

Aujourd'hui, les pères fréquentent en nombre les espaces traditionnellement réservés aux mères et aux bébés (consultations prénatales, maternités, consultations de PMI et de pédiatrie, crèches, etc.). Les professionnels, en majorité des femmes, peuvent se trouver démunis face à ces hommes engagés dans une paternité de proximité qui bouscule les représentations traditionnelles du père. Ils le sont d'autant plus que, souvent, ils n'ont bénéficié d'aucune formation sur la transition vers la paternité et ses avatars, ainsi que sur son impact sur le couple et la vie familiale.

Cet ouvrage, émaillé d'illustrations cliniques, offre une description du processus normal du « devenir père » et de ses perturbations. Prenant en compte les influences réciproques qui s'exercent au sein de la triade père-mère-bébé, il propose des repères pour accompagner la paternité.

Martine Lamour, psychiatre, a exercé pendant 28 ans dans une unité spécialisée de soins psychiatriques pour jeunes enfants et leurs parents (centre Myriam David, Paris 13^e). Les nourrissons exposés à des troubles graves de la parentalité, dans le contexte d'une psychopathologie parentale, étaient au cœur de sa pratique.

Clinicienne, chercheuse et formatrice, elle a publié de nombreux articles ainsi que des ouvrages sur les perturbations des relations parents-nourrisson et leur impact sur les professionnels.

yapaka.be

Coordination de l'aide
aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



WB
FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

LA PATERNALITÉ ET SES TROUBLES

MARTINE LAMOUR

yapaka.be

66

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

LA PATERNALITÉ ET SES TROUBLES

Martine Lamour

yapaka.be

La paternalité et ses troubles

Martine Lamour

Temps d'Arrêt / Lectures

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Delphine Cordier, Philippe Dufromont, Sandrine Hennebert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection « Temps d'Arrêt/Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage : Nicole Bruhwylér, François De Smet, Deborah Dewulf, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet et Juliette Vilet.

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
Juin 2013

Devenir père	8
Les bouleversements de l'entrée dans la parentalité	8
Les premières rencontres père-bébé	11
Les relations père-bébé	14
De la dyade à la triade père-mère-bébé	16
La paternité : une co-construction familiale	18
Du devenir père à l'être père	22
Modalités d'expression de la transition vers la paternité	23
Les troubles psychosomatiques mineurs	23
Les actings de la paternité	24
Le blues des pères dans le post-partum	29
Psychopathologie de la transition vers la paternité	30
Troubles chez des pères sans psychopathologie préexistante	31
Décompensations aiguës ou aggravation d'une pathologie préexistante à la conception de l'enfant	36
Les pères dans les familles carencées	38
Pères maltraitants	42
Violences conjugales et paternité	42
Relations incestuelles et incestueuses	44
Paternité et psychopathologie de la mère	47
Approches préventives et thérapeutiques	48
Approches thérapeutiques	48
Approches préventives	52
Conclusion	57
Bibliographie	59

Aborder, chez l'homme, la transition vers la parentalité, de la grossesse aux premiers mois de vie de l'enfant, et ses perturbations nous situe dans le contexte de la psychologie clinique et de la psychiatrie périnatales, lesquelles étudient ces processus dans une double optique, préventive et thérapeutique. L'intérêt porté aux pères par ces disciplines est beaucoup plus récent que celui porté aux mères. Il est vrai que ce n'est que depuis une trentaine d'années que les pères fréquentent en nombre les espaces traditionnellement réservés aux mères et aux bébés (consultations prénatales, maternités, consultations de PMI, consultations de pédiatrie, crèches, etc.). La compréhension du « devenir père » et de sa psychopathologie s'est ainsi enrichie progressivement.

Le fait que les deux parents travaillent a amené une redistribution des rôles et des tâches quotidiennes dans le couple vers un fonctionnement plus égalitaire. Ces transformations ont eu une incidence importante sur les conduites de paternage (soins au bébé) mais aussi sur la place symbolique des pères. Les hommes sont de plus en plus présents, et de plus en plus tôt auprès des mères et des bébés auxquels ils prodiguent des soins. Proches de leur enfant, ils lui expriment plus ouvertement leur tendresse. Pour les différencier des « pères traditionnels », on parle de pères « impliqués » (Le Camus, 1997) ou de « paternité de proximité ». La création puis l'extension de la durée du congé de naissance qui leur est accordé constituent une forme de reconnaissance sociale de leur rôle dans l'accueil du bébé. Ces pères défendent avec force leurs droits; lors des séparations et des divorces, ils demandent de plus en plus la garde des enfants (garde alternée, voire à temps complet); ils s'organisent en associations.

Parallèlement, avec les procréations médicalement assistées (PMA), mais surtout avec les séparations des

couples suivies de recompositions familiales et avec les nouvelles formes de familles, on assiste à un « éclatement des fonctions du père », qui autrefois étaient majoritairement portées par un même homme : un enfant peut avoir un père géniteur, un père qui lui a donné son nom et un père responsable de lui au quotidien. Le père devient pluriel.

Quelles sont les conséquences de cette évolution pour les professionnels et pour les hommes devenant père ?

Même si, ici et là, ont émergé des modes d'abord plus spécifiques, les professionnels (en majorité des femmes formées à l'approche des mères et des bébés) se sont trouvés démunis face à ces hommes engagés dans une paternité de proximité, qui bouscule les représentations traditionnelles du père. Démunis, ils le sont d'autant plus que, souvent, ils n'ont bénéficié d'aucune formation sur la transition vers la paternité et ses avatars, ainsi que sur son impact sur le couple et la vie familiale.

Pour les hommes, l'éclatement des fonctions du père ne fragilise-t-il pas les pères géniteurs quand ils se vivent dépossédés voire « délégitimés » de leur fonction de nourricier et d'éducateur par la présence quotidienne d'un beau-père auprès de leur enfant ? La rupture dans la transmission, quand ils se vivent comme la première génération d'hommes à être proche de l'enfant, à lui donner des soins, pourrait-elle vulnérabiliser les pères en créant une faille dans leurs repères identificatoires et en faisant en eux une large place au maternel ? Les pères, tout comme les mères, ne percevraient-ils plus aussi nettement les bipolarités maternel/paternel et féminin/masculin dans les rôles parentaux ? S'agirait-il pour ces « nouveaux parents » de « dénouer les liens tressés dans l'enfance entre identité sexuée et rôles parentaux ? » (Hurstel, 1997). L'évolution vers une paternité de proximité les exposerait-elle plus à la survenue d'une psychopathologie ou à des décompensations, en raison de la rupture dans les identifications avec leur propre père et la fragilisation de leur identité sexuée par la perte des frontières nettes dans les rôles parentaux ?

Cette importante évolution de la paternité, du couple et de la famille impose de resituer sans cesse historiquement les travaux que nous citerons et de les nuancer ; les travaux récents traitant de la transition vers la parentalité et de ses avatars chez l'homme étant encore peu nombreux, ce sont souvent des travaux plus anciens qui feront fonction de référence, en particulier pour les décompensations psychopathologiques graves nécessitant une hospitalisation.

Devenir père

Au cours de la grossesse et des premiers mois de la vie de son premier enfant, l'homme va vivre de profonds remaniements de son fonctionnement psychique et de sa vie affective, qui lui permettront de devenir père (« primipères », néologisme en écho à « primipares ») : c'est la « transition vers la parentalité », encore appelée parentification.¹ De multiples facteurs, de nature très différente, influencent ce processus : facteurs psychologiques et biologiques, facteurs sociaux et culturels.

L'abondance du matériel recueilli dans les entretiens avec les pères dans cette période a fait parler de « trans-
parence psychique »².

Les bouleversements de l'entrée dans la parentalité

Pour désigner, chez le père comme chez la mère, les réaménagements psychologiques tant conscients qu'inconscients qu'impliquent la grossesse, la naissance et le développement d'un enfant, Benedek (1959), psychanalyste américaine, parlait de « parenthood », traduit par parentalité³ ; elle en a fait une des étapes maturatives dans l'évolution de l'être humain. S'appuyant sur les identifications au père et à la mère, la parentalité s'enracine dans l'histoire du sujet, de ses conflits infantiles (en particulier œdipiens) mais aussi dans l'histoire familiale, grâce à la transmission intergénérationnelle.

1. La parentification ainsi définie doit être différenciée du concept de parentification tel que développé par Boszormenyi-Nagy dans les thérapies familiales contextuelles : distorsion subjective de la relation qui consiste à investir un conjoint ou un enfant comme parent (Benoit J.-C. *et al*, 1988).
2. Delaisi de Parseval, 1981. Termes d'abord utilisés par M. Bydlowski pour décrire la grande perméabilité à l'inconscient du fonctionnement mental maternel durant la période périnatale.
3. Actuellement, le même terme de parentalité est utilisé pour désigner le processus permettant le « devenir parent » et, dans une perspective plus synchronique, « l'être parent ». Il en est de même pour les néologismes maternalité et paternalité.

Étudié d'abord chez la femme (processus de maternalité), l'entrée dans la parentalité l'a été ensuite chez l'homme (processus de paternalité), en se référant schématiquement à trois modèles théoriques : la psychanalyse, la psychologie du développement, la théorie systémique.

Une crise identitaire

Pour les psychanalystes, investir le bébé qui est à l'extérieur de lui, dans le ventre de sa compagne, le faire sien, va susciter chez l'homme des mouvements identificatoires aux différentes figures paternelles et à la mère.

« L'identification à son propre père, à la fois géniteur, père, amant, porteur des valeurs culturelles, permet de contre-investir la jalousie et l'envie à l'égard de l'enfant et à l'égard de la femme qui porte l'enfant ; elle garantit à la fois son propre narcissisme transformé d'homme devenant père et l'investissement narcissique de son enfant ; il peut être fier de son bébé, de l'héritage qu'il va lui transmettre.

Un autre mouvement identificatoire contribue à ces transformations psychiques : le futur père projette dans sa compagne sa propre partie maternelle idéalisée. » (Bouchard-Godard, 1992, citée par Moreau, 1996).

Sont ainsi réactivées les identifications maternelles et la composante féminine de sa bisexualité psychique.

Classiquement aussi, le doute du père quant à sa paternité biologique serait un des éléments clefs pour comprendre la dynamique intrapsychique du processus de paternalité. Si le doute est bien une composante de la vie psychique des pères, on peut se demander quel est l'impact des possibilités actuelles d'identifier avec certitude le père biologique par des tests génétiques fiables.

Un voyage dans le passé

Tous ces réaménagements ne peuvent donc se faire, que par *un voyage dans le passé* pendant la grossesse,

comme le dit joliment E. Darchis-Bayart⁴, thérapeute familiale.

« La construction du lien père-bébé se prépare psychiquement dès la grossesse au cours d'un voyage où le futur père part à la recherche du groupe familial d'autrefois. Dans ses retrouvailles avec l'enfance, il revit pendant un temps la position infantile et l'abri psychique familial du passé. Il recherche confusément la façon dont il a été enveloppé et éduqué dans son enfance, elle-même imprégnée par les générations précédentes. On connaît chez l'homme ce travail de réaménagement des identités avant l'arrivée de l'enfant ... » (Darchis-Bayart, 2002, p.79)

Si ce qu'il retrouve est suffisamment bon, il s'appuiera sur ce socle pour co-construire avec sa femme et ce bébé une nouvelle famille où une place sera faite à l'enfant. Sinon, le travail de différenciation d'avec le passé est entravé, avec pour conséquences soit l'évitement de la paternité (rupture conjugale, demande d'interruption de grossesse, etc.), soit la résurgence avec force du passé traumatique et le risque de répétition de carences et de maltraitance : le père pourra difficilement répondre aux besoins du bébé réel.

Une gestation psychique

Le processus relationnel à l'égard du bébé à naître se met en place chez le père dès l'annonce de la grossesse par sa compagne et s'enrichit au fil des mois. Un enfant naît dans la tête du père et s'y développe : c'est l'enfant imaginaire.

Des événements tels que l'échographie, la révélation du sexe de l'enfant, favorisent une relance de l'activité fantasmatique et l'évocation de l'enfant imaginaire. Les pères, tout comme les mères, expriment, quand ils en ont la possibilité, des craintes concernant le fœtus : possibles malformations, trisomie, etc. Pour des hommes fragiles, ces événements pourront avoir un impact

4. Dans cette première partie sur la transition vers la paternité, nous nous référons largement à l'article d'Elisabeth Darchis-Bayart : « Le blues du père », paru en 2002.

traumatique, avec apparition d'angoisses quant à leur masculinité, des fantasmes de mort les concernant ou concernant leur enfant (Moreau, 2004).

Mais les voies d'appropriation de la procréation et de la gestation ne sont pas uniquement psychiques chez le père. Le sperme est vu aussi comme un vecteur de la paternité ; pas seulement le sperme du coït fécondant mais aussi celui des rapports sexuels de l'homme avec sa compagne pendant toute la grossesse. Les convictions de nombreuses sociétés que le sperme « nourrit » le fœtus et que sperme et lait sont des substances « équivalentes » pour le devenir parent, font apparaître « les relais fantasmatiques essentiels que constituent pour la filiation ces deux “véhicules” biologiques » (Delaisi de Parseval, 1981). Clerget (1999) va plus loin en soulignant la richesse des échanges père-bébé durant la grossesse selon trois modalités : la voix, le contact tactile à travers la paroi utérine et le sexe, dans l'intimité de l'homme et de la femme. La pratique de l'haptonomie prénatale favorise le « contact psychotactile⁵ » avec le bébé.

