

L'enfant réanimé

L'enfant réanimé

L'enfant réanimé

L'enfant réanimé



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetspsy.com

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

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

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs. Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Dominique Blin, Nathalie Boige, Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Bernard Golse, Sylvie Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959

Parmi les derniers titres parus :

Brigitte Mytnik

IVG, fécondité et inconscient

L'absence et la chair

Sophie Krauss

L'enfant autiste et le modelage

Une médiation thérapeutique

Claudia Mejía Quijano, Marc

Germond, François Ansermet

Parentalité stérile et procréation médicale-

ment assistée

Le dégel du devenir

Sous la direction de Michel Soulé

La vie de l'enfant

Ce que vous avez toujours voulu savoir...

Sans jamais oser le demander

Michel Soulé

Histoires de psychiatrie infantile

Diana Dadoorian

Grossesses adolescentes

Sous la direction de Marie-France

Castarède et Gabrielle Konopczynski

Au commencement était la voix

Benoît Bayle

L'enfant à naître

Identité conceptionnelle et gestation psychique

Sous la direction de Bernard Golse et

Sylvain Missonnier

Récit, attachement et psychanalyse

Pour une clinique de la narrativité

Sous la direction de Martine Gross

Homoparentalités, état des lieux

Peter Fonagy

Théorie de l'attachement et psychanalyse



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetspsy.com

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

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

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs. Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Dominique Blin, Nathalie Boige, Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Bernard Golse, Sylvie Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959

Parmi les derniers titres parus :

Brigitte Mytnik

IVG, fécondité et inconscient

L'absence et la chair

Sophie Krauss

L'enfant autiste et le modelage

Une médiation thérapeutique

Claudia Mejía Quijano, Marc

Germond, François Ansermet

Parentalité stérile et procréation médicale-

ment assistée

Le dégel du devenir

Sous la direction de Michel Soulé

La vie de l'enfant

Ce que vous avez toujours voulu savoir...

Sans jamais oser le demander

Michel Soulé

Histoires de psychiatrie infantile

Diana Dadoorian

Grossesses adolescentes

Sous la direction de Marie-France

Castarède et Gabrielle Konopczynski

Au commencement était la voix

Benoît Bayle

L'enfant à naître

Identité conceptionnelle et gestation psychique

Sous la direction de Bernard Golse et

Sylvain Missonnier

Récit, attachement et psychanalyse

Pour une clinique de la narrativité

Sous la direction de Martine Gross

Homoparentalités, état des lieux

Peter Fonagy

Théorie de l'attachement et psychanalyse



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetspsy.com

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

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

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs. Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Dominique Blin, Nathalie Boige, Edwige Dautzenberg, Pierre Delion, Anne Frichet, Bernard Golse, Sylvie Séguret et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959

Parmi les derniers titres parus :

Brigitte Mytnik

IVG, fécondité et inconscient

L'absence et la chair

Sophie Krauss

L'enfant autiste et le modelage

Une médiation thérapeutique

Claudia Mejía Quijano, Marc

Germond, François Ansermet

Parentalité stérile et procréation médicale-

ment assistée

Le dégel du devenir

Sous la direction de Michel Soulé

La vie de l'enfant

Ce que vous avez toujours voulu savoir...

Sans jamais oser le demander

Michel Soulé

Histoires de psychiatrie infantile

Diana Dadoorian

Grossesses adolescentes

Sous la direction de Marie-France

Castarède et Gabrielle Konopczynski

Au commencement était la voix

Benoît Bayle

L'enfant à naître

Identité conceptionnelle et gestation psychique

Sous la direction de Bernard Golse et

Sylvain Missonnier

Récit, attachement et psychanalyse

Pour une clinique de la narrativité

Sous la direction de Martine Gross

Homoparentalités, état des lieux

Peter Fonagy

Théorie de l'attachement et psychanalyse



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetspsy.com

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

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

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs. Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Dominique Blin, Nathalie Boige, Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Bernard Golse, Sylvie Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959

Parmi les derniers titres parus :

Brigitte Mytnik

IVG, fécondité et inconscient

L'absence et la chair

Sophie Krauss

L'enfant autiste et le modelage

Une médiation thérapeutique

Claudia Mejía Quijano, Marc

Germond, François Ansermet

Parentalité stérile et procréation médicale-
ment assistée

Le dégel du devenir

Sous la direction de Michel Soulé

La vie de l'enfant

Ce que vous avez toujours voulu savoir...

Sans jamais oser le demander

Michel Soulé

Histoires de psychiatrie infantile

Diana Dadoorian

Grossesses adolescentes

Sous la direction de Marie-France

Castarède et Gabrielle Konopczynski

Au commencement était la voix

Benoît Bayle

L'enfant à naître

Identité conceptionnelle et gestation psychique

Sous la direction de Bernard Golse et

Sylvain Missonnier

Récit, attachement et psychanalyse

Pour une clinique de la narrativité

Sous la direction de Martine Gross

Homoparentalités, état des lieux

Peter Fonagy

Théorie de l'attachement et psychanalyse

Michèle Grosclaude

L'enfant réanimé

Clinique de la rupture et du lien

Préface de Philippe Gutton

Avec les contributions de
Rirette-Esther Brochard, Nicole Danesi,
Dominique Sandre, Sylvie Séguret

« La vie de l'enfant »

The logo for Érès éditions features the word "érès" in a lowercase, sans-serif font. The letter "é" is stylized with a small circle above it. To the right of "érès" is the word "éditions" in a smaller, uppercase, sans-serif font, positioned vertically.

Extrait de la publication

Michèle Grosclaude

L'enfant réanimé

Clinique de la rupture et du lien

Préface de Philippe Gutton

Avec les contributions de
Rirette-Esther Brochard, Nicole Danesi,
Dominique Sandre, Sylvie Séguret

« La vie de l'enfant »

The logo for Érès éditions features the word "érès" in a lowercase, sans-serif font. The letter "é" is stylized with a small circle above it. To the right of "érès" is the word "éditions" in a smaller, uppercase, sans-serif font, positioned vertically between two horizontal lines.

Extrait de la publication

Michèle Grosclaude

L'enfant réanimé

Clinique de la rupture et du lien

Préface de Philippe Gutton

Avec les contributions de
Rirette-Esther Brochard, Nicole Danesi,
Dominique Sandre, Sylvie Séguret

« La vie de l'enfant »

The logo for Érès éditions features the word 'érès' in a lowercase, sans-serif font. The letter 'é' is stylized with a small circle above it. To the right of 'érès' is the word 'éditions' in a smaller, uppercase, sans-serif font, positioned vertically between two horizontal lines.

Extrait de la publication

Michèle Grosclaude

L'enfant réanimé

Clinique de la rupture et du lien

Préface de Philippe Gutton

Avec les contributions de
Rirette-Esther Brochard, Nicole Danesi,
Dominique Sandre, Sylvie Séguret

« La vie de l'enfant »

érès
éditions

Extrait de la publication

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2742-9
Première édition © Éditions érès 2007
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2742-9
Première édition © Éditions érès 2007
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2742-9
Première édition © Éditions érès 2007
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-2742-9
Première édition © Éditions érès 2007
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, <i>Philippe Gutton</i>	9
INTRODUCTION, <i>Michèle Grosclaude</i>	13
LA RÉANIMATION DE L'INFANTILE : PERMANENCE, RUPTURE ET (RE)NAISSANCE DES LIENS	
PENSER LA CLINIQUE DE L'ENFANT RÉANIMÉ, <i>Michèle Grosclaude</i>	21
Un fait.....	21
Une proposition de lecture.....	23
Une hypothèse.....	24
Une métaphore.....	26
LE RÉANIMATOIRE, <i>Michèle Grosclaude</i>	29
La réanimation.....	30
<i>Avatars étymologiques de la vie et du souffle</i>	32
<i>Réanimer</i>	33
<i>Le coma</i>	34
<i>L'éveil</i>	39
<i>Le vécu de la réanimation</i>	41
Un autre monde psychique.....	46
<i>Le « trou-réa »</i>	48
<i>L'infantile</i>	51
VERS LA CLINIQUE DE L'ENFANT, <i>Michèle Grosclaude</i>	65
Que nous apprennent les enfants sur le réanimatoire ?.....	65
<i>Des enfants nous en parlent...</i>	66
<i>Le bébé réanimé : quel infans ?</i>	83
<i>L'apport du vécu fœtal de l'adulte réanimé à l'approche de l'infantile</i>	97
Constructions et concepts.....	104
<i>Le traumatisme</i>	105
<i>Les agonies primitives</i>	122
<i>Le respiratoire</i>	132

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, <i>Philippe Gutton</i>	9
INTRODUCTION, <i>Michèle Grosclaude</i>	13
LA RÉANIMATION DE L'INFANTILE : PERMANENCE, RUPTURE ET (RE)NAISSANCE DES LIENS	
PENSER LA CLINIQUE DE L'ENFANT RÉANIMÉ, <i>Michèle Grosclaude</i>	21
Un fait.....	21
Une proposition de lecture.....	23
Une hypothèse.....	24
Une métaphore.....	26
LE RÉANIMATOIRE, <i>Michèle Grosclaude</i>	29
La réanimation.....	30
<i>Avatars étymologiques de la vie et du souffle</i>	32
<i>Réanimer</i>	33
<i>Le coma</i>	34
<i>L'éveil</i>	39
<i>Le vécu de la réanimation</i>	41
Un autre monde psychique.....	46
<i>Le « trou-réa »</i>	48
<i>L'infantile</i>	51
VERS LA CLINIQUE DE L'ENFANT, <i>Michèle Grosclaude</i>	65
Que nous apprennent les enfants sur le réanimatoire ?.....	65
<i>Des enfants nous en parlent...</i>	66
<i>Le bébé réanimé : quel infans ?</i>	83
<i>L'apport du vécu fœtal de l'adulte réanimé à l'approche de l'infantile</i>	97
Constructions et concepts.....	104
<i>Le traumatisme</i>	105
<i>Les agonies primitives</i>	122
<i>Le respiratoire</i>	132

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, <i>Philippe Gutton</i>	9
INTRODUCTION, <i>Michèle Grosclaude</i>	13
LA RÉANIMATION DE L'INFANTILE : PERMANENCE, RUPTURE ET (RE)NAISSANCE DES LIENS	
PENSER LA CLINIQUE DE L'ENFANT RÉANIMÉ, <i>Michèle Grosclaude</i>	21
Un fait.....	21
Une proposition de lecture.....	23
Une hypothèse.....	24
Une métaphore.....	26
LE RÉANIMATOIRE, <i>Michèle Grosclaude</i>	29
La réanimation.....	30
<i>Avatars étymologiques de la vie et du souffle</i>	32
<i>Réanimer</i>	33
<i>Le coma</i>	34
<i>L'éveil</i>	39
<i>Le vécu de la réanimation</i>	41
Un autre monde psychique.....	46
<i>Le « trou-réa »</i>	48
<i>L'infantile</i>	51
VERS LA CLINIQUE DE L'ENFANT, <i>Michèle Grosclaude</i>	65
Que nous apprennent les enfants sur le réanimatoire ?.....	65
<i>Des enfants nous en parlent...</i>	66
<i>Le bébé réanimé : quel infans ?</i>	83
<i>L'apport du vécu fœtal de l'adulte réanimé à l'approche de l'infantile</i>	97
Constructions et concepts.....	104
<i>Le traumatisme</i>	105
<i>Les agonies primitives</i>	122
<i>Le respiratoire</i>	132

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, <i>Philippe Gutton</i>	9
INTRODUCTION, <i>Michèle Grosclaude</i>	13
LA RÉANIMATION DE L'INFANTILE : PERMANENCE, RUPTURE ET (RE)NAISSANCE DES LIENS	
PENSER LA CLINIQUE DE L'ENFANT RÉANIMÉ, <i>Michèle Grosclaude</i>	21
Un fait.....	21
Une proposition de lecture.....	23
Une hypothèse.....	24
Une métaphore.....	26
LE RÉANIMATOIRE, <i>Michèle Grosclaude</i>	29
La réanimation.....	30
<i>Avatars étymologiques de la vie et du souffle</i>	32
<i>Réanimer</i>	33
<i>Le coma</i>	34
<i>L'éveil</i>	39
<i>Le vécu de la réanimation</i>	41
Un autre monde psychique.....	46
<i>Le « trou-réa »</i>	48
<i>L'infantile</i>	51
VERS LA CLINIQUE DE L'ENFANT, <i>Michèle Grosclaude</i>	65
Que nous apprennent les enfants sur le réanimatoire ?.....	65
<i>Des enfants nous en parlent...</i>	66
<i>Le bébé réanimé : quel infans ?</i>	83
<i>L'apport du vécu fœtal de l'adulte réanimé à l'approche de l'infantile</i>	97
Constructions et concepts.....	104
<i>Le traumatisme</i>	105
<i>Les agonies primitives</i>	122
<i>Le respiratoire</i>	132

Conclusion.....	144
<i>Permanence, rupture et (re)naissance des liens</i>	144
<i>Qu'en faire ?</i>	146
<i>Prévention et réanimation</i>	147

PRATIQUES EN RÉANIMATION
NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE

LA RUPTURE ET LE LIEN SUR FOND DE TRAUMATISME, <i>Michèle Grosclaude</i>	155
RÉANIMATION NÉONATALE : LE BÉBÉ ET SES PARENTS ENTRE RUPTURES ET LIENS	
Le travail préventif du binôme pédiatre-psychanalyste	
<i>Dominique Sandre, Nicole Danesi</i>	159
Introduction.....	161
<i>Amélioration de la prise en charge biologique</i>	161
<i>Apparition d'une nouvelle population de prématurés</i>	161
<i>Enquêtes de suivi à long terme</i>	161
L'énigme des séquelles tardives.....	163
<i>Hypothèse organo-génétique</i>	163
<i>La question du psychisme</i>	163
Nouveaux concepts de prise en charge des bébés dans les services de réanimation néonatale.....	165
<i>Découverte des compétences du bébé par la mère e</i>	165
<i>La méthode Kangourou</i>	167
<i>Réflexions sur l'environnement sensoriel</i>	168
<i>Le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program)</i>	169
<i>Les soins centrés sur la famille</i>	171
Autre concept de soins : l'ouverture des services de réanimation néonatale aux parents, et le travail avec les psychanalystes.....	171
<i>Bases théoriques</i>	171
<i>Historique de l'ouverture des services de réanimation aux parents</i>	173
<i>L'entrée des psychanalystes en réanimation néonatale</i>	176
Les points forts du travail du psychanalyste en réanimation néonatale.....	179
<i>La fonction contenante de l'équipe de réanimation</i>	179
<i>Le concept d'incubateur psychique</i>	183
<i>La préservation des enveloppes psychiques</i>	184
La pratique de la psychanalyste dans le service de réanimation pédiatrique de Dijon.....	185
<i>Le pivot de la parole</i>	185

Conclusion.....	144
<i>Permanence, rupture et (re)naissance des liens</i>	144
<i>Qu'en faire ?</i>	146
<i>Prévention et réanimation</i>	147

PRATIQUES EN RÉANIMATION
NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE

LA RUPTURE ET LE LIEN SUR FOND DE TRAUMATISME, <i>Michèle Grosclaude</i>	155
RÉANIMATION NÉONATALE : LE BÉBÉ ET SES PARENTS ENTRE RUPTURES ET LIENS	
Le travail préventif du binôme pédiatre-psychanalyste	
<i>Dominique Sandre, Nicole Danesi</i>	159
Introduction.....	161
<i>Amélioration de la prise en charge biologique</i>	161
<i>Apparition d'une nouvelle population de prématurés</i>	161
<i>Enquêtes de suivi à long terme</i>	161
L'énigme des séquelles tardives.....	163
<i>Hypothèse organo-génétique</i>	163
<i>La question du psychisme</i>	163
Nouveaux concepts de prise en charge des bébés dans les services de réanimation néonatale.....	165
<i>Découverte des compétences du bébé par la mère e</i>	165
<i>La méthode Kangourou</i>	167
<i>Réflexions sur l'environnement sensoriel</i>	168
<i>Le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program)</i>	169
<i>Les soins centrés sur la famille</i>	171
Autre concept de soins : l'ouverture des services de réanimation néonatale aux parents, et le travail avec les psychanalystes.....	171
<i>Bases théoriques</i>	171
<i>Historique de l'ouverture des services de réanimation aux parents</i>	173
<i>L'entrée des psychanalystes en réanimation néonatale</i>	176
Les points forts du travail du psychanalyste en réanimation néonatale.....	179
<i>La fonction contenante de l'équipe de réanimation</i>	179
<i>Le concept d'incubateur psychique</i>	183
<i>La préservation des enveloppes psychiques</i>	184
La pratique de la psychanalyste dans le service de réanimation pédiatrique de Dijon.....	185
<i>Le pivot de la parole</i>	185

Conclusion.....	144
<i>Permanence, rupture et (re)naissance des liens</i>	144
<i>Qu'en faire ?</i>	146
<i>Prévention et réanimation</i>	147

