

Le pédiatre... psychosomaticien

N. Boige

CHAPITRE 15

Pourquoi la présence d'un pédiatre dans un manuel de psychologie clinique périnatale ? Quels sont sa place, ses registres d'intervention ?

Le pédiatre est censé assurer la santé du bébé ; c'est le « spécialiste des maladies infantiles » indique *Le petit Robert*, définition laconique dans laquelle rien n'est dit sur la santé psychique du bébé. Le pédiatre est aussi le spécialiste du développement physiologique, ontogénétique de l'enfant, avec le généticien, l'obstétricien et la sage-femme, de l'embryon au fœtus, bébé prématuré et enfant à terme jusqu'à l'adolescent... Il s'occupe donc également de l'enfant sain dans son développement, et pas seulement de la maladie, a un rôle de prévention, de conseil, assure les « examens systématiques ». Qu'en est-il du développement psychique, et du développement psychosomatique du bébé ?

La pédiatrie à l'université

Oubliant les anciens et la tradition humaniste de la médecine, particulièrement de la pédiatrie française, la pédiatrie a tendance, comme d'autres spécialités, à glisser depuis quelques décennies vers une médecine d'organe, de sur-spécialité, exclusivement biologique, confinant parfois au scientisme, en laissant aux psychologues et pédopsychiatres l'exclusivité de la réflexion psychosomatique. La formation à la psycho(patho)logie est peu représentée dans les études et les manuels de pédiatrie. L'internat ou exa-

men classant n'a pas de questions se référant à la psychopathologie périnatale, en dehors de la dépression du post-partum. Les livres de pédiatrie ne consacrent que quelques lignes à l'aspect psychologique des troubles, tout au plus comme conséquence du trouble somatique. On sait qu'actuellement en France les carrières hospitalo-universitaires et l'enseignement reposent plus sur des travaux de recherche fondamentale et pharmacologique que sur la réflexion humaniste et les sciences humaines, psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie.

Les insuffisances et le credo

Les insuffisances et les risques d'une médecine exclusivement somatique et instrumentale ne peuvent qu'être l'objet d'une prise de conscience et d'une réflexion chez l'apprenti pédiatre – ou pédiatre confirmé – s'il n'est pas dans le déni ou le refoulement de ses émotions, de son ressenti et de son humanité. La question éthique se complique en pédiatrie du fait que l'information et le consentement éclairé, dans les textes, ne s'adressent qu'aux parents et pas au patient mineur. Ceci est naturel chez le bébé *infans* qui ne peut parler (Séguret, 2004). Il revient donc au pédiatre dans ses propositions aux parents et à l'enfant de veiller à la « bienveillance » de son patient, dans sa dimension physique et psychique, tout en lui assurant les meilleurs soins possibles. Il n'est pas rare dans ma consultation de constater que les parents souhaitent que je fasse des examens même intrusifs pour être rassurés sur l'état de santé de leur bébé... qui se plaint de troubles fonctionnels plus

ou moins sévères : « faites-lui une fibroscopie ou ne pouvez-vous pas lui faire un scanner pour vérifier qu'il n'a pas une malformation, qu'on ne passe pas à côté de quelque chose ? »

Notre credo est que l'enfant, *a fortiori* le bébé, ne peut être soigné et compris par un abord qui cliverait psyché et soma dans un dualisme étanche et ne s'intéresserait qu'à un des deux versants. Psyché et soma sont totalement liés, intriqués (« intégrés » dit D.W. Winnicott) et souffrance physique et souffrance psychique sont indissociables chez le bébé. Une maladie du corps s'accompagne d'une souffrance psychique même si elle est muette, et une souffrance psychique et relationnelle a une expression ou des répercussions somatiques (ex. : anorexie dépressive, insomnie). Nous adhérons totalement à la dénomination de « psyché-soma » chez D.W. Winnicott, de « psycho-corps foetal » chez J. McDougall. De plus, le bébé ne peut être soigné seul mais dans son environnement tant est grande sa dépendance « systémique » et interactive.

La collaboration pédiatre–psychanalyste

Nous souhaitons témoigner dans ce manuel de la richesse de la collaboration pédiatre–psychanalyste auprès du bébé qui n'a pas encore le langage et de sa famille, dans la clinique des origines et du développement. La présence dans ce manuel d'une pédiatre vient concrétiser le fait que, si la réflexion du psychanalyste est une aide très enrichissante pour le pédiatre dans son travail pour la compréhension des situations, à l'inverse l'apport des données du corps, qui aident à déchiffrer, traduire les expressions somatiques et comprendre les inscriptions corporelles et leurs effets sur le développement de l'enfant, est non moins utile pour le psychanalyste.

Notre boussole est résolument psychanalytique. Comprendre ou approcher les mouvements psychiques naissants du bébé, qui n'a pas de langage verbal mais le langage du corps, nécessite de lui prêter notre appareil à ressentir, penser et métaphoriser les sensations. À ce titre, les outils sont l'observation du bébé, l'émotion, l'association libre, l'empathie métaphorisante, l'énaction (décrites par S. Lebovici), la réflexion contre-transférentielle et la narrativité. L'objectif est de comprendre le jeu

des projections, identifications, fantasmes, conflits inconscients parentaux sans verser dans l'affirmation d'une interprétation sauvage, mais en tentant des hypothèses interprétatives. Cette clinique des origines se situe souvent en deçà de la parole pour les parents aussi, et sollicite chez le soignant le travail de la rêverie (sa « capacité de rêverie », *cf. infra*).

Pour les pédiatres, et les somaticiens plus généralement, il y a plusieurs degrés d'intérêt pour la psyché du bébé (patient) et de son environnement. Le degré zéro ou négatif est le déni total, voire l'évitement méprisant du versant psychique. À un premier degré, le pédiatre « délègue » au spécialiste la gestion de l'aspect psychique du problème. Il reste dans le clivage, mais il connaît ses limites et se préoccupe de la dimension psychique du trouble qu'il soigne. Il s'octroie l'aide d'un « psy » qu'il fait embaucher dans son service hospitalier. À un deuxième degré, il s'intéresse au contenu psychique de la situation, souhaite la comprendre, mais ne fait pas de recherche personnelle sur les articulations psyché–soma ; il reste très impressionniste, dans la sensation et la surface, comprend sans s'investir en profondeur sur ce que le « psychiste » apporte. Enfin, troisième degré, le pédiatre s'investit lui-même dans un travail analytique qui lui permet dans l'exercice de son « art » de réfléchir à la fois aux troubles qu'il soigne sur un mode global, historique, relationnel, et de se servir de son contre-transfert vis-à-vis du bébé et des parents pour comprendre les processus en cause dans la maladie, le soin et la guérison, les interactions parents–bébés. Ceci nécessite qu'il garde une conscience précise des limites de ses compétences et du cadre de sa consultation, respecte le cadre de travail du psychiste, et reste préoccupé et vigilant concernant les indications et modalités d'envoi et de collaboration. À ces conditions, l'approche analytique de la pédiatrie apporte une précieuse compréhension des phénomènes et des effets thérapeutiques indéniables sur toute la famille.