Naît ainsi chez l'homme, pendant la grossesse, un bébé héritier du passé, de l'histoire individuelle et familiale, et porteur d'espoir et de craintes.

Les premières rencontres père-bébé

La première rencontre avec le nouveau-né au sortir du ventre maternel est un moment crucial pour les pères et présente certaines particularités. Le nouveau-né est l'objet d'un examen visuel minutieux, particulièrement son visage ; parallèlement son corps peut être exploré par le toucher. L'apparence du nouveau-né, ses comportements évoquent un membre de la famille ou sont interprétés comme prédictifs de sa future personnalité, peut-être pour mieux se défendre de le percevoir comme étrange et étranger. Les parents humanisent ainsi leur enfant, proclament sa singularité en même temps que son appartenance à leur famille. La dimension affective

5. Je reprends ici l'expression de Clerget.

de la première impression est souvent fort complexe, d'autant plus que les pères sont maintenant présents dans les salles de naissance et coupent le cordon. Elle va de l'agréable surprise à la déception, voire à un état de choc, de l'attachement immédiat au rejet massif. L'association de sentiments positifs à des sentiments négatifs à l'égard du bébé est probablement souvent ressentie mais rarement exprimée chez les deux parents. Des travaux anciens⁶ parlaient de l'« envoûtement »⁷ des pères par le nouveau-né et de leur état d'exaltation massif; cette réaction serait innée et se déclencherait quand le père est présent à la naissance et a des contacts suffisants avec son bébé; d'où l'hypothèse d'une période sensible, particulièrement favorable à l'établissement des liens d'attachement père-bébé.

De fait, ces affects, quels qu'ils soient, ne surgissent pas *de novo* à l'accouchement. Le père aborde cette situation en ayant constitué ou non des liens affectifs avec le bébé imaginaire. Cet attachement lorsqu'il est présent peut se déplacer doucement, progressivement sur le bébé actuel si le bébé imaginaire et le bébé réel sont vécus comme suffisamment semblables.

Si le bébé réel est perçu comme trop différent du bébé imaginaire, cela s'accompagnera d'une vraie déception ou au contraire de surprise et de plaisir, selon que l'enfant est moins bien ou mieux que l'enfant attendu⁸. Si le bébé réel ne répond pas aux attentes, des sentiments négatifs, voire hostiles, risquent alors d'être ressentis à l'égard du bébé réel.

Quand les enfants naissent très prématurément ou sont porteurs d'un handicap, d'une atteinte somatique à la naissance, les premiers mouvements d'identification au bébé et l'investissement de l'enfant réel sont mis à mal, rendant les premiers échanges plus difficiles. Les atteintes du bébé peuvent constituer un véritable traumatisme psychique pour les parents.

6. Greenberg, Morris, 1974, cités par Delaisi de Parseval, 1981.

7. Delaisi de Parseval a traduit ainsi le terme anglais *engrossment* par envoûtement (Delaisi de Parseval, 1981).

8. Cette congruence ne peut être totale; l'écart restant est celui du désir des parents, de leurs attentes, de leurs anticipations créatrices, etc.

Faire sien le bébé réel est donc une étape importante du processus de paternalité en post-natal, étape qui peut prendre du temps, plusieurs mois chez certains hommes ressentant le bébé d'abord comme un étranger et, de plus, un étranger qui dérange leur couple et accapare leur compagne. Cette « adoption » parfois se révèle impossible, souvent quand les retrouvailles avec le passé n'ont pas pu advenir : c'est un « voyage blanc »⁹. Ces pères, pendant la grossesse, n'ont montré aucun des comportements qui témoignent d'une « gestation psychique » et ont été très peu présents auprès de leur femme. Deux types de problématiques peuvent s'observer et alterner ou s'intriquer (Darchis-Bayart, 2002).

Le lien de filiation ne peut pas s'établir; la paternité ne peut pas se mettre en place et l'enfant reste étranger. On est alors confronté soit à l'indifférence du père et à son éloignement de l'enfant, qui risquent de précipiter mère et bébé dans une relation fusionnelle; soit l'étrangeté de l'enfant provoque de l'effroi et de la pensée magique : le bébé peut devenir persécuteur, être perçu comme monstrueux avec des risques de décompensations graves.

Le lien père-bébé s'exerce dans la fusion et la proximité : il y a confusion entre le bébé qui est en lui et son propre enfant. Comme ils l'ont été eux-mêmes lorsqu'ils étaient enfants, ces pères investissent leur bébé comme s'il était leur parent. Ils s'approprient le bébé, assurent les soins tout en soulignant l'incompétence de la mère, avec un risque de rupture conjugale. Si le bébé ne répond pas à leurs attentes, ils peuvent le vivre comme une « mauvaise partie d'eux-mêmes » et le rejeter, voire le maltraiter. Ces hommes n'ont jamais quitté le « pays de l'enfance ».

9. Selon l'expression de Darchy-Bayard (2002).

Les relations père-bébé

Une période d'adaptation

Après cette première étape post-natale de filiation et d'adoption du bébé réel, le père va devoir s'adapter au bébé et à la dyade mère-bébé (Darchis-Bayart, 2002). Dans cette « période d'adaptation », la présence du bébé de chair en relation avec sa mère peut déstabiliser certains pères : soit ils ne peuvent céder leur place d'enfant auprès de leur femme et une rivalité avec le bébé s'installe; soit ils se mettent en rivalité avec la mère dans une confusion entre les places paternelle et maternelle. La défaillance paternelle peut s'exprimer sur deux modes : actif ou dépressif. Dans le premier, le père prend la place du bébé, qu'il désigne comme persécuteur, ou de la mère qu'il tente d'évincer; dans le second, il risque de s'enfoncer dans la dépression post-natale avec conduites d'alcoolisation et crises conjugales. La dépression maternelle peut aussi conduire le père à une dépression post-natale. Dans ces situations, le « voyage » pendant la grossesse a été souvent houleux, laissant le père dans des angoisses de perte ou de dévalorisation importantes. Il est en grande insécurité et a le sentiment de ne pas être à la hauteur; d'où des symptômes tels que cauchemars, insomnies, dépression, angoisses, troubles psychosomatiques...

La relation dyadique père-bébé

L'engagement des pères dans une relation de proximité avec leur bébé se traduit par un état particulier qui n'est pas sans évoquer la préoccupation maternelle primaire, état qui permet de répondre au mieux au bébé avec un aiguïsement de la sensorialité; ainsi les pères entendent la nuit les moindres bruits émis par leur bébé quand ils en ont la charge. On parle alors de préoccupation paternelle primaire.

Mais le fait que le père soit très impliqué dans les soins ne veut pas dire qu'il interagit avec le bébé de la même manière que la mère; l'un n'est pas l'autre. Il a un corps, un sexe, une sensualité propre qui le différencie de la mère. Le bébé distingue très précocement les soins paternels des soins maternels grâce à l'expérience sen-

sorielle (odeur, grain de la peau, tonalité de la voix), tactilo-kinesesthésique et tonico-posturale, ainsi qu'à la tonalité affective de l'interaction. Les pères seraient plus excitants et plus manuels que les mères. Le dialogue phasique (transitoire et discontinu; avec des mouvements) caractériserait la relation au père, le dialogue tonique (lent et continu; avec maintien des postures), la relation à la mère (Le Camus, 1995). Cependant, force est de constater qu'on qualifie encore ces pères de « maternants », l'adjectif « paternant » n'étant pas très utilisé, alors que pourtant il reconnaît au père cette proximité avec son bébé tout en le différenciant de la mère.

Il faut ici évoquer également les compétences parentales intuitives que la grossesse mobilise et qui se révèlent et se déploient dans l'interaction avec l'enfant. (Papousek et Papousek, 1987). Ces comportements parentaux universels, en grande partie inconscients, sont particulièrement adéquats à stimuler les compétences du bébé. Leur versant complémentaire chez l'enfant correspond aux comportements d'attachement innés tels qu'ils ont été décrits par Bowlby et qui ont une fonction de protection.

De multiples facteurs influençant les comportements paternels dans les interactions père-nourrisson ont été mis en évidence. Citons :

- avant la naissance de l'enfant : l'identité sexuée du père, les valeurs intériorisées concernant l'enfant et la paternité, la qualité de la gestation psychique;
- l'expérience de la naissance : par exemple, une naissance par césarienne favorise une plus grande implication du père dans les soins au bébé;
- le travail de la femme et l'organisation des rôles dans la famille;
- les relations intrafamiliales, en particulier la relation conjugale;
- et bien sûr les caractéristiques propres du bébé lui-même.

L'attachement père-bébé

Dans les interactions au quotidien au cours de la première année, le nourrisson va nouer des liens d'attachement avec son père. Une corrélation positive a été mise

en évidence entre l'implication du père auprès du bébé, en particulier qualitative, et la sécurité de l'attachement père-nourrisson.

Alors que la mère, quand elle est la figure d'attachement principale, favoriserait le développement d'un sentiment de sécurité en encourageant la proximité de l'enfant en cas de détresse, le père, dans des jeux plus stimulants et plus physiques que la mère, favoriserait préférentiellement l'exploration : « la sensibilité du père passerait par sa capacité à soutenir l'exploration et à aider l'enfant à faire face aux émotions négatives liées à celle-ci » (Guédeney N. et A., 2009). Actuellement, l'implication très précoce du père dans les soins prodigués au bébé impose de nuancer ces données.

L'enfant s'attache à ses deux parents mais ne construit pas forcément le même type d'attachement ; par exemple, il peut avoir un attachement anxieux avec sa mère et confiant avec son père. Cependant, l'attachement père-bébé serait influencé par l'attachement mère-bébé (Guédeney N. et A., 2009).

De la dyade à la triade père-mère-bébé

Les travaux sur les interactions parents-nourrisson (Lamour, Lebovici ; 1991) ont enrichi la conceptualisation de la construction de la parentalité. Leur évolution est marquée par la reconnaissance du rôle actif du bébé, une ouverture de plus en plus précoce de la dyade mère-nourrisson au père, ouverture qui va conduire à l'étude de la triade père-mère-bébé et à donner une place de plus en plus importante au père et aux interactions père-nourrisson. L'intérêt des cliniciens travaillant auprès des bébés ne s'est plus cantonné aux effets de l'absence du père, à sa fonction symbolique, à son rôle de soutien de la mère et de tiers « séparateur » situé à l'extérieur de la dyade et garant de la défusion mère-enfant durant les premières années.

Dans le cadre d'une recherche sur le processus normal de paternalité au cours des deux premières années de vie de l'enfant (Lamour, 2000), nous avons développé avec Serge Lebovici, une nouvelle conceptualisation du

processus de paternalité¹⁰ tenant compte des transformations de la paternité et de l'organisation familiale, en nous appuyant sur la modélisation triadique développée par Fivaz-Depeursinge et son équipe (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery ; 2001) qui peut se résumer ainsi : quand père, mère et bébé interagissent, ils s'influencent mutuellement suivant certaines règles propres à l'ensemble qu'ils forment à 3 dans un processus continu de développement et de changement. À l'intérieur de ce système, parents et bébé sont dans des ajustements réciproques mais ne contribuent pas de façon symétrique à l'échange. Les parents, en raison de leur maturité d'adultes, vont avoir des comportements plus ajustés et plus prédictibles que ceux de leur bébé : ils « encadrent » leur bébé et vont ainsi répondre à ses besoins et « accompagner » son développement. À chaque étape du développement de leur bébé, ils doivent donc faire un effort important d'adaptation. C'est cette dynamique qui favorisera le déploiement des compétences du bébé, en lui offrant un contexte approprié à chaque étape de son développement qui lui permettra d'avoir l'initiative de ses actes et de les mener à bien. Quand on sait la rapidité du développement du jeune enfant, on comprend mieux que des parents vulnérables puissent se désorganiser à certaines étapes du développement de leur bébé. Ils peuvent aussi revivre les émotions de leurs propres expériences passées correspondantes : le bébé du présent parle au bébé du passé. Chaque famille aura à trouver son propre équilibre, en particulier dans la répartition des rôles et des tâches entre la mère et le père, répartition qui peut évoluer au cours du développement de l'enfant.