PRATIQUES EN RÉANIMATION
NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE

LA RUPTURE ET LE LIEN SUR FOND DE TRAUMATISME, <i>Michèle Grosclaude</i>	155
RÉANIMATION NÉONATALE : LE BÉBÉ ET SES PARENTS ENTRE RUPTURES ET LIENS	
Le travail préventif du binôme pédiatre-psychanalyste	
<i>Dominique Sandre, Nicole Danesi</i>	159
Introduction.....	161
<i>Amélioration de la prise en charge biologique</i>	161
<i>Apparition d'une nouvelle population de prématurés</i>	161
<i>Enquêtes de suivi à long terme</i>	161
L'énigme des séquelles tardives.....	163
<i>Hypothèse organo-génétique</i>	163
<i>La question du psychisme</i>	163
Nouveaux concepts de prise en charge des bébés dans les services de réanimation néonatale.....	165
<i>Découverte des compétences du bébé par la mère e</i>	165
<i>La méthode Kangourou</i>	167
<i>Réflexions sur l'environnement sensoriel</i>	168
<i>Le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program)</i>	169
<i>Les soins centrés sur la famille</i>	171
Autre concept de soins : l'ouverture des services de réanimation néonatale aux parents, et le travail avec les psychanalystes.....	171
<i>Bases théoriques</i>	171
<i>Historique de l'ouverture des services de réanimation aux parents</i>	173
<i>L'entrée des psychanalystes en réanimation néonatale</i>	176
Les points forts du travail du psychanalyste en réanimation néonatale.....	179
<i>La fonction contenante de l'équipe de réanimation</i>	179
<i>Le concept d'incubateur psychique</i>	183
<i>La préservation des enveloppes psychiques</i>	184
La pratique de la psychanalyste dans le service de réanimation pédiatrique de Dijon.....	185
<i>Le pivot de la parole</i>	185

Conclusion.....	144
<i>Permanence, rupture et (re)naissance des liens</i>	144
<i>Qu'en faire ?</i>	146
<i>Prévention et réanimation</i>	147

PRATIQUES EN RÉANIMATION
NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE

LA RUPTURE ET LE LIEN SUR FOND DE TRAUMATISME, <i>Michèle Grosclaude</i>	155
RÉANIMATION NÉONATALE : LE BÉBÉ ET SES PARENTS ENTRE RUPTURES ET LIENS	
Le travail préventif du binôme pédiatre-psychanalyste	
<i>Dominique Sandre, Nicole Danesi</i>	159
Introduction.....	161
<i>Amélioration de la prise en charge biologique</i>	161
<i>Apparition d'une nouvelle population de prématurés</i>	161
<i>Enquêtes de suivi à long terme</i>	161
L'énigme des séquelles tardives.....	163
<i>Hypothèse organo-génétique</i>	163
<i>La question du psychisme</i>	163
Nouveaux concepts de prise en charge des bébés dans les services de réanimation néonatale.....	165
<i>Découverte des compétences du bébé par la mère e</i>	165
<i>La méthode Kangourou</i>	167
<i>Réflexions sur l'environnement sensoriel</i>	168
<i>Le NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program)</i>	169
<i>Les soins centrés sur la famille</i>	171
Autre concept de soins : l'ouverture des services de réanimation néonatale aux parents, et le travail avec les psychanalystes.....	171
<i>Bases théoriques</i>	171
<i>Historique de l'ouverture des services de réanimation aux parents</i>	173
<i>L'entrée des psychanalystes en réanimation néonatale</i>	176
Les points forts du travail du psychanalyste en réanimation néonatale.....	179
<i>La fonction contenante de l'équipe de réanimation</i>	179
<i>Le concept d'incubateur psychique</i>	183
<i>La préservation des enveloppes psychiques</i>	184
La pratique de la psychanalyste dans le service de réanimation pédiatrique de Dijon.....	185
<i>Le pivot de la parole</i>	185

<i>Information des parents</i>	186
<i>Écoute et aide psychologique</i>	187
<i>Accompagnement du bébé</i>	188
<i>Réunions institutionnelles</i>	191
<i>Les conditions nouvelles du travail du psychanalyste en réanimation</i> ..	193
<i>Le débat éthique sur l'initiation et la poursuite des soins actifs</i>	195
<i>L'organisation de la sortie du bébé de réanimation</i>	196
Conclusion	197
<i>L'aide à l'émergence du lien</i>	197
<i>La formation du personnel soignant</i>	198
<i>La formation des médecins</i>	199
<i>L'évaluation de l'impact de l'intervention de la psychanalyste</i>	200
<i>Le travail en réseau autour du bébé et de ses parents</i>	203
<i>Le suivi pluridisciplinaire de l'enfant vulnérable</i>	203
COMMENT L'HOSPITALISATION DE SON NOUVEAU-NÉ PEUT APPARAÎTRE COMME MALTRAITANTE À LA MÈRE, <i>Sylvie Séguret</i>	207
De l'hospitalisation à la naissance	209
Et après...	213
EN RÉANIMATION NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE : TISSER LES LIENS ENTRE L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT, <i>Esther-Rirette Brochard</i>	217
À pas de fourmis en réanimation néonatale et pédiatrique	220
<i>Blanche-Neige et l'impasse alimentaire en néonatalogie</i>	223
<i>Malaises du nourrisson et consultation psychologique</i>	226
Prise en charge psychothérapique parents-enfants en réanimation pédiatrique et néonatale dans un contexte d'intervention chirurgicale ..	228
<i>Les demandes en réanimation</i>	228
<i>La place de l'intervention chirurgicale dans le travail psychologique</i> ..	229
<i>Quelques exemples</i>	230
Manifestations d'urgence chez les patients dits « chroniques » en réanimation néonatale	233
Peut-on parler de coma et d'éveil du nourrisson ?	236
De la Belle au bois dormant au Chevalier du zodiaque	239
<i>Noémie et la Belle au bois dormant</i>	241
<i>Thomas : sommeil et impression de coma</i>	243
<i>Jacques et le Chevalier du zodiaque</i>	245
Techniques en réanimation et objet transitionnel dans la relation avec le patient, sa famille et ses soignants	248
Les alarmes : signalisation de la relation	253
<i>Alarme d'appel</i>	253

<i>Information des parents</i>	186
<i>Écoute et aide psychologique</i>	187
<i>Accompagnement du bébé</i>	188
<i>Réunions institutionnelles</i>	191
<i>Les conditions nouvelles du travail du psychanalyste en réanimation</i> ..	193
<i>Le débat éthique sur l'initiation et la poursuite des soins actifs</i>	195
<i>L'organisation de la sortie du bébé de réanimation</i>	196
Conclusion	197
<i>L'aide à l'émergence du lien</i>	197
<i>La formation du personnel soignant</i>	198
<i>La formation des médecins</i>	199
<i>L'évaluation de l'impact de l'intervention de la psychanalyste</i>	200
<i>Le travail en réseau autour du bébé et de ses parents</i>	203
<i>Le suivi pluridisciplinaire de l'enfant vulnérable</i>	203
COMMENT L'HOSPITALISATION DE SON NOUVEAU-NÉ PEUT APPARAÎTRE COMME MALTRAITANTE À LA MÈRE, <i>Sylvie Séguret</i>	207
De l'hospitalisation à la naissance	209
Et après... ..	213
EN RÉANIMATION NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE : TISSER LES LIENS ENTRE L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT, <i>Esther-Rirette Brochard</i>	217
À pas de fourmis en réanimation néonatale et pédiatrique	220
<i>Blanche-Neige et l'impasse alimentaire en néonatalogie</i>	223
<i>Malaises du nourrisson et consultation psychologique</i>	226
Prise en charge psychothérapique parents-enfants en réanimation pédiatrique et néonatale dans un contexte d'intervention chirurgicale ..	228
<i>Les demandes en réanimation</i>	228
<i>La place de l'intervention chirurgicale dans le travail psychologique</i> ..	229
<i>Quelques exemples</i>	230
Manifestations d'urgence chez les patients dits « chroniques » en réanimation néonatale	233
Peut-on parler de coma et d'éveil du nourrisson ?	236
De la Belle au bois dormant au Chevalier du zodiaque	239
<i>Noémie et la Belle au bois dormant</i>	241
<i>Thomas : sommeil et impression de coma</i>	243
<i>Jacques et le Chevalier du zodiaque</i>	245
Techniques en réanimation et objet transitionnel dans la relation avec le patient, sa famille et ses soignants	248
Les alarmes : signalisation de la relation	253
<i>Alarme d'appel</i>	253

<i>Information des parents</i>	186
<i>Écoute et aide psychologique</i>	187
<i>Accompagnement du bébé</i>	188
<i>Réunions institutionnelles</i>	191
<i>Les conditions nouvelles du travail du psychanalyste en réanimation</i> ..	193
<i>Le débat éthique sur l'initiation et la poursuite des soins actifs</i>	195
<i>L'organisation de la sortie du bébé de réanimation</i>	196
Conclusion	197
<i>L'aide à l'émergence du lien</i>	197
<i>La formation du personnel soignant</i>	198
<i>La formation des médecins</i>	199
<i>L'évaluation de l'impact de l'intervention de la psychanalyste</i>	200
<i>Le travail en réseau autour du bébé et de ses parents</i>	203
<i>Le suivi pluridisciplinaire de l'enfant vulnérable</i>	203
COMMENT L'HOSPITALISATION DE SON NOUVEAU-NÉ PEUT APPARAÎTRE COMME MALTRAITANTE À LA MÈRE, <i>Sylvie Séguret</i>	207
De l'hospitalisation à la naissance	209
Et après... ..	213
EN RÉANIMATION NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE : TISSER LES LIENS ENTRE L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT, <i>Esther-Rirette Brochard</i>	217
À pas de fourmis en réanimation néonatale et pédiatrique	220
<i>Blanche-Neige et l'impasse alimentaire en néonatalogie</i>	223
<i>Malaises du nourrisson et consultation psychologique</i>	226
Prise en charge psychothérapique parents-enfants en réanimation pédiatrique et néonatale dans un contexte d'intervention chirurgicale ..	228
<i>Les demandes en réanimation</i>	228
<i>La place de l'intervention chirurgicale dans le travail psychologique</i> ..	229
<i>Quelques exemples</i>	230
Manifestations d'urgence chez les patients dits « chroniques » en réanimation néonatale	233
Peut-on parler de coma et d'éveil du nourrisson ?	236
De la Belle au bois dormant au Chevalier du zodiaque	239
<i>Noémie et la Belle au bois dormant</i>	241
<i>Thomas : sommeil et impression de coma</i>	243
<i>Jacques et le Chevalier du zodiaque</i>	245
Techniques en réanimation et objet transitionnel dans la relation avec le patient, sa famille et ses soignants	248
Les alarmes : signalisation de la relation	253
<i>Alarme d'appel</i>	253

<i>Information des parents</i>	186
<i>Écoute et aide psychologique</i>	187
<i>Accompagnement du bébé</i>	188
<i>Réunions institutionnelles</i>	191
<i>Les conditions nouvelles du travail du psychanalyste en réanimation</i> ..	193
<i>Le débat éthique sur l'initiation et la poursuite des soins actifs</i>	195
<i>L'organisation de la sortie du bébé de réanimation</i>	196
Conclusion	197
<i>L'aide à l'émergence du lien</i>	197
<i>La formation du personnel soignant</i>	198
<i>La formation des médecins</i>	199
<i>L'évaluation de l'impact de l'intervention de la psychanalyste</i>	200
<i>Le travail en réseau autour du bébé et de ses parents</i>	203
<i>Le suivi pluridisciplinaire de l'enfant vulnérable</i>	203
COMMENT L'HOSPITALISATION DE SON NOUVEAU-NÉ PEUT APPARAÎTRE COMME MALTRAITANTE À LA MÈRE, <i>Sylvie Séguret</i>	207
De l'hospitalisation à la naissance	209
Et après...	213
EN RÉANIMATION NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE : TISSER LES LIENS ENTRE L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT, <i>Esther-Rirette Brochard</i>	217
À pas de fourmis en réanimation néonatale et pédiatrique	220
<i>Blanche-Neige et l'impasse alimentaire en néonatalogie</i>	223
<i>Malaises du nourrisson et consultation psychologique</i>	226
Prise en charge psychothérapique parents-enfants en réanimation pédiatrique et néonatale dans un contexte d'intervention chirurgicale ..	228
<i>Les demandes en réanimation</i>	228
<i>La place de l'intervention chirurgicale dans le travail psychologique</i> ..	229
<i>Quelques exemples</i>	230
Manifestations d'urgence chez les patients dits « chroniques » en réanimation néonatale	233
Peut-on parler de coma et d'éveil du nourrisson ?	236
De la Belle au bois dormant au Chevalier du zodiaque	239
<i>Noémie et la Belle au bois dormant</i>	241
<i>Thomas : sommeil et impression de coma</i>	243
<i>Jacques et le Chevalier du zodiaque</i>	245
Techniques en réanimation et objet transitionnel dans la relation avec le patient, sa famille et ses soignants	248
Les alarmes : signalisation de la relation	253
<i>Alarme d'appel</i>	253

<i>Alarme à l'entrée en relation</i>	254
<i>Alarme d'interférence</i>	254
<i>Alarme-« signal de danger »</i>	254
<i>Alarme d'annonce de la menace de mort</i>	255
<i>Alarme fausse alerte</i>	255
<i>Alarme de contrôle de position</i>	255
<i>Alarme d'indication de relations</i>	256
Entendre dire : ouvrir et fermer les yeux	256
Sortir de réanimation pédiatrique, angoisse et incertitude	261
<i>Contexte d'impuissance, sentiments de disqualification et intervention du psychologue</i>	263
<i>Violence, disqualification, sentiment d'urgence, et contenance psychologique et institutionnelle pour certains enfants</i>	264
<i>Émerger de situations d'enfermement dans le cycle plainte, disqualification, tension, urgence, aggravation</i>	266
<i>Vie normale et absence des traces de soins</i>	267
<i>Être entouré pour pouvoir s'approcher</i>	268
<i>Être ensemble, se séparer pour se retrouver</i>	271
Les couloirs de la réanimation : intervention psychologique, attente et hasard des rencontres	273
<i>Attente au bureau des entrées</i>	274
<i>Famille regroupée dans le hall principal</i>	274
<i>Papier ramassé dans le sas d'entrée de l'unité de néonatalogie</i>	275
Enfant, famille et réanimation : recherche d'une distance nécessaire et satisfaisante	278
<i>Information</i>	278
<i>Décision</i>	280
<i>Accompagnement</i>	281
Conclusion	282
PRÉVENTION : PRATIQUES ET PRÉOCCUPATIONS PSYCHOLOGIQUES EN SERVICES DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE ET NÉONATALE, <i>Michèle Grosclaude</i>	
À propos d'écrits de professionnels, <i>Michèle Grosclaude</i>	285
<i>Prévenir en réanimation « infantile »</i>	285
<i>Prévention, positionnements</i>	285
<i>Prévention : ce qu'enseigne la clinique</i>	289
Prévention : préoccupations psychologiques et pratiques en réanimation de l'enfant	291
<i>Prévention et techniques</i>	292
<i>Introduction du Visioboard en réanimation pédiatrique</i>	298
<i>Prévention et projets de services</i>	306

<i>Alarme à l'entrée en relation</i>	254
<i>Alarme d'interférence</i>	254
<i>Alarme-« signal de danger »</i>	254
<i>Alarme d'annonce de la menace de mort</i>	255
<i>Alarme fausse alerte</i>	255
<i>Alarme de contrôle de position</i>	255
<i>Alarme d'indication de relations</i>	256
Entendre dire : ouvrir et fermer les yeux	256
Sortir de réanimation pédiatrique, angoisse et incertitude	261
<i>Contexte d'impuissance, sentiments de disqualification et intervention du psychologue</i>	263
<i>Violence, disqualification, sentiment d'urgence, et contenance psychologique et institutionnelle pour certains enfants</i>	264
<i>Émerger de situations d'enfermement dans le cycle plainte, disqualification, tension, urgence, aggravation</i>	266
<i>Vie normale et absence des traces de soins</i>	267
<i>Être entouré pour pouvoir s'approcher</i>	268
<i>Être ensemble, se séparer pour se retrouver</i>	271
Les couloirs de la réanimation : intervention psychologique, attente et hasard des rencontres	273
<i>Attente au bureau des entrées</i>	274
<i>Famille regroupée dans le hall principal</i>	274
<i>Papier ramassé dans le sas d'entrée de l'unité de néonatalogie</i>	275
Enfant, famille et réanimation : recherche d'une distance nécessaire et satisfaisante	278
<i>Information</i>	278
<i>Décision</i>	280
<i>Accompagnement</i>	281
Conclusion	282
PRÉVENTION : PRATIQUES ET PRÉOCCUPATIONS PSYCHOLOGIQUES EN SERVICES DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE ET NÉONATALE, <i>Michèle Grosclaude</i>	
À propos d'écrits de professionnels, <i>Michèle Grosclaude</i>	285
Prévenir en réanimation « infantile »	285
<i>Prévention, positionnements</i>	285
<i>Prévention : ce qu'enseigne la clinique</i>	289
Prévention : préoccupations psychologiques et pratiques en réanimation de l'enfant	291
<i>Prévention et techniques</i>	292
<i>Introduction du Visioboard en réanimation pédiatrique</i>	298
<i>Prévention et projets de services</i>	306