On remarque que les psychanalystes en pédiatrie ont été introduits, ou admis, d'abord dans les services hospitaliers où la mort est présente : hématologie et cancérologie infantiles, réanimation néonatale et réanimation pédiatrique, puis dans les maternités où coexistent le don de la vie et le risque vital. Ils ont souvent découvert dans

ces services qu'ils avaient à aider les soignants dans leur travail autant que les patients et leur famille.

Fondamentaux

Ce troisième degré d'investissement psychanalytique a été mon choix et explique mon parcours qui s'écarte du sillon bien tracé des études de pédiatrie actuelles en France et que j'appellerai une formation de pédiatre psychosomaticien. Une telle formation n'existant pas officiellement, je témoigne d'un trajet personnel. La base de sécurité est constituée par des études de pédiatrie et une expérience clinique riche obtenue durant l'internat et le clinicat. À cela se sont ajoutés un travail de physiologie et de recherche biochimique sur les neuropeptides digestifs et une spécialisation clinique en gastro-entérologie pédiatrique. J'insiste sur le fait que l'ouverture vers le psychique ne peut se construire que sur une base, un préalable de compétences médicales très solides et de compréhension physiopathologique des symptômes et maladies. En effet, parler psychique ou psychosomatique de la part du pédiatre avant d'avoir évalué et expliqué le versant biologique et vital du symptôme est une grave négligence, une non-réponse à la demande parentale qui est vouée à l'échec thérapeutique, avec de surcroît un risque de méconnaissance de la défaillance somatique et de son aggravation possible *per se*.

Pour sortir du scientisme ambiant, et du clivage psyché-soma, il est nécessaire d'acquérir des connaissances en psychologie périnatale et psychanalytique par des formations complémentaires optionnelles : diplômes inter-universitaires, colloques, sociétés, lectures, séminaires, échanges et ponts avec les sociétés de psychanalyse, travail analytique personnel, groupes Balint, supervision et intervision.

Selon les pays, la psychanalyse peut être intégrée dans les études de pédiatrie (ex. : Argentine). L'histoire de la collaboration psychanalystes-pédiatres est riche en France avec G. Raimbault, F. Dolto, A. Doumic. Hors de l'Hexagone, je citerai certains des illustres médecins, pédiatres et/ou psychanalystes ayant œuvré dans une réflexion globale et ouvert des voies de compréhension du psychisme aux somaticiens, sans volonté d'exhaustivité : D.W. Winnicott, T.H. Brazelton,

L. Kreisler, M. Balint, parmi lesquels L. Kreisler, fondateur de la psychosomatique en France, et le célèbre pédiatre-psychanalyste D.W. Winnicott sont les auteurs auxquels je me réfère le plus dans ma réflexion psychosomatique chez le bébé.

La mission

Cette orientation vers la vie et la souffrance psychiques du bébé devient une véritable mission : il s'agit dans mon travail de pédiatre de donner la parole et le droit à l'existence psychique au bébé, et de comprendre les rapports entre expression psychique et expression somatique. Cette démarche s'inscrit contre le scientisme et l'opérateur, la médecine désaffectivée et déshumanisée d'exams systématiques et de pharmacologie. Elle se propose de comprendre le bébé et ses symptômes de façon globale, avec leur dimension interactive et relationnelle, de sentir la part de la pulsion de vie parentale, du soignant, ainsi que celle du bébé dans la santé et la maladie. Ce travail permet de réintroduire du lien, de l'affect et de la parole dans des situations traumatiques originaires, d'appréhender le traumatisme dans ses dimensions physique et psychique, sa composante transgénérationnelle, d'approcher les « fantômes dans la chambre d'enfants » qui ont remplacé les mauvaises fées. Cet abord de la souffrance biopsychique du bébé nous confronte aux possibles résistances parentales, aux effets de la dépression périnatale maternelle ou parentale. L'enjeu est de favoriser l'intégration psychosomatique du bébé, de dénouer les souffrances infantile et parentale, en explorant et en utilisant le potentiel thérapeutique de l'échange infraverbal et verbal avec les parents et le bébé dans la consultation pédiatrique.

Modalités d'intervention dans les différents cadres durant la période périnatale

Le versant psychothérapeutique du travail pédiatrique peut s'exercer au sein de la consultation pédiatrique (*cf. infra*) ou dans un travail interdisciplinaire avec les « psychistes » : collaboration directe ou indirecte, supervision ou intervision,

consultations conjointes (cothérapies développées actuellement avec S. Missonnier pour des thérapies familiales, motivées par le symptôme d'un enfant).

Durant la grossesse

Durant la grossesse, *a fortiori* s'il s'agit d'une grossesse à risque somatique ou psychique, le pédiatre a un travail de prévention, d'information. Il aide à l'anticipation et à la représentation, en particulier en cas de pathologie fœtale détectée *in utero* à l'échographie. Il participe aux staffs anténatals, et peut expliquer en consultation avant la naissance les propositions thérapeutiques et les soins qui seront apportés au nouveau-né, par exemple en cas de déclenchement prématuré de la naissance, en raison d'un arrêt de croissance fœtale, ou en cas d'intervention chirurgicale néonatale à prévoir pour une malformation. Ce travail d'explication nécessite de la part du pédiatre une empathie particulière pour les parents enceints et le bébé virtuel. Il aide les parents à se le représenter psychologiquement et physiquement. Il peut faire un lien entre psyché, soma et affects, entre le bébé d'avant la naissance, imaginaire, fantasmatique, virtuel, l'accouchement et le bébé nouveau-né, réel.

On peut imaginer que le pédiatre ait un rôle de *prévention anté- ou périnatale qui vise à éviter l'escalade psychosomatique*. Dans les séances de préparation à la naissance organisées dans les maternités, des expériences se développent d'entretiens pédiatriques pour la préparation aux soins et aux troubles ou difficultés du bébé nouveau-né « bien portant » : pleurs excessifs, troubles digestifs, allaitement et alimentation au biberon.

