission psychique familiale en souffrance. In A. Eiguer (sous la dir. de). *Le générationnel, approche en thérapie familiale psychanalytique* (pp. 107-150). Malakoff: Dunod, 2005.
- André-Fustier, F. (2011). *L'enfant « insuffisamment bon ».* *Approche psychanalytique groupale et familiale du handicap.* Malakoff: Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.andre.2011.01>.
- Anzieu, D. (1984). Le double interdit du toucher. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 29, 173-187.
- Aubert-Godard, A. (1998). Entre adulte et bébé, l'étrange désordre de la naissance. In D. Mellier, J. Rochette (sous la dir. de), *Le bébé, l'intime et l'étrange* (pp. 13-36). Toulouse: érès.
- Aubertel, F. (2023). La thérapie familiale psychanalytique Retisser le berceau psychique familial. *Le Divan familial*, 50(1), 133-148.
<https://doi.org/10.3917/difa.050.0133>.
- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale.* Malakoff: Dunod.
- Bick E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanal.*, 45, 4, 558-566, trad. fr. « Remarques sur l'observation de bébés dans la formation des analystes ». *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 12, 14-35, 1992.
- Bick E. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object-relations, findings from infant observation integrated into child and adult analysis, *British Journal of Psychotherapy*. vol. 2, 4, 292-299.
- Bion W. R. (1962). *Learning From Experience*, London: Routledge, trad. fr. *Aux sources de l'expérience.* tr. fr., Paris: PUF, 1979.
- Bion W. R. (1970). *Attention and Interpretation*, London: Routledge, trad. fr. *L'attention et l'interprétation?* Paris: Payot, 1974.
- Blanchard, A. et Decherf, G. (2009). Le devenir de la toute-puissance dans les liens précoce. *Le Divan familial*, 22(1), 149-163.
<https://doi.org/10.3917/difa.022.0650>.
- Briggs, A. (2002). *Surviving Space. Papers on Infant Observation*, London, Karnac.
- Ciccone, A. (2003). Les enfants qui « poussent à bout ». Logiques du lien tyrannique. In A. Ciccone et al., *Psychanalyse du lien tyrannique* (pp. 11-45). Malakoff: Dunod.
- Cuynet, P. (1999). Naissance et paroles oraculaires. *Le Divan familial*, 4, 83-97.



- Darchis, É. (2016). *Clinique familiale de la périnatalité: Du temps de la grossesse aux premiers liens*. Malakoff: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.darch.2016.01>.
- Doncarli, A; Gorza, M; Gomes, E; Cardoso, T; Vacheron, MN; Regnault, N, et al. (2023). Suicide en période périnatale: données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention. *Bull Épidémiol Hebd.* (3-4), 68-76. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/2023_3-4_4.html
- Fraiberg, S. (1989). *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris: PUF, 1999.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*, trad. fr. J. Laplanche. Paris: PUF, 1969,
- Golse, B. (2021). L'attention, encore et toujours. *Spirale*, 99(3), 15-16. <https://doi.org/10.3917/spi.099.0015>.
- Granjon, E. (1987). Traces sans mémoire et liens généalogiques dans la constitution du groupe familial. *Dialogue*, 98, 10-15.
- Granjon, E. (2005). L'enveloppe généalogique familiale ». In G. Decherf et É. Darchis (sous la dir. de), *Crises familiales: violence et reconstruction* (pp. 69-86). Paris: In Press.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse: Érès.
- Houzel, D. (2005). Le concept d'attention. In G. Appell et A. Tardos (sous la dir. de), *Prendre soin d'un jeune enfant* (pp. 21-35). Toulouse: érès. <https://doi.org/10.3917/eres.tardo.2005.01.0021>.
- Jaïtin, R. (2018). *La thérapie familiale contemporaine. Les apports de Pichon-Rivière*. Lyon: Chronique Sociale.
- Joubert, C. (2004). Psychanalyse du lien familial. *Le Divan familial*, 12(1), 161-176. <https://doi.org/10.3917/difa.012.0161>.
- Kaës, R. (1993) *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris, Dunod
- Klein, M. (1951). Les origines du transfert, tr.fr. *Revue française de psychanalyse*, 16, (1-2), 204-214, 1952.
- Korff-Sausse, S. (2012). Le devenir-père dans la famille et la société contemporaines. In S. Korff-Sausse et F. Sacco (sous la dir. de) *Être père aujourd'hui. Un modèle à réinventer* (pp. 13-32). Paris: In Press.
- Lacroix, M. et Monmayrant, M. (sous la dir. de) (1999). *Les liens d'émerveillement. L'observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications*. Toulouse: érès.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Loncan, A. (2022). Aménager une enveloppe familiale. *Le Divan familial*, 48(1), 69-80. <https://doi.org/10.3917/difa.048.0069>.
- Marcelli, D. (2003). *L'enfant chef de la famille. L'autorité de l'infantile*. Paris: Albin Michel.



- Mellier, D. (2012). Souffrance, attention et processus de contenance chez le bébé. In D. Mellier, A. Konichekis et A. Ciccone *La vie psychique du bébé. Émergences et construction intersubjective* (pp. 197-244). Malakoff: Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.melli.2012.01.0197>.
- Mellier, D. (2015). Géographie familiale et risque d'implosion: le berceau psychique familial. In D. Mellier (sous la dir. de) *Le bébé et sa famille. Places, identités et transformations* (pp. 21-80). Malakoff: Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.melli.2015.01.0021>
- Mellier, D. (2019). La WAIMH-France et la santé mentale du nourrisson et des bébés. *Spirale*, 92(4), 52-57. <https://doi.org/10.3917/spi.092.0052>
- Mellier, D. (2023). L'enveloppe comme « formation psychique ». In D. Mellier (sous la dir. de), *L'enveloppe psychique. Souffrances, processus et dispositifs* (pp. 169-210). Malakoff: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.melli.2023.01.0169>.
- Mellier, D. & Pitrou, P. (2025). *Fragilité des vies humaines. Un dialogue entre anthropologie et psychanalyse*. Paris: éditions Ithaque.
- Miller, L. (ed.) (1989). *Closely Observe Infants*. London, Duckworth, trad. fr. *L'observation attentive des bébés*. Larmor-Plage: Éditions de Hublot, 1997.
- Ruffiot, A. (1981). Le groupe-famille en analyse. L'appareil psychique familial. In A. Ruffiot et coll., *La thérapie familiale psychanalytique*. Malakoff: Dunod, 1985.
- Sternberg, J. (2005). *Infant observation at the heart of training*. London: Karnac.