<i>Alarme à l'entrée en relation</i>	254
<i>Alarme d'interférence</i>	254
<i>Alarme-« signal de danger »</i>	254
<i>Alarme d'annonce de la menace de mort</i>	255
<i>Alarme fausse alerte</i>	255
<i>Alarme de contrôle de position</i>	255
<i>Alarme d'indication de relations</i>	256
Entendre dire : ouvrir et fermer les yeux	256
Sortir de réanimation pédiatrique, angoisse et incertitude	261
<i>Contexte d'impuissance, sentiments de disqualification et intervention du psychologue</i>	263
<i>Violence, disqualification, sentiment d'urgence, et contenance psychologique et institutionnelle pour certains enfants</i>	264
<i>Émerger de situations d'enfermement dans le cycle plainte, disqualification, tension, urgence, aggravation</i>	266
<i>Vie normale et absence des traces de soins</i>	267
<i>Être entouré pour pouvoir s'approcher</i>	268
<i>Être ensemble, se séparer pour se retrouver</i>	271
Les couloirs de la réanimation : intervention psychologique, attente et hasard des rencontres	273
<i>Attente au bureau des entrées</i>	274
<i>Famille regroupée dans le hall principal</i>	274
<i>Papier ramassé dans le sas d'entrée de l'unité de néonatalogie</i>	275
Enfant, famille et réanimation : recherche d'une distance nécessaire et satisfaisante	278
<i>Information</i>	278
<i>Décision</i>	280
<i>Accompagnement</i>	281
Conclusion	282
PRÉVENTION : PRATIQUES ET PRÉOCCUPATIONS PSYCHOLOGIQUES EN SERVICES DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE ET NÉONATALE, <i>Michèle Grosclaude</i>	
À propos d'écrits de professionnels, <i>Michèle Grosclaude</i>	285
Prévenir en réanimation « infantile »	285
<i>Prévention, positionnements</i>	285
<i>Prévention : ce qu'enseigne la clinique</i>	289
Prévention : préoccupations psychologiques et pratiques en réanimation de l'enfant	291
<i>Prévention et techniques</i>	292
<i>Introduction du Visioboard en réanimation pédiatrique</i>	298
<i>Prévention et projets de services</i>	306

<i>Alarme à l'entrée en relation</i>	254
<i>Alarme d'interférence</i>	254
<i>Alarme-« signal de danger »</i>	254
<i>Alarme d'annonce de la menace de mort</i>	255
<i>Alarme fausse alerte</i>	255
<i>Alarme de contrôle de position</i>	255
<i>Alarme d'indication de relations</i>	256
Entendre dire : ouvrir et fermer les yeux	256
Sortir de réanimation pédiatrique, angoisse et incertitude	261
<i>Contexte d'impuissance, sentiments de disqualification et intervention du psychologue</i>	263
<i>Violence, disqualification, sentiment d'urgence, et contenance psychologique et institutionnelle pour certains enfants</i>	264
<i>Émerger de situations d'enfermement dans le cycle plainte, disqualification, tension, urgence, aggravation</i>	266
<i>Vie normale et absence des traces de soins</i>	267
<i>Être entouré pour pouvoir s'approcher</i>	268
<i>Être ensemble, se séparer pour se retrouver</i>	271
Les couloirs de la réanimation : intervention psychologique, attente et hasard des rencontres	273
<i>Attente au bureau des entrées</i>	274
<i>Famille regroupée dans le hall principal</i>	274
<i>Papier ramassé dans le sas d'entrée de l'unité de néonatalogie</i>	275
Enfant, famille et réanimation : recherche d'une distance nécessaire et satisfaisante	278
<i>Information</i>	278
<i>Décision</i>	280
<i>Accompagnement</i>	281
Conclusion	282
PRÉVENTION : PRATIQUES ET PRÉOCCUPATIONS PSYCHOLOGIQUES EN SERVICES DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE ET NÉONATALE, <i>Michèle Grosclaude</i>	
À propos d'écrits de professionnels, <i>Michèle Grosclaude</i>	285
<i>Prévenir en réanimation « infantile »</i>	285
<i>Prévention, positionnements</i>	285
<i>Prévention : ce qu'enseigne la clinique</i>	289
Prévention : préoccupations psychologiques et pratiques en réanimation de l'enfant	291
<i>Prévention et techniques</i>	292
<i>Introduction du Visioboard en réanimation pédiatrique</i>	298
<i>Prévention et projets de services</i>	306

Accueil et accompagnement des familles en réanimation néonatale (Marseille).....	307
<i>La séparation traumatique</i>	308
<i>Un projet de service</i>	309
<i>Prévention des troubles de l'attachement parents-enfant</i>	309
<i>L'accompagnement et le soutien des parents</i>	310
<i>Le rôle spécifique du psychologue-thérapeute dans l'unité de réanimation néonatale</i>	313
<i>Le travail d'alliance thérapeutique d'une équipe pluridisciplinaire</i>	314
<i>Conclusion et perspectives</i>	315
Soins psychiques en unité de soins intensifs pédiatrique. À propos du travail d'une équipe de professionnels en psychologie infantile (Bruxelles).....	317
<i>Le soin psychique en unité de réanimation pédiatrique</i>	319
<i>Le travail avec les enfants hospitalisés</i>	319
<i>Les situations prévisibles</i>	320
<i>Le travail avec les bébés</i>	321
<i>Le travail avec les enfants ayant acquis le langage</i>	322
<i>Les enfants non accompagnés</i>	322
<i>Un témoignage : que reste-t-il du séjour à l'usi ?</i>	323
<i>Le travail clinique avec les parents</i>	324
<i>Les groupes de parole pour parents d'enfants atteints d'une pathologie cardiaque</i>	325
<i>Un enfant meurt</i>	326
<i>Le travail avec l'équipe des soignants</i>	327
<i>Pour conclure</i>	327
Prévention, certitudes et doutes : éléments pour conclure.....	329
CONCLUSION, Michèle Grosclaude.....	331
<i>Une clinique particulière</i>	332
<i>La problématique du lien et de la rupture</i>	333
<i>L'enfant réanimé et son entourage</i>	335
<i>L'infans réanimé</i>	337
<i>Théories, pluridisciplinarité et référentiel de base</i>	339
LEXIQUE, Dominique Sandre.....	341
BIBLIOGRAPHIE.....	346
INDEX.....	360

Accueil et accompagnement des familles en réanimation néonatale (Marseille).....	307
<i>La séparation traumatique</i>	308
<i>Un projet de service</i>	309
<i>Prévention des troubles de l'attachement parents-enfant</i>	309
<i>L'accompagnement et le soutien des parents</i>	310
<i>Le rôle spécifique du psychologue-thérapeute dans l'unité de réanimation néonatale</i>	313
<i>Le travail d'alliance thérapeutique d'une équipe pluridisciplinaire</i>	314
<i>Conclusion et perspectives</i>	315
Soins psychiques en unité de soins intensifs pédiatrique. À propos du travail d'une équipe de professionnels en psychologie infantile (Bruxelles).....	317
<i>Le soin psychique en unité de réanimation pédiatrique</i>	319
<i>Le travail avec les enfants hospitalisés</i>	319
<i>Les situations prévisibles</i>	320
<i>Le travail avec les bébés</i>	321
<i>Le travail avec les enfants ayant acquis le langage</i>	322
<i>Les enfants non accompagnés</i>	322
<i>Un témoignage : que reste-t-il du séjour à l'usi ?</i>	323
<i>Le travail clinique avec les parents</i>	324
<i>Les groupes de parole pour parents d'enfants atteints d'une pathologie cardiaque</i>	325
<i>Un enfant meurt</i>	326
<i>Le travail avec l'équipe des soignants</i>	327
<i>Pour conclure</i>	327
Prévention, certitudes et doutes : éléments pour conclure.....	329
CONCLUSION, Michèle Grosclaude.....	331
<i>Une clinique particulière</i>	332
<i>La problématique du lien et de la rupture</i>	333
<i>L'enfant réanimé et son entourage</i>	335
<i>L'infans réanimé</i>	337
<i>Théories, pluridisciplinarité et référentiel de base</i>	339
LEXIQUE, Dominique Sandre.....	341
BIBLIOGRAPHIE.....	346
INDEX.....	360

Accueil et accompagnement des familles en réanimation néonatale (Marseille).....	307
<i>La séparation traumatique</i>	308
<i>Un projet de service</i>	309
<i>Prévention des troubles de l'attachement parents-enfant</i>	309
<i>L'accompagnement et le soutien des parents</i>	310
<i>Le rôle spécifique du psychologue-thérapeute dans l'unité de réanimation néonatale</i>	313
<i>Le travail d'alliance thérapeutique d'une équipe pluridisciplinaire</i>	314
<i>Conclusion et perspectives</i>	315
Soins psychiques en unité de soins intensifs pédiatrique. À propos du travail d'une équipe de professionnels en psychologie infantile (Bruxelles).....	317
<i>Le soin psychique en unité de réanimation pédiatrique</i>	319
<i>Le travail avec les enfants hospitalisés</i>	319
<i>Les situations prévisibles</i>	320
<i>Le travail avec les bébés</i>	321
<i>Le travail avec les enfants ayant acquis le langage</i>	322
<i>Les enfants non accompagnés</i>	322
<i>Un témoignage : que reste-t-il du séjour à l'usi ?</i>	323
<i>Le travail clinique avec les parents</i>	324
<i>Les groupes de parole pour parents d'enfants atteints d'une pathologie cardiaque</i>	325
<i>Un enfant meurt</i>	326
<i>Le travail avec l'équipe des soignants</i>	327
<i>Pour conclure</i>	327
Prévention, certitudes et doutes : éléments pour conclure.....	329
CONCLUSION, Michèle Grosclaude.....	331
<i>Une clinique particulière</i>	332
<i>La problématique du lien et de la rupture</i>	333
<i>L'enfant réanimé et son entourage</i>	335
<i>L'infans réanimé</i>	337
<i>Théories, pluridisciplinarité et référentiel de base</i>	339
LEXIQUE, Dominique Sandre.....	341
BIBLIOGRAPHIE.....	346
INDEX.....	360

Accueil et accompagnement des familles en réanimation néonatale (Marseille).....	307
<i>La séparation traumatique</i>	308
<i>Un projet de service</i>	309
<i>Prévention des troubles de l'attachement parents-enfant</i>	309
<i>L'accompagnement et le soutien des parents</i>	310
<i>Le rôle spécifique du psychologue-thérapeute dans l'unité de réanimation néonatale</i>	313
<i>Le travail d'alliance thérapeutique d'une équipe pluridisciplinaire</i>	314
<i>Conclusion et perspectives</i>	315
Soins psychiques en unité de soins intensifs pédiatrique. À propos du travail d'une équipe de professionnels en psychologie infantile (Bruxelles).....	317
<i>Le soin psychique en unité de réanimation pédiatrique</i>	319
<i>Le travail avec les enfants hospitalisés</i>	319
<i>Les situations prévisibles</i>	320
<i>Le travail avec les bébés</i>	321
<i>Le travail avec les enfants ayant acquis le langage</i>	322
<i>Les enfants non accompagnés</i>	322
<i>Un témoignage : que reste-t-il du séjour à l'usi ?</i>	323
<i>Le travail clinique avec les parents</i>	324
<i>Les groupes de parole pour parents d'enfants atteints d'une pathologie cardiaque</i>	325
<i>Un enfant meurt</i>	326
<i>Le travail avec l'équipe des soignants</i>	327
<i>Pour conclure</i>	327
Prévention, certitudes et doutes : éléments pour conclure.....	329
CONCLUSION, Michèle Grosclaude.....	331
<i>Une clinique particulière</i>	332
<i>La problématique du lien et de la rupture</i>	333
<i>L'enfant réanimé et son entourage</i>	335
<i>L'infans réanimé</i>	337
<i>Théories, pluridisciplinarité et référentiel de base</i>	339
LEXIQUE, Dominique Sandre.....	341
BIBLIOGRAPHIE.....	346
INDEX.....	360

*Aux infans réanimés
et à ceux qui en prennent soin*

*Aux infans réanimés
et à ceux qui en prennent soin*

*Aux infans réanimés
et à ceux qui en prennent soin*

*Aux infans réanimés
et à ceux qui en prennent soin*

PRÉFACE

L'orientation résolue de l'ouvrage vise à maintenir à celui qui est objet des soins de plus en plus raffinés, complexes, de haute technicité, un statut humain. Elle s'inscrit dans les travaux de certains psychopathologues décidés à entendre, à repérer la richesse intersubjective au sein même des pratiques médicales contemporaines d'une scientificité objective la plus remarquable et dès lors de façon incontournable objectivante. Cette position de recherche et de clinique, tout le contraire d'une critique, s'étayant d'une philosophie du vivant, au chevet du patient gravement atteint, de façon parfois létale, s'adresse « au reste » humanitaire si difficile à reconnaître. Ce livre intéressera tous ceux qui entourent un sujet inanimé et qui se trouvent engagés dans sa réanimation. On sait dans ce domaine l'importance de l'esprit d'équipe, l'originalité de l'interdisciplinarité et le souci d'échanges qui les anime. Dépouillé d'action et de parole, le patient inanimé n'en est pas moins sujet. Quelle subjectivité ? Que vit-il lors de son inanition, lorsqu'il en émerge, et lorsqu'il se reconstruit ? Qu'éprouve-t-il de façon fragmentaire (sans doute moins désorganisée qu'on ne le pensait) sous l'influence perceptive actuelle des soins et même des mots qui les accompagnent ? Assurément des éprouvés, influencés par son passé, par ce qui se passe autour de lui ; ils ne manqueront pas d'influencer le devenir proche, voire lointain, de son système de représentation et la capacité représentative. Statut traumatique dit-on classiquement ? Pas toujours, force de changement sans doute.

Michèle Grosclaude s'est toujours intéressée aux états originaires de la psyché ; elle utilisa pour ce faire les élaborations psychanalytiques de S. Ferenczi, D.W. Winnicott, F. Dolto et surtout P. Aulagnier. Elle a acquis une

PRÉFACE

L'orientation résolue de l'ouvrage vise à maintenir à celui qui est objet des soins de plus en plus raffinés, complexes, de haute technicité, un statut humain. Elle s'inscrit dans les travaux de certains psychopathologues décidés à entendre, à repérer la richesse intersubjective au sein même des pratiques médicales contemporaines d'une scientificité objective la plus remarquable et dès lors de façon incontournable objectivante. Cette position de recherche et de clinique, tout le contraire d'une critique, s'étayant d'une philosophie du vivant, au chevet du patient gravement atteint, de façon parfois létale, s'adresse « au reste » humanitaire si difficile à reconnaître. Ce livre intéressera tous ceux qui entourent un sujet inanimé et qui se trouvent engagés dans sa réanimation. On sait dans ce domaine l'importance de l'esprit d'équipe, l'originalité de l'interdisciplinarité et le souci d'échanges qui les anime. Dépouillé d'action et de parole, le patient inanimé n'en est pas moins sujet. Quelle subjectivité ? Que vit-il lors de son inanimation, lorsqu'il en émerge, et lorsqu'il se reconstruit ? Qu'éprouve-t-il de façon fragmentaire (sans doute moins désorganisée qu'on ne le pensait) sous l'influence perceptive actuelle des soins et même des mots qui les accompagnent ? Assurément des éprouvés, influencés par son passé, par ce qui se passe autour de lui ; ils ne manqueront pas d'influencer le devenir proche, voire lointain, de son système de représentation et la capacité représentative. Statut traumatique dit-on classiquement ? Pas toujours, force de changement sans doute.

Michèle Grosclaude s'est toujours intéressée aux états originaires de la psyché ; elle utilisa pour ce faire les élaborations psychanalytiques de S. Ferenczi, D.W. Winnicott, F. Dolto et surtout P. Aulagnier. Elle a acquis une

PRÉFACE

L'orientation résolue de l'ouvrage vise à maintenir à celui qui est objet des soins de plus en plus raffinés, complexes, de haute technicité, un statut humain. Elle s'inscrit dans les travaux de certains psychopathologues décidés à entendre, à repérer la richesse intersubjective au sein même des pratiques médicales contemporaines d'une scientificité objective la plus remarquable et dès lors de façon incontournable objectivante. Cette position de recherche et de clinique, tout le contraire d'une critique, s'étayant d'une philosophie du vivant, au chevet du patient gravement atteint, de façon parfois létale, s'adresse « au reste » humanitaire si difficile à reconnaître. Ce livre intéressera tous ceux qui entourent un sujet inanimé et qui se trouvent engagés dans sa réanimation. On sait dans ce domaine l'importance de l'esprit d'équipe, l'originalité de l'interdisciplinarité et le souci d'échanges qui les anime. Dépouillé d'action et de parole, le patient inanimé n'en est pas moins sujet. Quelle subjectivité ? Que vit-il lors de son inanimation, lorsqu'il en émerge, et lorsqu'il se reconstruit ? Qu'éprouve-t-il de façon fragmentaire (sans doute moins désorganisée qu'on ne le pensait) sous l'influence perceptive actuelle des soins et même des mots qui les accompagnent ? Assurément des éprouvés, influencés par son passé, par ce qui se passe autour de lui ; ils ne manqueront pas d'influencer le devenir proche, voire lointain, de son système de représentation et la capacité représentative. Statut traumatique dit-on classiquement ? Pas toujours, force de changement sans doute.