En maternité¹⁰⁰

Le pédiatre intervient en salle de naissance si la situation le requiert, avec la sage-femme, qui assure seule l'accueil et les soins au bébé en dehors des situations à risque pédiatriques. Il a un rôle d'accompagnement et de prévention psychique qui prend toute sa signification au regard des travaux sur la douleur chez le nouveau-né et de ses connaissances en matière de traumatisme psy-

chique et physique parental et infantile. Le pédiatre de maternité sait qu'il travaille dans une période de grande vulnérabilité psychique parentale et en particulier maternelle, et que les premiers moments de vie aérienne et de mise en présence du bébé et de ses parents, et les mots prononcés resteront gravés et seront des souvenirs d'une importance majeure pouvant avoir un impact développemental pour le bébé et relationnel. Ainsi le pédiatre peut favoriser la douceur et la précaution dans les gestes nécessaires, les entourer de paroles au bébé et aux parents, en expliquant bien à ceux-ci la situation et en les prenant comme interlocuteurs à part entière, tout en respectant leur état émotionnel.

L'examen pédiatrique avant la sortie de la maternité a une place fondatrice de « présentation » et ne doit pas être bâclé ou banalisé sous prétexte que tout le monde se porte bien.

L'examen physique va « estampiller » le bébé comme normal ou être le moment où le pédiatre doit annoncer les anomalies qu'il découvre, les expliquer avec le programme de soins proposé.

Cette présentation n'est pas que physique mais aussi descriptive et interactive, pour aider les parents à découvrir leur enfant comme sujet dans sa singularité, doué de compétences, de capacités et de besoins de communication, et de manifestations d'émotions. Cet entretien prolongé peut participer à l'harmonisation des interactions, à l'accordage, en donnant leur place aux deux parents (dans certains cas, le soignant peut être un support identificatoire). Le pédiatre peut sentir les difficultés, la déception, l'angoisse, un conflit d'ambivalence, le traumatisme de la naissance. Il peut parler du traumatisme chez les parents et le bébé, et ce travail peut avoir des vertus préventives sur les troubles de l'interaction. Mentionnons ici *l'échelle de Brazelton*, méthode d'observation du nouveau-né et de ses capacités en interaction avec le clinicien et les parents, qui est un outil de prévention et de rencontre très riche pour le pédiatre de maternité qui en acquiert la formation (voir l'ouvrage qui lui est consacré par D. Candilis-Huisman, 2011).

Le soin néonatal

Le développement d'unités kangourou a permis que le bébé soit hospitalisé dans le service de

100 Nous conseillons l'ouvrage collectif de Francoual *et al.*, 2008.

maternité près de sa mère et que le lien mère-bébé soit maintenu même lorsque le bébé, prématuré ou à terme mais malade, a besoin de soins hospitaliers pédiatriques, en dehors de la réanimation.

Les soins du développement (ou NIDCAP : *new-born individualized developmental care and assessment program*), issus outre-Atlantique des travaux du pédiatre H. Als, il y a deux décennies, apparaissent dans certains services de néonatalogie en France, dont celui de Brest a été le pionnier. Cette technique de prise en charge pédiatrique demande beaucoup de travail et d'adaptation de la part des équipes pédiatrique et infirmière, mais constitue une révolution dans le soin néonatal. Le principe repose sur l'observation du bébé prématuré ou à terme malade dans sa singularité, et l'adaptation des soins de façon individualisée. L'observation est systématisée, on évalue :

- le comportement du bébé (niveau de développement sensoriel, de réactivité, son tempérament, son appétit pour l'échange), celui-ci devenant collaborateur actif des soins et du programme qui est proposé;
- les possibilités de lien et de participation réparatrice des parents.

Des interactions appropriées et individualisées sont prodiguées. Le but (Als, Gilkerson, 1997) est de diminuer le stress le plus possible, ce qui se traduit par une diminution des besoins en sédatifs et antalgiques, de favoriser le développement neurophysiologique et interactif du bébé et les liens parents-bébé-soignants sur mesure, afin de diminuer les séquelles neuro-affectives de la prématurité et de l'hospitalisation précoce (pour une synthèse, lire Martel et Millette, 2006).

Intervention dans les différents cadres durant les premiers mois

L'aspect psychothérapique ou psychosomatique du pédiatre autour de la naissance ne se cantonne pas aux maternités et services de médecine néonatale, mais trouve à s'exercer également dans le service hospitalier de pédiatrie, le CAMSP, la PMI et le cabinet de pédiatrie libérale.

Un exemple emblématique : la consultation de gastro-pédiatrie psychosomatique précoce ou comment tricoter pédiatrie et psychanalyse dans le soin périnatal

Je développerai, issue de mon expérience quotidienne, la façon dont je tente de comprendre et d'aider le bébé en souffrance dans une consultation pédiatrique psychosomatique précoce.

Si l'on revient à la description des troubles fonctionnels du bébé et aux hypothèses concernant son développement psychosomatique, il n'est nul doute qu'une simple et rapide consultation pédiatrique sera insuffisante. Sur les bases de compréhension du symptôme et de la situation que j'ai proposées, se construit une consultation qui n'est ni une consultation thérapeutique « selon D.W. Winnicott », ni une consultation de L. Kreisler, mais une alchimie personnelle, une affaire de traduction et de mise en lien dont les leviers psychothérapeutiques ne passent pas forcément par le langage mais par l'association au travail médical de l'empathie, la contenance et la réflexion transféro-contre-transférentielle. C'est une pratique issue d'une triple référence à la clinique pédiatrique, à la physiologie digestive et aux troubles psychosomatiques selon L. Kreisler et D.W. Winnicott dont nous avons vu les préconceptions dans le chapitre 4 sur le développement psychosomatique du fœtus/bébé.

Nous allons laisser se dérouler une consultation, puis en décrire les étapes et les temps, et analyserons parmi ses leviers thérapeutiques plus particulièrement ceux qui sont directement issus de la collaboration et des références psychanalytiques. Certains leviers ne sont pas illustrés par ce cas clinique qui est forcément réducteur.

Situation clinique

Arthur, âgé de 2 mois et 10 jours, vient me voir pour un RGO important et des pleurs.

