

*Psychologue
clinicienne, Comité
scientifique de la
recherche du Centre
Hospitalier Le
Vinatier Lyon-Bron,
Centre Thérapeutique
Parents-Bébé, Secteur
69i01, Service du
Dr P. Coulet, 17, rue
Philippe de Lassalle,
69004 Lyon, France.
[joellerochette@
aol.com](mailto:joellerochette@aol.com)

**Maître de
conférences HDR,
Psychologue
clinicien, Centre de
Recherche en
Psychologie et
Psychopathologie
Cliniques (CRPPC),
EA 653 Université
Lumière Lyon 2,
CRPPC, CP 11,
69676 Bron Cedex,
France.

[denis.mellier@
univ-lyon2.fr](mailto:denis.mellier@univ-lyon2.fr)

***Psychiatre des
Hôpitaux, Médecin
Responsable du
Centre Thérapeutique
Parents-Bébé, Secteur
69i01 de l'Hôpital Le
Vinatier, Service du
Dr P. Coulet, 27, rue
Victor Hugo, 69002
Lyon, France.
****Médecin
responsable de PMI,
Conseil Général du
Rhône, Maison du
Département,
87, rue Hénon,
69004 Lyon,
France.

« Chasse aux papillons » dans le *post-partum* immédiat L'observation selon Esther Bick comme armature d'un dispositif de soin inter-institutionnel

Joëlle ROCHETTE*, Denis MELLIER**, Stéphane GRISI***,
Agnès MARANDET****

Résumé

Cet article montre que l'observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick est un outil précieux pour dépister et contenir la crise du *post-partum* et qu'elle constitue une armature solide pour la pratique inter-institutionnelle. Cette méthode est appliquée lors du temps de la pesée et aussi pour des groupes thérapeutiques brefs au sein de la Protection Maternelle et Infantile. Elle se conjugue fructueusement à des approches plus objectivantes telles que les échelles validées pour le dépistage de la dépression maternelle et du retrait du bébé (EPDS et ADBB). De tels dispositifs institués entre la psychiatrie périnatale et les soignants en prévention primaire peuvent relever un enjeu de santé publique et aider parents et bébés à dépasser une période critique.

Mots clés : *infant observation*, dépistage et soin, *post-partum*, souffrance familiale originaire.

“Hunting for butterfly” in the immediate postpartum: infant observation according to Esther Bick at the base of a device for an inter-institutional care

Abstract

This article shows that the observation of the baby according to Esther Bick's method is an invaluable tool to detect and contain the crisis of the postpartum, and that it constitutes a solid reinforcement for the inter-institutional practice. This method is applied in a Mother and Infant Protection service, during the baby's weighing and also during short therapeutic groups. It is combined fruitfully with approaches that are more objective such as the scales validated to detect the maternal depression and the withdrawal of baby (EPDS and ADBB). Such devices instituted between perinatal psychiatry teams and primary health practitioners can take up a challenge for public health, and help parents and their babies to overcome a critical period.

Key words: *infant observation according to Esther Bick*, prevention and care, postpartum, primitive family suffering.

Remerciements aux participants à cette recherche : Laurence Marguier, Carène Labry, Isabelle Lefebvre, Marie-Dominique Boirot, Marie-Pierre Blin

Le *post-partum* immédiat est un moment d'intense remaniement psychique qui contient à la fois un fort potentiel (ré)organisateur mais aussi des facteurs de risques pour le bébé, ses parents et le groupe familial. Cette souffrance familiale primitive non mentalisée, non psychisée se traduit par des tensions émotionnelles [17], des anxiétés primitives au sens de Bion [4] qui se diffusent dans l'environnement. Seuls des dispositifs stables et pérennes (fruit d'un travail de collaboration inter-institutionnel entre psychiatrie périnatale et PMI) peuvent transformer ces « papillons psychiques » qui font le quotidien de la clinique périnatale et ainsi aider la triade à dépasser une période critique. Nous allons montrer que l'observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick [3, 10] s'avère un outil précieux pour approcher et contenir ces détresses et qu'elle constitue une armature solide pour la pratique inter-institutionnelle. Cette méthode se conjugue fructueusement à des approches plus objectivantes [10, 13, 14] et « encadre » en quelque sorte une indispensable saisie plurifocale de la clinique périnatale.

Le post-partum immédiat : drôle d'endroit pour une rencontre !

