

LE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN DU NOURRISSON (RGO) : UN AVATAR DE LA TRANSMISSION ORALE ?

Sylvain Missonnier¹ Nathalie Boige², Françoise Kelalfa-Foucaud³,

En terres pédiatriques, le reflux gastro-oesophagien (RGO) est un sujet paradigmatique. Le développement de nouvelles techniques d'investigations, l'exploration de sa physiopathologie, son association discutée avec diverses pathologies débouchent sur de vives polémiques sur les différentes réponses thérapeutiques à apporter.

Cette absence relative de consensus sur le terrain physiologique favorise la focalisation des cliniciens sur son éclaircissement et maintient le débat thérapeutique dans un registre essentiellement somatique. L'incidence⁴ de ce symptôme, sa (sur)médicalisation, la fréquente confusion entre RGO physiologique et pathologique, les campagnes officielles déconseillant la position du sommeil en décubitus ventral (favorisant le risque de mort subite du nourrisson, MSN) et sa médiatisation stigmatisent cette aura de maladie organique. Pourtant, face à cette maladie d'actualité, certains cliniciens refusent une approche purement somaticienne et revendiquent leur perception d'une composante relationnelle primaire, parfois, secondaire, toujours.

C'est dans cet esprit que nous souhaitons explorer ici ce désordre du nourrissage comme un avatar de la transmission orale de la filiation. D'ailleurs, en qualifiant le RGO de "pathologie jonctionnelle"⁵, la terminologie médicale n'est-elle pas pour nous soignants, une invitation à se pencher sur la "jonction" orale entre les nourrissons reflueurs et leur environnement parental et pédiatrique ?

Pour répondre à cet appel, nous allons d'abord témoigner d'une rencontre hospitalière et de la collaboration pluridisciplinaire induite. Nous livrerons ensuite un éclairage pédiatrique et psychopathologique du RGO à partir duquel nous discuterons, secondairement, la situation clinique évoquée.

I- Histoire clinique

Islah, un mois et demi, est envoyée en consultation du service de pédiatrie de Versailles par le médecin de PMI pour suspicion de malaise, RGO et stridor⁶. Islah est née par voie basse sans complication à 40 semaines d'aménorrhée, elle pesait 3540 g, avait un APGAR à 10. Mme Y choisit l'allaitement au biberon. Dès sa naissance, Islah régurgite et vomit régulièrement après les repas. Après la sortie de la maternité, à J10, le pédiatre de PMI lui donne un traitement contre le RGO qui n'est pas suivie d'amélioration. Ponctuellement, lors d'épisodes de régurgitations nasales, l'enfant, affirme sa mère, devient pâle et hypotonique : " malaise?" inscrit le consultant dans le dossier. Une hospitalisation de l'enfant est conseillée pour éclaircir ces " malaises " préoccupants et on prescrit un Holter cardiaque⁷ et un bilan de RGO : une endoscopie à la recherche d'une oesophagite, et une radiographie (transit oesogastroduodéal) si les vomissements persistent durant l'hospitalisation (recherche d'anomalie anatomique) ; en raison du stridor, un examen ORL est programmé pour déceler une éventuelle anomalie du larynx.

Les premiers entretiens de l'interne avec Mme Y et sa fille, nous apportent des précisions : selon la mère, Islah présente des régurgitations après les prises de biberon, soit juste après, soit une heure et demie plus tard. Elle semble se tortiller et souffrir après la prise d'une première moitié de son repas "sans problème". Elle a ponctuellement des vomissements plus violents en plus des régurgitations : se produisent alors parfois des débordements par le nez et c'est dans ces conditions que des pâleurs avec hypotonie transitoire sont survenues.

Les examens montrent un Holter négatif, sans signes d'hypertonie vagale, ce qui écarte un facteur de risque de malaise grave du nourrisson, une oesophagite congestive à la fibroscopie qui atteste d'une complication mineure du RGO. L'examen ORL met en évidence une laryngomalacie modérée qui explique le stridor

Durant l'hospitalisation, aucun malaise suivant des vomissements n'a été constaté par la mère ni par le personnel (un unique vomissement

noté le deuxième jour). Les régurgitations sont rares au début puis disparaissent; la prise de biberon et la courbe de poids sont qualifiées d'excellentes.

Islah est décrite comme éveillée, ouverte à la relation et d'un développement psychomoteur "normal". Sa mère est très présente. Rien n'est observé d'alarmant dans la relation mère/enfant.

Alors qu'une sortie semble naturellement être envisagée, apparaît, dans le dossier infirmier, une donnée capitale qui met bien en exergue le rôle essentiel des infirmières et des aides soignantes dans le repérage des clignotants psychosociaux : "la maman appréhende le retour chez elle car elle vit dans une chambre exiguë et se sent un peu dépassée". Ce témoignage est appuyé par la puéricultrice de PMI qui téléphone dans le service: Mme Y est allée la voir et lui a confié ce même souci. Dans le service, la visite de l'assistante sociale est proposée et acceptée par Mme Y. A l'issue de cet entretien, au sixième jour d'hospitalisation, l'assistante sociale est inquiète: Mme Y, paraît "très désemparée, voire confuse". Elle est démesurément soucieuse pour sa fille, en regard de l'évolution pédiatrique. Elle déborde et évoque père mêle: une fille d'un premier mariage âgée aujourd'hui de 6 ans et élevée par la grand-mère maternelle au Maroc; un deuxième mariage au Maroc avec Mr Y, divorcé et père de 5 enfants; un départ pour la France en 1992 où elle rejoint Mr Y qui y travaille depuis 20 ans; une relation conjugale actuellement conflictuelle; des conditions de logement critique : ils vivent tous les trois depuis deux ans dans une chambre d'un foyer Sonacotra ce qui est a priori étonnant car le père a une bonne situation professionnelle et la mère travaille. Actuellement, Mr Y est au Maroc, en visite dans sa famille.

L'assistante sociale a demandé que l'hospitalisation soit prolongée, comme le souhaite Mme Y. Elles conviennent de se revoir pour réévaluer la situation. Troublée par la vulnérabilité exprimée par cette femme et s'interrogeant sur la nature des liens avec son conjoint et sa fille, l'assistante sociale évoque avec Mme Y la possibilité de rencontrer le psychologue du service (SM). Pariant de l'intérêt d'une approche

"complémentariste"³² " dans cette situation, SM propose à FF, qui effectue une recherche dans le service, de se joindre à lui pour rencontrer Mme Y et Islah.