Arrive un bébé qui hurle avec ses deux parents, une maman d'un certain âge, épuisée, tendue, au bord de l'effondrement, agitée, ne regardant pas

son bébé qu'elle porte comme un paquet. Le papa est un peu plus jeune, initialement placide, compréhensif envers sa femme (pas envers le bébé qui semble en grande souffrance). Ils me racontent l'histoire. Depuis sa naissance, Arthur hurle jour et nuit, ne dort pas plus de 20 minutes d'affilée. Il régurgite un liquide transparent, a une rhinite (attribuée à l'acide). Il grossit bien. Il a eu depuis la naissance un lait HA (hypoallergénique), puis du Modilac[®] confort, a été traité par Inexium[®] (antisécrétoire acide), lait AR (antirégurgitations) puis *digest*, Débridat[®] (antispasmodique), Pelargon[®] (lait acidifié), Gaviscon[®] (pansement gastrique antireflux). Puis dans un deuxième temps, avant que je ne le voie, il a été mis sous Néocate[®] (préparation de protéines hydrolysées non allergéniques), Inexium[®], Gaviscon[®], Biogaïa[®] (probiotiques), Magic-mix[®] (épaississant à base d'amidon). Rien n'y fait... Il a six repas, parfois il s'arrête à 40 mL et a des gaz, parfois il finit le biberon de 120 mL. Il a zéro à trois selles par jour « horribles » sous Néocate[®], la maman me donne beaucoup de descriptions de la consistance, la couleur, l'odeur. « *C'est une infection!* » précise-t-elle. « *C'est un gueulard, tu pues, je t'aime quand même* » dit la mère. « *Moi, je n'en peux plus, il faut que ça s'arrête* » dit le père.

Pour la mère c'est son quatrième enfant, donc « elle sait y faire », aucun n'a eu ce type de pleurs ; pour le père, c'est son premier enfant. La grossesse s'est déroulée sans problème, en dehors d'un diabète à la fin. Arthur est né au terme de 37 semaines et 6 jours par césarienne en urgence pour souffrance fœtale, pesant 2 800 g, avec une taille de 49,5 cm, et un périmètre crânien de 34 cm.

J'observe le bébé qui hurle par accès dans les bras de sa mère. Elle est exaspérée, m'explique que ce RGO est très sévère et douloureux, qu'ils n'en peuvent plus : il faut trouver une solution rapidement. Ils sont plus que pressants, agressifs. J'examine le bébé : à 2 mois 10 jours, il mesure 56 cm, pèse 4860 g et a un périmètre crânien de 39 cm, l'examen somatique est normal. La maman me dit « il a toujours les poings fermés », et il est effectivement très tendu, se met à pleurer à brûle-pourpoint. Pour son âge, il a un très mauvais contact oculaire, est dans sa souffrance, hyper-réactif, mais il peut parfois s'arrêter et sourire presque un peu trop. Je suis mal à l'aise, d'autant que je les ai ajoutés en urgence entre deux consul-

tations et que je sens que je dois leur consacrer du temps... Lorsque j'observe ce bébé, je pense aux bébés qui naissent « étonnés » après une SFA, et aussi qu'il pourrait avoir mal à la tête ; il a un cri presque « neurologique » et s'il n'avait pas 2 mois et demi et ne se calmait pas par moments je lui ferais faire une échographie transfontanelle (pour rechercher une lésion anoxique intracrânienne). Je demande quelques précisions sur la naissance. Le carnet de santé ne précise pas l'Apgar à 1 mn, il est coté 8 à 5 mn. Les parents me disent que leur pédiatre leur a parlé de « né mort » (en fait, de naissance en état de mort apparente).

J'explique que les pleurs d'Arthur ne me semblent pas être que des pleurs de reflux douloureux mais aussi des pleurs de tension, d'agitation comme quelque chose de post-traumatique où il se perd, se désorganise, avec une grande détresse. La mère est de plus en plus en colère : « *On ne cesse de nous parler de RGO et de coliques et vous allez nous trouver une troisième chose, maintenant c'est le traumatisme!* » À un moment, pendant que j'examine le bébé, je me tourne légèrement vers elle et lui dis : « *Vous avez eu très peur?* – *Oui, dit-elle.* – *Vous avez cru qu'il allait mourir?* – *C'était l'horreur, il avait le cordon autour du cou, on ne me l'a pas donné avant un bon moment.* » Elle s'apaise un peu, avec des larmes dans les yeux. Le père indique : « *Moi je n'ai pas eu peur, j'ai vu qu'on s'affairait et c'est après coup que j'ai réalisé qu'il avait été en danger.* » On ne leur a rien expliqué, ils sont sortis à J3, avec la mention sur le carnet de santé « examen neurologique normal », et un dosage d'acide lactique (recherche de signes d'anoxie). J'explique aux parents ce qu'est un traumatisme. Par exemple, lorsque l'on manque passer sous une voiture on est traumatisé, pourquoi pas les bébés ? Le père est incrédule, la mère en colère : « *oui, elle a été traumatisée* » me dit-elle, « *moi, pas du tout* » me dit-il. « *Je vous sens très en colère, Monsieur, il faut accepter l'idée que les bébés ce n'est pas simple et pas cartésien.* – *La médecine non plus me rétorque-t-il.* » Il est déjà en train de sortir sa carte Vitale pour payer et partir.

J'explique la complexité de la situation : « *Alors ce n'est pas le RGO? demande la mère.* – *Je n'ai jamais dit qu'il n'avait pas de RGO douloureux.* » J'hésite et propose une fibroscopie dans 5 jours pour faire le point car je me méfie d'une surprise comme une candidose ou autre lésion douloureuse. La

mère rediscute : « *Mais le Dr X nous a dit que c'était intrusif. – Oui, mais si je lui explique bien, si je lui donne un gel anesthésiant, cela peut bien se passer.* »

Je change son traitement antisécrétoire, laisse le même lait. Pendant la fin de la consultation, la mère arrive à calmer un peu Arthur et plaisante avec lui en le chatouillant avec une compétence certaine mais discontinue, un peu décalée, un rire un peu forcé.