Comme la clinique directe en maternité, ou encore la pratique des psychothérapies conjointes dans le *perinatum*, la fréquentation assidue de parents et de leur nouveau-né dans le *post-partum* immédiat – dans le cadre pourtant banal d'une permanence pesée en PMI – nous donne à penser ce moment comme comprenant une spécificité remarquable. Toutes « ces scènes de nativité » [7] revêtent en commun rien moins qu'un bouleversement émotionnel intense, une convocation de l'archaïque, un ébranlement identitaire, l'obligation d'une redéfinition de la place de chacun. Sur le plan individuel et groupal, l'événement de la naissance comporte un fort potentiel organisateur mais aussi un formidable impact désorganisateur propre à ébranler le psychisme de chaque protagoniste et de « l'appareil psychique du groupe-famille » [21]. A. Carel [7] décrit bien les caractéristiques de cette crise maturationnelle et développementale groupale inhérente à l'épreuve de la procréation. D'une certaine façon, le couple sans enfant « plane en apesanteur généalogique » avant de devoir réenvisager son appartenance à la lignée. Bien que des réaménagements soient toujours possibles

après coup dans la plasticité familiale, la « crise originelle du *post-partum* » et sa transformation vont établir le socle de cette néo-famille et ceci à chaque nouvelle naissance. C'est à cette période précoce de grande turbulence que nous allons nous intéresser. La période périnatale est caractérisée par une particulière porosité provisoire des frontières psychiques, tant du point de vue intrapsychique de chaque sujet qu'entre les protagonistes parents, fratrie et bébé, dans l'intersubjectivité. Du point de vue de la nouvelle mère et du nouveau père, M. Bydlowski [5] apporte le concept de « transparence psychique », levée des limites internes qui laisse, pour un temps encore après la grossesse, un accès inédit aux motions inconscientes et aux parts les plus enfouies de leurs psychismes. C. Athanassiou [1] développe le constat, à partir de la clinique du *post-partum* immédiat rapporté par des observateurs attentifs de bébés dans leur famille, d'une « crise d'identité précoce » que traverse la mère et sans doute le père. B. Cramer parle d'indivision psychique entre parents et bébé ou du bébé comme d'une extension du psychisme parental. Le thérapeute de la triade doit alors traiter une « névrose pluricéphale » [8]. Cette néotopique, bien connue des auteurs groupalistes [22] s'apparente à un « appareillage psychique groupal » [15] qui dans sa dimension originaire, au fondement de l'individu doit normalement offrir au bébé des conditions d'isomorphie suffisante pour que la psyché maternelle lui serve pour un temps de contenant, d'espace psychique commun et partagé.

Accompagner ce passage, n'est-ce pas un enjeu important de santé publique ?

Dans la visée groupale qui est la notre, nous faisons l'hypothèse qu'avant que ne se construise le lien, et au fondement de celui-ci, existe une *souffrance familiale originaire*, inhérente à la situation du *perinatum* et qui va dans la plupart des cas trouver une résolution spontanée en appui notamment sur les offres de contenance du socius [19, 20] et sur les ressources internes de l'individu et du groupe famille. Il s'agirait alors de la souffrance normale liée au travail psychique (d'enfantement) exigé de la psyché pour faire face à une nouvelle réalité. *Mais ces souffrances tourbillonnantes, papillonnantes, sont souvent sans expéditeur clairement identifié et sans adresse. Elles constituent des anxiétés primitives qui ne font pas signal au moi mais se dif-*

Article original

fusent sur l'environnement en mettant à l'épreuve les capacités de contenance et de transformation de la psyché individuelle et groupale.

Elles peuvent aussi devenir pathologiques et pathogènes. Les nombreuses études sur les conséquences de la dépression maternelle sur le bébé en attestent [23]. La « traumatose familiale » [6] du *post-partum* entraîne aussi parfois la faillite de la famille avec son cortège de séparation et de précarité psychique.

Les pesées, un moment saturé de tensions émotionnelles

Pour illustrer ces tensions prenons une vignette extraite de permanences pesée en PMI.