Lors des deux premiers entretiens, l'accueil d'Islah et de sa mère conforte notre association qui s'impose comme une promesse thérapeutique face à l'évidente souffrance existentielle de Mme Y et la discrète, mais profonde, dysharmonie relationnelle dyadique. Le petit box pédiatrique, que l'asepsie réglementaire n'a pas empêché d'être confortable, permet de recréer un espace d'étayage social, symbole minimaliste mais réanimant d'une enveloppe contenant traditionnellement présente, et, ici, si cruellement absente.

Nous rencontrons une femme jeune de trente ans, habillée à l'occidentale. Sa coquetterie ne masque pas son inquiétude. Notre présence semble l'intimider. Après nous être présentés, nous adressons nos premières paroles en direction d'Islah. Celle-ci nous tourne le dos mais revendique vite son intérêt pour notre entretien en faisant de gros efforts pour se tourner vers nous. Sa mère encourage ce difficile exercice par de douces paroles en Arabe. L'un d'entre nous (FF) utilise alors ce que le bébé nous donne à voir, c'est-à-dire du corporel. Elle évoque le teint du bébé, son front où se dessine une tache brune puis le bracelet de fils noué autour du poignet. Devinant sa fonction de protection, FF le formule à Mme Y qui confirme. Elle-même porte à son cou une large main de Fatma où un oeil en relief défie quiconque de lui jeter un sort. FF lui dit aussi que nous avons beaucoup parlé de sa fille, complimenté sa beauté, sa vivacité et sa curiosité et qu'elle sait bien, qu'au Maghreb, il n'est pas d'usage de féliciter un nouveau-né, au risque d'être soupçonné de déposer sur lui "le mauvais oeil", "l'oeil de l'envie". FF ose, en Arabe, une parole de protection courante; Mme Y acquiesce : le ton de sa réponse témoigne de son étonnement mais aussi d'un réel apaisement qui tempère l'inquiétude qu'elle manifestait jusque là.

Comme on le discerne dans cette séquence, le corporel, dans les sociétés traditionnelles africaines et au Maghreb est investi d'un

symbolisme et dépositaire de rites, de pratiques spécifiques. Le corps de la mère et celui du nouveau-né font l'objet de soins attentifs respectueux d'une tradition séculaire. Ces échanges instaurent une relation de " portage " appropriée aux besoins fondamentaux postnataux de la mère, de l'enfant et du couple mère/enfant. En parlant " autour du corps ", FF tend la main aux schèmes culturels référentiels de la maman et ouvre un espace de communication où peut s'ancrer un processus dynamique.

Bénéficiant de cet interface, FF demande la signification du prénom du bébé : Islah, en Arabe, signifie " réconciliation ".

A ce moment, Mme Y sort Islah de son berceau et s'assoit avec son bébé dans les bras; tacitement, nous nous installons à notre tour. Islah participe, de ses petits gémissements de bien être et de ses longs regards curieux en notre direction, aux confidences de sa maman.

A l'occasion de ces contacts initiaux, nous apprenons par Mme Y qu'elle est la dernière d'une fratrie de 10 enfants. Quand elle a 10 ans, son père décède accidentellement. Ses frères aînés prendront le relais de l'autorité paternelle. Son enfance sera, selon ses termes, celle " d'une petite princesse " grandissant dans une solitude dorée. Elle se marie une première fois au Maroc, et de cette union naît une fille. Ce mariage, violemment désapprouvé par la belle-famille, sera finalement détruit par leur farouche opposition : le couple se sépare. Le divorce est prononcé avant la naissance d'Amel (espoir en français). L'enfant est élevée dès sa naissance jusqu'à ce jour par la grand-mère maternelle. Avec émotion dans la voix, Mme Y justifie après coup cette décision en expliquant qu'elle était trop jeune et inexpérimentée pour s'occuper de son bébé. Deux mois après son accouchement, elle épouse au Maroc Mr Y, de 21 ans son aîné. Il travaille en France. Tout l'entourage déconseille ce mariage jusqu'à l'ex beau-père de Mme Y qui vient lui présenter des excuses et lui demander de ne pas épouser cet homme. En dépit de ces pressions, ils se marient. Mme Y attend beaucoup de son départ en France. Ils vivent d'abord dans un pavillon puis, après un incendie, sont hébergés dans un foyer Sonacotra. Cette solution est insupportable pour Mme Y; son mari refuse

tout projet de déménagement, invoquant de la part de la municipalité un devoir de relogement. Contrainte par son mari, à qui elle reverse tous ses revenus, Mme Y accepte un emploi dans la cafétéria du foyer où ils vivent. Cet environnement, qui l'expose au contact des hommes, lui est très pénible.

Très vite après leur mariage, Mme Y souhaitait avoir un enfant. A l'encontre de son désir, et à la demande de Mr Y, elle subit un avortement tardif. Ultérieurement, il acceptera cette seconde grossesse (du couple), en la menaçant toutefois ensuite de ne pas déclarer l'enfant à naître. Mme Y savait qu'elle attendait une fille mais gardera le secret jusqu'à la naissance. Au septième mois de grossesse, elle dit avoir été battue par son mari.

Au moment de l'hospitalisation présente d'Islah, Mr Y est au Maroc depuis plus d'un mois. Il doit rentrer bientôt mais la date de son retour n'est pas précisément connue. La situation de Mme Y et de sa fille nous conduit naturellement à vouloir le rencontrer afin d'envisager, avec les parents réunis, un projet de sortie. Soulagée par notre proposition, Mme Y nous demande de transmettre à son mari notre volonté de le rencontrer. Avec un empressement mêlé de crainte, elle nous prie de l'aider à communiquer à Mr Y leur " besoin d'amour et de tendresse ".

Mise en confiance par ce " lien d'alliance " autour d'un cheminement et d'une attente partagés, Mme Y nous livre son isolement en France où elle n'a ni famille, ni amis. Elle dit " ne pas aimer Mr Y mais ne pas comprendre pourquoi elle reste avec lui ". Elle se décrit comme contrainte " de l'extérieur " à rester à ses côtés. Elle pleure beaucoup et nous livre des manifestations d'angoisse jusque là restées secrètes : elle ressasse son refus d'allaiter Islah au sein " de peur que les mauvaises choses passent par le lait "; quand elle est confrontée au vide, " elle sent quelqu'un l'invitant à sauter avec son bébé ".