Cinq jours après, les deux parents viennent avec Arthur pour la fibroscopie, et sont plus détendus et touchants : « *Vous allez nous le rendre, ne pas lui faire de mal?* » Pour la fibroscopie, je prends le bébé quelques minutes des bras de ses parents pour l'emmener au bloc, je fais l'examen avec les infirmières puis viens le rendre à ses parents. La durée totale est de 5 minutes. Le bébé observe, rit dans les bras des infirmières, pleure très peu lors de l'examen et s'apaise dans mes bras ; l'examen montre un cardia un peu béant et un bas œsophage congestif. Je le revois avec ses parents, après le biberon. Je dis que l'examen s'est bien passé, parle de sa convivialité avec les infirmières (« *Il aime les femmes comme son père!* » me dit la mère), et j'explique, schéma à l'appui, qu'il n'y a pas de surprise mais des signes indirects de RGO. Je promets des modifications diététiques (compotes tout de suite et plus tard laitages). Les parents ont évolué, conviennent que le RGO va mieux et décrivent maintenant plutôt des coliques, avec des selles horribles nauséabondes sur lesquelles plaisante la mère. Ils ne comprennent pas pourquoi il a été très mal, hurlant 24 h après ma dernière consultation, puis deux jours de calme et de bonheur complets...

Je redis à la mère qu'un bébé qui pleure tout le temps, c'est terrible pour la maman lorsqu'elle est seule durant la journée, c'est épuisant, ça met en colère et c'est déprimant. Le père répond : « *Oui, elle est déprimée, mais elle va déjà un peu mieux. – Il vous faudrait un long congé de paternité, lui dis-je. – J'aurais bien aimé être père au foyer mais il faut gagner des sous.* » Je propose à la maman de la revoir avec son bébé en consultation une semaine plus tard sans son mari qui doit travailler, rendez-vous qu'elle accepte très volontiers. Elle me dit de façon « anecdotique » que son médecin lui a prescrit un antidépresseur, et qu'elle a débuté une psychothérapie.

Lors de la troisième entrevue, ils reviennent en fait tous les deux avec le bébé qui est plus rose, souriant dans la salle d'attente. La maman est comme le bébé, labile, au début sourit en me regardant puis prend un faciès très souffrant, froncé, mais globalement les parents sont beaucoup plus calmes. Le bébé va mieux, a dormi 8 h la nuit dernière, la mère s'en inquiète. Il a maintenant des selles très liquides à chaque repas qui débordent des couches (« *Vas-y, montre-lui ce que tu sais faire!* » propose-t-elle au bébé pendant que je l'examine) et elle s'inquiète de son poids et de son état nutritionnel. L'examen est parfait, la prise de poids très satisfaisante. Le bébé a encore des accès de pleurs très brefs plus faciles à consoler. J'arrive à entrer en contact avec lui, je le masse, il se détend et sourit quelques instants, avant que sa mère ne reprenne sa sollicitation anxieuse et tendue... en me racontant qu'elle est « cassée », elle ne pensait pas que cela pouvait être si dur, son médecin lui a prescrit un anxiolytique. Elle reconnaît qu'elle est déprimée et qu'elle ne supporte pas une seconde de pleurs d'Arthur, cela lui rappelle les premiers mois et elle a peur que « ça reparte pareil ». Il a encore vomi hier après-midi. Elle ne peut rester seule avec lui, parle de crises d'angoisse et d'accès de panique. Elle me parle de ses trois enfants et de leurs problèmes de santé survenus secondairement (pathologies chroniques préoccupantes). Le père paraît rassurant, il essaie de travailler un peu à domicile. Ils ont revu l'obstétricien, n'ont pas pu éclaircir ce qu'il s'est réellement passé à la naissance. À ses dires « *Oui c'était une SFA, mais qu'est-ce que c'est que cette histoire de mort apparente, il serait allé en réanimation... Il n'y a rien eu de particulier, sinon une circulaire du cordon et une anoxie, regardez mon ordinateur, je ne vous mens pas.* » Je leur dis « *on ne saura jamais* », puis leur suggère en souriant de se raconter un peu : « *Comment étiez-vous bébé? – J'étais un bébé très emmerdant qui pleure beaucoup, un caractère difficile, dit le père. – Et vous, madame? – Moi, je ne voulais pas manger et je gueulais tout le temps.* » Elle traite son bébé de gueulard, de « chialot » et de sale caractère, puis rit un peu trop fort. Je parle de la régulation émotionnelle du bébé (qui ressemble à celle de sa mère), car ce jour il n'y a eu durant la consultation aucune douleur digestive. La maman me parle de l'absence d'écoute de la pédiatre qui a dit « *il pleure, ça passera à 3 mois, et le RGO à 1 an* », et de l'obstétricien...

Ils partent avec une prescription de compotes et petits-suisses, et reviennent 15 jours plus tard.

La colère du père est palpable envers son bébé, son regard furieux, mais il la nie. « *C'est mon fils, je l'adore, c'est la prunelle de mes yeux, mais c'est atroce de ne pas dormir 4 mois de suite, il faut que ça cesse.* » Ils prennent un autre avis pédiatrique. « *C'est un ponté* » me dit le père ironiquement, mais ils n'appliquent pas ses prescriptions, sentant qu'elles sont un peu excessives et dogmatiques sur le plan somatique, et ne satisfont pas leur ambivalence. « *Il a quand même dit qu'on avait un bébé compliqué* » ajoute-t-il.

Il s'ensuit un enchaînement de symptômes de la part du bébé, somme toute assez banals, et d'appels désespérés et angoissés de la mère demandant une consultation rapide, ou se présentant aux urgences tard le soir, toutes les deux semaines environ ; une fois il a vomi, une fois il a pleuré. Ils arrivent à être vus rapidement, repartent avec quelques conseils thérapeutiques et d'apaisement, ne donnent pas de nouvelles et disparaissent jusqu'à l'épisode suivant. Puis Arthur développe une symptomatologie de colite avec douleurs postprandiales, selles glaireuses liquides, qui m'obligent à faire un examen local pour éliminer une inflammation (coloscopie partielle normale macroscopiquement et histologiquement). Après cet examen, le père déclare : « *Bon, mais maintenant, on a fait le tour, vous ne pouvez plus rien pour nous. Il n'a rien, et ce n'est plus la peine qu'on revienne.* » Je lui parle de front de sa colère, et la mère est contente que ma prise en charge ne s'arrête pas à l'aspect strictement organique. J'aborde à nouveau avec les parents le versant psychologique des pleurs d'Arthur, et leur parle d'aide psychothérapeutique. Le père me répond : « *Un psy, n'importe quoi, je n'y suis jamais allé pour moi, alors je ne vais pas commencer pour ça maintenant.* » Plus tard, pendant les vacances d'été, ils m'appellent de leur lieu de vacances sur mon téléphone portable : les pleurs sont incessants, toute la famille trouve la situation très anormale. Les parents demandent une mise en observation dans un hôpital proche, ce que nous avions déjà évoqué ensemble. Ce qui inquiète la mère concernant l'hospitalisation, c'est qu'on risque de les séparer quelque temps, ou toute la nuit, elle et son bébé : « *Il sera perdu sans moi! – Il a presque 6 mois et peut commencer à apprendre la séparation, lui*

réponds-je. Et vous, vous avez le droit de vous reposer un peu? – Ça c'est une autre affaire me dit-elle. », comme si elle était toujours au-dessus de toute ressource thérapeutique. Elle continue sa prise en charge psychothérapeutique, doit reprendre le travail prochainement. Arthur a 6 mois, mais « *la nounou n'en voudra jamais d'un bébé qui pleure tant, avec tous ses problèmes...* » Et puis, quelques jours plus tard, elle me dit qu'il va bien et qu'il ne reste plus que « *quelques mauvaises habitudes à perdre* », me remercie chaleureusement de ma patience... L'histoire et le suivi continuent encore longtemps...