Dans la triade comme dans la dyade, parents et bébé interagissent, avec leurs comportements, leurs affects, leur vie psychique. Les interactions fantasmatiques orientent les interactions comportementales et leur donnent sens. Le bébé perçoit d'emblée son père et sa mère comme des individus bien différents qui n'interagissent pas avec lui de la même façon. Dans la triade, le bébé va faire l'expérience de ces « polarités paren-

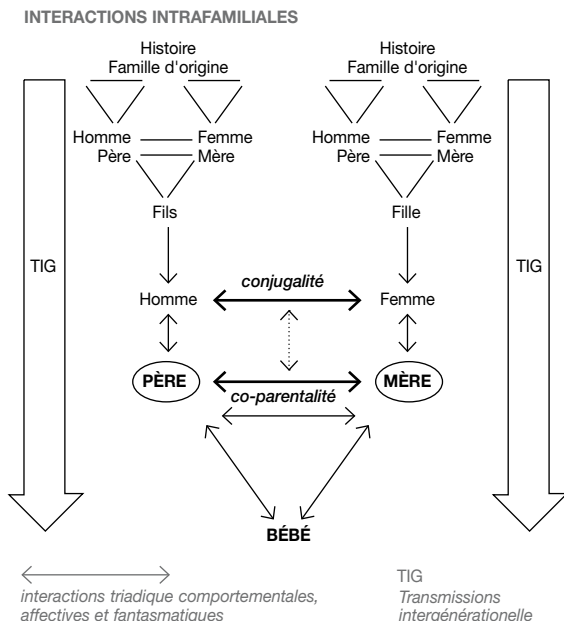
10. À l'interface des champs théoriques et cliniques de la psychanalyse (et plus particulièrement les thérapies familiales), de la psychologie développementale et de la systémie (Fivaz-Depersinges et al, 1994).

tales » simultanément ou alternativement. Ces « polarités parentales » ne sont pas symétriques, non seulement en termes d'identité sexuée, nous l'avons vu, mais aussi en terme d'amplitude d'ouverture du système triadique sur le monde extérieur, notamment.

Comment penser alors le processus de paternalité dans ce contexte ?

La paternalité : une co-construction familiale

Cette conceptualisation est schématisée dans la figure ci-dessous, selon sa double dimension évolutive et synchronique ; y sont figurées les influences directes ou indirectes qui s'exercent sur l'homme devenant père, au sein des interactions triadiques.



Cette figure intègre les composantes comportementales, affectives et fantasmatiques des interactions triadiques ainsi que la dimension historique de la transmission familiale intergénérationnelle c'est-à-dire les héritages des familles d'origine des parents. Les 3 dyades père-mère, père-bébé, mère-bébé sont différenciées et interdépendantes.

Pour analyser ces multiples influences, nous avons introduit le concept de parentalisation. La parentalisation appliquée au père, ou « paternalisation », a été définie comme l'influence positive (création ou renforcement) exercée par une personne (intersubjectif) sur le sentiment qu'a l'homme d'être père (intrasubjectif). La paternalisation influe sur le sentiment de compétence du père. Elle est à l'œuvre dans la triade et dans les sous-systèmes dyadiques. La mère et le bébé contribuent à faire de l'homme un père :

- le bébé paternalise son père dans le cadre des interactions dyadiques père-nourrisson ;
- la mère contrôle l'accès du père au bébé et favorise le développement de la paternalité chez son conjoint, dans le cadre de la relation coparentale, elle-même influencée par la relation conjugale. De son côté, le père soutiendra sa compagne dans la maternalité.

Il est important de différencier le couple parental du couple conjugal¹¹, leurs interrelations n'étant pas perçues de la même façon par les pères et par les mères. De plus, ils seraient davantage en interaction chez l'homme que chez la femme ; on comprend mieux dès lors pourquoi l'entrée dans la paternalité précipite des hommes vulnérables dans des actings out au niveau du couple : fuite du domicile conjugal, aventure amoureuse, relative fréquence des divorces ou séparations après la naissance de l'enfant. C'est aussi vrai bien sûr pour les couples vivant en concubinage¹² qui sont actuellement de plus en plus nombreux.

11. Déjà les travaux sur les enfants de parents divorcés avaient montré que, quand les deux parents gardent une bonne alliance parentale en dépit de la séparation, l'évolution psychologique de l'enfant est meilleure (Van Egeren, 1998).

12. Pour simplifier, dans le schéma et dans le texte nous avons indiqué le lien du couple homme-femme sous le terme de conjugalité ou couple conjugal, mais il est bien évident que nous y incluons les couples vivant en concubinage.

En outre, l'homme en devenant père reste fils de ses parents mais les fait accéder à la place de grands-parents. Les interactions directes grands-parents et père vont aussi influencer la mise en place de la paternité : les grands-parents contribuent à la paternalisation.

La famille va progressivement atteindre un nouvel équilibre par l'harmonisation des places de chacun.

Co-construire le nid triadique

La précocité de l'organisation triadique, liée à l'implication directe du père auprès du bébé dès la naissance, est aussi permise par les compétences comportementales triadiques du bébé : le bébé de 3 mois coordonne déjà son attention entre ses deux parents et partage avec eux ses affects (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery ; 2001). Dès le désir d'enfant et durant la grossesse, les parents, en partageant des représentations mentales « d'être à trois », préparent le nid triadique, ce contenant psychique qui accueille le bébé à sa naissance et lui permet d'accéder aux interactions triadiques comportementales puis imaginaires, qui inscriront, dans sa psyché, l'héritage familial. Les matériaux sont hérités des familles d'origine du père et de la mère. L'investissement du bébé par ses parents, sa valeur à leurs yeux, jouent un rôle important dans la solidité et donc la sécurité qu'offrira le nid. Les parents construisent ensemble le destin de leur futur enfant, réalisation de vœux conscients ou inconscients des parents, grands-parents et arrière-grands-parents. Le bébé le reçoit en héritage et il va le gérer.

La triade apparaît donc comme l'unité première à l'intérieur de laquelle se construisent les différentes dyades : jamais 2 sans 3 ! Quand il y a plusieurs enfants, on parle de polyade avec toujours une interdépendance des multiples sous-systèmes dyadiques.

Resituer le processus de paternité au sein de la triade familiale permet une autre lecture de la clinique de la parentalité. L'adaptation à la parentalité du père est liée à celle de la mère mais aussi au fonctionnement du bébé et du couple parental. Par exemple, mettre l'accent sur le couple parental comme sous-système d'un ensemble

relationnel qui a sa propre dynamique n'est pas sans implication thérapeutique : se centrer sur l'alliance parentale plutôt que sur l'alliance conjugale peut être plus dynamique dans le traitement d'un enfant et de la parentalité.

Le contexte familial offre de multiples voies d'abord de la parentalité, tant sur le plan préventif que sur le plan thérapeutique, comme l'illustre l'évolution du père de Clara.

« Pendant la grossesse, M. D. allait régulièrement avec sa femme aux séances de sophrologie. Il était émerveillé de toucher le ventre de sa femme et de sentir bouger le bébé. Il "jouait" avec sa fille et la grondait quand elle "se coinçait" dans l'utérus maternel : "Tu fais mal à ta maman". C'était une période où "il était très heureux mais c'était irréel". Pour les aménagements matériels qui concrétisaient l'arrivée du bébé, il restait lointain, et sa femme s'était sentie seule pour préparer la chambre du bébé. Il n'était pas sûr qu'il puisse devenir père : une première fausse-couche peu de temps avant cette nouvelle grossesse faisait planer une menace sur la naissance à venir.

Clara naît avec une circulaire du cordon : "Elle était violette et raplapla", dira M. D. Lui et sa femme éprouvent une terrible angoisse. Le papa suit son bébé dans la salle de réanimation. Les soins terminés, il ramène la petite fille à sa femme. C'est un moment d'intense émotion, de bonheur partagé : leur fille est bien vivante. La maman pleure.

Les interactions père-bébé :

Dans la salle de réanimation, quand la sage-femme a demandé au père d'habiller sa fille, le contact direct avec son bébé le met très mal à l'aise : "C'était ma fille mais je ne me reconnaissais pas dans cet être-là."

Les premières semaines, il a peur de la toucher, de la manipuler. Clara est pour son père une "étrangère". C'est grâce au soutien de sa femme, et en la regardant s'occuper de Clara, qu'il s'engage dans la relation avec sa fille et s'implique dans les soins : "C'est ma femme

qui m'a aidé à rencontrer Clara. Elle m'a incité à m'en occuper ; elle me fait confiance."

Ensemble, ils essaient de donner sens aux comportements de leur fille.

Le père, mis en confiance par sa femme, commence donc à participer aux soins. Il donne le biberon, le bain, et assume la responsabilité de Clara quand sa femme s'absente. » (Lamour, 2004)

Du devenir père à l'être père

Devenir père est une étape du processus de parentalité.

Le processus de paternalité se définit comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qu'impliquent le désir d'enfant, le désir de paternité, la grossesse, la naissance et le développement de l'enfant. Ces réaménagements, tant conscients qu'inconscients, permettent à des hommes d'être père, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) dans quatre domaines :

- le corps (les soins nourriciers),
- la vie affective (les interactions affectives),
- la vie psychique (les interactions fantasmatiques ; le bébé imaginaire),
- le développement cognitif, intellectuel.

Il s'agit donc d'un processus dynamique qui est maturationnel, modifiant profondément le fonctionnement de l'adulte, et adaptatif, permettant à ce dernier de s'ajuster au développement de l'enfant.

Les remaniements sont particulièrement nets à l'arrivée du premier enfant mais ils reprennent à chaque nouvelle grossesse : on n'est pas le même parent pour chacun de ses enfants.

Modalités d'expression de la transition vers la paternalité

Les manifestations des réaménagements profonds, tant conscients qu'inconscients, sont particulièrement nettes et présentes durant cette période chez les primipères, mais pas seulement. Elles se situent dans le registre du corps et des comportements. Souvent banales et transitoires, elles peuvent être beaucoup plus préoccupantes chez certains hommes vulnérables.

Elles sont de 3 types : les troubles psychosomatiques mineurs, les actings de la paternité, les perturbations de l'activité sexuelle.¹³

Les troubles psychosomatiques mineurs

Leur fréquence pendant la grossesse serait de 8 à 10 %.¹⁴ Ils sont variés : insomnies, troubles digestifs (ballonnements, gastralgies, constipation, diarrhées ; nausées et vomissements), accroissement de poids notable (surtout en fin de grossesse) ; maux de dents, extractions dentaires entre le sixième et le neuvième mois de grossesse¹⁵ ; troubles ORL (gonflements des amygdales), troubles oculaires (tels des orgelets décrits par l'ophtalmologue anglais, W. Inman¹⁶) ; mais aussi douleurs abdominales, troubles de l'appétit, dermatoses, lombalgies.

13. Nous nous référons ici tout particulièrement à l'ouvrage de Geneviève Delaisi de Parceval : *La part du père* (1981).

14. Trethovan, Colon, cités par Luca, Bydlowski (2001).

15. Dans l'imaginaire, la dent serait l'enfant de la bouche, la bouche serait l'utérus où il croît.

16. Dans le folklore comme dans l'imaginaire, l'œil représente la féminité. Paupières-œil correspondraient à lèvres-vagin, d'où l'équation orgelets=bébé.

Il est à noter que les pères ne rattachent pratiquement jamais ces symptômes à la grossesse de leur compagne.

Ces troubles psychosomatiques mineurs, dont certains semblent mimer les symptômes de la grossesse, sont considérés comme un équivalent de la couvade rituelle dans nos sociétés où ces coutumes ont disparu. D'où les termes de « syndrome de couvade » pour les désigner.

La prise en compte de l'économie psychosomatique individuelle apporte un éclairage intéressant sur les aspects régressifs du fonctionnement des hommes durant la grossesse et le post-partum.

Les actings de la paternité

Parus aux USA, les premiers travaux sur les actings out des futurs pères les classent en quatre catégories : les bagarres, les fugues ou leurs équivalents, les peurs¹⁷ et les perturbations de l'activité sexuelle.

Les bagarres

Dans son étude sur soixante primipères présentés comme normaux¹⁸, Liebenberg note la grande fréquence d'accidents de voiture avant et après la naissance du bébé, accidents souvent accompagnés de bagarres avec d'autres conducteurs ou des policiers. Les pères ont une « suractivité physique » en périnatal. Ils arborent diverses blessures, sportives ou guerrières lors des consultations obstétricales de leur épouse. Des états d'imprégnation alcoolique, voire d'ivresse caractérisée sont observés en fin de grossesse, au moment de l'accouchement et pendant l'allaitement. Certains pères se bagarrent avec le personnel de la maternité ou avec d'autres pères. Fait notable, ces comportements tranchent en général avec leurs comportements habituels et cessent le plus souvent quelques semaines après la naissance.

17. Les trois « F » des Américains : *Fight, Flight, Fear*.

18. *Expectant Fathers, Child and Family*, 1969; cité par Delaisi de Parseval, 1981.

Les fugues ou leurs équivalents

Certains pères se plongent totalement dans le travail pendant les six mois qui précèdent la naissance et les trois mois qui la suivent. D'autres partent en voyage à distance de leur domicile pour aller voir leur famille ou pour des raisons professionnelles. Nombre de pères sont absents de chez eux pendant cette même période.

Certains ont des aventures amoureuses et quittent le domicile conjugal. La fréquence des divorces quelques mois après la naissance de l'enfant est soulignée.

Enfin, la « fuite dans la maladie » est évoquée, en particulier au moment de l'accouchement : vomissements incoercibles, douleurs abdominales entraînant des hospitalisations voire des interventions chirurgicales (appendicectomie par exemple).

« La deuxième grossesse de Madame G. s'est bien déroulée, le bébé est attendu avec bonheur. Dans les heures suivant son accouchement, son mari, qui y a assisté, est hospitalisé en urgence pour une intervention chirurgicale (ablation de la vésicule biliaire). Le lendemain, c'est au tour de son fils âgé de 7 ans pour une appendicectomie. Mère, père et fils se retrouvent tous trois hospitalisés ! »

Les tentatives de suicide seraient également plus fréquentes au cours de cette période.