Informé par téléphone de notre demande par Mme Y, Mr Y rentre du Maroc et se présente promptement dans le service. Notre rencontre avec lui confirme ce que les propos de sa femme laissaient pressentir : la

cinquantaine séduisante, d'une stature imposante, aimable et loquace, il met en avant son expérience de père de 5 enfants et dévalorise les compétences maternelles de son épouse : " elle ne sait pas faire face aux difficultés " assène t-il. Il est pourtant possible, dès cette première entrevue, de parler de l'isolement dont souffre Mme Y à l'image de sa grande solitude pendant sa grossesse. Les réponses évasives et banalisantes de Mr Y n'éluderont pas ce sujet mais permettront de jeter les bases d'une négociation conjugale fructueuse. En invitant le couple à nous raconter comment est accueilli un nouveau-né au Maroc, une passerelle unissant les deux rives de la Méditerranée émergea et permit de mettre en mots les représentations culturelles agrégeant la triade. C'est une ambiance de réjouissance que le couple, unanime, évoqua. Nous comprendrons, rétrospectivement, combien l'absence d'envoi de photos d'Islah à la famille au pays résonnait, dans la bouche des parents, comme une mise en cause de l'inscription même de cette enfant dans la filiation : la légitimité et le sens de son existence étaient en péril.

Cette menace sur les fondations de l'identité d'Islah donne lieu, à l'issue de cette séance de plus de deux heures, à la co-construction d'une "théorie étiologique"⁸ : avec son RGO Islah parle; elle dit : " le RGO, c'est comme l'exil, ça met dehors du dedans ". Considérer le RGO comme une métaphore⁹, c'était anticiper les blessures passées de Mr et Mme Y, leur conflictualité conjugale et le prisme de l'exil comme mis en sens par l'expressivité corporelle d'Islah, la réconciliatrice. " Ecouter " son RGO, c'est pour les parents une confrontation à un constat et à une promesse : ils souffrent de ne pas contenir ni transmettre une culture nourricière structurante à leur fille, mais sa propre expressivité est une promesse de réconciliation.

Cette théorie étiologique s'enracinait dans un bon présage : l'évolution pédiatrique favorable des troubles alimentaires d'Islah. Elle illustre simultanément le possible réinvestissement parental de leur rêverie commune de réconciliation et, en écho, la capacité d'Islah à mettre en scène la positivité de ce " mandat transgénérationnel"¹⁰ ".

A l'issue de cette longue séance, nous (FF, SM et les membres concernés du service en notre nom) revendiquons notre souhait d'être témoins engagés de cet avenir prometteur et nous leur proposons de les recevoir à nouveau.

2- Le versant pédiatrique du RGO

a) définition

Le RGO est actuellement le trouble alimentaire le plus fréquent des premiers mois de vie.

Par définition, il s'agit de la remontée anormalement fréquente du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors d'efforts de vomissements. Le rgo peut être physiologique (régurgitations post-prandiales banales) ou pathologique (régurgitations trop fréquentes, à l'origine d'un inconfort ou de complications). Les complications principales sont l'oesophagite (dont les signes vont des pleurs, douleurs, refus alimentaire, aux régurgitations contenant du sang), les « malaises du nourrisson » (accès de suffocation, changement de teint ou hypotonie brutale, ou perte de contact, au maximum malaise grave avec bradycardie).

De l'avis général des pédiatres, ce symptôme est déroutant pour plusieurs raisons :

Le RGO peut prendre des aspects et des sévérités différentes, de fonctionnel à lésionnel et passer de physiologique à pathologique. Symptôme maturatif, il guérit le plus souvent vers l'âge de un an.

La physiopathologie est variable et polyfactorielle, englobée sous le terme de «défaillance des mécanismes antireflux » : le principal est le sphincter inférieur de l'oesophage qui est un muscle lisse sous dépendance neurohormonale, du système nerveux autonome et de facteurs circulants (hormones, catecholamines etc...).

Le RGO échappe à une classification claire et définitive physiologique/pathologique, bénin/sévère chez le même enfant ; il est capable de guérison spontanée rapide ou d'aggravation, et échappe à une tentative de rationalisation qui serait rassurante (recherche d'une cause

malformative, mécanique, allergique etc...). Il nous confronte quotidiennement aux insuffisances, échecs et excès de la prise en charge pédiatrique purement somatique et instrumentale. Ainsi, les examens complémentaires sont défaillants pour établir un pronostic mais utiles pour dépister et traiter les complications.

L'accroissement de sa fréquence durant les dernières décennies n'est pas expliquée, et pose le problème des modifications du mode de puériculture, et d'une surmédicalisation et d'une intolérance au symptôme, et peut-être d'une évolution de l'espèce. Les rapports entre RGO et mort subite du nourrisson (MSIN) ont été trop longtemps considérés comme simple relation de cause à effet, jusqu'à ce que l'on constate à partir des années 1990 que le RGO n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres, et que le traitement antireflux n'a pas fait baisser le risque de MSIN, contrairement aux campagnes de lutte contre l'hyperthermie et le confinement, les conseils de couchage des bébés en position dorsale et non ventrale qui ont réduit de 70% la fréquence de la MSIN. Cet amalgame entre RGO et risque de MSIN est encore à l'origine d'une majoration de l'angoisse entourant le symptôme, spirale négative somato-psychique et d'un dérapage instrumental et scientifique qui n'en a pas fait diminuer (et en a peut-être accru) la fréquence.

Ces hypothèses laissent imaginer une part psychogène et environnementale à l'origine de ce désordre biologique et nous incite à élargir notre champ d'investigation concernant ce symptôme, comme cela a été fait il y a plusieurs décennies pour les coliques du nourrisson. L'axe de la transmission orale interactive nous semble une voie prometteuse.

3- Versant « psychosomatique » du RGO

a) la « mosaïque première » du bébé et la « fonction maternelle primaire »

Selon P. Marty, "Dans la perspective psychosomatique, après la naissance les organisations homéostatiques premières, tout en assurant l'équilibre général de la vie du nouveau-né n'assurent pas, semble t-il

cependant, une cohésion exemplaire des diverses et innombrables fonctions existantes; ces fonctions s'exercent alors d'une manière relativement indépendante les unes des autres, associées en mosaïque sans se trouver organisées dans un système commun et autonome. Une grande partie des pouvoirs d'association et de hiérarchisation fonctionnelles du nourrisson est médiatisée par la "fonction maternelle". Progressivement le nourrisson, puis le petit enfant, reprendront à leur compte les pouvoirs d'organisation, cette organisation s'effectuant sur des plans de moins en moins nombreux et toujours mieux ordonnés"¹¹.