Madame arrive avec son bébé de 6 jours Julien. Elle le pose sur la table à langer puis va s'installer bizarrement à l'autre bout de la pièce près de la puéricultrice. Puis Mme se met à raconter sa grossesse et son accouchement tout proche mais les deux soignantes ne parviennent pas à savoir s'il s'agit de l'accouchement pour Julien ou de celui de la sœur aînée, tant Mme passe de l'un à l'autre. À un moment c'est comme s'il n'y avait qu'une enveloppe, qu'un utérus pour deux bébés non pas consécutivement portés mais dans une confusion des temporalités. Les péripéties de l'allaitement sont aussi difficiles à suivre : de quel bébé, de quel engorgement, de quelles crevasses parle-t-elle ? À un moment elle revient sur Julien qui a eu hier un filet de sang au coin de la bouche... comme Dracula !! Il a avalé un peu de sang est-ce grave ? La puéricultrice rassure tout en écartant le diagnostic inquiétant d'hémorragie gastrique. Madame parle alors de ses propres saignements encore hémorragiques. La puéricultrice propose ensuite à Mme de peser Julien qui, dérangé dans son sommeil, s'étire. Il aurait dû naître demain dira Mme. Les deux soignantes restent mal à l'aise dans cette ambiance de confusion des temps, des corps et des psychismes. D'autres fois, sans qu'il y ait d'inquiétudes claires, l'atmosphère de dénégaration, de distance voire de gels des affects, le contraste dans le couple, le contact teinté d'étrangeté avec le bébé, le décalage entre le discours manifeste de la mère et la perception de la situation alertent les soignantes.

Outil de santé primaire par excellence, la permanence pesée est un lieu de consultation de la PMI, ouvert à l'intention des parents sortant de maternité et qui désirent un suivi staturopondéral de leur bébé dans les premières semaines de vie ainsi que des conseils de pué-

riculture. Cette permanence est hebdomadaire. Une soignante du Centre Thérapeutique Parents-Bébé est là en position d'observatrice participante. Bien que l'objectif manifeste de la pesée soit la réponse aux besoins de conseils techniques en puériculture et la surveillance médicale du démarrage staturopondéral du bébé, la demande latente se situe beaucoup plus dans le soutien émotionnel et l'écoute dans une période qui revêt des caractéristiques « post-traumatiques » [5]. Le vécu tout proche de la grossesse et de l'accouchement et la rencontre avec l'étrangeté du bébé demande à être entendu, contenu et transformé et ceci par l'offre d'un « contenant psychique pluri-subjectif » [15] par la rencontre d'autres. La modalité d'entrée dans le dispositif est le *corps du bébé*, corps vivant et inquiétant dans son inquiétante familiarité ou étrangeté. Mais le « vif » du bébé, son incroyable élan vital côtoie, en pendant, la possible morbidité et l'angoisse de perdre ce bébé à qui on vient de donner la vie. Des sentiments antagonistes de toute puissance et d'impuissance (donner la vie, donner la mort) entrent en collision dans un régime psychique transitoire d'anxiété et d'ébranlement des limites. Le *corps de la mère* est également très présent sous la forme de plaintes somatiques diverses, des douleurs d'un corps meurtri et en transformation (suites de couches, allaitement...). Ce matériel – tantôt efflorescent, informe et énigmatique quant à son contenu psychique, tantôt extrêmement pragmatique opératoire et défendu – est recueilli selon la méthode préconisée par E. Bick [3, 10, 16] : attention au moment de la séance, notation et ensuite « reprise » des notes de l'observateur par un groupe animé par un psychanalyste formé à l'observation. Cette décomposition de la temporalité de l'observation propose « un cadre à double détente » [18] qui favorise la saisie et la transformation des anxiétés primitives et des tensions émotionnelles qui se diffusent dans le groupe familial et dont les soignants de ce temps pesée sont le réceptacle.

Dans le prolongement de la pesée – et dans une visée de prévention secondaire – nous proposons, dans un deuxième temps, un accompagnement de type thérapie groupale brève pour les dyades en souffrance.

Les groupes de présentation de bébé : entre accouchement et relevailles un dispositif groupal pour soutenir l'émergence de l'émotion dans le *post-partum*

Un autre dispositif, « les groupes de présentation de bébés », est également « adossé » à

l'armature de cette démarche d'observation du bébé selon E. Bick. Ce dispositif a été initié dans un foyer maternel pour mères en difficulté [19, 20]. Ce sont de petits groupes fermés de trois à cinq dyades chaque fois qui fonctionnent dans les locaux de la PMI, pour un mois et demi environ, sur la base de trois séances consécutives en présence de trois accueillants : médecin de PMI, psychologue et pédopsychiatre. Ils sont reconduits à échéance et pour de nouvelles mères et de nouveaux bébés qui viennent chaque fois sur l'indication posée lors de la reprise des observations de la pesée. La proposition de ce type de dispositif « ritualisant » à l'instar des rites de passage d'autrefois et d'ailleurs préconisés dans le *post-partum*, renoue sans doute avec l'idée d'une métabolisation-transformation du travail de naissance, du devenir parent et de la crise du *post-partum* par des processus d'étalement groupaux et la rencontre intersubjective. L'objectif est d'offrir un site psychique au vécu complexe et post-traumatique du *post-partum*, de décontaminer et détoxifier le vécu de l'accouchement. Ces groupes soutiennent le travail psychique de la mère et la croissance psychique du bébé en créant les conditions d'une relance fantasmatique et identificatoire via le groupe – « l'intersubjectivité est un soin » [15] – notamment à travers les phénomènes de déparcialisation du vécu, de diffusion des anxiétés et de diffraction sur les soignants. Rappelons que dans la tradition populaire, les relevailles sont un moment rituel codifié qui marque, au bout de quarante jours, le retour de la mère à « la verticalité psychique » et l'entrée du bébé dans le socius après la phase de réclusion et de maintien dans l'intimité du foyer qui précède.