Les peurs

De fait ce ne sont pas des actings out mais des manifestations névrotiques normales : craintes, angoisses, peurs de toutes sortes.

Les perturbations de l'activité sexuelle

Pendant la grossesse, une plus grande fréquence de comportements sexuels déviants a été mise en évidence chez les futurs pères : exhibitionnisme, pédophilie, viol, inceste, actes homosexuels, transvestisme, lettres et

coups de téléphone obscènes, masturbation publique¹⁹ (Hartman et Nicolay²⁰, 1966). Le nombre d'hommes pour lequel il s'agit du premier acting de ce genre est significativement plus élevé dans le groupe de pères « enceints » et plus encore chez les primipères. Ces actings prennent place dans les quatre derniers mois de la grossesse. Les auteurs n'interprètent pas de telles conduites comme la conséquence d'une frustration sexuelle liée à la grossesse mais plutôt comme la traduction de conflits inconscients réactivés et mis en actes.

Plus banalement la grossesse peut entraîner une diminution voire la cessation de toute activité sexuelle (plus particulièrement après les premiers mouvements de l'enfant). Des pères peuvent exprimer leur peur de faire mal à l'enfant, d'autres que celui-ci ne leur fasse mal.

Chez certains pères, cette interruption des relations sexuelles peut traduire des angoisses quant à leur masculinité et révéler le conflit identitaire masculin/féminin ou des fantasmes incestueux.

« Sa femme est enceinte de quatre mois. C'est leur premier enfant. Depuis qu'il sait qu'il va être père, il est devenu impuissant sexuellement avec elle et s'est mis à "courir" (selon ses propres termes). Il a actuellement une maîtresse. Pourtant il dit aimer sa femme et ne comprend pas ce qui lui arrive. Au fil des entretiens qui dureront un peu au delà de la naissance de l'enfant, il formulera ceci : "Lorsqu'elle m'a annoncé que j'allais être père j'ai pensé 'elle va être mère'." Et cette idée de "faire l'amour avec une mère" l'a laissé sans désir. » (Hurstel, 2005)

L'impuissance peut aussi survenir après que le père ait assisté à l'accouchement.

A l'inverse, d'autres hommes montrent plutôt une appétence pour les rapports sexuels avec la future mère.

19. Ces comportements, comme les comportements agressifs et violents, sont maintenant classés dans les troubles des conduites.

20. « Sexually deviant behavior » in *Expectant fathers. Journal of abnormal psychology*, 1966, 71 (3), pp. 232-234. Cité par Delais de Parseval, 1981. Les auteurs comparent un groupe de 91 pères « enceints » à un groupe témoin d'hommes mariés non « enceints ».

Les pères peuvent aussi se trouver confrontés au refus de leur femme d'avoir des relations sexuelles. Soit ils s'en accommodent, soit, au contraire, la frustration éprouvée entraînerait chez eux des fantasmes autoérotiques ou d'infidélité ainsi que de la jalousie à l'égard de l'enfant nouveau-né et à l'égard des médecins. Les conséquences en sont les thèmes de suspicion d'un rival sexuel, la crainte d'être impuissant, l'agressivité à l'égard de leur femme. (Millet et coll., 1978)

Si tous les comportements décrits précédemment sont encore peu repérés en tant qu'expression de difficultés dans la transition vers la paternalité, c'est qu'ils ont été aussi trop souvent interprétés de façon univoque comme la conséquence d'une exclusion, d'une impossibilité pour la mère de faire une place au père. Pourtant, la clinique montre que ces actings de la paternité peuvent être compris autrement, par exemple comme des tentatives de lutte contre la dépression. Ils peuvent traduire aussi l'évitement de la paternité : alors que certains hommes poussent leur partenaire à faire une interruption volontaire de grossesse, d'autres se défendent en s'en éloignant ; ils se séparent de leur compagne, recherchent des aventures sexuelles passagères, comme par exemple ce père, suivi en consultation de maternité :

« "Nous sommes enceints de six mois", m'annonce-t-il triomphalement.

Puis il poursuit, manifestant un brusque accablement : "Je viens de quitter ma compagne, je ne peux pas rester avec elle, c'est insupportable, je ne comprends pas ce qu'il m'arrive, j'ai pourtant tellement désiré avoir un enfant !" (...)

Il dit ne pas savoir pourquoi, mais, depuis l'annonce de la grossesse, il ne peut s'empêcher de rechercher des aventures sexuelles passagères avec des femmes. "Pourtant, dit-il, la fidélité, c'est quelque chose de très important pour moi." Il ajoute qu'il n'a plus de relations sexuelles avec sa compagne et qu'il trouve dans ses aventures une réassurance ponctuelle à ses craintes quant à sa masculinité. Mais il est vite habité par d'in-

tenses remords, il se sent dégoûté après par ce qu'il a fait. Il ne se reconnaît plus.

Il pense que tout cela provient du "chamboulement" professionnel qu'il a subi il y a quelques mois. Il a dû changer d'équipe de travail et se reconvertir dans une autre fonction où il a du mal à trouver sa place.

Ses associations me permettent de l'engager à parler du "chamboulement" que peut représenter pour lui l'arrivée de ce bébé. Après un mouvement de dénégation qu'il exprime d'un "non vraiment, ce n'est pas cela !", il évoque avec passion son désir "solide" d'avoir un enfant de sa compagne et de fonder une "vraie famille".

Cette représentation l'amène alors à parler de son enfance et de ses parents. Il est l'enfant unique d'un couple dissocié. Sa mère a quitté son père lorsqu'il avait 10 ans et il a vécu seul avec elle. Il revendique avec force la place tout à fait privilégiée qu'il occupait auprès d'elle et son attachement exclusif à sa mère. Il parle du désespoir de son père qui n'a jamais supporté cette rupture et qui est devenu déprimé. Père que ce patient décrit comme un "copain" et qui n'a jamais représenté pour lui un support identificatoire fiable.

Les consultations qui suivirent permirent à ce patient d'aborder progressivement la nature de ses relations avec sa compagne, et de réaliser combien il avait besoin que sa compagne soit "comme une mère", à l'image de sa propre mère qui s'était totalement consacrée à lui. Il reconnaîtra que, peut-être, l'arrivée de cet enfant a pu représenter une réelle menace pour cette relation (...).

Au septième mois de grossesse, ce patient a repris la vie commune avec sa compagne. » (Moreau, 2001)

D'où l'intérêt pour le couple d'une approche préventive de la paternalité.

Cette séméiologie se rencontre pendant la grossesse et dans le post-partum mais les pères ne font pas de lien entre ces manifestations et l'entrée dans la paternité. C'est pourquoi il est essentiel que les pro-

fessionnels puissent faire le lien en question, car les profonds remaniements de leur fonctionnement psychique et affectif rendent les pères plus vulnérables mais aussi plus accessibles au changement et donc aux approches préventives et thérapeutiques. Et ce, dès la grossesse.

À ces manifestations du processus de paternalité, considérées pour beaucoup comme non pathologiques, il faut rattacher les épisodes de blues qui surviennent chez les pères dans le post-partum.

Le blues des pères dans le post-partum

Le blues est défini comme une humeur dépressive isolée, contrairement à la dépression clinique avec son cortège de symptômes.

Correspondant à une dynamique psychique différente, ces épisodes de blues n'ont pas les mêmes caractéristiques que le blues post-partum des mères. Pendant la première semaine suivant l'accouchement, les pères éprouvent moins de blues que les mères; le pic de survenue se situerait au premier jour après l'accouchement pour les pères et au troisième jour pour les mères. (Maignun Edhborg, 2008)

Quand on demande à des pères quels sont les facteurs qui, selon eux, sont à l'origine de leur blues, ceux qui ont eu un épisode de blues supérieur à 8 jours expriment plus leur incapacité à comprendre et à aider leur femme avec les problèmes du bébé et leur insatisfaction dans leur rôle parental (Zaslow, Pedersen *et al.*, 1985).

Psychopathologie de la transition vers la paternité

Dans un article paru en 1978, intitulé « Les psychonévroses de la paternité » et sous-titré « Psychonévroses puerpérales chez l'homme », Millet *et al.* avaient fait une des premières synthèses des travaux dans ce domaine, décrivant des cas de décompensations psychotiques, névrotiques et psychosomatiques, directement favorisées par l'accès à la paternité. Ils soulignaient que ces cas semblaient plus fréquents que ne le laissait supposer le petit nombre de publications sur ce sujet. Pour eux, les avatars de la psychopathologie de la paternité se situaient entre deux extrêmes : l'un est le sujet fonctionnant sur le mode de l'autonomie relative, qui vivra avec aisance sa paternité ; l'autre est, au contraire le sujet resté au stade fusionnel. Les pères présentant des troubles de la paternité leur étaient apparus souvent comme des sujets immatures, extrêmement dépendants. Leur agressivité à l'égard du bébé, qu'ils vivaient comme un rival, s'exprimait sous forme détournée : déni de la paternité, agressivité à l'égard de l'épouse ou d'autres personnes figurant une image paternelle, mais surtout retournement de l'agressivité contre eux-mêmes sous la forme de dépression.

Plus récemment, le chapitre consacré aux troubles de la paternité dans le manuel de *Psychopathologie de la périnatalité* paru en 1999 (Dayan *et al.*) en offre une nouvelle synthèse à laquelle nous ferons souvent référence.

Les pères ne faisant pas de lien entre la grossesse de leur femme et la survenue d'une psychopathologie, tout comme, trop souvent encore, les professionnels, il est fort probable que cette dernière soit encore actuellement sous-estimée.

Pour plus de clarté, nous différencierons les troubles survenant chez des pères qui ne présentaient pas de pathologie psychiatrique avant la grossesse de leur compagne, et les décompensations aiguës ou l'une aggravation d'une pathologie préexistante ; cependant les premiers peuvent aussi advenir sur une pathologie préexistante, en particulier les dépressions et les addictions.

Troubles chez des pères sans psychopathologie préexistante

Devenir père peut entraîner la survenue d'une psychopathologie chez des adultes jusque là sans problèmes majeurs.

États dépressifs

La dépression périnatale affecterait environ 10% des pères en moyenne, avec un maximum dans la période comprise entre 3 et 6 mois post-partum, mais ce chiffre doit être pris avec prudence en raison de nombreux biais méthodologiques (Paulson, Bazemore, 2010)²¹. Une corrélation modérée entre la dépression chez les pères et chez les mères est aussi mise en évidence. Ces résultats, s'ils se vérifient, démontrent d'une part que la dépression périnatale est un problème de santé publique non seulement pour les mères mais aussi pour les pères (d'autant plus qu'elle n'est pas sans conséquences sur l'enfant aux niveaux émotionnel, comportemental et développemental) ; d'autre part, que l'approche préventive et les interventions doivent mettre l'accent sur le couple et la famille et pas uniquement sur l'individu (Paulson *et al.*, 2009).

Sur le plan clinique, on distingue actuellement, suivant leur intensité, les dépressions mineures et modérées

21. Ce chiffre est le résultat d'une méta-analyse de 43 études internationales sur la dépression des pères entre le premier trimestre de la grossesse et la fin de la première année du post-partum. L'auteur souligne les limites de la validité de ces résultats, d'une part en raison de l'hétérogénéité des outils et des critères d'évaluation de la dépression, et d'autre part en raison de la variation des taux de dépression en fonction des territoires étudiés (14,1 % aux USA versus 8,2 % au niveau international).

des dépressions majeures sévères²² (autrefois appelées mélancolie), avec ou sans délire associé; suivant la période de survenue, les dépressions du pré-partum de celles du post-partum sur lesquelles portent majoritairement les travaux.

Dépressions mineures ou modérées du post-partum :

Les pères sont tristes et irritables; ils peuvent être agressifs. Ils ont des idées noires et peuvent présenter une insomnie d'endormissement. On note aussi une baisse de la libido.

La crise d'identité sexuée que traversent les hommes devenant pères expose certains au risque de dépression (Moreau, 1996). Celle-ci serait spécifique de la paternité et pourrait être reliée à la jalousie fraternelle, au bébé imaginé et aux caractéristiques propres du bébé réel (sexe, physionomie, tempérament).

Difficiles à diagnostiquer, ces états dépressifs passent trop souvent inaperçus. L'existence de signes précurseurs de souffrance psychique (troubles somatiques anxio-dépressifs) permettrait un abord préventif de ces dépressions par une approche psychodynamique (Moreau, 1996).

Les facteurs de risque souvent cités, outre la dépression maternelle, sont le chômage et une dysharmonie grave dans le fonctionnement du couple.

Dépressions sévères avec ou sans caractéristiques psychotiques :

Des états dépressifs graves en période périnatale nécessitant une hospitalisation ont été décrits : dépressions mélancoliques dans un contexte d'événements particulièrement graves (Millet *et al.*, 1978) mettant en jeu la relation à l'imaginaire paternel (ex : décès du père) et dépressions atypiques qui sembleraient plus caractéristiques de la période prénatale (Dayan *et al.*, 1999).