Dans cette optique, la "fonction maternelle primaire" occupe une place fondatrice dans la gérance de la liaison pour la cohésion interfonctionnelle, le filtrage protecteur et la régulation de l'excitation. C'est à travers la négociation quotidienne entre les registres énergétiques du besoin physiologique (faim, sommeil, confort corporel) du nouveau-né et l'investissement somatopsychique maternel que la genèse du système pare-excitant du nourrisson s'effectuera. L'histoire du rôle contenant^{12, 13} la mère des excitations internes et externes du nourrisson représente la préhistoire de son propre système pare-excitant.

De l'empathie de la mère "normalement dévouée à son enfant"¹⁴ qui décodera et valorisera les signaux de son enfant, naîtra un "accordage affectif"¹⁵ progressif, préforme de la symbolisation et du langage. Au cœur de cette spirale relationnelle dynamisée par la communion des "affects de vitalité", c'est certainement ce que Winnicott nomme "la continuité d'être" qui s'impose comme la conceptualisation la plus générique de l'enjeu primordial de la synchronisation interactive de l'accordage environnement/mère/nouveau-né. De cette continuité psychosomatique des soins donnés par la mère -synonyme de transfert "d'être" et de partage "d'être avec" bien tempérés- dépendra son développement.

b) le nourrissage : le paradigme des poupées russes

Dans ce cadre dyadique originaire de maintenance maternelle de la "désaide"¹⁶ de l'enfant, l'acte alimentaire occupe une place axiale : pour le nouveau-né c'est d'abord une expérience totale sensoriellement

transmodale et simultanément proprioceptive et extéroceptive. A ce titre, la "cavité primitive"¹⁷ du bébé (pharynx dans son ensemble) est un espace pilote dans l'étayage du plan psychique sur le plan vital. Dans la conquête développementale du soi-corporel unifié, le "soi-buccal"¹⁸ est le lieu électif postnatal d'une revendication active du "soi émergent"¹⁹.

Bien sur, l'expérience récurrente de la tétée est aussi un véritable "sas" relationnel psychosomatique entre la fusion mère/bébé et l'individuation progressive de l'enfant. Dans la phase archaïque où la mère et la nourriture sont probablement indistinctes pour le bébé²⁰, le nourrissage met en œuvre l'étayage de l'incorporation psychique sur l'ingestion physiologique. Cette expérience unifiée et interactive de l'incorporation de l'enfant peut artificiellement, pour la clarté du propos, se découper en incorporation réelle (du lait de la mère et de son portage), émotionnelle (des émotions de la mère) et fantasmatique (des fantasmes de la mère). Elle correspond au processus par lequel le bébé fait pénétrer et garde en lui à l'intérieur de son corps ce "lait-lien" que la mère ou son substitut lui transmet dans ce contexte. Cette incorporation est un précurseur corporel de l'introjection et de l'identification, deux versions plus tardives dont l'orientation psychique n'en souligne pas moins l'enracinement premier. Par l'introjection, le nourrisson met peu à peu en lui même et symbolise les qualités dont il fait l'objet; par l'identification, il "s'installe à son compte" avec les attributs totalement ou en partie puisés dans son environnement coutumier.

c) les désordres du nourrissage : des liaisons dangereuses entre les identifications parentales et les incorporations du bébé ?

Dans le cadre conceptuel psychanalytique classique, la projection se définit comme l'opération par laquelle le sujet "expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des "objets" qu'il méconnaît ou refuse en lui."²¹ Dans ce contexte générique, les travaux de L. Kreisler et coll.^{22, 23} sur les vomissements psychogènes du nourrisson sont précieux. Dans un de ces textes, les auteurs s'appuient sur une citation de R. Spitz qui fait un lien -via la

projection- entre régurgitations et vomissements : "(...) nous croyons que au stade de trois mois, le prototype utilisable pour la projection est la régurgitation et le vomissement. C'est une conviction qui s'impose à l'observateur, lorsqu'il regarde un nourrisson qui refuse les aliments. il est alors difficile de résister à l'impression que ce qui est incorporé, c'est à dire introjecté, est rejeté et projeté par la voie orale"²⁴.

Avec les vomissements psychogènes, on peut supposer, nous suggère L. Kreisler, que "l'aliment est assimilé à l'image d'un mauvais objet, avec la compulsion répétitive à débarrasser l'estomac d'une nourriture ingérée, ressentie comme intolérable"²⁵. Le bébé en incorporant le lait donnée par la mère, assimilerait une interaction caractérisée par la rupture, l'irrégularité, l'asynchronie. L'afflux d'excitations, inhérent à cette incohérence, dépasserait les capacités d'homéostasie du bébé et cette effraction traumatique refusée donnerait lieu au reflux, préforme de la projection.

4 Hypothèses psychopathologiques

a) RGO : un syndrome relationnel

Le RGO frappe par sa possible précocité; il apparaît parfois dès la période néonatale. Aussi, il est important d'intégrer cette pathologie dans la série des troubles psychosomatiques très précoces mettant en scène chez le bébé une détresse primaire synonyme de formes inélaborées de l'angoisse. Ce constat devrait aussi nous inviter à situer le RGO, comme l'anorexie précoce, dans le creuset primitif de l'incorporation dysharmonieuse en amont de l'introjection et de la projection, des processus psychiques élaborés impliquant une relation d'objet établie.

Notre expérience clinique du RGO alliés à ces repères théoriques nous amène à ranger ce désordre du nourrissage dans le cadre d'un "syndrome relationnel"²⁶ ". Dans cette perspective, le RGO est la part somatique, chez le nourrisson, d'un syndrome interactif incluant la confrontation d'identifications projectives pathologiques²⁷ parentales et un renoncement précoce du bébé à l'aide que peut lui apporter sa mère ou

ses substituts pour se protéger de cet empiètement. La mère nourricière est "vécue comme la source de la tension d'excitation qu'il ressent"²⁸ et , par conséquent, "il doit renoncer prématurément à chercher un apaisement de cette tension auprès d'elle".

b) du coté des parents : des identifications projectives pathologiques ?

On ne peut pas dissocier le RGO du fonctionnement psychique maternel en post-partum. Celui-ci s'inscrit dans la complexité du processus de la parentalité²⁹. dans une culture donnée. Le terme de parentalité englobe la synergie de deux processus : celui d'un devenir mère et d'un devenir père. Ces devenirs correspondent à une longue évolution en pelure d'oignon qui traverse l'enfance et l'adolescence. La parentalité peut se concevoir comme un processus à "double hélice" bio-psychique. Mais pour nous, clinicien de formation psychanalytique, la parentalité correspond avant tout au franchissement d'étapes intergénérationnelles, dont "le programme conscient est toujours infiltré de traits inconscients qui vont faire retour dans cet étranger familier : l'enfant"³⁰. Cette infiltration se cristallise pendant toute la période périnatale. En post-partum, le fonctionnement parental peut-être perçu comme la matérialisation d'investissement narcissiques et pulsionnels, jusqu'ici cantonnés dans l'espace intra-psychique. Ceux-ci vont se redistribuer dans la relation avec l'enfant : "L'enfant devient ainsi le relais et le dépositaire d'investissements qui -jusqu'alors- étaient attachés à des objets internes ou des aspects du self"³¹. Il occupe alors une place intermédiaire "à cheval" entre l'espace intrapsychique et extrapsychique parental.