Dans la situation d'Arthur, la présentation clinique est indiscutablement une histoire de RGO et coliques, et d'angoisses archaïques. Elle montre l'importance de l'observation des pleurs et des symptômes du bébé, et de la tonalité des interactions. Il y a eu pour moi un moment de compréhension et de partage émotionnel autour du traumatisme de la naissance avec le bébé et la maman, une ouverture pour le père laissant surgir sa colère et son exaspération, alors qu'il montre en consultation une tendresse apparente pour sa femme, une adoration « suspecte » de son bébé qui cache en fait un conflit d'ambivalence ; il est soucieux de ses douleurs, mais reconnaît peu son existence sinon dans son caractère exaspérant. Il essaie de contrôler la situation, le tient alternativement comme un bébé qui a mal, et comme un objet étrange incompréhensible, qui le mine d'insomnie. Du côté de la mère, la souffrance dépressive est manifeste avec une grande labilité, une fusion des émotions avec son bébé et des projections très intrusives ; la séparation est inenvisageable. J'ai pu faire exprimer et canaliser la colère des parents contre le monde médical, parler du tempérament et du psychisme du bébé, le libérer un peu de la dépression maternelle, pas encore de la colère paternelle ? Ils sont discontinus, ambivalents quant à ma prise en charge, avec un refus de la confiance et probablement de la dépendance, une honte de la situation ? Je suis restée discrète sur le reste de la situation familiale, sur la souffrance de la mère vis-à-vis de ses autres enfants, sur les conditions de construction de ce couple, ce qui ne m'a pas empêchée d'imaginer de possibles scénarios. Des examens ont été nécessaires sur le plan somatique pour essayer de débrouiller les phénomènes douloureux, avec par moment une

hésitation médicale : ils arrivent à me faire douter dans les deux sens de la composante somatique, de la sévérité du trouble de l'humeur et du lien chez le bébé. J'ai fait là un travail de contenance, de présence, de disponibilité. J'ai servi de réceptacle des projections négatives, pas encore des difficultés du couple? Peut-être pourrai-je plus tard les amener vers une prise en charge mère ou parents-bébé, et l'accepteront-ils?

Les étapes et les leviers de la consultation psychosomatique, les outils du clinicien, la collaboration

Globalement, cette consultation se déroule en trois temps, même s'ils se chevauchent :

- recueil des informations et de la situation ;
- réflexion interne du clinicien et travail de compréhension et de synthèse ;
- mise en récit avec les parents, explications somatiques, propositions thérapeutiques, suivi et orientation complémentaire si nécessaire.

La consultation de psychosomatique médicale

Les deux versants somatique et psychique du symptôme sont gérés dans la même tête par la même personne et par là même indissociés et néanmoins dissociables à des fins de compréhension et de traitement. En effet, si l'on est moniste dans l'accueil, la démarche de compréhension est dualiste, en revenant à une vision globale dans la synthèse et les propositions thérapeutiques. Ceci a un effet de lien chez le bébé et les parents. Le clinicien propose un abord global de l'enfant, avec son symptôme dans son environnement familial et en interaction avec le(s) parent(s) présent(s), ce qui permet l'évaluation plurifactorielle interactive du développement du bébé et de ses avatars, et montre l'unité psychosomatique. Ce travail s'inscrit contre le clivage psyché/soma, le scientisme, le dogmatique, les protocoles, les causalités monofactorielles. Les explorations invasives sont discutées soigneusement en fonction de leur utilité dans le contexte et de leurs incidences thérapeutiques.

La préoccupation première pour le somatique et le vital est le socle de sécurité de la consultation

pédiatrique auquel je reviens en fin de consultation. Cette priorité somatique est à respecter pour qu'une alliance se noue avec les parents. Insistons sur la précision des connaissances physiologiques et thérapeutiques, médicamenteuses ou diététiques, et des explications. La psychosomatique médicale ne doit pas être un méli-mélo ou un flou artistique qui laisse les parents dans la frustration et l'ignorance, et le bébé incompris, trahi. Même s'il n'est pas sévère sur le plan somatique, un trouble fonctionnel ne doit pas être ignoré en raison du risque d'aggravation et de répercussions interactives et développementales. En aucun cas je ne perds le contact avec le bébé et son expression somatique, et la dimension psychogène n'est jamais oubliée, comme deux mèches d'une tresse.

D.W. Winnicott dans *Appétit et troubles émotionnels* (1936) précise l'importance de la préoccupation somatique dans son travail : « Je n'ai pas besoin de rappeler que la valeur de mes observations dépend de ma capacité à connaître les effets et limites des maladies physiques (infection, malnutrition, etc.). Ma capacité à reconnaître une maladie physique me donne le droit de m'impliquer du côté psychologique. Dans cet ordre d'idées, il me semble que l'étude de la psychologie a été obscurcie par notre manque de contrôle sur les maladies physiques, et par notre ignorance en matière de régime alimentaire, si bien qu'il était autrefois bien plus difficile d'observer les facteurs psychologiques que cela ne l'est aujourd'hui. La théorie et la pratique médicales ont révélé de nouvelles maladies, et nous savons désormais que seule une petite moitié des cas se rendant à la consultation pour enfants présente une quelconque maladie physique. Ainsi, on peut dès lors difficilement omettre d'observer les troubles émotionnels et les anomalies du développement de la personnalité. La psychanalyse est également apparue sur le devant de la scène, avec sa volonté d'explorer et d'évaluer l'inconscient. Alors progressivement nous en sommes venus à l'étude de la psychologie du bébé et de l'enfant en développement. »

Évaluation de la situation : le symptôme et le corps de l'enfant

On part du corps du bébé qui est le creuset de la consultation. Le symptôme du bébé est

polysémique, et exige l'utilisation parallèle et superposée de plusieurs grilles de lecture :

- une grille de lecture médicale, sémiologique;
- une grille de lecture psychodynamique de ce qui s'exprime chez l'enfant;
- une grille de lecture parentale (structurale, interactive et générationnelle);
- une grille de lecture de l'économie psychosomatique familiale.