Michèle Grosclaude s'est toujours intéressée aux états originaires de la psyché ; elle utilisa pour ce faire les élaborations psychanalytiques de S. Ferenczi, D.W. Winnicott, F. Dolto et surtout P. Aulagnier. Elle a acquis une

PRÉFACE

L'orientation résolue de l'ouvrage vise à maintenir à celui qui est objet des soins de plus en plus raffinés, complexes, de haute technicité, un statut humain. Elle s'inscrit dans les travaux de certains psychopathologues décidés à entendre, à repérer la richesse intersubjective au sein même des pratiques médicales contemporaines d'une scientificité objective la plus remarquable et dès lors de façon incontournable objectivante. Cette position de recherche et de clinique, tout le contraire d'une critique, s'étayant d'une philosophie du vivant, au chevet du patient gravement atteint, de façon parfois létale, s'adresse « au reste » humanitaire si difficile à reconnaître. Ce livre intéressera tous ceux qui entourent un sujet inanimé et qui se trouvent engagés dans sa réanimation. On sait dans ce domaine l'importance de l'esprit d'équipe, l'originalité de l'interdisciplinarité et le souci d'échanges qui les anime. Dépouillé d'action et de parole, le patient inanimé n'en est pas moins sujet. Quelle subjectivité ? Que vit-il lors de son inanimation, lorsqu'il en émerge, et lorsqu'il se reconstruit ? Qu'éprouve-t-il de façon fragmentaire (sans doute moins désorganisée qu'on ne le pensait) sous l'influence perceptive actuelle des soins et même des mots qui les accompagnent ? Assurément des éprouvés, influencés par son passé, par ce qui se passe autour de lui ; ils ne manqueront pas d'influencer le devenir proche, voire lointain, de son système de représentation et la capacité représentative. Statut traumatique dit-on classiquement ? Pas toujours, force de changement sans doute.

Michèle Grosclaude s'est toujours intéressée aux états originaires de la psyché ; elle utilisa pour ce faire les élaborations psychanalytiques de S. Ferenczi, D.W. Winnicott, F. Dolto et surtout P. Aulagnier. Elle a acquis une

grande compétence dans ce domaine où elle débuta par l'analyse des organisations psychotiques. Résumons quelques principes de base de son raisonnement.

Affirmer d'abord la thèse de la permanence d'un originaire en chacun d'entre nous. Ceci peut apparaître comme un postulat du fait de son caractère prédictible ou indicible. Ce modèle de fonctionnement est susceptible d'émerger de façon plus ou moins intense en diverses circonstances de la vie. Sans reprendre ici le modèle du fonctionnement originaire de la psyché, soulignons sa caractéristique principale : il est constitué de perceptions, disons d'éprouvés infra-verbaux ; éprouvés bruts sans connexions les uns avec les autres, ou se liant entre eux directement ailleurs sous l'influence des stimuli extérieurs corporels et néanmoins branchés sur des éprouvés passés. Le niveau de ce système est en deçà des représentations, encore que des images à vif plus ou moins isolées, accolées au perceptif, sans signification, sont observées (on pourrait les caractériser de délirantes).

À l'ordinaire, l'originaire est masqué par une élaboration active primo-secondaire. Les images se dégageant du corps, se décollant, se transforment et se lient entre représentations et mots. Ce travail psychique fait bien entendu intervenir la mémoire ; les éprouvés originaires ne sont pas coupés du passé, leur fonctionnement fait état de chaînes mnésiques particulières, mémoire du corps disait-on, « séries d'attachement ». Ainsi, sans avoir leur histoire, ils maintiennent au fond de nous un courant inconscient. Les neurologues ont beaucoup progressé dans la compréhension de ces fonctionnements sensitivo-sensoriels permettant des corrélations inattendues entre certaines composantes corticales organiques (volumes des organes, cartographies organiques, intensité des fonctionnements et particulièrement de certaines modalités des éprouvés). De grandes expérimentations sont aujourd'hui en cours, du plus grand intérêt. Toutes les réflexions actuelles sur les fonctionnements originaires s'inscrivent dans l'axe des recherches contemporaines.

Ce système est, nous l'avons dit, en quelque sorte basique dans le fonctionnement du sujet, d'une permanence postulée. Remarquons à l'évidence que la description de l'originaire et des situations dans lesquelles il peut s'exprimer à vif est assurément paradoxale pour un psychanalyste dont la formation est l'écoute des représentations de mot ; pour ce spécialiste, réfléchir ainsi comporte quelques antinomies de recherches. Il est courageux, voire audacieux, de peaufiner ces fonctionnements que nous qualifions également d'archaïques. Dans quelles circonstances perceptives, ou même perceptivo-motrices, il est possible d'en observer les retombées, les effets, les corollaires. Ces fonctionnements originaires sont en quelque sorte au-devant de la scène lorsque le langage se trouve exclu. Derechef, le modèle est forcément celui de l'infans. Non pas l'infantile, déjà le fruit d'une élaboration, mais ces états primitifs impliquant des liens somato-psychiques dans lesquels se trouvent (de façon supposée pour leur obser-

grande compétence dans ce domaine où elle débuta par l'analyse des organisations psychotiques. Résumons quelques principes de base de son raisonnement.

Affirmer d'abord la thèse de la permanence d'un originaire en chacun d'entre nous. Ceci peut apparaître comme un postulat du fait de son caractère prédictible ou indicible. Ce modèle de fonctionnement est susceptible d'émerger de façon plus ou moins intense en diverses circonstances de la vie. Sans reprendre ici le modèle du fonctionnement originaire de la psyché, soulignons sa caractéristique principale : il est constitué de perceptions, disons d'éprouvés infra-verbaux ; éprouvés bruts sans connexions les uns avec les autres, ou se liant entre eux directement ailleurs sous l'influence des stimuli extérieurs corporels et néanmoins branchés sur des éprouvés passés. Le niveau de ce système est en deçà des représentations, encore que des images à vif plus ou moins isolées, accolées au perceptif, sans signification, sont observées (on pourrait les caractériser de délirantes).

À l'ordinaire, l'originaire est masqué par une élaboration active primo-secondaire. Les images se dégageant du corps, se décollant, se transforment et se lient entre représentations et mots. Ce travail psychique fait bien entendu intervenir la mémoire ; les éprouvés originaires ne sont pas coupés du passé, leur fonctionnement fait état de chaînes mnésiques particulières, mémoire du corps disaient, « séries d'attachement ». Ainsi, sans avoir leur histoire, ils maintiennent au fond de nous un courant inconscient. Les neurologues ont beaucoup progressé dans la compréhension de ces fonctionnements sensitivo-sensoriels permettant des corrélations inattendues entre certaines composantes corticales organiques (volumes des organes, cartographies organiques, intensité des fonctionnements et particulièrement de certaines modalités des éprouvés). De grandes expérimentations sont aujourd'hui en cours, du plus grand intérêt. Toutes les réflexions actuelles sur les fonctionnements originaires s'inscrivent dans l'axe des recherches contemporaines.

Ce système est, nous l'avons dit, en quelque sorte basique dans le fonctionnement du sujet, d'une permanence postulée. Remarquons à l'évidence que la description de l'originaire et des situations dans lesquelles il peut s'exprimer à vif est assurément paradoxale pour un psychanalyste dont la formation est l'écoute des représentations de mot ; pour ce spécialiste, réfléchir ainsi comporte quelques antinomies de recherches. Il est courageux, voire audacieux, de peaufiner ces fonctionnements que nous qualifions également d'archaïques. Dans quelles circonstances perceptives, ou même perceptivo-motrices, il est possible d'en observer les retombées, les effets, les corollaires. Ces fonctionnements originaires sont en quelque sorte au-devant de la scène lorsque le langage se trouve exclu. Derechef, le modèle est forcément celui de l'infans. Non pas l'infantile, déjà le fruit d'une élaboration, mais ces états primitifs impliquant des liens somato-psychiques dans lesquels se trouvent (de façon supposée pour leur obser-

grande compétence dans ce domaine où elle débuta par l'analyse des organisations psychotiques. Résumons quelques principes de base de son raisonnement.

Affirmer d'abord la thèse de la permanence d'un originaire en chacun d'entre nous. Ceci peut apparaître comme un postulat du fait de son caractère prédictible ou indicible. Ce modèle de fonctionnement est susceptible d'émerger de façon plus ou moins intense en diverses circonstances de la vie. Sans reprendre ici le modèle du fonctionnement originaire de la psyché, soulignons sa caractéristique principale : il est constitué de perceptions, disons d'éprouvés infra-verbaux ; éprouvés bruts sans connexions les uns avec les autres, ou se liant entre eux directement ailleurs sous l'influence des stimuli extérieurs corporels et néanmoins branchés sur des éprouvés passés. Le niveau de ce système est en deçà des représentations, encore que des images à vif plus ou moins isolées, accolées au perceptif, sans signification, sont observées (on pourrait les caractériser de délirantes).

À l'ordinaire, l'originaire est masqué par une élaboration active primo-secondaire. Les images se dégageant du corps, se décollant, se transforment et se lient entre représentations et mots. Ce travail psychique fait bien entendu intervenir la mémoire ; les éprouvés originaires ne sont pas coupés du passé, leur fonctionnement fait état de chaînes mnésiques particulières, mémoire du corps disait-on, « séries d'attachement ». Ainsi, sans avoir leur histoire, ils maintiennent au fond de nous un courant inconscient. Les neurologues ont beaucoup progressé dans la compréhension de ces fonctionnements sensitivo-sensoriels permettant des corrélations inattendues entre certaines composantes corticales organiques (volumes des organes, cartographies organiques, intensité des fonctionnements et particulièrement de certaines modalités des éprouvés). De grandes expérimentations sont aujourd'hui en cours, du plus grand intérêt. Toutes les réflexions actuelles sur les fonctionnements originaires s'inscrivent dans l'axe des recherches contemporaines.

Ce système est, nous l'avons dit, en quelque sorte basique dans le fonctionnement du sujet, d'une permanence postulée. Remarquons à l'évidence que la description de l'originaire et des situations dans lesquelles il peut s'exprimer à vif est assurément paradoxale pour un psychanalyste dont la formation est l'écoute des représentations de mot ; pour ce spécialiste, réfléchir ainsi comporte quelques antinomies de recherches. Il est courageux, voire audacieux, de peaufiner ces fonctionnements que nous qualifions également d'archaïques. Dans quelles circonstances perceptives, ou même perceptivo-motrices, il est possible d'en observer les retombées, les effets, les corollaires. Ces fonctionnements originaires sont en quelque sorte au-devant de la scène lorsque le langage se trouve exclu. Derechef, le modèle est forcément celui de l'infans. Non pas l'infantile, déjà le fruit d'une élaboration, mais ces états primitifs impliquant des liens somato-psychiques dans lesquels se trouvent (de façon supposée pour leur obser-

grande compétence dans ce domaine où elle débuta par l'analyse des organisations psychotiques. Résumons quelques principes de base de son raisonnement.

Affirmer d'abord la thèse de la permanence d'un originaire en chacun d'entre nous. Ceci peut apparaître comme un postulat du fait de son caractère prédictible ou indicible. Ce modèle de fonctionnement est susceptible d'émerger de façon plus ou moins intense en diverses circonstances de la vie. Sans reprendre ici le modèle du fonctionnement originaire de la psyché, soulignons sa caractéristique principale : il est constitué de perceptions, disons d'éprouvés infra-verbaux ; éprouvés bruts sans connexions les uns avec les autres, ou se liant entre eux directement ailleurs sous l'influence des stimuli extérieurs corporels et néanmoins branchés sur des éprouvés passés. Le niveau de ce système est en deçà des représentations, encore que des images à vif plus ou moins isolées, accolées au perceptif, sans signification, sont observées (on pourrait les caractériser de délirantes).

À l'ordinaire, l'originaire est masqué par une élaboration active primo-secondaire. Les images se dégageant du corps, se décollant, se transforment et se lient entre représentations et mots. Ce travail psychique fait bien entendu intervenir la mémoire ; les éprouvés originaires ne sont pas coupés du passé, leur fonctionnement fait état de chaînes mnésiques particulières, mémoire du corps disait-on, « séries d'attachement ». Ainsi, sans avoir leur histoire, ils maintiennent au fond de nous un courant inconscient. Les neurologues ont beaucoup progressé dans la compréhension de ces fonctionnements sensitivo-sensoriels permettant des corrélations inattendues entre certaines composantes corticales organiques (volumes des organes, cartographies organiques, intensité des fonctionnements et particulièrement de certaines modalités des éprouvés). De grandes expérimentations sont aujourd'hui en cours, du plus grand intérêt. Toutes les réflexions actuelles sur les fonctionnements originaires s'inscrivent dans l'axe des recherches contemporaines.

Ce système est, nous l'avons dit, en quelque sorte basique dans le fonctionnement du sujet, d'une permanence postulée. Remarquons à l'évidence que la description de l'originaire et des situations dans lesquelles il peut s'exprimer à vif est assurément paradoxale pour un psychanalyste dont la formation est l'écoute des représentations de mot ; pour ce spécialiste, réfléchir ainsi comporte quelques antinomies de recherches. Il est courageux, voire audacieux, de peaufiner ces fonctionnements que nous qualifions également d'archaïques. Dans quelles circonstances perceptives, ou même perceptivo-motrices, il est possible d'en observer les retombées, les effets, les corollaires. Ces fonctionnements originaires sont en quelque sorte au-devant de la scène lorsque le langage se trouve exclu. Derechef, le modèle est forcément celui de l'infans. Non pas l'infantile, déjà le fruit d'une élaboration, mais ces états primitifs impliquant des liens somato-psychiques dans lesquels se trouvent (de façon supposée pour leur obser-

vateur) les bébés. Ces états, dont l'organisation est sans nul doute beaucoup plus importante que l'on ne le croyait dans ces dernières années, constituent un premier fonctionnement originaire à partir duquel s'exercent leur permanence et leurs excès sur le modèle de l'automatisme de répétition. Les recherches sur l'attachement selon des canaux déjà fortement axés confirment le raisonnement. La résurgence à vif de ces états d'infans constituerait « cet autre monde de l'extrême » sur lequel Michèle Grosclaude a centré ses recherches. Dès qu'une destructuration identitaire survient, d'origines diverses, ces états primitifs resurgissent avec leurs modes d'organisations propres fixés dans le premier passé de l'infans, leurs contenus, leurs problématiques, sur lesquelles agissent des liens actuels avec le monde extérieur et en particulier le titulaire des soins. Comme on le conçoit, « ce trou dans l'élaboration identitaire » n'enlève pas, loin de là, la qualité subjective. Le postulat est donc précieux que de tisser la subjectivité sur un fond corporel de base spécifique, répétitif et beaucoup plus différencié qu'il n'est classique de le dire. Le sujet conserve sa permanence en deçà de son travail psychique grâce aux caractéristiques, aux traits et organisations de ses éprouvés originaires avec le monde.

Le sujet (enfant ou adulte) en réanimation se trouve empêché de ses fonctions-représentations actives et verbales et a pour fonctionnement l'originaire à vif. Il n'est pas rien ou vide, mais ramené à la toute-puissance des éprouvés. Cette affirmation, on le comprend, modifie complètement la compréhension du sujet en réanimation : elle met l'accent sur l'existence d'un fonctionnement basique à vif, à nu, répétant du passé et se soumettant étrangement à l'environnement (celui des appareillages, des personnes autour de lui...) : le sujet est encore là. Ce livre s'appuie sur des exemples cliniques montrant l'importance de ce fonctionnement psychique de fond à la fois dans sa dimension dramatique de détresse, d'agonie, et dans ses créations inattendues où se lient des perceptions (par exemple, des associations tactiles et auditives). Car ce qui intéresse le chercheur ici est la créativité étrange du champ perceptivo-moteur susceptible de prendre au cours d'une inanimation une place conséquente dans la psyché. Il y ajoute à ce raisonnement une remarque personnelle. Le premier modèle de ce fonctionnement est sans doute celui de l'infans et très probablement comme S. Missonnier le travailla, celui du fœtus ; les premières liaisons se construisent là. Les travaux sur l'attachement montrent que ces modes ne sont pas figés pour autant, ils peuvent se reprendre différemment, disons se recréer à partir d'autres événements. J'ai pour ma part insisté sur les transformations (profondes) sur les organisations premières repérables lors de la métamorphose psychique que constituent les remaniements pubertaires, ce que j'ai nommé « le pubertaire ». Dans une évolution ordinaire, repérons deux moments particulièrement créateurs de liaisons originaires et non seulement le premier historiquement. De façon plus générale, tant concernant les thèmes que sans doute les modèles, les systèmes perceptifs origi-

vateur) les bébés. Ces états, dont l'organisation est sans nul doute beaucoup plus importante que l'on ne le croyait dans ces dernières années, constituent un premier fonctionnement originaire à partir duquel s'exercent leur permanence et leurs excès sur le modèle de l'automatisme de répétition. Les recherches sur l'attachement selon des canaux déjà fortement axés confirment le raisonnement. La résurgence à vif de ces états d'infans constituerait « cet autre monde de l'extrême » sur lequel Michèle Grosclaude a centré ses recherches. Dès qu'une destructuration identitaire survient, d'origines diverses, ces états primitifs resurgissent avec leurs modes d'organisations propres fixés dans le premier passé de l'infans, leurs contenus, leurs problématiques, sur lesquelles agissent des liens actuels avec le monde extérieur et en particulier le titulaire des soins. Comme on le conçoit, « ce trou dans l'élaboration identitaire » n'enlève pas, loin de là, la qualité subjective. Le postulat est donc précieux que de tisser la subjectivité sur un fond corporel de base spécifique, répétitif et beaucoup plus différencié qu'il n'est classique de le dire. Le sujet conserve sa permanence en deçà de son travail psychique grâce aux caractéristiques, aux traits et organisations de ses éprouvés originaires avec le monde.