La présence du nouveau-né induit une "effusion projective" qui s'accompagne d'un véritable "ébranlement" de l'organisation psychique parentale. Dans ce contexte, le flux d'identifications projectives sera, selon la nature contenante ou déstructurante des scénarios fantasmatiques, en faveur du développement du bébé ou, à l'inverse, parasite. Dans une modalité de fonctionnement "normal" les nécessaires

identifications projectives parentales seront pleines de l'image de l'enfant aimé qu'ils ont été et seront synonymes d'empathie. Dans ce contexte favorable, le bébé va, face à des identifications projectives qui n'empiéteront pas sur son identité naissante, les intégrer à travers son activité d'incorporation originale. Il fera sien l'étayage libidinal et empathique parental et s'appropriera ainsi dans son corps propre cette fonction contenantante qu'il reçoit de son environnement.

A contrario, des identifications projectives pathologiques "expulsives et annexantes"³² viendront museler l'individuation du nourrisson et pourront favoriser l'émergence d'une "réponse" de l'enfant par un RGO. La fréquence de cette pathologie devrait à l'avenir être explorée à la lumière des travaux francophones démontrant la récurrence (10 à 15%) et l'impact sur la relation mère/bébé des dépressions maternelles postnatales, une catégorie nosographique générique encore imprécise qui recouvre l'immense diversité des avatars du devenir mère. Dans cette perspective, ce n'est d'ailleurs pas le seul post-partum qui devrait être envisagé mais bien l'ensemble de la période périnatale, lui-même indissociable du long processus de la parentalité .

c) du côté du nourrisson : reflux d'incorporation, surplus d'excitation, dépression?

Face à ce désengagement de l'enveloppe protectrice maternelle qui sanctionne une inefficacité, le RGO peut-être interprété comme un "affect dépressif primaire"³³ qui serait une réaction psychosomatique s'inscrivant dans une étroite réciprocity avec la défaillance environnementale.

Dans la situation du nourrissage, une mère présente physiquement mais indisponible pour accompagner avec empathie les sensations, les émotions et les projections de l'enfant lui donnera une alimentation opératoire interdisant un équilibre tempéré entre ses investissements auto-érotique et objectaux. Le visage "absent" d'une mère déprimée pendant la tétée ne permettra pas l'incorporation d'une "fonction alpha"³⁴ permettant de détoxifier les "projections besoins". Cette faille bloquera l'assimilation de l'interface nécessaire à l'organisation de relation contenantant/contenu,

fondation de "l'appareil à penser les pensées » et d'une délimitation dedans/dehors permettant la conquête de l'autonomie. Privée de l'expérience sereine de la réplétion alimentaire, le bébé peut difficilement faire sienne cette fonction contenant d'un objet extérieur transmettant cette première représentation d'une mère nourricière qui fantasmatiquement contient la pulsion orale. Il ne peut incorporer une fonction de contenance matérialisée par l'enveloppe de soins efficiente dans son corps propre et mime un rejet maternel : il régurgite. Sujet d'une discontinuité dans la transmission intergénérationnelle, le nourrisson n'est pas suffisamment contenu fantasmatiquement, narcissiquement et cognitivement par une parentalité "suffisamment bonne".

Dans la filiation de l'œuvre de W. Bion sur les contenants de pensée, la réflexion théorico-clinique de G. Williams sur les troubles alimentaires³⁵ est un apport théorique très pertinent pour notre sujet. A partir de sa riche expérience avec des adolescents, elle explore, après-coup, la première enfance de patients très précocement objet d'un "renversement de la relation contenant/contenu" : au lieu d'être contenu par ses parents, le bébé était le "réceptacle" de leurs projections toxiques. Dans cette situation, la nourriture est vécue comme un "corps étranger" indissociable de la redoutable menace de la mère nourricière, une "relation de dépendance à l'égard d'un objet unique, précieux et irremplaçable". Privé de la "fonction alpha" parentale qui vient permettre l'intériorisation d'une "fonction contenant qui progressivement lui permet de mieux faire face à ses angoisses", l'enfant introjecte un objet "à la fois imperméable et débordant de projections". G. Williams nomme "fonction oméga" cette introjection pathologique : "Alors que l'introjection de la fonction alpha aide à établir des liens et à organiser une structure, l'introjection de la "fonction oméga" produit l'effet inverse, elle perturbe et fragmente le développement de la personnalité."(...) "Sa tentative de refuser l'introjection de cette "fonction oméga" désorganisatrice se manifeste sous la forme de troubles alimentaires graves." Dans l'esprit de la

conceptualisation de G. Williams, nous dirons : certains RGO signent la tentative précoce du nourrisson de refuser l'incorporation³⁶ de la "fonction oméga".³⁷

5-Le RGO, métaphore de l'exil ?

a) Dedans/dehors

G. Devereux³⁸ a développé le premier un des concepts fondamentaux des théories ethnopsychiatriques en définissant la nature du lien qui gère le dedans et le dehors : " le fait culturel ne peut être appréhendé et analysé uniquement de manière externe, comme faisant partie du " dehors " mais doit être considéré comme étant susceptible d'être transformé en matériel ou en structure psychique, il devient alors interne, faisant partie du " dedans " ". Dans cette lignée, T. Nathan³⁹ définira la culture comme un " système qui rend cohérent l'espace social mais surtout le système interne des individus en leur permettant de clôturer leur espace psychique. Tout humain a un psychisme mais tout humain habite une culture et une langue. Il existe par conséquent dans chaque individu deux systèmes redondants, ayant une structure homologue : l'un d'origine interne " l'appareil psychique ", l'autre d'origine externe : " la culture " ".