Troubles anxieux

Certains cas de patients présentant des troubles anxieux, dont un cas de phobie d'impulsion, ont été rapportés; ils sont souvent associés à des manifestations dépressives, hypocondriaques ou somatiques fonctionnelles (Dayan *et al.*, 1999).

« M. B., âgé de vingt-quatre ans, consulte dans un état de très grand malaise psychologique et somatique. Il se recroqueville sur la chaise du bureau de consultation, la tête enfoncée dans son manteau; il a le visage blême, la lèvre inférieure tremblante. Il me donne l'impression d'être encore sous le coup d'un choc terrible. D'une voix faible et hésitante, comme si chaque mot lui coûtait, il raconte qu'il a été réveillé en pleine nuit, quarante-huit heures avant notre consultation, par une douleur violente dans le plexus puis par une sensation particulière "comme si sa tête était prise dans un étai" ; tout son corps se glaçait, il a eu l'impression qu'il allait mourir sur le champ. Le médecin appelé a diagnostiqué une crise d'angoisse, lui a donné des calmants et a tenté de le rassurer. Mais en vain. Il est persuadé qu'il a quelque chose de très grave, comme une tumeur cérébrale ou une maladie foudroyante. Depuis, il ne peut plus travailler car il est trop angoissé, il redoute une nouvelle crise. Il ne peut plus manger, il ne pense qu'à une chose : rentrer chez lui se coucher dans le noir et rester blotti contre le corps de sa compagne. (...) Il ajoute que c'est sa compagne qui lui a parlé de cette consultation, qu'il a accepté de venir parce qu'il faut tout tenter, mais il pense que son état n'a rien à voir avec sa paternité. C'est peut-être le stress et les difficultés dans le travail.

Je l'engage à parler de sa paternité. Sa compagne est enceinte de six mois, c'est leur premier enfant, un garçon. Il se réjouissait jusque-là de l'arrivée de ce bébé, mais maintenant il ne pense plus qu'à une chose: sa santé, découvrir la cause de ses symptômes. (...)

Au cours des consultations, et alors qu'aucune nouvelle crise ne s'était produite, mais que ce patient vivait toujours dans la crainte de sa réapparition, certains

22. Suivant la classification du DSM IV (Dayan *et al.*, 1999).

éléments ont pu être progressivement reliés entre eux, entre autres l'apparition de cette crise avec le vécu de la grossesse. C'est au moment où "son ventre est devenu très gros", dira-t-il, qu'il a commencé à se sentir si mal.

L'invasissement par de nombreux doutes a succédé aux symptômes somatiques et aux angoisses : sera-t-il capable de faire face aux nouvelles responsabilités, aime-t-il vraiment sa compagne, est-ce le bon moment pour devenir père ? Lui qui pensait être un garçon solide se sent très démuni.

Cette représentation de lui-même l'a amené à évoquer son enfance et ses relations avec ses parents. Enfant surprotégé, considéré comme ayant une santé fragile, il avait une relation de grande proximité avec sa mère qui l'a couvé jusqu'à ce jour, et une relation très distante avec son père, avec qui il ne parlait pas. Son adolescence d'élève studieux s'est passée sans crise. "Peut-être est-ce maintenant que je la fais" dit-il ironiquement. » (Moreau, 2004).

Troubles addictifs

Ils peuvent s'associer ou non à d'autres troubles : par exemple, alcoolisation et épisode dépressif, consommation de drogue et d'alcool à la fois, et troubles psychotiques.

Dans une des rares études portant sur les addictions à l'alcool et aux drogues (marijuana, cocaïne et crack) chez de jeunes hommes âgés de moins de 23 ans (citée par Dayan *et al.*, 1999), la consommation d'alcool apparaît moins fréquente chez ceux confrontés à la paternité que chez les autres. Il n'y a pas, par contre, de différence significative concernant la consommation de drogue. Cependant les jeunes devenant pères évoquent plus facilement leurs problèmes d'addiction. Pour la clinique, c'est un élément important car certains se disent alors très motivés par la venue de l'enfant et vont accepter un traitement.

Troubles psychotiques

Des épisodes psychotiques aigus ainsi que des décompensations psychotiques peuvent survenir au moment de la grossesse et dans le post-partum. Les troubles les plus souvent décrits sont des bouffées délirantes aiguës ou des épisodes maniaques ou mélancoliques ; on retrouve la même diversité de troubles que dans les psychoses puerpérales chez les mères. Les thèmes délirants les plus fréquents sont la culpabilité à l'égard de la mère, la jalousie et le doute sur l'origine de la paternité, la négation de cette paternité. Si les troubles peuvent souvent débiter pendant la grossesse, le délire, lui, se manifeste généralement après la naissance du bébé (Dayan *et al.*, 1999).

Des récidives sont possibles lors de nouvelles grossesses.

Certains auteurs ont décrit des passages à l'acte graves qui ponctuent l'annonce de la paternité (Ebtinger, 1978, cité par Hurstel, 2006). Ainsi le cas princeps de Lucien :

« Lucien, vingt-sept ans, est cuisinier ; il est admis à la clinique psychiatrique de Strasbourg à la suite d'un raptus suicidaire avec mutilation de la verge. L'admission précède de quelques jours le terme de la première grossesse de sa femme.

Lucien est inscrit dans une filiation problématique. Il est fils de fille-mère, ne connaît pas le nom de son père dont rien n'a pu lui être dit. Enfant abandonné par ce père, il a refusé de faire sa connaissance à l'âge adulte alors qu'il aurait pu. Un de ses tourments est de savoir quel nom portera l'enfant, un autre est une interrogation sur les tares dont son enfant pourrait hériter. Incertitude autour du nom à transmettre, interrogation autour de son géniteur... Lucien ne peut mettre en jeu une inscription symbolique dans l'ordre généalogique qui lui fait défaut.

Le terme approchant, l'anxiété grandit ; le souci au sujet de sa femme, la peur de la perdre à l'accouchement sont plus aigus, des auto-accusations s'ébauchent : il n'a pas épargné suffisamment les fatigues à sa femme, des infirmités lui reviennent à l'esprit, qu'il se reproche. Bientôt

il se sent surveillé, poursuivi, et sombre dans un état oniroïde. Il saisit alors un couteau et se sectionne la verge.

À l'admission, le souvenir de l'acte de mutilation est confus. Lucien présente un état dépressif marqué et ne peut admettre que son fils né entre temps soit en vie. Après quelques péripéties délirantes, il guérit. » (Hurstel, 2006)

Décompensations aiguës ou aggravation d'une pathologie préexistante à la conception de l'enfant

Les pères psychotiques

L'évolution des prises en charge psychiatriques a permis à des adultes présentant des pathologies psychiatriques sévères de mener une vie plus autonome et de procréer. Elle a été particulièrement nette pour les patients schizophrènes et les patients bipolaires. Des couples de patients qui s'étaient connus à l'hôpital psychiatrique ou dans les structures de soins ambulatoires sont devenus parents, confrontant les professionnels du réseau à des prises en charge particulières où se pose souvent la question de la protection du nourrisson en raison de la défaillance parentale.

Les psychiatres d'adultes, en travaillant avec des équipes spécialisées dans le traitement de l'enfant et de la parentalité, ont progressivement pris conscience, d'abord pour les mères puis pour les pères, que leurs patients étaient aussi parents et ont fait des liens entre l'évolution de leur pathologie et l'entrée dans la parentalité.

Des cas de décompensation délirante chez des paranoïaques ont aussi été mentionnés.

Nombre de ces patients, en devenant parent, se posent avec angoisse la question de la transmission de leur psychopathologie à leur enfant.

« C'est le cas du père de Flavie, patient dont la psychose a déjà nécessité plusieurs hospitalisations et qui vit en couple avec une femme souffrant elle aussi d'une psychose depuis de longues années. Celle-ci, qui a déjà deux enfants d'un autre homme (enfants qui ont dû être placés) désire un nouvel enfant. Pour cet homme, qui "ne voulait pas spécialement un enfant", ce sera le premier. Les deux parents bénéficient, dès la grossesse et jusqu'aux 2 ans de leur fille, d'un accompagnement thérapeutique par une équipe psychiatrique spécialisée pour la petite enfance²³ travaillant en articulation étroite avec les professionnels du réseau.

Mère et fille sont accueillies en centre maternel les premiers mois, puis le bébé est placé en famille d'accueil sur ordonnance judiciaire. Le couple vit alors de nouveau ensemble. Les parents rencontrent régulièrement leur fille au centre pédopsychiatrique Winnicott et y prodiguent certains soins (repas, bain), accompagnés par les soignants. Ils l'accueillent aussi chez eux quelques heures par semaine en présence d'une travailleuse familiale.

Quand Flavie a 2 ans, ce père a pu dire que le bébé "lui faisait peur". Il dit aussi sa peur de la transmission à Flavie de sa pathologie et de celle de sa femme : "On est malade, elle pourra avoir des problèmes plus tard". Au centre Winnicott, il participe aux soins, mais dit qu'il ne se sent "pas à l'aise". Alors que sa femme voudrait voir son enfant plus souvent et sans la présence d'une professionnelle, lui trouve que c'est encore trop tôt. La présence de la travailleuse familiale l'aide.

Ce père exprime combien trop de proximité au quotidien avec sa fille, sans protection d'un tiers extérieur, serait menaçante. Il lui faut accomplir avec grande prudence son entrée dans la paternité pour ne pas en être désorganisé mais de plus pour en être "réanimé" : "Ça va mieux, ça me fait revivre." » (Extraits de Flavie ... pas à pas ; vidéo du Centre Donald Winnicott).

23. Centre Donald Winnicott, dirigé par Madame le Dr Halimie, La-Roche-sur-Yon.

D'autres pères psychotiques peuvent, à la naissance de l'enfant, s'engouffrer dans une relation fusionnelle avec celui-ci, excluant la mère. Tel le père de Sami.

« À la consultation de pédopsychiatrie, dès les premières rencontres, ce père semble absorbé dans ses préoccupations, qu'il livre sans transition à la psychologue comme si elle était au courant, voire "dans sa tête". Il se sent très persécuté, interprète tout, de la part de tout le monde. Il ne s'entend avec personne, ne travaille pas, a été violent envers son épouse. Il a besoin d'être calmé car il s'emballait pour un rien et se bat fréquemment. Il est sous médication.

À la naissance du bébé, il entre dans un état de préoccupation folle : il revendique le fait d'être plus compétent que la mère et de tout savoir des soins à prodiguer. Il peut arracher littéralement le bébé des bras de sa femme et la dévaloriser par de violentes critiques. Celle-ci fuit le domicile conjugal avec son fils.

L'enfant grandissant, on le voit, dans un groupe parents-enfants, retrouver son père en un corps à corps qui nous met mal à l'aise. Le père ne respecte pas telle ou telle activité engagée par son fils, il l'interrompt, le colle à lui et rentre dans des jeux interminables de "roulés-chauve-souris" qui n'amuse pas lui. »

Les pères dans les familles carencées

Dans ces familles, les pères comme les mères ont eux-mêmes vécu, enfants, des défaillances parentales majeures et ont grandi dans un univers chaotique. Ces pères présentent fréquemment une psychopathologie grave, souvent non reconnue et non traitée comme telle : personnalité « border-line », dépression, addictions (alcoolisme, toxicomanie). Ils montrent leur impossibilité à créer des relations stables. En grande souffrance face à ce bébé qui portait leur espoir quand ils attendaient sa naissance et qui maintenant les frustre, les désorganise, ils ne peuvent identifier leur mal-être. L'accès à la parentalité vient réactiver les meurtrissures de leur propre enfance.

L'histoire de ces hommes est marquée par des placements. Ils ont une image de leur propre père comme violent, alcoolique, caractériel dangereux ; par contre, ils disent peu de choses de leur mère. Leur propre position paternelle n'est pas toujours bien assurée : soit il y a un doute sur la paternité, soit leur enfant ne porte pas leur nom. Ils peuvent présenter des problèmes d'alcoolisme mais ce qui les caractérise tous, « c'est le sentiment d'impuissance physique et psychique, compensée par des passages à l'acte de violence physique ou verbale. Ces hommes luttent contre la peur qu'elle n'éclate, et c'est le plus souvent dans la relation de couple que les effractions surgissent, exceptionnellement sur l'enfant » (David et al. 1984). Souvent dévalorisés et présentés par leur femme comme violents, redoutables, ils peuvent se montrer, en son absence, très attentifs à leur enfant, voire même s'engager dans des soins (nourrissage, change) quand les mères sont trop déficientes.

Leurs couples sont relativement stables même si la mésentente conjugale est au premier plan avec de possibles violences. Ces couples exposent leurs enfants à d'importantes carences sanitaires, éducatives et sociales, à des négligences, à des violences verbales et physiques, source de traumatismes relationnels (Berger, 2008) aux conséquences graves sur leur développement. Leur vie quotidienne frappe par l'absence d'organisation et la fréquence des situations de crise.

« Enfant non désiré, Vincent est né un peu plus d'un an après le placement de son frère et de sa sœur.

Ses deux parents ont vécu des pertes et souffert de maltraitance ou de négligence dans leur enfance :

– Le père est né de père inconnu ; il a été élevé par un beau-père très violent physiquement puis placé entre 6 et 12 ans en famille d'accueil. À 16 ans, il part de chez lui. S'ensuivent des problèmes de délinquance, de polytoxicomanie et d'alcoolisme. Depuis la naissance de Vincent, il est sous méthadone et bénéficie d'un suivi spécialisé régulier ; on parle de "psychopathie". Il ne travaille pas.