Le sujet (enfant ou adulte) en réanimation se trouve empêché de ses fonctions-représentations actives et verbales et a pour fonctionnement l'originaire à vif. Il n'est pas rien ou vide, mais ramené à la toute-puissance des éprouvés. Cette affirmation, on le comprend, modifie complètement la compréhension du sujet en réanimation : elle met l'accent sur l'existence d'un fonctionnement basique à vif, à nu, répétant du passé et se soumettant étrangement à l'environnement (celui des appareillages, des personnes autour de lui...) : le sujet est encore là. Ce livre s'appuie sur des exemples cliniques montrant l'importance de ce fonctionnement psychique de fond à la fois dans sa dimension dramatique de détresse, d'agonie, et dans ses créations inattendues où se lient des perceptions (par exemple, des associations tactiles et auditives). Car ce qui intéresse le chercheur ici est la créativité étrange du champ perceptivo-moteur susceptible de prendre au cours d'une inanimation une place conséquente dans la psyché. Il y ajoute à ce raisonnement une remarque personnelle. Le premier modèle de ce fonctionnement est sans doute celui de l'infans et très probablement comme S. Missonnier le travailla, celui du fœtus ; les premières liaisons se construisent là. Les travaux sur l'attachement montrent que ces modes ne sont pas figés pour autant, ils peuvent se reprendre différemment, disons se recréer à partir d'autres événements. J'ai pour ma part insisté sur les transformations (profondes) sur les organisations premières repérables lors de la métamorphose psychique que constituent les remaniements pubertaires, ce que j'ai nommé « le pubertaire ». Dans une évolution ordinaire, repérons deux moments particulièrement créateurs de liaisons originaires et non seulement le premier historiquement. De façon plus générale, tant concernant les thèmes que sans doute les modèles, les systèmes perceptifs origi-

vateur) les bébés. Ces états, dont l'organisation est sans nul doute beaucoup plus importante que l'on ne le croyait dans ces dernières années, constituent un premier fonctionnement originaire à partir duquel s'exercent leur permanence et leurs excès sur le modèle de l'automatisme de répétition. Les recherches sur l'attachement selon des canaux déjà fortement axés confirment le raisonnement. La résurgence à vif de ces états d'infans constituerait « cet autre monde de l'extrême » sur lequel Michèle Grosclaude a centré ses recherches. Dès qu'une destructuration identitaire survient, d'origines diverses, ces états primitifs resurgissent avec leurs modes d'organisations propres fixés dans le premier passé de l'infans, leurs contenus, leurs problématiques, sur lesquelles agissent des liens actuels avec le monde extérieur et en particulier le titulaire des soins. Comme on le conçoit, « ce trou dans l'élaboration identitaire » n'enlève pas, loin de là, la qualité subjective. Le postulat est donc précieux que de tisser la subjectivité sur un fond corporel de base spécifique, répétitif et beaucoup plus différencié qu'il n'est classique de le dire. Le sujet conserve sa permanence en deçà de son travail psychique grâce aux caractéristiques, aux traits et organisations de ses éprouvés originaires avec le monde.

Le sujet (enfant ou adulte) en réanimation se trouve empêché de ses fonctions-représentations actives et verbales et a pour fonctionnement l'originaire à vif. Il n'est pas rien ou vide, mais ramené à la toute-puissance des éprouvés. Cette affirmation, on le comprend, modifie complètement la compréhension du sujet en réanimation : elle met l'accent sur l'existence d'un fonctionnement basique à vif, à nu, répétant du passé et se soumettant étrangement à l'environnement (celui des appareillages, des personnes autour de lui...) : le sujet est encore là. Ce livre s'appuie sur des exemples cliniques montrant l'importance de ce fonctionnement psychique de fond à la fois dans sa dimension dramatique de détresse, d'agonie, et dans ses créations inattendues où se lient des perceptions (par exemple, des associations tactiles et auditives). Car ce qui intéresse le chercheur ici est la créativité étrange du champ perceptivo-moteur susceptible de prendre au cours d'une inanimation une place conséquente dans la psyché. Il y ajoute à ce raisonnement une remarque personnelle. Le premier modèle de ce fonctionnement est sans doute celui de l'infans et très probablement comme S. Missonnier le travailla, celui du fœtus ; les premières liaisons se construisent là. Les travaux sur l'attachement montrent que ces modes ne sont pas figés pour autant, ils peuvent se reprendre différemment, disons se recréer à partir d'autres événements. J'ai pour ma part insisté sur les transformations (profondes) sur les organisations premières repérables lors de la métamorphose psychique que constituent les remaniements pubertaires, ce que j'ai nommé « le pubertaire ». Dans une évolution ordinaire, repérons deux moments particulièrement créateurs de liaisons originaires et non seulement le premier historiquement. De façon plus générale, tant concernant les thèmes que sans doute les modèles, les systèmes perceptifs origi-

vateur) les bébés. Ces états, dont l'organisation est sans nul doute beaucoup plus importante que l'on ne le croyait dans ces dernières années, constituent un premier fonctionnement originaire à partir duquel s'exercent leur permanence et leurs excès sur le modèle de l'automatisme de répétition. Les recherches sur l'attachement selon des canaux déjà fortement axés confirment le raisonnement. La résurgence à vif de ces états d'infans constituerait « cet autre monde de l'extrême » sur lequel Michèle Grosclaude a centré ses recherches. Dès qu'une destructuration identitaire survient, d'origines diverses, ces états primitifs resurgissent avec leurs modes d'organisations propres fixés dans le premier passé de l'infans, leurs contenus, leurs problématiques, sur lesquelles agissent des liens actuels avec le monde extérieur et en particulier le titulaire des soins. Comme on le conçoit, « ce trou dans l'élaboration identitaire » n'enlève pas, loin de là, la qualité subjective. Le postulat est donc précieux que de tisser la subjectivité sur un fond corporel de base spécifique, répétitif et beaucoup plus différencié qu'il n'est classique de le dire. Le sujet conserve sa permanence en deçà de son travail psychique grâce aux caractéristiques, aux traits et organisations de ses éprouvés originaires avec le monde.

Le sujet (enfant ou adulte) en réanimation se trouve empêché de ses fonctions-représentations actives et verbales et a pour fonctionnement l'originaire à vif. Il n'est pas rien ou vide, mais ramené à la toute-puissance des éprouvés. Cette affirmation, on le comprend, modifie complètement la compréhension du sujet en réanimation : elle met l'accent sur l'existence d'un fonctionnement basique à vif, à nu, répétant du passé et se soumettant étrangement à l'environnement (celui des appareillages, des personnes autour de lui...) : le sujet est encore là. Ce livre s'appuie sur des exemples cliniques montrant l'importance de ce fonctionnement psychique de fond à la fois dans sa dimension dramatique de détresse, d'agonie, et dans ses créations inattendues où se lient des perceptions (par exemple, des associations tactiles et auditives). Car ce qui intéresse le chercheur ici est la créativité étrange du champ perceptivo-moteur susceptible de prendre au cours d'une inanimation une place conséquente dans la psyché. Il y ajoute à ce raisonnement une remarque personnelle. Le premier modèle de ce fonctionnement est sans doute celui de l'infans et très probablement comme S. Missonnier le travailla, celui du fœtus ; les premières liaisons se construisent là. Les travaux sur l'attachement montrent que ces modes ne sont pas figés pour autant, ils peuvent se reprendre différemment, disons se recréer à partir d'autres événements. J'ai pour ma part insisté sur les transformations (profondes) sur les organisations premières repérables lors de la métamorphose psychique que constituent les remaniements pubertaires, ce que j'ai nommé « le pubertaire ». Dans une évolution ordinaire, repérons deux moments particulièrement créateurs de liaisons originaires et non seulement le premier historiquement. De façon plus générale, tant concernant les thèmes que sans doute les modèles, les systèmes perceptifs origi-

naires évoluent plus que ce que nous le pensions il y a quelques années. De la sorte, un patient peut se trouver profondément remanié par « un réanimatoire » ; son monde originnaire lui-même pourrait être différent. Il est susceptible de s'éloigner beaucoup plus que l'on ne le croyait des données de l'infans. Il est aisé de trouver des exemples de cette évolutivité dans ce livre.

Ce que décrit la psychanalyse est rétrodictible : dans quelle mesure les remaniements inconscients des représentations ont-ils un impact sur les modalités originaires ? Bien des travaux dans le champ psychosomatique et psychotique le montrent ; les suivis de patients après un épisode inanimé également. Nous nous trouvons dans la filière freudienne la plus classique, admirateur une fois de plus du maître de la psychanalyse, et en même temps, utilisant ses théories, nous allons plus loin dans ces champs de recherches nouveaux.

Philippe Gutton
Directeur de la revue *Adolescence*

naires évoluent plus que ce que nous le pensions il y a quelques années. De la sorte, un patient peut se trouver profondément remanié par « un réanimatoire » ; son monde originnaire lui-même pourrait être différent. Il est susceptible de s'éloigner beaucoup plus que l'on ne le croyait des données de l'infans. Il est aisé de trouver des exemples de cette évolutivité dans ce livre.

Ce que décrit la psychanalyse est rétrodictible : dans quelle mesure les remaniements inconscients des représentations ont-ils un impact sur les modalités originaires ? Bien des travaux dans le champ psychosomatique et psychotique le montrent ; les suivis de patients après un épisode inanimé également. Nous nous trouvons dans la filière freudienne la plus classique, admirateur une fois de plus du maître de la psychanalyse, et en même temps, utilisant ses théories, nous allons plus loin dans ces champs de recherches nouveaux.

Philippe Gutton
Directeur de la revue *Adolescence*

naires évoluent plus que ce que nous le pensions il y a quelques années. De la sorte, un patient peut se trouver profondément remanié par « un réanimatoire » ; son monde originnaire lui-même pourrait être différent. Il est susceptible de s'éloigner beaucoup plus que l'on ne le croyait des données de l'infans. Il est aisé de trouver des exemples de cette évolutivité dans ce livre.

Ce que décrit la psychanalyse est rétrodictible : dans quelle mesure les remaniements inconscients des représentations ont-ils un impact sur les modalités originaires ? Bien des travaux dans le champ psychosomatique et psychotique le montrent ; les suivis de patients après un épisode inanimé également. Nous nous trouvons dans la filière freudienne la plus classique, admirateur une fois de plus du maître de la psychanalyse, et en même temps, utilisant ses théories, nous allons plus loin dans ces champs de recherches nouveaux.

Philippe Gutton
Directeur de la revue *Adolescence*

naires évoluent plus que ce que nous le pensions il y a quelques années. De la sorte, un patient peut se trouver profondément remanié par « un réanimatoire » ; son monde originnaire lui-même pourrait être différent. Il est susceptible de s'éloigner beaucoup plus que l'on ne le croyait des données de l'infans. Il est aisé de trouver des exemples de cette évolutivité dans ce livre.

Ce que décrit la psychanalyse est rétrodictible : dans quelle mesure les remaniements inconscients des représentations ont-ils un impact sur les modalités originaires ? Bien des travaux dans le champ psychosomatique et psychotique le montrent ; les suivis de patients après un épisode inanimé également. Nous nous trouvons dans la filière freudienne la plus classique, admirateur une fois de plus du maître de la psychanalyse, et en même temps, utilisant ses théories, nous allons plus loin dans ces champs de recherches nouveaux.

Philippe Gutton
Directeur de la revue *Adolescence*

INTRODUCTION

Ce livre a pour objet la clinique psychologique de l'enfant en réanimation néonatale et pédiatrique, entre naissance et adolescence. Il prend place dans la continuité des travaux théorico-cliniques engagés à titre personnel à partir de 1982, puis dans le cadre du REIRPR¹, avec des praticiens et chercheurs – psys, médecins, soignants – qui s'y sont associés à mesure, tant dans les domaines de la réanimation de l'adulte et de l'enfant qu'en aval (rééducation fonctionnelle, soins de suite...).

Il s'adresse aux professionnels concernés par la réanimation de l'enfant : praticiens, chercheurs, étudiants, somaticiens et psychistes, dans l'objectif de communiquer des données, de partager des expériences dans un souci thérapeutique, à l'intérieur de ce chantier à peine ouvert au défrichage, à la construction, et, lui aussi, aux liens.

C'est donc un ouvrage ciblé, délibérément inscrit dans la pratique hospitalière, ses préoccupations et ses réalités en prise aux multiples problématiques humaines, plus spécifiquement psychiques et relationnelles ou plus pragmatiques et sociales, partagées entre les patients, les membres des équipes soignantes, les familles et leurs partenaires.

Il est également porté par une perspective théorique plus fondamentale, intégrant l'attention nouvelle portée au nouveau-né et au bébé, à

1. Réseau européen interdisciplinaire de recherche sur psychologie et réanimation, initié en 1990 à Strasbourg à l'occasion du colloque INSERM « Enjeux psychiques et humains en réanimation chirurgicale ».

INTRODUCTION

Ce livre a pour objet la clinique psychologique de l'enfant en réanimation néonatale et pédiatrique, entre naissance et adolescence. Il prend place dans la continuité des travaux théorico-cliniques engagés à titre personnel à partir de 1982, puis dans le cadre du REIRPR¹, avec des praticiens et chercheurs – psys, médecins, soignants – qui s'y sont associés à mesure, tant dans les domaines de la réanimation de l'adulte et de l'enfant qu'en aval (rééducation fonctionnelle, soins de suite...).

Il s'adresse aux professionnels concernés par la réanimation de l'enfant : praticiens, chercheurs, étudiants, somaticiens et psychistes, dans l'objectif de communiquer des données, de partager des expériences dans un souci thérapeutique, à l'intérieur de ce chantier à peine ouvert au défrichage, à la construction, et, lui aussi, aux liens.

C'est donc un ouvrage ciblé, délibérément inscrit dans la pratique hospitalière, ses préoccupations et ses réalités en prise aux multiples problématiques humaines, plus spécifiquement psychiques et relationnelles ou plus pragmatiques et sociales, partagées entre les patients, les membres des équipes soignantes, les familles et leurs partenaires.

Il est également porté par une perspective théorique plus fondamentale, intégrant l'attention nouvelle portée au nouveau-né et au bébé, à

1. Réseau européen interdisciplinaire de recherche sur psychologie et réanimation, initié en 1990 à Strasbourg à l'occasion du colloque INSERM « Enjeux psychiques et humains en réanimation chirurgicale ».

INTRODUCTION

Ce livre a pour objet la clinique psychologique de l'enfant en réanimation néonatale et pédiatrique, entre naissance et adolescence. Il prend place dans la continuité des travaux théorico-cliniques engagés à titre personnel à partir de 1982, puis dans le cadre du REIRPR¹, avec des praticiens et chercheurs – psys, médecins, soignants – qui s'y sont associés à mesure, tant dans les domaines de la réanimation de l'adulte et de l'enfant qu'en aval (rééducation fonctionnelle, soins de suite...).

Il s'adresse aux professionnels concernés par la réanimation de l'enfant : praticiens, chercheurs, étudiants, somaticiens et psychistes, dans l'objectif de communiquer des données, de partager des expériences dans un souci thérapeutique, à l'intérieur de ce chantier à peine ouvert au défrichage, à la construction, et, lui aussi, aux liens.

C'est donc un ouvrage ciblé, délibérément inscrit dans la pratique hospitalière, ses préoccupations et ses réalités en prise aux multiples problématiques humaines, plus spécifiquement psychiques et relationnelles ou plus pragmatiques et sociales, partagées entre les patients, les membres des équipes soignantes, les familles et leurs partenaires.

Il est également porté par une perspective théorique plus fondamentale, intégrant l'attention nouvelle portée au nouveau-né et au bébé, à

1. Réseau européen interdisciplinaire de recherche sur psychologie et réanimation, initié en 1990 à Strasbourg à l'occasion du colloque INSERM « Enjeux psychiques et humains en réanimation chirurgicale ».

INTRODUCTION

Ce livre a pour objet la clinique psychologique de l'enfant en réanimation néonatale et pédiatrique, entre naissance et adolescence. Il prend place dans la continuité des travaux théorico-cliniques engagés à titre personnel à partir de 1982, puis dans le cadre du REIRPR¹, avec des praticiens et chercheurs – psys, médecins, soignants – qui s'y sont associés à mesure, tant dans les domaines de la réanimation de l'adulte et de l'enfant qu'en aval (rééducation fonctionnelle, soins de suite...).