Le symptôme peut être considéré comme un objet transitionnel « malléable » que l'enfant et les parents apportent. Le pédiatre utilise également le symptôme pour percevoir à travers sa présentation et sa description le halo affectif et relationnel, la souffrance psychique individuelle des parents et du bébé et les aléas des interactions précoces. La compréhension du symptôme inclut psyché et soma à des degrés variables; le symptôme a un sens et une fonction chez le bébé et dans la constellation familiale.

Le cadre de la consultation pédiatrique est un cadre ouvert et modulable. Solidement enraciné sur une base *secure* constituée par la préoccupation somatique et la contenance, il s'ouvre et s'élargit vers d'autres cadres avec une gerbe de sens possibles. C'est un cadre modulable, avec la possibilité d'échanges et de transvasements entre les cadres, d'emboîtements.

Le rythme à trois temps de la consultation

Nous avons décrit ci-dessus en quoi les troubles fonctionnels du bébé sont des troubles de l'acquisition des rythmes biologiques par le bébé, de l'accordage, et de leur maturation.

Ces consultations précoces débutent souvent sur un tempo rapide, saccadé, dicté par l'angoisse et la tension interactive. Or, on sait que le nouveau-né a besoin d'un rythme lent et souple (Vamos, Schmidt, 2007). Chaque consultation se développe selon son rythme propre. On ne sait jamais au début de la consultation ni où l'on va, ni à quel rythme, à quelle profondeur il sera possible de cheminer dans les interactions, le fonctionnement familial et individuel du bébé et des parents. On ne sait pas si les parents vont imposer un rythme ou profiter de ce temps de la consultation pour laisser l'enfant libre et s'adapter à son tempo. Si,

contenus par un tiers, ils vont donner une certaine continuité ou rester dans la brusquerie et les rythmes saccadés.

Le rythme de l'accueil par le clinicien a une vertu fondamentale d'enveloppement et d'accordage progressif vers un rythme plus lent et plus souple. Cet accueil contenant, par une « mère environnement », un cadre, à un rythme un peu plus lent que celui du bébé et des parents, a déjà un effet d'apaisement et d'ouverture. On prend son temps et le rythme au plus près du corps-psyché du bébé, on dialogue avec le bébé et son corps dans différents registres en situation d'interaction.

La rencontre se déroule dans des mouvements souples d'aller et retour du somatique au psychique, du bébé aux parents et à leur histoire. On se tourne successivement vers le bébé, les parents et vers son propre ressenti, on s'imprègne de l'atmosphère relationnelle, ce qui permet la rêverie et les associations en même temps que le décryptage physiologique.

L'anamnèse est double, psychosomatique

On propose une anamnèse psychosomatique qui n'est pas une anamnèse médicale pure, et qui est un entretien plus directif qu'un entretien psychothérapeutique.

L'anamnèse médicale est centrée sur le symptôme et le biologique, qui est la demande des parents, et la priorité de la consultation pédiatrique. On fait décrire le symptôme : sémiologie, histoire du symptôme, début, accalmies, aggravation, les traitements essayés, ce qui calme.

Puis *l'anamnèse psychosomatique* initie une mise en perspective, en liens et en mots. Je m'adresse successivement au bébé, aux parents, au passé, au présent, au soma, aux affects. Je fais décrire les repas, les nuits (*qui garde qui?*) et les journées (*la traversée du désert qu'est la journée entière d'une mère seule avec son bébé qui pleure sans arrêt, pendant que le père est au travail, est réellement quelque chose de dépressiogène*). Je fais raconter la grossesse, la naissance qui peut avoir été traumatisante pour le bébé et/ou la mère alors même qu'elle s'est déroulée normalement d'un point de vue strictement médical (*avez-vous eu peur? avez-vous eu mal, et le bébé? avez-vous été traumatisée, et le bébé? et le père?*). Je m'intéresse à la fratrie,

aux données transgénérationnelles : histoire des parents, leur période infantile, l'existence de maladies dans la famille, de deuils. Je demande aux parents ce qui les inquiète, leur fait nommer leurs angoisses (ex. : angoisse de suffocation dans le RGO, angoisse de douleur intolérable dans les coliques), ce qui sous-tend leur réponse au symptôme. Cette anamnèse a une importance dans la mise en association et en perspective. De même qu'il y a des interprétations mutatives, il y a des questions mutatives.

L'observation du bébé et des interactions

On apprend en faculté de médecine l'observation clinique, la sémiologie qui permettent de contribuer au diagnostic d'une maladie à partir des signes physiques (inspection, percussion, palpation, auscultation) et des examens complémentaires. Il s'agit ici d'un mixte entre l'observation médicale nécessaire, et de larges emprunts dans son processus de décryptage à l'observation psychanalytique, même s'il s'agit d'une forme dégradée, rapide et fruste.

Il est nécessaire de détailler un peu la position du clinicien. Son regard vers le bébé et les parents est contenant et enveloppant, dans plusieurs directions à la fois : si le bébé est la cible de ma vision centrale, j'observe en périphérie les parents et les interactions, les regards des protagonistes, avec un regard à la fois médical et réceptif émotionnellement. Ce qui relie ce travail à une observation d'orientation psychanalytique, c'est l'attention accordée à ce que les données éveillent en moi comme émotions, associations et hypothèses, à mon ressenti physique et psychique. Ce qui la différencie, c'est que les expressions émotives et somatiques du bébé sont à lire médicalement, et en tant qu'expression psychomotrice. Le pédiatre ne fait pas table rase médicale mais psychologique. C'est une forme de capacité négative d'accueillir la situation psychologique comme neuve et originale, en gardant sa possibilité d'être surpris, même si des événements surdéterminants sont précisés dans l'annonce. Ceci, comme dans l'observation psychanalytique, nécessite un travail en plusieurs temps et parfois un travail indirect. J'observe les symptômes, le bébé et les parents ainsi que les interactions, je note mes impressions à partir de ce que je vois et ressens, et dans un

deuxième temps, parfois lors d'un travail indirect d'intervision, ces données sont élaborées et métaphorisées, afin d'essayer de comprendre l'expression somatique et sa gravité, de percevoir l'infiltration fantasmatique des interactions ainsi que le vécu émotionnel du bébé et des parents, l'existence psychique du bébé, et le jeu des identifications.