– La mère de Vincent a perdu sa propre mère à l'âge de 4 ans ; elle et son jeune frère ont été livrés à eux-mêmes très jeunes. Sujette à des crises d'angoisse, elle donne l'impression d'être "vide". Elle ne manifeste pas de préoccupation maternelle et exprime peu ses émotions.

Aux 4 mois de Vincent, ses parents, après avoir vécu sans domicile fixe, bénéficient d'un appartement thérapeutique dans le cadre de leur suivi psychiatrique. C'est quand Vincent a 11 mois que les soignants s'inquiètent de la négligence parentale et de l'état de l'enfant : il est triste, il se balance, pousse des cris et présente des troubles du sommeil. Son état s'améliore transitoirement pendant quelques mois d'accueil en halte-garderie.

Vincent passe une grande partie du temps dans son lit avec peu de jouets. Ses besoins de nourrisson ne sont pas respectés. Ses parents vivent surtout la nuit et reçoivent, dans leur studio, de nombreux adultes marginaux avec qui ils se disputent souvent violemment, dans un contexte d'alcoolisation et d'usage de drogues, dont Vincent est témoin. Il peut être insulté avec beaucoup de violence et de crudité par son père. Il se cogne la tête contre le mur ou contre le sol.

Puis Vincent est admis en crèche familiale, avec un accueil séquentiel à temps complet. Il n'y reste que deux mois, jusqu'à ce que ses parents cessent brutalement de venir le chercher, montrant leur impossibilité de prendre soin de lui au quotidien.

Placé en urgence à la pouponnière sur ordonnance judiciaire, Vincent y montre les troubles qu'il présentait déjà depuis de nombreux mois dans tous ses lieux de vie : "crises" avec désorganisation avec de comportements auto- et hétéro-agressifs et parfois balancements ; moments où il se fige soudain et semble absent ; troubles du sommeil avec terreurs nocturnes ; troubles de la régulation et de l'expression des émotions ; troubles de l'attachement avec des relations indifférenciées.

À la pouponnière, lors des visites médiatisées par une éducatrice, son père est très envahissant dans l'espace de jeux. Il joue beaucoup, non pas dans un

dialogue avec Vincent, mais pour lui-même ; on dirait un enfant. Il excite son fils qui fait parfois des colères dans ce contexte. Le père intervient alors physiquement, tente de le protéger quand il se tape la tête par terre. Vincent cherche souvent le regard de l'éducatrice et s'y agrippe. » (Lamour, 2011)

Dans tous ces contextes, la clinique de la parentalité nous enseigne qu'un bébé ne soigne pas ses parents ; plus encore, il risque de les désorganiser. D'où la nécessité de travailler en réseau avec des équipes de psychiatrie (pédopsychiatrie et psychiatrie d'adultes).

Pères maltraitants

Chez certains hommes, qu'ils présentent ou non de façon manifeste les troubles déjà évoqués, devenir père peut faire émerger leur violence au sein de la famille (violence envers leur compagne et violence envers l'enfant), mais aussi parfois les entraîner dans des relations incestueuses voire incestueuses. Ces hommes ont souvent été, eux-mêmes, exposés dans leur enfance à ce à quoi ils exposent leur enfant.

Soulignons que, dans 30 à 40 % des familles où la mère est maltraitée, les enfants subissent aussi des violences physiques ou sexuelles. Il y a également une incidence élevée d'agressions entre frères et sœurs. (Guide Canada, 1999)

Violences conjugales et paternalité

L'accès à la paternalité est difficile, on l'a vu, pour les hommes qui ressentent de profondes frustrations, en particulier quand ils sont immatures avec de fortes relations de dépendance à leur femme. Ils vivent alors l'enfant comme un rival (voire un possible rival sexuel si c'est un garçon) qui capte toute l'attention de celle-ci. Ils déniaient leur paternité. Leur agressivité peut s'exprimer envers leur femme ou d'autres personnes (bagarres) ou se retourner contre eux-mêmes, et dans ce cas ils dépriment.

Même si l'enfant n'est pas physiquement atteint par les coups, les scènes de violences conjugales sont véritablement traumatisantes pour lui. Dans ces contextes, l'enfant (comme Vincent) vit au sein d'un environnement imprévisible, où des périodes d'accalmie alternent avec des explosions à caractère traumatique : le père se transforme (notons ici l'effet de l'alcool et des drogues) et devient terrorisant ; l'enfant a peur de lui et a peur pour sa mère. Il va présenter des signes de souffrance qui sont un véritable appel à l'aide. Dans ce climat, la mère

va répondre plus difficilement à ses besoins. Elle peut déprimer, réagir par un rapproché fusionnel ou une mise à distance, voire de la maltraitance.

La vignette clinique suivante ²⁴ d'Agnès Moreau ²⁵ illustre bien la gravité de l'impact des violences conjugales sur le très jeune enfant et leur lien avec une paternité non désirée.

« Paul a été adressé au centre par son médecin de PMI lorsqu'il a deux ans et demi pour des troubles du sommeil : il ne peut s'endormir que si sa mère se couche auprès de lui. Par ailleurs c'est un enfant décrit comme toujours agité, qui se déplace sur la pointe des pieds, il a des jeux répétitifs et un langage écholalique. Au jardin d'enfants, ses difficultés seront majorées par le groupe d'enfants : états d'excitation soudains, troubles de l'attention.

La mère s'est sentie très déprimée après la naissance de son fils. Le couple parental semble très isolé de leurs familles respectives.

Une psychothérapie mère-enfant est mise en place du fait des difficultés de séparation de Paul, et des troubles relationnels mère-père-enfant. Le père ne viendra que trois fois en consultation mais donnera son accord pour le traitement.

Après un an et demi de psychothérapie mère-enfant, Mme apprend à la thérapeute qu'elle a été enceinte contre le désir de son mari et que celui-ci est violent à son égard depuis la grossesse : violences physiques et viols. Paul y aurait assisté à plusieurs reprises.

Mme a porté plainte et le père a été incarcéré 48 h. Un jugement lui a interdit de voir son fils sans la présence d'un tiers. Les violences conjugales ont donc duré jusqu'aux 4 ans de Paul.

24. Une version plus complète de ce traitement est parue dans le n° 191 de *Dialogue* : « Impact de la violence conjugale chez un enfant lors de sa prise en charge psychothérapique », article d'Agnès Moreau, pp. 23-32.

25. Centre Myriam David, Paris 75013.

Dans les séances de thérapie, devenue individuelle, on est frappé par les jeux répétitifs de Paul avec les voitures alignées, le langage écholalique, l'absence d'affects et d'émotions, le collage à sa thérapeute dans une relation très excitante, à l'image de sa relation à sa mère...

Lorsque que Paul a quatre ans, alors qu'une certaine activité imaginaire se développe, ses jeux sont brutalement interrompus : il change sa voix, qui devient grave, et répète "Non, ne touche pas à maman, arrête". Ces paroles surgissent souvent déconnectées du jeu qu'il est en train de faire; il est alors habité par une terreur sans nom, les yeux exorbités. Cet état se poursuit un court instant et il reprend son jeu comme avant. Hallucinations, vécu traumatique ont fait irruption dans sa psyché.

Plusieurs années de travail psychothérapique seront nécessaires pour que des souvenirs viennent à la conscience de Paul. Ce n'est que dans sa huitième année qu'il a pu pleurer en racontant que son père battait sa mère et que celle-ci venait se réfugier dans son lit la nuit. Le fait que la mère se remette en ménage, un an auparavant, avec un compagnon violent sur le plan psychique envers elle et son fils, a permis de faire surgir les émotions et la problématique de la violence du père chez Paul. Il s'est senti à nouveau chargé de protéger sa mère mais tout aussi incapable de le faire. »

Relations incestuelles et incestueuses

Différentes caractéristiques ont été décrites chez ces pères. Dépendants et fragiles, certains se font soit materner soit dominer par leur femme; d'autres tyrannisent femmes et enfants (Romano, 2009). Si l'inceste père-fille est le plus souvent évoqué, l'inceste père-fils survient également.

Les relations incestuelles voire incestueuses père-enfant sont toujours à resituer dans le contexte familial. Dans notre expérience, le fonctionnement des familles à transactions incestueuses bouleverse nos repères : il nous confronte à la perte des frontières entre les générations,

avec confusion des rôles et des places, ainsi qu'à une organisation verrouillée, peu perméable au monde extérieur, avec maintien du secret sur plusieurs générations. Le tabou de l'inceste est perçu uniquement dans sa fonction séparatrice, bien trop dangereuse car faisant émerger des angoisses de mort (Raimbault *et al.*, 2005). Comme le formule bien André Carel, dans ces familles qui nous mettent le plus à mal, « il est incestuel de s'attacher et mortel de se détacher » (Carel, Medjahed, 2000). Dans certaines familles carencées par exemple, les interactions très perturbées mère-nourrisson ne permettent pas que la pudeur s'installe chez l'enfant; dans les soins, le corps du bébé est un objet dont la mère paraît disposer à sa guise. Dans les relations parents-enfant ne s'installe pas de distinction claire entre les gestes de la tendresse et ceux de la sexualité. Le climat est incestuel. Les échanges sont très excitants, érotisés. Le langage peut être d'une grande crudité. Les espaces de sommeil ne sont pas différenciés. Au domicile, il n'y a pas de topographie des territoires de l'intime qui reconnaîtrait les besoins de chacun dans sa singularité; tout se mêle et s'entremêle. Il n'est pas rare de retrouver le même fonctionnement familial à la génération précédente pour le père et pour la mère.

Pour certains auteurs (Raimbault *et al.*, 2005), l'évolution vers une paternité de proximité exposerait plus les pères vulnérables au risque d'être incestueux quand ils sont « trop maternels » et qu'ils remplacent leurs compagnes dans toutes les fonctions de celles-ci : « Ils glisseraient d'une place paternelle mal définie à une place maternelle érotisable si leur identité masculine est vacillante. » Ces pères séducteurs ont subi des traumatismes dans leur petite enfance : agressions sexuelles, maltraitements, carences éducatives et affectives. N'ayant pas eu la possibilité de faire un travail psychique, ils ne peuvent le plus souvent pas faire le lien entre ces premiers traumatismes et les agressions qu'ils commettent. Désorganisés dans leur identité, ils ont une image d'eux-mêmes très dévalorisée. L'idéalisation de la relation à l'enfant (tendresse, complicité) ne les empêche pas d'être fugacement conscients de l'anormalité des actes incestueux et de la faute qu'ils commettent. S'y associent de la culpabilité et la peur du dévoilement, mais, paradoxalement, tout

Paternalité et psychopathologie de la mère

en attendant, eux-mêmes dans l'incapacité de commettre l'inceste ; d'où leur soulagement au moment de l'arrestation. Ces pères se plaignent que leur femme ne s'occupe pas assez d'eux et de leur enfant. Dans la relation père-fille :

« Il n'y a pas de différence, pas de distance entre lui et ce que ressent sa fille. Le déni d'altérité est un vécu de similitude absolue, d'absence totale de limites. "Elle est comme moi, je suis comme elle." Si l'enfant se montre inhibée, repliée ou triste, cela lui est insupportable et le pousse à un maternage déviant rationalisé comme une réparation de "la faute de la mère". Cette identification à l'enfant et la prise de fonction féminine et maternelle créent des situations de promiscuité : la chaleur du bain, du lit, du coucher, de la toilette, les jeux intimes participent d'un véritable jeu à la poupée avec l'enfant où l'on ne sait plus trop qui est la poupée de qui, qui manipule qui et qui est la maman de qui. "Je ne savais plus qui j'étais, ma femme, ma fille, ma mère..." » (Raimbault et al., 2005, p. 100).

Ces hommes sont mis en difficulté dans l'accès à la paternalité quand leur compagne ne peut pas répondre aux besoins du bébé au quotidien. Non soutenus par leur femme, ils sont de plus sollicités par les professionnels pour suppléer à la défaillance maternelle, sans toujours prendre en compte leur propre vulnérabilité et les perturbations de la dynamique familiale qu'engendre la psychopathologie maternelle. Ceci est parfois possible quand ils sont très présents, ne sont pas entravés dans leur parentalité et sont aidés par leur entourage. Le bébé peut vivre alors des relations très contrastées avec chacun de ses parents, comme c'est le cas de Damien :

« Dans les bras de sa mère schizophrène, qui a la plus grande peine à prendre soin de lui tant elle est maladroite, ralentie et prise dans ses rêveries, il se fige, a le regard lointain, paraît amorphe. Dès que son père s'approche et lui témoigne de l'attention, tout son corps se tend vers lui. Dans ses bras, il s'anime, se détend et sourit. »

Dans d'autres cas, ce n'est pas possible. Par exemple, quand s'installe une relation fusionnelle entre une mère psychotique et son nourrisson, l'homme n'a pas sa place de tiers et est peu protecteur vis-à-vis du bébé. Pris dans les rets fusionnels de la psychose maternelle, le bébé vit d'emblée une intense érotisation dans la première relation à sa mère. Le problème de la différenciation des corps se double aussi d'une difficulté à différencier les générations. Dans cette confusion initiale s'installe un maternage abusif, porteur d'un fonctionnement familial incestuel.