Il s'adresse aux professionnels concernés par la réanimation de l'enfant : praticiens, chercheurs, étudiants, somaticiens et psychistes, dans l'objectif de communiquer des données, de partager des expériences dans un souci thérapeutique, à l'intérieur de ce chantier à peine ouvert au défrichage, à la construction, et, lui aussi, aux liens.

C'est donc un ouvrage ciblé, délibérément inscrit dans la pratique hospitalière, ses préoccupations et ses réalités en prise aux multiples problématiques humaines, plus spécifiquement psychiques et relationnelles ou plus pragmatiques et sociales, partagées entre les patients, les membres des équipes soignantes, les familles et leurs partenaires.

Il est également porté par une perspective théorique plus fondamentale, intégrant l'attention nouvelle portée au nouveau-né et au bébé, à

1. Réseau européen interdisciplinaire de recherche sur psychologie et réanimation, initié en 1990 à Strasbourg à l'occasion du colloque INSERM « Enjeux psychiques et humains en réanimation chirurgicale ».

leurs compétences et à l'importance des premiers liens et des premières expériences de la vie. Celle-ci ouvre sur l'approche du fonctionnement psychique du sujet « extrême », déstructuré, voire en apparence disparu, dans des champs cliniques eux aussi extrêmes : celui de la réanimation, récent et encore en pleine exploration chez l'adulte, débute à peine chez l'enfant et le tout-petit.

Cependant, la priorité donnée à la clinique et aux pratiques porte avec elle ses exigences : conceptuelles, d'analyse et de réflexion critique ; elles peuvent paraître fastidieuses ou difficiles au lecteur pour qui l'urgence d'accéder, de comprendre et de faire impulse une démarche professionnelle en attente de « terrain », pour voir, entendre, expérimenter ce qui s'y joue dans le domaine psychique et relationnel chez l'enfant, ses partenaires de soins, ses proches...

La nécessité éclairante des vignettes cliniques, récits, descriptions de situations et de modalités d'intervention n'est pas dissociable de l'élaboration théorique et d'outils conceptuels, certes vite ressentis comme trop ardu, éloignés de la réalité clinique, voire dévitalisants. Mais pour que dans cette clinique nouvelle, encore impensée, les effets du terrain soient formateurs, éclairants – et non pas simplement de fascination –, il y faut des outils, non seulement pour la penser, l'aborder, mais simplement pour la repérer comme telle. Il faut aussi interroger l'existant en se gardant des a priori et des transferts de connaissances plaquées, qui peuvent au contraire méconnaître cette clinique, ses enjeux et son fonctionnement.

À cela s'ajoutent la pesanteur du somatique, du médical, des techniques, ainsi qu'au sein même du domaine psychologique la diversité d'approches considérées comme incompatibles ou antinomiques – cognitives, comportementales, neuropsychologiques et psychanalytiques.

Enfin, il ne s'agit pas d'une simple « tranche » de données complémentaires à des ouvrages déjà existants (Grosclaude, 1996c, 2002), qui après l'adulte se tournerait ici vers l'enfant à l'instar des distinctions posées à juste titre, pour des raisons physiologiques et développementales, techniques et thérapeutiques, entre types de patients (adulte, âgé, enfant, nouveau-né), sémiologies et étiologies (coma, éveil, traumatisme crânien, locked-in syndrome, état végétatif persistant, grande prématurité...). En effet, si la clinique psychique de l'enfant en réanimation occupe une place spécifique de par les particularités somatopsychiques du nouveau-né, du jeune et du grand enfant, elle tient par ailleurs un statut original : paradoxal par sa proximité inattendue avec l'expérience de l'adulte réanimé (qu'elle éclaire) et les distinctions qu'elle semble imposer entre le tout-petit et l'enfant ayant accédé à la parole ; fonda-

leurs compétences et à l'importance des premiers liens et des premières expériences de la vie. Celle-ci ouvre sur l'approche du fonctionnement psychique du sujet « extrême », déstructuré, voire en apparence disparu, dans des champs cliniques eux aussi extrêmes : celui de la réanimation, récent et encore en pleine exploration chez l'adulte, débute à peine chez l'enfant et le tout-petit.

Cependant, la priorité donnée à la clinique et aux pratiques porte avec elle ses exigences : conceptuelles, d'analyse et de réflexion critique ; elles peuvent paraître fastidieuses ou difficiles au lecteur pour qui l'urgence d'accéder, de comprendre et de faire impulse une démarche professionnelle en attente de « terrain », pour voir, entendre, expérimenter ce qui s'y joue dans le domaine psychique et relationnel chez l'enfant, ses partenaires de soins, ses proches...

La nécessité éclairante des vignettes cliniques, récits, descriptions de situations et de modalités d'intervention n'est pas dissociable de l'élaboration théorique et d'outils conceptuels, certes vite ressentis comme trop ardu, éloignés de la réalité clinique, voire dévitalisants. Mais pour que dans cette clinique nouvelle, encore impensée, les effets du terrain soient formateurs, éclairants – et non pas simplement de fascination –, il y faut des outils, non seulement pour la penser, l'aborder, mais simplement pour la repérer comme telle. Il faut aussi interroger l'existant en se gardant des a priori et des transferts de connaissances plaquées, qui peuvent au contraire méconnaître cette clinique, ses enjeux et son fonctionnement.

À cela s'ajoutent la pesanteur du somatique, du médical, des techniques, ainsi qu'au sein même du domaine psychologique la diversité d'approches considérées comme incompatibles ou antinomiques – cognitives, comportementales, neuropsychologiques et psychanalytiques.

Enfin, il ne s'agit pas d'une simple « tranche » de données complémentaires à des ouvrages déjà existants (Grosclaude, 1996c, 2002), qui après l'adulte se tournerait ici vers l'enfant à l'instar des distinctions posées à juste titre, pour des raisons physiologiques et développementales, techniques et thérapeutiques, entre types de patients (adulte, âgé, enfant, nouveau-né), sémiologies et étiologies (coma, éveil, traumatisme crânien, locked-in syndrome, état végétatif persistant, grande prématurité...). En effet, si la clinique psychique de l'enfant en réanimation occupe une place spécifique de par les particularités somatopsychiques du nouveau-né, du jeune et du grand enfant, elle tient par ailleurs un statut original : paradoxal par sa proximité inattendue avec l'expérience de l'adulte réanimé (qu'elle éclaire) et les distinctions qu'elle semble imposer entre le tout-petit et l'enfant ayant accédé à la parole ; fonda-

leurs compétences et à l'importance des premiers liens et des premières expériences de la vie. Celle-ci ouvre sur l'approche du fonctionnement psychique du sujet « extrême », déstructuré, voire en apparence disparu, dans des champs cliniques eux aussi extrêmes : celui de la réanimation, récent et encore en pleine exploration chez l'adulte, débute à peine chez l'enfant et le tout-petit.

Cependant, la priorité donnée à la clinique et aux pratiques porte avec elle ses exigences : conceptuelles, d'analyse et de réflexion critique ; elles peuvent paraître fastidieuses ou difficiles au lecteur pour qui l'urgence d'accéder, de comprendre et de faire impulse une démarche professionnelle en attente de « terrain », pour voir, entendre, expérimenter ce qui s'y joue dans le domaine psychique et relationnel chez l'enfant, ses partenaires de soins, ses proches...

La nécessité éclairante des vignettes cliniques, récits, descriptions de situations et de modalités d'intervention n'est pas dissociable de l'élaboration théorique et d'outils conceptuels, certes vite ressentis comme trop ardu, éloignés de la réalité clinique, voire dévitalisants. Mais pour que dans cette clinique nouvelle, encore impensée, les effets du terrain soient formateurs, éclairants – et non pas simplement de fascination –, il y faut des outils, non seulement pour la penser, l'aborder, mais simplement pour la repérer comme telle. Il faut aussi interroger l'existant en se gardant des a priori et des transferts de connaissances plaquées, qui peuvent au contraire méconnaître cette clinique, ses enjeux et son fonctionnement.

À cela s'ajoutent la pesanteur du somatique, du médical, des techniques, ainsi qu'au sein même du domaine psychologique la diversité d'approches considérées comme incompatibles ou antinomiques – cognitives, comportementales, neuropsychologiques et psychanalytiques.

Enfin, il ne s'agit pas d'une simple « tranche » de données complémentaires à des ouvrages déjà existants (Grosclaude, 1996c, 2002), qui après l'adulte se tournerait ici vers l'enfant à l'instar des distinctions posées à juste titre, pour des raisons physiologiques et développementales, techniques et thérapeutiques, entre types de patients (adulte, âgé, enfant, nouveau-né), sémiologies et étiologies (coma, éveil, traumatisme crânien, locked-in syndrome, état végétatif persistant, grande prématurité...). En effet, si la clinique psychique de l'enfant en réanimation occupe une place spécifique de par les particularités somatopsychiques du nouveau-né, du jeune et du grand enfant, elle tient par ailleurs un statut original : paradoxal par sa proximité inattendue avec l'expérience de l'adulte réanimé (qu'elle éclaire) et les distinctions qu'elle semble imposer entre le tout-petit et l'enfant ayant accédé à la parole ; fonda-

leurs compétences et à l'importance des premiers liens et des premières expériences de la vie. Celle-ci ouvre sur l'approche du fonctionnement psychique du sujet « extrême », déstructuré, voire en apparence disparu, dans des champs cliniques eux aussi extrêmes : celui de la réanimation, récent et encore en pleine exploration chez l'adulte, débute à peine chez l'enfant et le tout-petit.

Cependant, la priorité donnée à la clinique et aux pratiques porte avec elle ses exigences : conceptuelles, d'analyse et de réflexion critique ; elles peuvent paraître fastidieuses ou difficiles au lecteur pour qui l'urgence d'accéder, de comprendre et de faire impulse une démarche professionnelle en attente de « terrain », pour voir, entendre, expérimenter ce qui s'y joue dans le domaine psychique et relationnel chez l'enfant, ses partenaires de soins, ses proches...

La nécessité éclairante des vignettes cliniques, récits, descriptions de situations et de modalités d'intervention n'est pas dissociable de l'élaboration théorique et d'outils conceptuels, certes vite ressentis comme trop ardu, éloignés de la réalité clinique, voire dévitalisants. Mais pour que dans cette clinique nouvelle, encore impensée, les effets du terrain soient formateurs, éclairants – et non pas simplement de fascination –, il y faut des outils, non seulement pour la penser, l'aborder, mais simplement pour la repérer comme telle. Il faut aussi interroger l'existant en se gardant des a priori et des transferts de connaissances plaquées, qui peuvent au contraire méconnaître cette clinique, ses enjeux et son fonctionnement.

À cela s'ajoutent la pesanteur du somatique, du médical, des techniques, ainsi qu'au sein même du domaine psychologique la diversité d'approches considérées comme incompatibles ou antinomiques – cognitives, comportementales, neuropsychologiques et psychanalytiques.

Enfin, il ne s'agit pas d'une simple « tranche » de données complémentaires à des ouvrages déjà existants (Grosclaude, 1996c, 2002), qui après l'adulte se tournerait ici vers l'enfant à l'instar des distinctions posées à juste titre, pour des raisons physiologiques et développementales, techniques et thérapeutiques, entre types de patients (adulte, âgé, enfant, nouveau-né), sémiologies et étiologies (coma, éveil, traumatisme crânien, locked-in syndrome, état végétatif persistant, grande prématurité...). En effet, si la clinique psychique de l'enfant en réanimation occupe une place spécifique de par les particularités somatopsychiques du nouveau-né, du jeune et du grand enfant, elle tient par ailleurs un statut original : paradoxal par sa proximité inattendue avec l'expérience de l'adulte réanimé (qu'elle éclaire) et les distinctions qu'elle semble imposer entre le tout-petit et l'enfant ayant accédé à la parole ; fonda-

mental par son illustration de fictions théoriques ayant préexisté à l'approche psychologique de la réanimation et relatives aux origines de la psyché et à ses états extrêmes (l'infantile, les états originaires et psychotiques précoces)...

Ainsi, observer, interroger, interpréter l'expérience et le comportement de l'enfant réanimé aident bien entendu à sa prise en soin somatique et psychique. Mais cette mise à l'épreuve de la clinique contribue également à l'étayage et à l'élaboration théorique du fonctionnement psychique du « sujet extrême » (dément, agonisant, autiste, cérébro-lésé...) en général, et au-delà de la pathologie psychique : celui des origines de la psyché, comme de ces potentialités et compétences méconnues que l'humain adulte ou bébé tient en réserve et qui nous sidèrent tant lorsqu'elles se découvrent.

L'intitulé « L'enfant réanimé. Clinique de la rupture et du lien » rend compte de notre interprétation de la clinique réanimatoire comme un théâtre exceptionnel des aléas du lien psychique, parcouru et organisé par le fil rouge d'une problématique intriquant rupture, perte, permanence, naissance et renaissance du lien.

Cette lecture ouvre au tiers un accès à cette clinique, aide à la déchiffrer et à y établir... des liens – relationnels et thérapeutiques avec le sujet réanimé, théorico-cliniques avec la réalité psychique et les outils conceptuels susceptibles de l'éclairer. Déjà pertinente pour l'expérience subjective de l'adulte, elle l'est a fortiori pour celle de l'enfant et du bébé en devenir dans des processus de liaison qui le font « devenir être ».

Les contributions : le même concept/signifiant de « Lien » – avec son envers antagoniste : la rupture, et son articulation obligée au traumatisme – s'est imposé spontanément dans les différentes contributions, sans concertation préalable.

On lira ci-dessous les contributions de cinq auteurs cliniciens psychistes – psychologues et psychanalystes –, et médecin – pédiatre-réanimateur –, dont la longue expérience en réanimation a nourri au jour le jour la réflexion et la recherche sur l'expérience vécue par l'enfant et ses proches, ainsi que sur le soin psychique que cette expérience appelle.

Dans des contextes et des formes différents, elles présentent une mosaïque d'abords convergents dans un même souci de préservation attentive de la psyché de l'enfant, de ses liens avec lui-même et les autres, par un travail à conduire avec et autour de lui.

Au-delà d'une bonne volonté compatissante, ceci nécessite de penser l'enfant réanimé avec des outils conceptuels pertinents, sur la base d'op-

mental par son illustration de fictions théoriques ayant préexisté à l'approche psychologique de la réanimation et relatives aux origines de la psyché et à ses états extrêmes (l'infantile, les états originaires et psychotiques précoces)...

Ainsi, observer, interroger, interpréter l'expérience et le comportement de l'enfant réanimé aident bien entendu à sa prise en soin somatique et psychique. Mais cette mise à l'épreuve de la clinique contribue également à l'étayage et à l'élaboration théorique du fonctionnement psychique du « sujet extrême » (dément, agonisant, autiste, cérébro-lésé...) en général, et au-delà de la pathologie psychique : celui des origines de la psyché, comme de ces potentialités et compétences méconnues que l'humain adulte ou bébé tient en réserve et qui nous sidèrent tant lorsqu'elles se découvrent.

L'intitulé « L'enfant réanimé. Clinique de la rupture et du lien » rend compte de notre interprétation de la clinique réanimatoire comme un théâtre exceptionnel des aléas du lien psychique, parcouru et organisé par le fil rouge d'une problématique intriquant rupture, perte, permanence, naissance et renaissance du lien.

Cette lecture ouvre au tiers un accès à cette clinique, aide à la déchiffrer et à y établir... des liens – relationnels et thérapeutiques avec le sujet réanimé, théorico-cliniques avec la réalité psychique et les outils conceptuels susceptibles de l'éclairer. Déjà pertinente pour l'expérience subjective de l'adulte, elle l'est a fortiori pour celle de l'enfant et du bébé en devenir dans des processus de liaison qui le font « devenir être ».

Les contributions : le même concept/signifiant de « Lien » – avec son envers antagoniste : la rupture, et son articulation obligée au traumatisme – s'est imposé spontanément dans les différentes contributions, sans concertation préalable.

On lira ci-dessous les contributions de cinq auteurs cliniciens psychistes – psychologues et psychanalystes –, et médecin – pédiatre-réanimateur –, dont la longue expérience en réanimation a nourri au jour le jour la réflexion et la recherche sur l'expérience vécue par l'enfant et ses proches, ainsi que sur le soin psychique que cette expérience appelle.

Dans des contextes et des formes différents, elles présentent une mosaïque d'abords convergents dans un même souci de préservation attentive de la psyché de l'enfant, de ses liens avec lui-même et les autres, par un travail à conduire avec et autour de lui.

Au-delà d'une bonne volonté compatissante, ceci nécessite de penser l'enfant réanimé avec des outils conceptuels pertinents, sur la base d'op-

mental par son illustration de fictions théoriques ayant préexisté à l'approche psychologique de la réanimation et relatives aux origines de la psyché et à ses états extrêmes (l'infantile, les états originaires et psychotiques précoces)...