Le double ressenti du pédiatre

Durant cette observation, j'offre au bébé une empathie que je nommerai « *biopsychique* » : je me rends perméable aux projections du bébé, me donne « à ressentir » au bébé, me laisse imprégner par la situation en acceptant mon ressenti double corporel et psychique. J'observe d'abord son symptôme : s'agit-il de RGO ou de coliques ? A-t-il des remontées acides, ou des efforts de poussées, puis son « tempérament », hyper-réactif aux mobilisations, dans le contact ou non, apathique, trop souriant, son accès à la communication avec ses parents, ses réactions au discours parental. Je module l'entretien en fonction de ce que je ressens et des intuitions qui émergent associativement. J'insiste sur l'attention apportée au regard du bébé, au regard des parents sur le bébé et aux échanges de regards entre le bébé et la mère (ou parents) propres à un partage d'émotions et à une rêverie, à des hypothèses sur les sentiments sous-jacents (A. Carel, 2001).

La particularité de cette empathie « biopsychique » réside pour moi dans le fait qu'il s'agit d'une triple empathie du pédiatre. Pour créer ce néologisme, je me réfère à l'ouvrage de S. Bolognini (2002) sur l'empathie psychanalytique et à S. Missonnier (2004a) sur l'empathie dans les consultations thérapeutiques parents-bébé. Dans l'empathie psychanalytique, il y a les notions de se mettre dans la position d'un autre consciemment ou inconsciemment (S. Freud), dans la peau d'un autre (S. Ferenczi). L'empathie n'est pas passive mais active, a des aspects cognitifs et créatifs : ressentir puis penser, intégrer, comprendre, faire connaître à l'autre l'étranger en lui. S. Bolognini parle d'empathie transformationnelle. Il y a pour l'attitude empathique la nécessité que la séparation soit acquise, pour permettre des aller et retour dans la peau de l'autre par des mouvements de régression puis de séparation. L'auteur diffère clairement l'empathie du contre-transfert dans la mesure où

l'autre est sujet dans le contre-transfert, alors que le monde interne de l'autre est objet dans l'empathie. *Ici, on se met dans la peau du bébé, des parents et aussi au cœur de la situation interactive.*

S. Missonnier différencie une empathie primaire infraverbale dans le corps à corps, *enactment* de S. Lebovici ou éraction métaphorisante avec le bébé, et une empathie secondaire avec les parents, échange verbal et co-pensée, ce qui n'empêche pas la possibilité d'une empathie primaire avec eux (mimique, gestuelle, faciès « froncé » ou détendu).

J'oserai donc proposer une troisième empathie biopsychique vers le corps-psyché du bébé, avec une troisième grille médicale de senti et de lecture « diagnostique » de sa situation, du symptôme, de la douleur physique et de la tension psychique, en se mettant dans la peau du bébé. *(Il est important de voir si le bébé refuse le biberon que lui tend sa mère avec colère, ou s'il boit un peu et semble avoir mal avec des larmes dans les yeux; la réponse de la mère est aussi importante.)*

L'observation des interactions

Je note l'étonnement de beaucoup de parents lorsque je leur demande de sortir le bébé du landau dès le début de la consultation, quand je le regarde en leur parlant ou quand je m'adresse à lui directement. La qualité du *holding* et du *handling* saute littéralement aux yeux *(une mère très opératoire et angoissée me demande des précisions sur le régime alimentaire de son bébé au millilitre près, et sur la façon de cuire les légumes, en tenant pendant tout ce temps son bébé raide, les pieds en l'air, la tête à l'horizontale...)*.

On peut observer une dysrythmie dans l'interaction comportementale, telle que nous l'avons décrite plus haut. Les interactions ont un rythme saccadé, irrégulier, trop rapide (ex. : post-traumatique), sans intervalle permettant au bébé l'expression de sa vie psychique (les parents inquiets enfournent la tétine « bouchon » avant de chercher à comprendre ce qu'exprime et attend le bébé avec ses pleurs), ou un rythme trop lent, obsessionnel d'une dépression maternelle ou d'angoisse, d'une phobie de mal faire. Il n'y a pas de phases d'accordage, de synchronisation de dialogue rythmique.

La mère peut être absente de l'interaction *(la mère de Tristan est insatisfaite de son bébé, on dirait*

qu'elle est en colère et ne l'aime pas. Elle lui donne à manger de façon précise et adaptée, change ses couches, sans le regarder ou avec un regard distant, inexpressif, et en lui parlant très peu d'une voix blanche).

Il est possible, derrière les interactions comportementales, de percevoir, d'imaginer des fantasmes inconscients négatifs et conflictuels de la part des parents et du bébé... : conflit de parentalité, rejet, ambivalence non atteinte, déception, colère parentale, bébé insatisfaisant, absence de plaisir interactif. On observe la réponse du bébé aux projections parentales : colère contre la dépression maternelle ou rage, ou démonstrations excessives pour réanimer la mère *(parfois, le « faux self » existe déjà chez le bébé comme chez Eva qui fait « le clown » : à l'âge de 2 mois elle a une avance relationnelle et presque une excitation qui la font sourire et remuer la tête, émettre des sons, en permanence pour réanimer sa mère déprimée, ou pour l'imiter dans ses sautes d'humeur et ses accès d'excitation ?)*.

La situation met en scène les angoisses archaïques de l'enfant et des parents que l'on sent liées au traumatisme, à l'histoire récente et passée, et aux difficultés périnatales.

L'*examen médical* est un moment privilégié d'interactions physiques et verbales avec le bébé sous le regard des parents, durant lequel on observe son tempérament, sa consolabilité, sa labilité, moment où il peut mettre en scène la variabilité du symptôme physique. Je le tiens je le regarde, je lui parle, je le masse. J'observe les réactions parentales, les projections (identifications projectives), la façon dont ils le voient exister et interagir avec un autre, dont ils peuvent ou non le « lâcher » quelques instants.

On remarque que le pédiatre, à partir du symptôme somatique, est en première ligne pour repérer les signes de souffrance psychique du bébé (retrait, hypervigilance, avidité relationnelle, retard de développement) et les réactions paradoxales de la mère (dépression périnatale, phobies d'impulsion).

Comment comprendre le symptôme ?

Le noyau de cette consultation est le *travail du clinicien sur son ressenti physique et psychique*, ce qui