Approches préventives et thérapeutiques

Les pères sont encore loin de pouvoir bénéficier d'approches spécifiques de leur paternalité et de leur lien à leur enfant. Dans les services de psychiatrie pour adultes, ils sont encore vus, trop souvent, uniquement comme des adultes et non en tant que pères. En pédopsychiatrie ou dans les unités d'hospitalisation mère-enfant, si les pères viennent, c'est d'abord pour accompagner leur femme ; on attend d'eux qu'ils la soutiennent et pallient ses manques. Dans les pouponnières et les placements familiaux, la place faite aux pères et leur accompagnement est encore insuffisante. Concernant les familles d'accueil, le conjoint de l'assistante familiale n'est pas toujours reconnu et aidé dans sa fonction de suppléance paternelle.

Il en est de même pour la prévention des troubles de la paternalité et des perturbations de la relation père-nourrisson tant dans les maternités, qui sont en première ligne pour l'accompagnement précoce des pères, que dans les structures d'accueil de la petite enfance (crèches, PMI). C'est pourquoi il est nécessaire de sensibiliser les professionnels par des formations spécifiques afin de développer des approches thérapeutiques et préventives en direction des pères dans tous ces lieux.

Approches thérapeutiques

Elles s'inscrivent dans le cadre d'un travail en réseau avec des partenariats entre équipes de maternité, équipes de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte, de PMI et, dans les situations où le bébé est en danger, l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et les services judiciaires.

Traitement de la psychopathologie de la transition vers la paternalité

N'ayant pas la possibilité de développer ici les approches thérapeutiques en fonction des différentes psychopathologies et de leur gravité, nous n'en soulignerons que quelques aspects importants :

- penser les hommes en tant que pères en devenir ;
- associer, à l'approche individuelle, celle du couple et de la famille ;
- ne pas oublier le bébé et les risques auxquels il peut être exposé.

Chez des patients présentant antérieurement à la conception une psychopathologie grave, et d'autant plus si leur compagne en est aussi atteinte, il est essentiel de mettre en place un accompagnement des deux parents dès la grossesse dans le cadre d'un travail en réseau afin de prévenir les décompensations, de préparer l'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions possibles et d'anticiper, si nécessaire, des mesures de protection.

Le développement de lieux d'accueil à temps complet où le père a sa place et qui intègrent les dimensions préventives et thérapeutiques serait aussi souhaitable. Ainsi le centre parental *Aire de famille* qui accueille l'enfant avec ses deux parents est une alternative très intéressante à l'approche dyadique classique qui consiste à accueillir mère et enfant en centre maternel. Une équipe pluridisciplinaire accompagne de jeunes parents (18-26 ans) qui attendent leur premier enfant et qui sont en situation de grande vulnérabilité psychosociale avec un passé de carences. (Chatoney, Van der Borgh, 2010)

Traitement des troubles de la parentalité

Afin de répondre au mieux à la famille après la naissance du bébé, il est nécessaire d'évaluer la parentalité chez le père, comme on le fait habituellement chez la mère. Et cela, d'abord par l'observation directe répétée des interactions père-enfant dans différents contextes (intérêt des visites à domicile) : soins du quotidien, jeux, mais aussi quand l'enfant est en situation de détresse et

quand il est malade. Il ne faut pas s'en tenir uniquement au discours des parents : ceux-ci peuvent parler de leur attachement à leur bébé, sembler en prendre soin dans leur discours (bébé imaginaire) et, une fois en présence de l'enfant, montrer leurs difficultés à répondre à ses besoins les plus élémentaires.

Ensuite, en appréhendant ce que représente l'enfant pour son père, pour le couple, pour la famille, dans le présent mais aussi en lien avec le passé. Y a-t-il prédominance de représentations positives ou de représentations négatives (par exemple, bébé persécuteur, bébé en rivalité directe avec le parent, etc.) ? L'enfant doit-il prendre soin des adultes (inversion des rôles avec parentification du bébé) ?

Notons que des parents peuvent bien fonctionner dans certains domaines (ou secteurs de la parentalité) et être en grande difficulté dans d'autres. On parle alors de parentalité partielle.

Dans cette évaluation, la pratique de la parentalité est à différencier des liens affectifs : on peut aimer son enfant et ne pas pouvoir s'en occuper au quotidien ; l'intensité des liens affectifs ne dit pas la qualité de la parentalité.

De grandes difficultés, voire une impossibilité de percevoir et de répondre aux besoins de son enfant au quotidien en fonction de son niveau de développement, font parler de troubles graves de la parentalité, source de souffrance chez l'enfant et les parents. La relation est très perturbée. L'enfant risque d'être négligé, maltraité voire abusé. Le réglage de la distance père-enfant peut se poser d'emblée. Contrairement à ce qui se passe quand les relations ne sont pas perturbées, trop de proximité physique avec l'enfant réel peut ne pas favoriser les échanges et exposer encore plus l'enfant.

On évalue aussi l'impact des troubles de la paternalité :

- sur le développement de l'enfant,
- sur la maternalité et la relation mère-enfant,
- sur le couple parental et le couple conjugal, ainsi que sur l'ensemble familial.

Quand les pères, comme les mères mais plus rarement qu'elles, expriment clairement et verbalement les mouvements violents que suscitent en eux le contact avec le bébé, ses pleurs, ses colères ou sa simple présence, et demandent une distanciation de l'enfant, cela déstabilise souvent les intervenants, qui minimisent alors, voire dénie, ce qui leur est dit du danger pour l'enfant. Pourtant de tels parents nous disent leur angoisse de ressentir en eux des pulsions violentes à l'égard de leur enfant, leur peur d'être maltraitant ; ils nous demandent de protéger leur enfant d'eux-mêmes, de cette partie d'eux-mêmes que l'existence de l'enfant leur a révélée et qui leur fait si peur. Aussi faut-il les prendre aux mots, et ce, sans attendre.

Les repères suivants nous sont utiles dans l'approche de ces familles²⁶ :

- Penser en termes de triade et pas seulement de dyade : pris dans les relations fusionnelles mère-nourrisson, nous pensons trop souvent en termes dyadiques, en miroir de l'impossibilité pour beaucoup de ces parents d'établir une alliance triadique père-mère-bébé.
- Intégrer le père dans le dispositif d'aide ou de soins. Notre difficulté à le faire peut avoir son origine dans la force d'exclusion du père par la mère. Habités souvent par les représentations qu'en donne la mère, nous risquons, quand le père apparaît, de le disqualifier trop vite, en mettant au premier plan par exemple sa violence, sans la resituer dans la dynamique du couple et du système familial. Le père joue alors le rôle de "mauvais objet", protégeant ainsi l'image que nous, professionnels, nous faisons de la mère. Dans la réalisation du projet de placement, il peut être vécu comme un gêneur et ce d'autant qu'il n'y est pas associé, même s'il a reconnu l'enfant.
- Aller à la rencontre des pères à domicile (Lamour, Barraco, 2007).

Dans les situations à haut risque psychosocial, attendre des pères qu'ils demandent directement une aide psychologique pour leur bébé ou pour eux-

26. Se reporter à l'ouvrage *Souffrance autour du berceau* (Lamour, Barraco, 1998) pour une description des approches thérapeutiques de l'enfant et des parents dans les situations à haut risque.

mêmes est le plus souvent illusoire, et ce encore plus que pour les mères. Aussi faut-il aller vers eux, chez eux, si l'on veut leur donner accès à des soins spécialisés. C'est ainsi que nous avons pu rencontrer les pères et avons appris à mieux les connaître. Tous nous ont montré leur souffrance à devenir père dans ces contextes et leur difficulté à prendre leur place dans la triade père-mère-bébé.

- Accompagner les professionnels (Lamour, 2010; Lamour, Gabel, 2011).

Confrontés en périnatalité à des défaillances parentales mettant en danger le nourrisson tant physiquement que psychiquement, ils sont souvent mis à mal et ont besoin d'être soutenus régulièrement dans leur travail (temps de réflexion et de reprise, analyses des pratiques, supervisions, etc.).

Approches préventives

Une recherche-action-formation en direction des pères

Cette approche offre l'intérêt d'allier recherche, formation des professionnels et actions de prévention. Centrée sur le processus normal de paternalité chez des primipères, la recherche-action-formation que nous avons menée avait pour but de sensibiliser le personnel de crèches parisiennes au rôle du père dans les deux premières années de la vie de l'enfant par des actions de formation adaptées aux professionnels de terrain, et donc à moyen terme de transformer les pratiques au plan de l'accueil des pères et de la dynamique familiale (Lamour, 2003, 2004).

L'attention portée au père et la reconnaissance de sa place spécifique auprès du bébé et dans la triade familiale ont entraîné de profonds remaniements du fonctionnement des crèches, dès les premiers contacts avec les familles. Très concrètement, dès l'inscription en crèche, la famille est conviée à venir. À l'admission, non seulement la mère mais aussi le père rencontrent l'auxiliaire référente de l'enfant, le pédiatre (première visite médicale) et, dans certaines crèches, la psychologue. Le personnel accepte maintenant que l'adaptation soit

aussi faite par le père. Les courriers et les invitations aux réunions et aux fêtes sont toujours adressés aux deux parents. Les horaires des entretiens et des réunions sont adaptés à leurs horaires de travail pour favoriser leur venue. Pendant les temps de rencontres parents-professionnels, les enfants sont accueillis par la crèche. Quand l'un des parents est en difficulté et que l'alliance dans la triade parent-auxiliaire-bébé ne peut se mettre en place, le personnel peut faire appel à l'autre parent et s'appuyer sur la triade familiale

Parler des pères à la crèche a aussi permis d'introduire des questions sur la sexualité et l'identité sexuée. La thématique de la séduction homme-femme a resurgi. En se référant à la problématique maternel/paternel et féminin/masculin dans les rôles parentaux (déjà évoquée précédemment), des comportements de pères qui mettaient mal à l'aise les auxiliaires ont pu prendre un autre sens : les comportements de séduction des pères envers celles-ci sont apparus comme des tentatives de réassurance quant à leur virilité; le fait qu'ils s'attardent longuement dans la section, comme l'expression de la recherche de modèles de soins et de modèles relationnels : se donner le temps d'observer son enfant en relation avec l'auxiliaire permettrait au père de mieux le comprendre, de mieux appréhender sa relation avec lui et peut-être aussi de la différencier de la relation femme maternante-bébé.

La dynamique de la recherche-action-formation a permis le transfert de connaissances sur le processus de paternalité ainsi que de nouvelles modélisations au sein des crèches collectives pour penser différemment le quotidien, avec un impact préventif certain. Les pères impliqués auprès de leur bébé ont pu montrer leur vulnérabilité dans les deux premières années de la vie de l'enfant et leur besoin de parler de ce qu'ils vivent et ressentent dans ce temps de transition.

Des approches variées

Prévenir l'apparition de troubles de la paternalité impose de prendre en compte une vulnérabilité des pères et d'offrir à ces derniers des lieux d'écoute et de soutien.

Approches centrées sur le père :

Contrairement à la mère, le père est rarement vu personnellement pendant la grossesse et en post-partum. Pourtant, c'est ainsi que beaucoup d'hommes se permettront d'exprimer leurs angoisses, leurs peurs, leurs difficultés dans la relation tant avec leur enfant qu'avec leur compagne. Aussi, différentes approches préventives se sont développées en périnatal, avec la préoccupation de proposer aux pères un espace spécifique où ils sont reconnus en tant qu'homme devenant père, dans le cadre d'approches individuelles ou de groupe.

Les groupes de pères

Dans le cadre de la préparation à la naissance, des groupes ouverts, mensuels, et qui n'acceptent pas de femmes, sont proposés aux futurs pères (Benoît, 1999). Pour Benoît, il est capital que « les hommes se sentent hommes dans cette aventure de femmes » :

« La mise en commun des joies et des difficultés de cette situation permet de dédouaner ces hommes (...) de ce qu'ils peuvent ressentir comme frustration, castration et culpabilité (...). Si cette réunion a une seule utilité, c'est celle de les reconnaître eux, hommes, en tant que pères, précocement et dans l'institution où leur enfant va naître : ...une maternité. » (Benoît, 1999)

Les consultations spécialisées en maternité

Les psychologues cliniciens qui les assurent soulignent combien la période anténatale est un moment privilégié pour repérer la vulnérabilité psychique de certains hommes et les aléas du processus de paternalité et ainsi pouvoir exercer une prévention avant la naissance de l'enfant (Darchis-Bayart, 2002; Moreau, 2004; Missonnier, 2011). Une attention particulière est portée aux troubles somatiques anxiodépressifs, possibles précurseurs d'une dépression du post-partum; des consultations thérapeutiques pourront être proposées pour la prévenir (Moreau, 1996).

Cette approche à la maternité est d'autant plus importante que cette souffrance psychique est déniée par les pères eux-mêmes; le plus souvent, ils viennent consulter accompagnés de leur compagne ou à sa demande, parfois dans l'urgence, en état de crise.