Ainsi, observer, interroger, interpréter l'expérience et le comportement de l'enfant réanimé aident bien entendu à sa prise en soin somatique et psychique. Mais cette mise à l'épreuve de la clinique contribue également à l'étayage et à l'élaboration théorique du fonctionnement psychique du « sujet extrême » (dément, agonisant, autiste, cérébro-lésé...) en général, et au-delà de la pathologie psychique : celui des origines de la psyché, comme de ces potentialités et compétences méconnues que l'humain adulte ou bébé tient en réserve et qui nous sidèrent tant lorsqu'elles se découvrent.

L'intitulé « L'enfant réanimé. Clinique de la rupture et du lien » rend compte de notre interprétation de la clinique réanimatoire comme un théâtre exceptionnel des aléas du lien psychique, parcouru et organisé par le fil rouge d'une problématique intriquant rupture, perte, permanence, naissance et renaissance du lien.

Cette lecture ouvre au tiers un accès à cette clinique, aide à la déchiffrer et à y établir... des liens – relationnels et thérapeutiques avec le sujet réanimé, théorico-cliniques avec la réalité psychique et les outils conceptuels susceptibles de l'éclairer. Déjà pertinente pour l'expérience subjective de l'adulte, elle l'est a fortiori pour celle de l'enfant et du bébé en devenir dans des processus de liaison qui le font « devenir être ».

Les contributions : le même concept/signifiant de « Lien » – avec son envers antagoniste : la rupture, et son articulation obligée au traumatisme – s'est imposé spontanément dans les différentes contributions, sans concertation préalable.

On lira ci-dessous les contributions de cinq auteurs cliniciens psychistes – psychologues et psychanalystes –, et médecin – pédiatre-réanimateur –, dont la longue expérience en réanimation a nourri au jour le jour la réflexion et la recherche sur l'expérience vécue par l'enfant et ses proches, ainsi que sur le soin psychique que cette expérience appelle.

Dans des contextes et des formes différents, elles présentent une mosaïque d'abords convergents dans un même souci de préservation attentive de la psyché de l'enfant, de ses liens avec lui-même et les autres, par un travail à conduire avec et autour de lui.

Au-delà d'une bonne volonté compatissante, ceci nécessite de penser l'enfant réanimé avec des outils conceptuels pertinents, sur la base d'op-

mental par son illustration de fictions théoriques ayant préexisté à l'approche psychologique de la réanimation et relatives aux origines de la psyché et à ses états extrêmes (l'infantile, les états originaires et psychotiques précoces)...

Ainsi, observer, interroger, interpréter l'expérience et le comportement de l'enfant réanimé aident bien entendu à sa prise en soin somatique et psychique. Mais cette mise à l'épreuve de la clinique contribue également à l'étayage et à l'élaboration théorique du fonctionnement psychique du « sujet extrême » (dément, agonisant, autiste, cérébro-lésé...) en général, et au-delà de la pathologie psychique : celui des origines de la psyché, comme de ces potentialités et compétences méconnues que l'humain adulte ou bébé tient en réserve et qui nous sidèrent tant lorsqu'elles se découvrent.

L'intitulé « L'enfant réanimé. Clinique de la rupture et du lien » rend compte de notre interprétation de la clinique réanimatoire comme un théâtre exceptionnel des aléas du lien psychique, parcouru et organisé par le fil rouge d'une problématique intriquant rupture, perte, permanence, naissance et renaissance du lien.

Cette lecture ouvre au tiers un accès à cette clinique, aide à la déchiffrer et à y établir... des liens – relationnels et thérapeutiques avec le sujet réanimé, théorico-cliniques avec la réalité psychique et les outils conceptuels susceptibles de l'éclairer. Déjà pertinente pour l'expérience subjective de l'adulte, elle l'est a fortiori pour celle de l'enfant et du bébé en devenir dans des processus de liaison qui le font « devenir être ».

Les contributions : le même concept/signifiant de « Lien » – avec son envers antagoniste : la rupture, et son articulation obligée au traumatisme – s'est imposé spontanément dans les différentes contributions, sans concertation préalable.

On lira ci-dessous les contributions de cinq auteurs cliniciens psychistes – psychologues et psychanalystes –, et médecin – pédiatre-réanimateur –, dont la longue expérience en réanimation a nourri au jour le jour la réflexion et la recherche sur l'expérience vécue par l'enfant et ses proches, ainsi que sur le soin psychique que cette expérience appelle.

Dans des contextes et des formes différents, elles présentent une mosaïque d'abords convergents dans un même souci de préservation attentive de la psyché de l'enfant, de ses liens avec lui-même et les autres, par un travail à conduire avec et autour de lui.

Au-delà d'une bonne volonté compatissante, ceci nécessite de penser l'enfant réanimé avec des outils conceptuels pertinents, sur la base d'op-

tions communes étayant leurs pratiques. Ces options, pour nous inconditionnelles dans un champ médical confronté à des patients « lourds », en détresse vitale et psychique, impliquent :

– *L'interdisciplinarité* : au-delà de l'assemblage juxtaposé de domaines de connaissances, de pratiques professionnelles, de techniques pointues et totalement hétérogènes.

L'interdisciplinarité, c'est ici une équipe dont la pratique et la recherche clinique se font dans la collaboration effective des spécialités portées par des spécialistes, non pas parallèlement (et donc cloisonnées, morcelantes, en butte aux pressions exercées par chacune sur les autres), mais interactives, respectueuses et curieuses des éclairages, compétences et effets dont chacune est porteuse, au service d'un objectif de soin commun dont le patient est le sujet.

En réanimation – et plus généralement en médecine somatique lourde –, l'interdisciplinarité comporte selon nous une prise en compte avisée et réciproque (et convaincue...) par les médecins et les psychistes des aspects et enjeux tant psychiques que somatiques – a fortiori lorsque le patient est un enfant, dans lequel soma et psyché sont si étroitement intriqués à l'origine.

– *Le référentiel psychanalytique* : il fonde la démarche des auteurs. Il est diversement traité selon les fonctions professionnelles, médicales et psychologiques de chacun, et différemment intégré selon des versions individuelles qui peuvent faire débat (c'est aussi l'objectif du livre).

Son affirmation peut étonner dans le contexte médical et technique de la réanimation, et dans une actualité ambiante de plus en plus exclusivement tournée vers les neurosciences et les abords cognitivo-comportementaux. Elle appelle quelques précisions.

D'abord, elle n'est exclusive d'aucun des autres supports interdisciplinaires. Ainsi pour ceux si précieux issus de méthodes spécifiquement expérimentales, sur les compétences cognitives et sensorielles du nouveau-né², ou de la médecine pédiatrique, concernant par exemple la manipulation du nouveau-né, ou le NIDCAP, programme de soin à la croisée des domaines neuro-développemental et psychanalytique.

Ensuite, nous ne considérons pas le référentiel psychanalytique comme un dogme ineffable préféré à d'autres, mais comme un cadre éclairant irremplaçable. Sa pertinence est celle d'un outil conceptuel aux incidences thérapeutiques, précieux, unique pour rendre compte de

2. Notamment les capacités de discrimination par le nouveau-né de l'odeur du lait maternel, de la voix et de la langue maternelles.

tions communes étayant leurs pratiques. Ces options, pour nous inconditionnelles dans un champ médical confronté à des patients « lourds », en détresse vitale et psychique, impliquent :

– *L'interdisciplinarité* : au-delà de l'assemblage juxtaposé de domaines de connaissances, de pratiques professionnelles, de techniques pointues et totalement hétérogènes.

L'interdisciplinarité, c'est ici une équipe dont la pratique et la recherche clinique se font dans la collaboration effective des spécialités portées par des spécialistes, non pas parallèlement (et donc cloisonnées, morcelantes, en butte aux pressions exercées par chacune sur les autres), mais interactives, respectueuses et curieuses des éclairages, compétences et effets dont chacune est porteuse, au service d'un objectif de soin commun dont le patient est le sujet.

En réanimation – et plus généralement en médecine somatique lourde –, l'interdisciplinarité comporte selon nous une prise en compte avisée et réciproque (et convaincue...) par les médecins et les psychistes des aspects et enjeux tant psychiques que somatiques – a fortiori lorsque le patient est un enfant, dans lequel soma et psyché sont si étroitement intriqués à l'origine.

– *Le référentiel psychanalytique* : il fonde la démarche des auteurs. Il est diversement traité selon les fonctions professionnelles, médicales et psychologiques de chacun, et différemment intégré selon des versions individuelles qui peuvent faire débat (c'est aussi l'objectif du livre).

Son affirmation peut étonner dans le contexte médical et technique de la réanimation, et dans une actualité ambiante de plus en plus exclusivement tournée vers les neurosciences et les abords cognitivo-comportementaux. Elle appelle quelques précisions.

D'abord, elle n'est exclusive d'aucun des autres supports interdisciplinaires. Ainsi pour ceux si précieux issus de méthodes spécifiquement expérimentales, sur les compétences cognitives et sensorielles du nouveau-né², ou de la médecine pédiatrique, concernant par exemple la manipulation du nouveau-né, ou le NIDCAP, programme de soin à la croisée des domaines neuro-développemental et psychanalytique.

Ensuite, nous ne considérons pas le référentiel psychanalytique comme un dogme ineffable préféré à d'autres, mais comme un cadre éclairant irremplaçable. Sa pertinence est celle d'un outil conceptuel aux incidences thérapeutiques, précieux, unique pour rendre compte de

2. Notamment les capacités de discrimination par le nouveau-né de l'odeur du lait maternel, de la voix et de la langue maternelles.

tions communes étayant leurs pratiques. Ces options, pour nous inconditionnelles dans un champ médical confronté à des patients « lourds », en détresse vitale et psychique, impliquent :

– *L'interdisciplinarité* : au-delà de l'assemblage juxtaposé de domaines de connaissances, de pratiques professionnelles, de techniques pointues et totalement hétérogènes.

L'interdisciplinarité, c'est ici une équipe dont la pratique et la recherche clinique se font dans la collaboration effective des spécialités portées par des spécialistes, non pas parallèlement (et donc cloisonnées, morcelantes, en butte aux pressions exercées par chacune sur les autres), mais interactives, respectueuses et curieuses des éclairages, compétences et effets dont chacune est porteuse, au service d'un objectif de soin commun dont le patient est le sujet.

En réanimation – et plus généralement en médecine somatique lourde –, l'interdisciplinarité comporte selon nous une prise en compte avisée et réciproque (et convaincue...) par les médecins et les psychistes des aspects et enjeux tant psychiques que somatiques – a fortiori lorsque le patient est un enfant, dans lequel soma et psyché sont si étroitement intriqués à l'origine.

– *Le référentiel psychanalytique* : il fonde la démarche des auteurs. Il est diversement traité selon les fonctions professionnelles, médicales et psychologiques de chacun, et différemment intégré selon des versions individuelles qui peuvent faire débat (c'est aussi l'objectif du livre).

Son affirmation peut étonner dans le contexte médical et technique de la réanimation, et dans une actualité ambiante de plus en plus exclusivement tournée vers les neurosciences et les abords cognitivo-comportementaux. Elle appelle quelques précisions.

D'abord, elle n'est exclusive d'aucun des autres supports interdisciplinaires. Ainsi pour ceux si précieux issus de méthodes spécifiquement expérimentales, sur les compétences cognitives et sensorielles du nouveau-né², ou de la médecine pédiatrique, concernant par exemple la manipulation du nouveau-né, ou le NIDCAP, programme de soin à la croisée des domaines neuro-développemental et psychanalytique.

Ensuite, nous ne considérons pas le référentiel psychanalytique comme un dogme ineffable préféré à d'autres, mais comme un cadre éclairant irremplaçable. Sa pertinence est celle d'un outil conceptuel aux incidences thérapeutiques, précieux, unique pour rendre compte de

2. Notamment les capacités de discrimination par le nouveau-né de l'odeur du lait maternel, de la voix et de la langue maternelles.

tions communes étayant leurs pratiques. Ces options, pour nous inconditionnelles dans un champ médical confronté à des patients « lourds », en détresse vitale et psychique, impliquent :

– *L'interdisciplinarité* : au-delà de l'assemblage juxtaposé de domaines de connaissances, de pratiques professionnelles, de techniques pointues et totalement hétérogènes.

L'interdisciplinarité, c'est ici une équipe dont la pratique et la recherche clinique se font dans la collaboration effective des spécialités portées par des spécialistes, non pas parallèlement (et donc cloisonnées, morcelantes, en butte aux pressions exercées par chacune sur les autres), mais interactives, respectueuses et curieuses des éclairages, compétences et effets dont chacune est porteuse, au service d'un objectif de soin commun dont le patient est le sujet.

En réanimation – et plus généralement en médecine somatique lourde –, l'interdisciplinarité comporte selon nous une prise en compte avisée et réciproque (et convaincue...) par les médecins et les psychistes des aspects et enjeux tant psychiques que somatiques – a fortiori lorsque le patient est un enfant, dans lequel soma et psyché sont si étroitement intriqués à l'origine.

– *Le référentiel psychanalytique* : il fonde la démarche des auteurs. Il est diversement traité selon les fonctions professionnelles, médicales et psychologiques de chacun, et différemment intégré selon des versions individuelles qui peuvent faire débat (c'est aussi l'objectif du livre).

Son affirmation peut étonner dans le contexte médical et technique de la réanimation, et dans une actualité ambiante de plus en plus exclusivement tournée vers les neurosciences et les abords cognitivo-comportementaux. Elle appelle quelques précisions.

D'abord, elle n'est exclusive d'aucun des autres supports interdisciplinaires. Ainsi pour ceux si précieux issus de méthodes spécifiquement expérimentales, sur les compétences cognitives et sensorielles du nouveau-né², ou de la médecine pédiatrique, concernant par exemple la manipulation du nouveau-né, ou le NIDCAP, programme de soin à la croisée des domaines neuro-développemental et psychanalytique.

Ensuite, nous ne considérons pas le référentiel psychanalytique comme un dogme ineffable préféré à d'autres, mais comme un cadre éclairant irremplaçable. Sa pertinence est celle d'un outil conceptuel aux incidences thérapeutiques, précieux, unique pour rendre compte de

2. Notamment les capacités de discrimination par le nouveau-né de l'odeur du lait maternel, de la voix et de la langue maternelles.

nombreux phénomènes psychiques, subjectifs, relationnels, somatiques, autrement incompréhensibles ou méconnus, pour les comprendre et les traiter.

Enfin, il renouvelle la façon de penser l'humain, l'enfant, même nouveau-né, comme détenteur d'existence psychique, sujet – au moins potentiel – interlocuteur dans le soin, supposé sensible à la relation. Bref un autre auquel le tiers (soignant, médecin, psychiste) s'adresse, même si ce patient – sujet inhabituel – est démuné, inconscient, et non pas un objet du soin, du tiers, du savoir médical et psychologique, totalement soumis au dispositif en place, ou un petit animal³.

Faut-il rappeler que le référentiel psychanalytique ne se réduit pas à la cure ni aux représentations médiatiques caricaturales qui le vident de son sens ? La psychanalyse c'est : une théorie du fonctionnement psychique, la seule existante qui rende compte de la dimension inconsciente ; une méthode d'exploration sans équivalent, notamment dans la mise à découvert de contrées psychiques réputées inabornables (en particulier, les cliniques de l'extrême mais aussi du rêve, du bébé, de la psychose précoce) ; une technique psychothérapique.

Personnellement, je la qualifie sans vergogne de scientifique en ce qu'elle peut être communicable, reproductible, vérifiable et qu'elle offre des avancées d'un éclairage unique de la psyché pour la pratique comme pour la recherche : en particulier celle de la réanimation de l'adulte et de l'enfant où elle s'impose à mesure des avancées de nos travaux ; à l'instar de la psychanalyse et de la psychiatrie du bébé puis fœtale, pour les approches théorico-cliniques et thérapeutiques actuelles du bébé, elle se valide dans des stratégies de soin humaines et efficaces.

– *La clarté des options engagées quant au statut du patient.* Ce point découle des engagements évoqués à propos du référentiel psychanalytique quant au sujet détenteur d'existence psychique, partenaire et acteur du soin.

La détermination éthique du statut reconnu au patient n'est certes pas étrangère au référentiel théorique quelle qu'en soit la diversité interdisciplinaire neurophysiologique, comportementale, psychanalytique. Mais les seuls outils conceptuels ne garantissent pas cette place implicite accordée par le tiers et par l'équipe, car la psychanalyse ne se réduit pas à un réservoir de concepts utiles, et il faut bien constater que le manie-ment de termes et de notions humanistes et psychanalytiques n'exclut pas l'instrumentalisation d'un enfant-objet. A fortiori lorsque cet enfant

3. Ou une « crevette », terme mi-humoristique mi-affectueux, pour désigner un grand prématuré, rose, maigre, et encore non humain.

nombreux phénomènes psychiques, subjectifs, relationnels, somatiques, autrement incompréhensibles ou méconnus, pour les comprendre et les traiter.

Enfin, il renouvelle la façon de penser l'humain, l'enfant, même nouveau-né, comme détenteur d'existence psychique, sujet – au moins potentiel – interlocuteur dans le soin, supposé sensible à la relation. Bref un autre auquel le tiers (soignant, médecin, psychiste) s'adresse, même si ce patient – sujet inhabituel – est démuné, inconscient, et non pas un objet du soin, du tiers, du savoir médical et psychologique, totalement soumis au dispositif en place, ou un petit animal³.