L'observation clinique de la famille Y illustre bien la vulnérabilité psychologique inhérente aux avatars des " enveloppes culturelles⁴⁰ " induits par la migration. La mère étant confrontée à l'ébranlement des contenants psychiques et à l'absence d'étayage de " l'enveloppe groupale⁴¹ ", le portage du contenant maternel ne sera pas synonyme pour le nourrisson de " peau commune⁴² " à la dyade. En ce sens, nous percevons le RGO d'Islah comme sa réponse au holding et au handling défailants d'une mère ne pouvant pas offrir à son enfant une " préoccupation maternelle primaire "⁴³ donnant au bébé l'illusion que le nourrissage et les soins en général sont une partie de lui même. Dans ce contexte singulier de résonances traumatiques maternelles, la "défaillance maternelle"⁴⁴ ne succède pas à une période où la mère "s'est d'abord

montrée capable de donner les possibilités suffisantes d'illusion"⁴⁵ mais représente, a contrario, la modalité relationnelle dominante en post-partum.

L'approche ethnopsychiatrique a visé une recontextualisation de la relation intrafamiliale dans l'enveloppe culturelle d'origine : l'évocation et la réanimation des contenants culturels tente de restituer un sens dont la privation est source de réactivation récurrente et stérile des traumatismes parentaux. En travaillant de concert sur la correspondance entre rupture psychique du cadre externe et confusion du cadre interne, nous recevons le RGO d'Islah comme un symptôme fonctionnel signant un dysfonctionnement précoce du portage postnatal parental incarnant leurs "identifications projectives pathologiques"⁴⁶. Mme Y, elle même privée des enveloppes conjugale, groupale et culturelle ne peut garantir à sa fille ce que nous intitulerions avec W. Bion⁴⁷ une fonction alpha permettant de détoxiquer les "projections besoins"⁴⁸ du bébé. Dans cette conceptualisation, le RGO de Islah serait hypothétiquement compris comme l'empreinte somatique de son impossible introjection de la fonction alpha maternelle. Le RGO viendrait sanctionner un échec de l'incorporation d'une interface nécessaire à l'organisation de relation contenant/contenu, fondation de "l'appareil à penser les pensées" et d'une délimitation dedans/dehors permettant la conquête de l'individuation. Privée de l'expérience sereine de la réplétion alimentaire⁴⁹, Islah peut difficilement s'identifier à cette fonction contenante d'un objet extérieur transmettant cette première représentation d'une mère nourricière "qui fantasmatiquement contient la pulsion orale"⁵⁰. Islah ne peut incorporer, introjecter une fonction de contenance efficiente dans son corps propre : elle mime un rejet maternel : elle régurgite, rejette, c'est à dire projette, au sens psychanalytique d'expulsion hors de soi, des sentiments, des désirs qu'elle méconnaît ou refuse. Sujette d'une discontinuité dans la "transmission intergénérationnelle"⁵¹, Islah n'est pas suffisamment contenue fantasmatiquement, narcissiquement et cognitivement par une parentalité "suffisamment bonne"⁵².

b) Migration et périnatalité

En situation migratoire, la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont des périodes de vulnérabilité durant lesquelles les femmes opèrent une réédition identitaire mobilisant l'enracinement groupal. A ce moment, l'étayage culturel de la mère est notamment concrétisée par un réseau social féminin garant d'un étayage identificatoire et matériel efficients⁵³. Comme le décrit avec justesse J. Odongo⁵⁴, " la naissance est une migration. Elle l'est pour la mère qui passe du statut de contenant interne en tant qu'utérus à celui de contenant externe. Elle l'est pour l'enfant qui quitte l'état de contenu interne et passe à celui de contenu externe. " Dans les sociétés traditionnelles africaines et nord africaines, le caractère périlleux de ce passage est authentifié et le couple mère-enfant objet d'un accompagnement à la mesure des enjeux en présence. Ainsi, dès sa naissance, l'enfant trouve deux enveloppes culturelles imbriquées : la mère qui va le porter, le protéger et le groupe de femmes qui préserve la mère.

En situation transculturelle, la mère ne bénéficie pas de ce soutien. Elle ne peut donc plus à son tour assurer correctement le rôle de contenant pour elle même et son bébé. Ne trouvant plus les repères extérieurs nécessaires pour diminuer son désordre entre monde interne et externe, la mère est exposée à la confusion et à la dépressivité. Pendant la période périnatale, la commémoration des conflits infantiles et la réactivation des traumatismes endurés viennent sculpter la vulnérabilité singulière de chaque femme devenant mère. La fracture de l'exil, en synergie avec l'effraction corporelle périnatale, viennent potentialiser l'inertie de ces traumatismes plus anciens dont l'intensité sera proportionnelle à leur degré de cicatrisation. Pour illustrer ce processus, le récit de Mme Y est exemplaire. On rappellera la succession impressionnante de ruptures traumatiques dans la biographie de cette femme : décès précoce de son père, premier mariage brisé, naissance d'un enfant pour lequel sa propre famille ne la reconnaîtra pas capable d'assumer sa maternité, second mariage controversé et exil vers la

France, conflictualité conjugale, incendie de son premier logement, IVG⁵⁵, hébergement en foyer Sonacotra, emploi dans un lieu public, grossesse tourmentée et hospitalisation d'Islah présentant des malaises et un RGO.

Ces événements, dans leur diversité, sont autant de ruptures psychiques dont le dénominateur commun est la perte du cadre dont la répétition alourdit l'impact. Mme Y nous en donnera des représentations psychopathologiques quotidiennes et discrètes en décrivant son amnésie ponctuelle de mots en Français, son relatif oubli de certains rituels culturels très spécifiques à propos desquels nous l'interpellerons, sa perte réitérée de son sac avec ses papiers d'identité.

Lorsque Mme Y exprime explicitement son effroi traumatique, elle évoque implicitement une étiologie traditionnelle empreinte de la culpabilité de cette décentration culturelle : elle se sent "comme contrainte par l'extérieur à rester avec Mr Y", elle craint que "de mauvaises choses" passent par le lait si elle donne le sein à Islah. Ne nous transmet-elle pas de la sorte sa croyance en une attaque extérieure, agissant par effraction corporelle? Cette localisation étiologique correspond chez Mme Y à une tentative de mise en sens de ses nombreuses ruptures. C'est cette aspiration à une construction d'une théorie étiologique réorganisant la chronologie et l'espace " sous la forme d'un récit admettant un dénouement⁵⁶ " que nous avons cherché à soutenir chez Mme Y et qu'une réponse résolument somatique et opératoire aurait probablement contrée.