« Le travail de consultation adapté à cet état de crise présente des caractéristiques différentes de celui qui peut être fait après la crise et après la naissance de l'enfant. Il a pour but de favoriser l'émergence de représentations et de fantasmatisations. Il permet le réinvestissement progressif du travail psychique et aboutit à l'élaboration de deuils ou de traumatismes, signant ainsi le dépassement de la crise.

Ces consultations permettent à la fois d'aborder la souffrance somatique et psychique des patients et la conflictualité sous-jacente et d'articuler au passé infantile de ces sujets les événements actuels liés à la grossesse. » (Moreau, 1996).

Une meilleure utilisation des entretiens ou examens déjà existants pour le suivi de la grossesse, puis du nourrisson, en y faisant une place au père et au couple parental (coparentalité) : par exemple l'entretien du 4^e mois de grossesse proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes.

L'accompagnement des pères dans des contextes particuliers, souvent éprouvants, tels le diagnostic anténatal et la médecine fœtale où père et mère sont confrontés à des annonces de malformations ou d'anomalies chromosomiques et doivent décider de la poursuite ou non de la grossesse, les nouveau-nés grands prématurés ou présentant un handicap ou une pathologie somatique à la naissance, l'hospitalisation d'urgence du nouveau-né en néonatalogie dans un contexte angoissant où le père doit se partager entre sa femme, restée à la maternité, et son bébé hospitalisé.

Approches favorisant le lien père-bébé :

La mise en évidence de l'existence d'une période sensible en post-partum a été à l'origine de programmes

Conclusion

de prévention destinés aux pères et dont l'objectif est de favoriser le développement des liens père-bébé : démonstration des comportements du bébé, apprentissage de techniques de soins durant le séjour à la maternité. Toutes ces approches semblent exercer des effets positifs sur le degré d'implication du père à l'égard de son bébé et sur la qualité des soins. Des techniques plus spécifiques comme l'examen de Brazelton (NABS) avec le père ont les mêmes effets.

Dès la grossesse, l'haptonomie peut aussi favoriser ce lien en encourageant les premiers contacts entre père et bébé.

Approches du couple (coparentalité et conjugalité) et de la famille :

Nous l'avons vu, des difficultés dans la transition vers la paternité peuvent mettre à mal le couple, et ce dès la grossesse : fuite du père, relations extraconjugales, séparation du couple, voire violences conjugales. Donner ainsi sens à ces actings permet de comprendre autrement les difficultés conjugales dans cette période, d'offrir des réponses plus adaptées au père, au couple et à la famille, et de prévenir ainsi un certain nombre de séparations et de violences conjugales.

Les pères, leurs compagnes et leurs bébés nous ont beaucoup appris sur la complexité des processus en jeu dans la transition vers la paternité. Ils nous ont montré comment ils coconstruisaient la parentalité en s'appuyant sur les liens tissés dans le présent mais aussi dans le passé. Devenir père est bien une histoire de famille. Resituer ces processus au sein de la triade familiale offre une autre lecture de la clinique qui prend en compte les influences réciproques qui s'exercent entre père, mère et enfant. Le contexte familial offre ainsi de multiples voies d'abord de la paternité tant sur le plan préventif que thérapeutique. D'où l'intérêt des pratiques articulant approches individuelles et approches familiales de la paternité. Les professionnels auprès des parents et des bébés, en accompagnant la paternité naissante, participent à la coconstruction du père.

Bibliographie

- Benedek T., *Parenthood as a developmental phase*, J. Amer. Psychol. Assoc., 7, pp. 389-417, 1959.
- Benoît A. « Paroles d'hommes », in P. Marciano (Ed.), *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*, Érès, Ramonville.
- Benoit J.C. et al., *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, Paris, ESF, 1988.
- Berger M., *Voulons-nous des enfants barbares ?*, Paris, Dunod, 2008.
- Bydlowski M., Luca D., « Dépression paternelle et périnatalité », in *Carnet psy*, 7, 67, pp. 28-33, 2001.
- CAREL A., MEDJAHED M., « Le traitement à domicile. Une forme de thérapie familiale », in *Groupal*, 6, pp. 123-142, 2000.
- Chatoney B., Van der Borgh F., *Protéger l'enfant avec ses parents*, Les éditions de l'atelier, 2010.
- Clerget J., « L'homme devenant père », in P. Marciano (Ed.), *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*, 1999.
- Darchis-Bayart E., « Le blues du père », in C. Guillaumont (Ed.) *Les troubles précoces du post-partum, 1001 bébés*, Ramonville, Érès, pp. 79-94, 2002.
- David M., Lamour M., Kreisler A., Harnisch R., « Recherche sur les nourrissons de familles carencées », in *Psychiatrie de l'enfant*, 27, 1, pp. 175-222, 1984.
- Dayan J., Andro G., Dugnat M., « Les Troubles de la paternité », in *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, pp. 158-179, 1999.
- Delaisi De Parseval G., (1981), *La part du père*, Paris, Seuil, Nouvelle édition, 1998.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., (2001) *Le triangle primaire*, Paris, Odile Jacob, 2001.
- Fivaz-Depeursinge E., Stern D.N., BÜRGIN D., Byng-Hall J., Corboz-Warnery A., Lamour M., Lebovici S., « The dynamics of interfaces : seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving a mother, father, and baby », in *Infant Mental Health Journal*, 15, 1, pp. 69-89, 1994.
- Guide Canada (1999), *Violences conjugales*, Disponible sur internet.
- Greenberg M., Morriss N., « Engrossment: The new born impact upon the father », in *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, pp. 520-531, 1974.
- Guédeney N., et A., *L'attachement : approche théorique*, Paris, Elsevier Masson, 2009.

- Hurstel F., « Identité masculine, inversion des rôles parentaux, fonction paternelle », in *Enfance*, 3, pp. 411-423, 1997.
- Hurstel F., « Naissance du père, Dossier : Naissance du père, psychanalyse et paternité », in *Journal des psychologues*, n°225, 2005.
- Hurstel F., « « L'annonce faite au mari » ou les trois temps du « devenir père » », in *Adolescence* 1, 55, pp. 79-88, 2006.
- Lamour M., « Jamais deux sans trois », in *Dialogue*, 1995, 130, pp. 27-40, 1995.
- Lamour M., *Paternalité et interactions intrafamiliales père-mère-nourrisson*. Thèse de doctorat d'État de psychologie clinique et pathologique. Université Paris V- Sciences Humaines-Sorbonne, 2000.
- Lamour M., « Le père dans la triade père-mère-bébé », in M.-J. Mouras (Éd.), *La périnatalité : repères théoriques et cliniques*, Rosny-sous-bois, Bréal, pp. 92 -113, 2003.
- Lamour M., « Co-construire la paternalité : une expérience de recherche action-formation à la crèche », in J. André & C. Chabert (Éd.), *L'oubli du père*, Paris, PUF, pp. 87-119, 2004.
- Lamour M., *Parents défaillants, professionnels en souffrance*, « coll. Temps d'arrêt/Lectures, Yapaka, 2010.
- Lamour M., « Une protection à haut risque », in *Dialogue*, 191, pp. 7-22, 2011.
- Lamour M., Barraco M., *Souffrances autour du berceau : des émotions aux soins*, Gaëtan Morin Edit. Europe, 1998.
- Lamour M., Barraco M., « Péril en la demeure : Approches à domicile en psychiatrie du nourrisson », in J.G. Lemaire (Éd.), *L'inconscient dans la famille*, Paris, Dunod, pp. 189-219, 2007.
- Lamour M., Gabel M., (Éd.) *Enfants en dangers, professionnels en souffrance*, Toulouse, Érès, 2011.
- Lamour M., Lebovici S., « Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : Évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques », in *Psychiatrie de l'enfant*, 34, 1, pp. 171-275, 1991.
- Lebovici S., Lamour M., Gozlan A., « Transmission intergénérationnelle et processus de paternalisation-filiation », in *Enfance*, 3, pp. 435-441, 1997.
- Le Camus J., *Pères et bébé*, Paris, L'Harmattan, 1995.
- Le Camus J., *Le vrai rôle du père*, Paris, Odile Jacob, 2000.
- Maignu Edhborg R.N., « Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum : a study of new mothers and fathers », in *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 2, pp. 186-195, 2008.
- Millet L., Karkous E., Jorda P. et Cabat P., « Les psychonévroses de la paternité, Psychonévroses puerpérales chez l'homme », in *Ann. méd.-psychol.*, 3, pp. 417-449, 1978.
- Missonnier S., *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011.
- Moreau A., *Dépressions paternelles. Formes actuelles de la psychopathologie de la paternité. Mémoire de DEA de psychopathologie*, Université Paris 7, UFR Sciences humaines et cliniques, 1996.
- Moreau A., « De l'homme au père : un passage à risque », in *Dialogue*, 152, pp. 9-16, 2001.
- Moreau A., « De la crise de la paternité à l'être père », in M. Dugnat (Éd.), *Devenir père, devenir mère*, Ramonville, Érès, 2004.
- Papousek H., Papousek M., « Intuitive Parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence », in J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development*, 2nd edition, New York, Wiley, pp. 669-720, 1987.
- Paulson, J.F., Bazemore, S.D. « Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression », in *Journal of the American medical Association*, 303, 1961-1969, 2010.
- Paulson J.F., Keefe H. A., Leiferman J.A., « Early parental depression and child language development », in *J Child Psychol. Psychiatry*, 50(3), pp. 254-262, 2009.
- Raimbault G., Ayoun P., Massardier L., *Questions d'inceste*, Paris, Odile Jacob, 2005.
- Romano H., *Enfants maltraités*, Paris, Fabert, 2009.
- Teboul R., *Neuf mois pour être père*, Paris, Calman-Lévy, 1994.
- Van Egeren L., « The Development of the Parenting Alliance Over the Transmission to Parenthood », in *the Signal*, (W.A.I.M.H) 6, 2, pp.1-10, 1998.
- Zaslow M.J., Pedersen F.A., Cain R.L., Suwalksky J. & Kramer E., « Depressed mood » in new fathers: Associations with parent-infant interactions, *Genetic, social and general Psychology Monographs*, 11(2), pp.133-150, 1985.

Temps d'Arrêt / Lectures

Derniers parus

- Loyautés et familles.
L. Couloubarits, E. de Becker,
C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman.
- Paradoxes et dépendance à
l'adolescence.
Philippe Jeammet.
- L'enfant et la séparation parentale.
Diane Drory.
- L'expérience quotidienne de l'enfant.
Dominique Ottavi.
- Adolescence et risques.
Pascal Hachet.
- La souffrance des marâtres.
Susann Heenen-Wolff.
- Grandir en situation transculturelle.
Marie-Rose Moro.*
- Qu'est-ce que la distinction
de sexe ?
Irène Théry.
- L'observation du bébé.
Annette Watillon.
- Parents défaillants,
professionnels en souffrance.
Martine Lamour.*
- Infanticides et néonaticides.
Sophie Marinopoulos.
- Le Jeu des Trois Figures
en classes maternelles.
Serge Tisseron.
- Cyberdépendance et autres
croquemittaines.
Pascal Minotte.
- L'attachement, un lien vital.
Nicole Guedeney.
- L'adolescence en marge du social.
Jean Claude Quentel.
- Homoparentalités.
Susann Heenen-Wolff.
- Les premiers liens.
Marie Couvert.
- Fonction maternelle,
fonction paternelle.
Jean-Pierre Lebrun.
- Ces familles qui ne demandent rien.
Jean-Paul Mugnier.
- Événement traumatique en
institution.
Delphine Pennewaert et Thibaut
Lorent.
- La grosseesse psychique : l'aube
des liens.
Geneviève Bruwier.
- Qui a peur du grand méchant Web ?
Pascal Minotte.
- Accompagnement et alliance
en cours de grossesse.
Françoise Molénat.*
- Le travail social ou
« L'Art de l'ordinaire ».
David Puaud.*
- Protection de l'enfance et paniques
morales.
Christine Machiels et David Niget.
- Jouer pour grandir.
Sophie Marinopoulos.
- Prise en charge des
délinquants sexuels.
André Ciavaldini.
- Hypersexualisation des enfants.
Jean Blairon, Carine De Buck, Diane
Huppert, Jean-Pierre Lebrun, Vincent
Magos, Jean-Paul Matot, Jérôme
Petit, Laurence Watillon.
- La victime dans tous ses états.
Anne-Françoise Dahin.
- Grandir avec les écrans
« La règle 3-6-9-12 ».
Serge Tisseron.
- Soutien à la parentalité
et contrôle social.
Gérard Neyrand.

* Ouvrage épuisé.

Retrouvez nos auteurs sur yapaka.be
pour des entretiens vidéo,
conférences en lignes, ...

En Belgique uniquement

Une campagne de yapaka

MAÎTRISONS LES ÉCRANS



affiches disponibles gratuitement

www.yapaka.be

En Belgique uniquement

Les livres de yapaka

disponibles toute l'année gratuitement
sur simple demande au 0800/20 000



Livre de 80 pages
60.000 ex./an
Diffusion gratuite à chaque
élève de 4^{ème} primaire



Livre de 80 pages
60.000 ex./an
Diffusion gratuite via
les associations fréquentées
par les adolescents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an
Diffusion gratuite via les
crèches, écoles, associations
fréquentées par les parents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an
Diffusion gratuite via les
écoles, associations fréquentées
par les parents