Faut-il rappeler que le référentiel psychanalytique ne se réduit pas à la cure ni aux représentations médiatiques caricaturales qui le vident de son sens ? La psychanalyse c'est : une théorie du fonctionnement psychique, la seule existante qui rende compte de la dimension inconsciente ; une méthode d'exploration sans équivalent, notamment dans la mise à découvert de contrées psychiques réputées inabornables (en particulier, les cliniques de l'extrême mais aussi du rêve, du bébé, de la psychose précoce) ; une technique psychothérapique.

Personnellement, je la qualifie sans vergogne de scientifique en ce qu'elle peut être communicable, reproductible, vérifiable et qu'elle offre des avancées d'un éclairage unique de la psyché pour la pratique comme pour la recherche : en particulier celle de la réanimation de l'adulte et de l'enfant où elle s'impose à mesure des avancées de nos travaux ; à l'instar de la psychanalyse et de la psychiatrie du bébé puis fœtale, pour les approches théorico-cliniques et thérapeutiques actuelles du bébé, elle se valide dans des stratégies de soin humaines et efficaces.

– *La clarté des options engagées quant au statut du patient.* Ce point découle des engagements évoqués à propos du référentiel psychanalytique quant au sujet détenteur d'existence psychique, partenaire et acteur du soin.

La détermination éthique du statut reconnu au patient n'est certes pas étrangère au référentiel théorique quelle qu'en soit la diversité interdisciplinaire neurophysiologique, comportementale, psychanalytique. Mais les seuls outils conceptuels ne garantissent pas cette place implicite accordée par le tiers et par l'équipe, car la psychanalyse ne se réduit pas à un réservoir de concepts utiles, et il faut bien constater que le manie-ment de termes et de notions humanistes et psychanalytiques n'exclut pas l'instrumentalisation d'un enfant-objet. A fortiori lorsque cet enfant

3. Ou une « crevette », terme mi-humoristique mi-affectueux, pour désigner un grand prématuré, rose, maigre, et encore non humain.

nombreux phénomènes psychiques, subjectifs, relationnels, somatiques, autrement incompréhensibles ou méconnus, pour les comprendre et les traiter.

Enfin, il renouvelle la façon de penser l'humain, l'enfant, même nouveau-né, comme détenteur d'existence psychique, sujet – au moins potentiel – interlocuteur dans le soin, supposé sensible à la relation. Bref un autre auquel le tiers (soignant, médecin, psychiste) s'adresse, même si ce patient – sujet inhabituel – est démuné, inconscient, et non pas un objet du soin, du tiers, du savoir médical et psychologique, totalement soumis au dispositif en place, ou un petit animal³.

Faut-il rappeler que le référentiel psychanalytique ne se réduit pas à la cure ni aux représentations médiatiques caricaturales qui le vident de son sens ? La psychanalyse c'est : une théorie du fonctionnement psychique, la seule existante qui rende compte de la dimension inconsciente ; une méthode d'exploration sans équivalent, notamment dans la mise à découvert de contrées psychiques réputées inabornables (en particulier, les cliniques de l'extrême mais aussi du rêve, du bébé, de la psychose précoce) ; une technique psychothérapique.

Personnellement, je la qualifie sans vergogne de scientifique en ce qu'elle peut être communicable, reproductible, vérifiable et qu'elle offre des avancées d'un éclairage unique de la psyché pour la pratique comme pour la recherche : en particulier celle de la réanimation de l'adulte et de l'enfant où elle s'impose à mesure des avancées de nos travaux ; à l'instar de la psychanalyse et de la psychiatrie du bébé puis fœtale, pour les approches théorico-cliniques et thérapeutiques actuelles du bébé, elle se valide dans des stratégies de soin humaines et efficaces.

– *La clarté des options engagées quant au statut du patient.* Ce point découle des engagements évoqués à propos du référentiel psychanalytique quant au sujet détenteur d'existence psychique, partenaire et acteur du soin.

La détermination éthique du statut reconnu au patient n'est certes pas étrangère au référentiel théorique quelle qu'en soit la diversité interdisciplinaire neurophysiologique, comportementale, psychanalytique. Mais les seuls outils conceptuels ne garantissent pas cette place implicite accordée par le tiers et par l'équipe, car la psychanalyse ne se réduit pas à un réservoir de concepts utiles, et il faut bien constater que le manie-ment de termes et de notions humanistes et psychanalytiques n'exclut pas l'instrumentalisation d'un enfant-objet. A fortiori lorsque cet enfant

3. Ou une « crevette », terme mi-humoristique mi-affectueux, pour désigner un grand prématuré, rose, maigre, et encore non humain.

nombreux phénomènes psychiques, subjectifs, relationnels, somatiques, autrement incompréhensibles ou méconnus, pour les comprendre et les traiter.

Enfin, il renouvelle la façon de penser l'humain, l'enfant, même nouveau-né, comme détenteur d'existence psychique, sujet – au moins potentiel – interlocuteur dans le soin, supposé sensible à la relation. Bref un autre auquel le tiers (soignant, médecin, psychiste) s'adresse, même si ce patient – sujet inhabituel – est démuné, inconscient, et non pas un objet du soin, du tiers, du savoir médical et psychologique, totalement soumis au dispositif en place, ou un petit animal³.

Faut-il rappeler que le référentiel psychanalytique ne se réduit pas à la cure ni aux représentations médiatiques caricaturales qui le vident de son sens ? La psychanalyse c'est : une théorie du fonctionnement psychique, la seule existante qui rende compte de la dimension inconsciente ; une méthode d'exploration sans équivalent, notamment dans la mise à découvert de contrées psychiques réputées inabornables (en particulier, les cliniques de l'extrême mais aussi du rêve, du bébé, de la psychose précoce) ; une technique psychothérapique.

Personnellement, je la qualifie sans vergogne de scientifique en ce qu'elle peut être communicable, reproductible, vérifiable et qu'elle offre des avancées d'un éclairage unique de la psyché pour la pratique comme pour la recherche : en particulier celle de la réanimation de l'adulte et de l'enfant où elle s'impose à mesure des avancées de nos travaux ; à l'instar de la psychanalyse et de la psychiatrie du bébé puis fœtale, pour les approches théorico-cliniques et thérapeutiques actuelles du bébé, elle se valide dans des stratégies de soin humaines et efficaces.

– *La clarté des options engagées quant au statut du patient.* Ce point découle des engagements évoqués à propos du référentiel psychanalytique quant au sujet détenteur d'existence psychique, partenaire et acteur du soin.

La détermination éthique du statut reconnu au patient n'est certes pas étrangère au référentiel théorique quelle qu'en soit la diversité interdisciplinaire neurophysiologique, comportementale, psychanalytique. Mais les seuls outils conceptuels ne garantissent pas cette place implicite accordée par le tiers et par l'équipe, car la psychanalyse ne se réduit pas à un réservoir de concepts utiles, et il faut bien constater que le manie-ment de termes et de notions humanistes et psychanalytiques n'exclut pas l'instrumentalisation d'un enfant-objet. A fortiori lorsque cet enfant

3. Ou une « crevette », terme mi-humoristique mi-affectueux, pour désigner un grand prématuré, rose, maigre, et encore non humain.

est plus que jamais dépendant, impuissant, en détresse, privé de capacités de compréhension ou absent, pour un tiers investi de la toute-puissance du soin réanimatoire auquel s'ajoutent ceux de la psychanalyse.

De même pour leur application aux soins⁴ au nom de l'idéalisation de la relation. Les dérives de la vulgarisation psychanalytique et de ses applications érigées en dogme ou en mode d'emploi d'articles de consommation nous rappellent que ces questions nous concernent tous et qu'il n'est pas simple de garantir la clarté de nos options sur une pente naturelle soumise à ces pressions. Leur interrogation fait partie des préoccupations de ce livre.

Selon une chronologie déterminée à la croisée de l'évolution du patient nouveau-né au grand enfant, de la néonatalogie à la pédiatrie, ainsi que des avancées dans la recherche clinique sur l'expérience subjective, chaque auteur aborde dans un chapitre un moment, un aspect ou une façon de travailler en équipe, à travers son approche et sa pratique personnelle en réanimation de l'enfant, dans un même objectif : attester de la possibilité et de la nécessité d'un soin psychique, en transmettre des éléments à l'intention des partenaires de la prise en soin de l'enfant réanimé. Tous soulignent la réalité et l'importance du tissu relationnel enfant-parents-soignants.

Précisons que ce livre ne se veut exhaustif ni dans ses contenus et ses données ni dans son esprit, mais propose, dans la perspective d'autres apports potentiels de praticiens encore disséminés, un premier état sur la réanimation de l'enfant, fondé sur une collaboration psychologique et médicale. Il prend place dans le vaste champ clinique désormais familier de la vie psychique des débuts de la vie du bébé et du jeune enfant (Bowlby, Brazelton, Cramer, Diatkine, Houzel, Lebovici, Soulé, Spitz, etc., et avant eux Klein, Winnicott...), de la parentalité (Bydlowski, Missonnier, etc.). Ces acquis bien trop denses pour pouvoir être détaillés ou récapitulés sont ici considérés comme l'évidente toile de fond où s'insèrent la scène réanimatoire et son sujet : l'enfant, en lien avec ses parents, l'équipe de soin et le monde.

4. Ainsi pour les mères : le « peau à peau » ou le portage, appliqué d'office, parfois sur « prescription » – « une demi-heure par jour » dans tel service –, ou pour le soignant, la consigne d'énoncer les gestes de « toucher l'enfant ». Ces ouvertures à la relation s'obturent en autant de diktats d'instrumentalisation des uns et des autres au nom des apports de la psychanalyse.

est plus que jamais dépendant, impuissant, en détresse, privé de capacités de compréhension ou absent, pour un tiers investi de la toute-puissance du soin réanimatoire auquel s'ajoutent ceux de la psychanalyse.

De même pour leur application aux soins⁴ au nom de l'idéalisation de la relation. Les dérives de la vulgarisation psychanalytique et de ses applications érigées en dogme ou en mode d'emploi d'articles de consommation nous rappellent que ces questions nous concernent tous et qu'il n'est pas simple de garantir la clarté de nos options sur une pente naturelle soumise à ces pressions. Leur interrogation fait partie des préoccupations de ce livre.

Selon une chronologie déterminée à la croisée de l'évolution du patient nouveau-né au grand enfant, de la néonatalogie à la pédiatrie, ainsi que des avancées dans la recherche clinique sur l'expérience subjective, chaque auteur aborde dans un chapitre un moment, un aspect ou une façon de travailler en équipe, à travers son approche et sa pratique personnelle en réanimation de l'enfant, dans un même objectif : attester de la possibilité et de la nécessité d'un soin psychique, en transmettre des éléments à l'intention des partenaires de la prise en soin de l'enfant réanimé. Tous soulignent la réalité et l'importance du tissu relationnel enfant-parents-soignants.

Précisons que ce livre ne se veut exhaustif ni dans ses contenus et ses données ni dans son esprit, mais propose, dans la perspective d'autres apports potentiels de praticiens encore disséminés, un premier état sur la réanimation de l'enfant, fondé sur une collaboration psychologique et médicale. Il prend place dans le vaste champ clinique désormais familier de la vie psychique des débuts de la vie du bébé et du jeune enfant (Bowlby, Brazelton, Cramer, Diatkine, Houzel, Lebovici, Soulé, Spitz, etc., et avant eux Klein, Winnicott...), de la parentalité (Bydlowski, Missonnier, etc.). Ces acquis bien trop denses pour pouvoir être détaillés ou récapitulés sont ici considérés comme l'évidente toile de fond où s'insèrent la scène réanimatoire et son sujet : l'enfant, en lien avec ses parents, l'équipe de soin et le monde.

4. Ainsi pour les mères : le « peau à peau » ou le portage, appliqué d'office, parfois sur « prescription » – « une demi-heure par jour » dans tel service –, ou pour le soignant, la consigne d'énoncer les gestes de « toucher l'enfant ». Ces ouvertures à la relation s'obturent en autant de diktats d'instrumentalisation des uns et des autres au nom des apports de la psychanalyse.

est plus que jamais dépendant, impuissant, en détresse, privé de capacités de compréhension ou absent, pour un tiers investi de la toute-puissance du soin réanimatoire auquel s'ajoutent ceux de la psychanalyse.

De même pour leur application aux soins⁴ au nom de l'idéalisation de la relation. Les dérives de la vulgarisation psychanalytique et de ses applications érigées en dogme ou en mode d'emploi d'articles de consommation nous rappellent que ces questions nous concernent tous et qu'il n'est pas simple de garantir la clarté de nos options sur une pente naturelle soumise à ces pressions. Leur interrogation fait partie des préoccupations de ce livre.

Selon une chronologie déterminée à la croisée de l'évolution du patient nouveau-né au grand enfant, de la néonatalogie à la pédiatrie, ainsi que des avancées dans la recherche clinique sur l'expérience subjective, chaque auteur aborde dans un chapitre un moment, un aspect ou une façon de travailler en équipe, à travers son approche et sa pratique personnelle en réanimation de l'enfant, dans un même objectif : attester de la possibilité et de la nécessité d'un soin psychique, en transmettre des éléments à l'intention des partenaires de la prise en soin de l'enfant réanimé. Tous soulignent la réalité et l'importance du tissu relationnel enfant-parents-soignants.

Précisons que ce livre ne se veut exhaustif ni dans ses contenus et ses données ni dans son esprit, mais propose, dans la perspective d'autres apports potentiels de praticiens encore disséminés, un premier état sur la réanimation de l'enfant, fondé sur une collaboration psychologique et médicale. Il prend place dans le vaste champ clinique désormais familier de la vie psychique des débuts de la vie du bébé et du jeune enfant (Bowlby, Brazelton, Cramer, Diatkine, Houzel, Lebovici, Soulé, Spitz, etc., et avant eux Klein, Winnicott...), de la parentalité (Bydlowski, Missonnier, etc.). Ces acquis bien trop denses pour pouvoir être détaillés ou récapitulés sont ici considérés comme l'évidente toile de fond où s'insèrent la scène réanimatoire et son sujet : l'enfant, en lien avec ses parents, l'équipe de soin et le monde.

4. Ainsi pour les mères : le « peau à peau » ou le portage, appliqué d'office, parfois sur « prescription » – « une demi-heure par jour » dans tel service –, ou pour le soignant, la consigne d'énoncer les gestes de « toucher l'enfant ». Ces ouvertures à la relation s'obturent en autant de diktats d'instrumentalisation des uns et des autres au nom des apports de la psychanalyse.

est plus que jamais dépendant, impuissant, en détresse, privé de capacités de compréhension ou absent, pour un tiers investi de la toute-puissance du soin réanimatoire auquel s'ajoutent ceux de la psychanalyse.

De même pour leur application aux soins⁴ au nom de l'idéalisation de la relation. Les dérives de la vulgarisation psychanalytique et de ses applications érigées en dogme ou en mode d'emploi d'articles de consommation nous rappellent que ces questions nous concernent tous et qu'il n'est pas simple de garantir la clarté de nos options sur une pente naturelle soumise à ces pressions. Leur interrogation fait partie des préoccupations de ce livre.

Selon une chronologie déterminée à la croisée de l'évolution du patient nouveau-né au grand enfant, de la néonatalogie à la pédiatrie, ainsi que des avancées dans la recherche clinique sur l'expérience subjective, chaque auteur aborde dans un chapitre un moment, un aspect ou une façon de travailler en équipe, à travers son approche et sa pratique personnelle en réanimation de l'enfant, dans un même objectif : attester de la possibilité et de la nécessité d'un soin psychique, en transmettre des éléments à l'intention des partenaires de la prise en soin de l'enfant réanimé. Tous soulignent la réalité et l'importance du tissu relationnel enfant-parents-soignants.

Précisons que ce livre ne se veut exhaustif ni dans ses contenus et ses données ni dans son esprit, mais propose, dans la perspective d'autres apports potentiels de praticiens encore disséminés, un premier état sur la réanimation de l'enfant, fondé sur une collaboration psychologique et médicale. Il prend place dans le vaste champ clinique désormais familier de la vie psychique des débuts de la vie du bébé et du jeune enfant (Bowlby, Brazelton, Cramer, Diatkine, Houzel, Lebovici, Soulé, Spitz, etc., et avant eux Klein, Winnicott...), de la parentalité (Bydlowski, Missonnier, etc.). Ces acquis bien trop denses pour pouvoir être détaillés ou récapitulés sont ici considérés comme l'évidente toile de fond où s'insèrent la scène réanimatoire et son sujet : l'enfant, en lien avec ses parents, l'équipe de soin et le monde.

4. Ainsi pour les mères : le « peau à peau » ou le portage, appliqué d'office, parfois sur « prescription » – « une demi-heure par jour » dans tel service –, ou pour le soignant, la consigne d'énoncer les gestes de « toucher l'enfant ». Ces ouvertures à la relation s'obturent en autant de diktats d'instrumentalisation des uns et des autres au nom des apports de la psychanalyse.