Au cours des séances successives, Mr Y, au contraire montrera sa défiance à l'égard des théories étiologiques traditionnelles : les manifestations d'angoisse de son épouse sont la trace de sa " folie " et, sûr de son fait, il nous prendra à témoins, au titre probable de soignants occidentaux, experts présumés en traitement de la folie. En la considérant comme " folle ", il favorise sa confusion et disqualifie ses revendications. Leurs différents fréquents sur l'argent attestent aussi d'un "décalage" des représentations au sein même du couple : Mme Y reste figée dans un modèle traditionnel et attend de son mari protection et confort, alors que

celui-ci exige d'elle qu'elle travaille pour assumer sa propre autonomie financière. Cette conflictualité conjugale sera au centre de notre travail dont le devenir bénéficiera avant tout de la potentialité d'un "opérateur de transfert"⁵⁷ "thérapeutique de choix : Islah, la réconciliatrice qui sera la meilleure avocate de "notre" théorie étiologique sur le RGO.

c) Islah, la bien nommée

Chemin faisant, nous observerons combien Islah, grandit, embellit et nous charme. Un mois après sa sortie, le RGO avait progressivement disparu et son pédiatre consultant considérait son état comme "excellent". Alors même que le couple persistait dans son oscillation entre crises et accalmies, Islah nous donnait l'impression de s'installer dans son rôle prédestiné de négociatrice, sans avoir dorénavant à en payer le prix symptomatique. De sa place "d'enfant exposé"⁵⁸, génératrice potentielle du pire comme du meilleur, Islah semblait désormais en exprimer le versant créateur en dégageant une présence de conciliatrice experte. Notre esquisse "ethnopédiatrique" repose essentiellement sur le dynamisme de cette vivante "opératrice de transfert" qu'a été Islah en confirmant le caractère organisateur du sens de son prénom.

La nomination d'Islah avait été l'objet d'une mésentente entre les parents, et c'est finalement Madame qui avait réussi à imposer ce choix. Notre hypothèse serait de croire, dans l'après-coup, que plus l'enfant et ses parents ont accepté d'habiter le sens du "mandat transgénérationnel"⁵⁹ donné à leur fille, plus la pathologie pédiatrique - fruit d'une dysharmonie relationnelle comportementale, affective et fantasmatique- s'est estompée. Eclairés par ce "nourrisson savant"⁶⁰ "ethnopédiatre de surcroît, le contenu de ces séances a été dédié à l'approfondissement des thématiques apparues lors de l'hospitalisation. La restauration en devenir d'une dialectique contenant/contenu libérée d'un clivage tout puissant est bien imagée par ces remaniements spatio-temporels : le trio nous annonce qu'ils déménagent pour un appartement

plus confortable et qu'ils projettent un voyage au pays et la présentation d'Islah à sa famille.

6- La rêverie d'un cadre " ethnopédiatrique "

Notre contribution est un plaidoyer en faveur d'un " complémentarisme " au coeur de la médecine pédiatrique. Cette approche nous dit G. Devereux " n'est pas une " théorie ", mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable - il les coordonne"⁶¹. En ethnopsychiatrie, le double discours non simultané mais complémentaire de la psychanalyse et de l'anthropologie permet une « pluridisciplinarité non fusionnante ». En ce sens, " l'ethnopédiatrie " inviterait au défi d'une synergie non fusionnante de la pédiatrie, de l'anthropologie et de la psychanalyse. Au quotidien de l'exercice pédiatrique hospitalier, cette rêverie d'une triangulation dynamique de cet ordre se fonde sur un constat : l'absence d'un soin holistique proposant une contenance propice à l'accueil ou à la réanimation de théories étiologiques parentales, efficaces pour transformer un malaise fonctionnel infantile en un récit mythique dont l'élaboration est source de mise en sens thérapeutique.

A partir de la singularité d'un symptôme pédiatrique banal et aujourd'hui surmédicalisé⁶², nous croyons en la fécondité heuristique d'une réflexion pluridisciplinaire intégrant la conceptualisation des "contenants de pensée"⁶³. Cette riche lignée épistémologique, aujourd'hui très vivante, jette un pont entre l'ethnopsychiatrie, la psychanalyse et la pédiatrie dont une " ethnopédiatrie " bien tempérée devrait, à l'avenir, bénéficier pour accueillir les avatars de la transmission orale de la filiation en général et le RGO en particulier.

¹ Maître de conférences en Psychologie Paris X. Laboratoire du LASI

² Gastropédiatre, Service de pédiatrie du CH de Versailles, 177 Rue de Versailles, 78157 Le Chesnay

³ Assistante sociale, Intersecteur de pédopsychiatrie de Versailles

⁴ Foucaud P., Boige N., Bellaïche M., Missonnier S., Béal G.: «Traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) en 1996 : une médicalisation excessive ? Journée de Printemps de la Société Française de Pédiatrie», *Archives de Pédiatrie*, Bordeaux, 18-19 avril 1997; 4 (suppl 2): 237s. Dans

cette enquête " un jour donné " dans les crèches des Yvelines, il a été montré que 26% des enfants de 3 à 6 mois avaient au moins une mesure thérapeutique anti-reflux.

⁵ Olives J.P., Physiopathologie du RGO chez l'enfant in Dupont C., *RGO du nourrisson et de l'enfant*, Symposium janvier 1994, Laboratoire Janssen, 1994, 31-36

⁶ Le stridor est caractérisé par une respiration émettant un bruit striduleux -un son aigu, sifflant- à chaque mouvement inspiratoire qui s'amplifie quand l'enfant pleure ou s'agite; il peut-être dû à une anomalie anatomique du larynx ou à une laryngomalacie (paroi laryngée immature encore trop molle ce qui entraîne un rétrécissement de la filière aérienne à l'inspiration; se corrige spontanément en quelque mois).

⁷ Enregistrement de longue durée de l'électrocardiogramme permettant dans ce contexte de déceler une éventuelle hypertonie vagale.

⁸ T., Un homme sans qualités, un Djinn et une vieille femme Kabyle. Etiologies traditionnelles et opérateurs de transfert in *Perspectives Psychiatriques*, 1986, 25 année, N°3, P. 234-242

⁹ Le dictionnaire Le Robert, 1989, p.1192, définit ainsi une métaphore : " Procédé de langage qui consiste dans un transfert de sens (terme concret dans un contexte abstrait) par substitution analogique. "

¹⁰ Lebovici S., L'homme dans le bébé in *Revue française de Psychanalyse*, 3/1994

¹¹ Marty P.: *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Payot, Paris, 1976: 118-119

¹² Anzieu D.: *La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée: conteneur, contenant, contenir* in Danzieu D. et coll.: *Les contenants de pensée*, Dunod, Paris, 1993.

¹³ Bion W.R.: *Aux sources de l'expérience (1962)*, PUF, Paris 1979.

¹⁴ Winnicott D.W.: *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969.

¹⁵ Stern D.N.: *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, Paris, 1989.

¹⁶ Laplanche J.: *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, PUF, Paris, 1987.

¹⁷ Spitz R.A.: «La cavité primitive», *Revue française de psychanalyse*, 1959; T. XXIII, 2: 205-234.

¹⁸ Spitz R.A.: «La cavité primitive», *Revue française de psychanalyse*, 1959; T. XXIII, 2: 205-234.

¹⁹ Stern D.N.: *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, Paris, 1989

²⁰ Kreisler L.: *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Privat, Toulouse, 1987

²¹ Laplanche J.: Pontalis J.B.: *Vocabulaire de psychanalyse*, PUF, Paris, 1981

²² Kreisler L.: *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Privat, Toulouse, 1987.

²³ Kreisler L., Fain M., Soulé M.: *L'enfant et son corps*, PUF, Paris, 1974.

²⁴ Kreisler L.: «Pathologies fonctionnelles néonatales alarmantes», *Revue Française de Psychosomatique*, 1996; 9: 15-33.

²⁵ Kreisler L.: *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Privat, Toulouse, 1987

²⁶ Anders T.F.: Les syndromes cliniques, les troubles des relations et leur évaluation, Sameroff A.J., Emde R.N., *Les troubles des relations précoces*, PUF, Paris, 1993: 189-242

²⁷ Cramer B., Palacio-Espasa F.: *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, PUF, Paris, 1993.

²⁸ Szwec G.: «Subversion érotique et subversion autocalmante», *Revue française de Psychosomatique*, 1996, 10: 47-58.

²⁹ Missonnier S.: «Entre créativité et vulnérabilité, les métamorphoses de la parentalité», *Psychiatrie Française*, 1998; septembre, 3.

³⁰ Bydlowski M.: *Devenir mère in Gynécologie et psychosomatique*, 1; 1991.

³¹ Cramer B., Palacio-Espasa F.: *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, PUF, Paris, 1993

³² Cramer B., Palacio-Espasa F.: *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, PUF, Paris, 1993

³³ Marcelli D.: *La dépression chez l'enfant*, Lebovici S., Diatkine R., Soulé M.: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, T.II, PUF, 1996: 1437-1461

³⁴ Bion W.R.: *Aux sources de l'expérience (1962)*, PUF, Paris 1979.

³⁵ Williams G.: *Paysage intérieurs et corps étrangers*, Edition du Hublot, Larmor-Plage, 1998.

³⁶ Comme le précisent Laplanche J. et Pontalis J.B.: *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1967: 210, «incorporation » et « introjection » sont « souvent employés comme synonymes par Freud et de nombreux auteurs ». Pourtant, ils défendent à juste titre l'idée que le processus d'incorporation se rapporte explicitement à la limite corporelle entre intérieur et extérieur alors que l'introjection est plus large : « ce n'est pas seulement l'intérieur du corps qui est en cause, mais l'intérieur de l'appareil psychique, d'une instance, etc. » Dans le cadre de notre recherche sur le RGO, pathologie précoce, il est pertinent de parler d'incorporation pour en souligner l'ancrage corporel primitif. Néanmoins, dans une perspective développementale et compte tenu de la longévité de certains RGO, un questionnement psychopathologique prospectif en termes d'introjection et d'identification est capital.

37

³⁸ Devereux G., *Essais d'Ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, 1972

³⁹ Nathan T., *Psychanalyse païenne, essais ethnopsychanalytiques*, Dunod, 1988

⁴⁰ Odongo J., La peau et ses métaphores en clinique ethnopsychiatrique in *Synapse*, juin 1990

⁴¹ Anzieu D., Le groupe et l'inconscient, Paris, Dunod, 1981

⁴² Anzieu D., Le moi-peau, Paris, Dunod, 1985

⁴³ Winnicott D.W., La préoccupation maternelle primaire (1956) in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969, p.168-174

⁴⁴ Winnicott D.W., *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.20

⁴⁵ Winnicott D.W., *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, p.21

⁴⁶ Cramer B., Palacio-Espasa F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, 1993

⁴⁷ Bion W.R., Aux sources de l'expérience (1962), trad. fr. Paris, PUF, 1979

⁴⁸ Kaës R., La fonction alpha in Doron R. et Parot F., *Dictionnaire de Psychologie*, Paris, PUF, 1991

⁴⁹ Bick E., The experience of the skin in early object relations in *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 1968

⁵⁰ Gibello B., *La pensée décontenancée*, Paris, Bayard Editions, 1995

⁵¹ Lebovici S., L'homme dans le bébé in *Revue française de Psychanalyse*, 3/1994

⁵² Winnicott D.W., *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975

⁵³ Moro M. R., Nathan T., "Le bébé migrateur; Spécificités et psychopathologie des interactions précoces en situation migratoire" in Lebovici S., Weil-Harpen, *Psychopathologie du bébé*, PUF, 1989, p.683-722

⁵⁴ Odongo J., La peau et ses métaphores en clinique ethnopsychiatrique in *Synapse*, 1990, juin,

⁵⁵ La capacité de procréer est une fonction sociale identitaire princeps au Maghreb. Elle est recommandée par les préceptes mêmes de l'Islam. L'interruption volontaire de grossesse est interdite et cet acte médical représente une transgression sans doute équivalente à un véritable séisme biopsychique.

⁵⁶ Nathan T., Un homme sans qualités, un Djinn et une vieille femme Kabyle. Etiologies traditionnelles et opérateurs de transfert in *Perspectives Psychiatriques*, 1986, 25 année, N°3, P. 234-242

⁵⁷ Nathan T., Un homme sans qualités, un Djinn et une vieille femme Kabyle. Etiologies traditionnelles et opérateurs de transfert in *Perspectives Psychiatriques*, 1986, 25 année, N°3, P. 234-242

⁵⁸ Moro M.R., Nathan T., Le bébé dans son univers culturel in Lebovici S., Weil-Harpen F., *Psychopathologie du bébé*, PUF, 1989

⁵⁹ Lebovici S. L'homme dans le bébé in *Revue française de Psychanalyse*, 3/1994

⁶⁰ Ferenczi S., Le rêve du nourrisson savant (1923) in *Oeuvres Complètes*, T.III, Payot, 1974

⁶¹ Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1985

⁶² Foucaud P., Boige N., Bellaïche M., Missonnier S., Beal G., Traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) en 1996 : une médicalisation excessive ? sous presse

⁶³ Bion W.R., Aux sources de l'expérience (1962), trad. fr. Paris, PUF, 1979