Le bébé martien

Les parents de Mathieu ont littéralement assiégé la PMI depuis la sortie de maternité. La puéricultrice est inquiète et envahie par les appels téléphoniques de Mme. Mr semble très tendu, anxieux, il consulte sans cesse Internet pour savoir comment s'occuper du bébé. Le bébé pleure beaucoup. Bien que la courbe de poids ne soit pas inquiétante, la puéricultrice conseille l'introduction des biberons, ce sevrage est motivé par l'état anxieux de la mère. Lors des pesées le discours de la mère (elle dira que ce qu'elle vit est atroce !) et sa communication non verbale sont empreints de signes d'anxiété. Son insistance obsessionnelle sur des petits détails tel que la perte des cheveux, les croûtes de lait, l'estomac irrité ou encore la bonne dose de

lait, parlent à mots couverts de la difficulté de cette mère à rencontrer, au-delà de ces objets partiels et de ces préoccupations somatiques, un bébé sujet. Ces papillons virevoltent pendant la rencontre, d'où se dégage un malaise diffus difficile à formuler. La mise en commun pendant la reprise, le partage de points de vue et le travail du contre-transfert ont déjà permis de donner une forme à ce magma émotionnel. La participation de la dyade au groupe de présentation va permettre une autre étape du processus de parentalisation.

À la première séance – Mathieu a un mois – cinq mères sont présentes avec des bébés âgés de trois semaines à deux mois. La mère de Mathieu est arrivée en avance pour peser Mathieu. Mathieu qui a pris une tétée dans la pièce à côté, juste après la pesée, dormira toute la séance. Le portage est raide : Mme installée sur le bout de sa chaise le tient devant elle, allongé plus haut que sa poitrine, ce qui donne l'impression qu'elle tient un petit paquet avec les avant-bras crispés en chandelier. Elle reste le visage tendu les mâchoires serrées. C'est elle qui donne le ton de la conversation qui s'engage autour du choc de la première rencontre avec le bébé en lâchant tout à trac « j'ai accouché il y a trois semaines mais je n'en reviens toujours pas, ni mon mari. On part normalement et on revient avec un martien. Quelqu'un qui pleure tout le temps et qu'on ne comprend pas ! »... À partir de ce vécu de débordement et d'étrangeté la chaîne associative groupale apporte des associations très crues de la mère de Jeanne (un mois et demi) qui décrit sa césarienne comme un moment traumatique déréalisant et sous le primat de vécus sensoriels bruts : des images d'un bébé extrait brutalement, « d'un gigot sanguinolent sorti de son ventre ouvert », d'une sensation de morcellement du à l'anesthésie. Le groupe propose un remarquable travail de transformation en apportant des expériences moins radicales et en insistant sur le côté transitoire de ces vécus dus à une hypersensibilité et à une vulnérabilité particulières. La mère de Mathieu se détend un peu comme « réchauffée » par des fantasmes plus incarnés. Alors que chacune parle du premier maternage la mère de Mathieu dit qu'elle n'était pas préparée à un contact avec un bébé et qu'enfant elle se tenait à distance des bébés et qu'elle se demande si elle était prête pour être mère. « Je me demande bien ce qui m'a pris ! ». Cette idée de responsabilité et de dépendance circule entre elles. À la deuxième séance trois mères sont là. Mathieu (un mois une semaine) va dormir tout

Article original

le long dans son landau alors dit-elle qu'il pleure si souvent à la maison. Alors que la conversation porte sur l'allaitement la mère de Mathieu affirme qu'elle aurait été rassurée si on lui avait conseillé la balance avant et après la tétée et qu'elle s'est sentie complètement perdue à ne pas savoir ce qu'elle donnait en quantité. « Je suis un peu carré. »

À la troisième et dernière séance, quinze jours plus tard, Mme sera seule, les autres mères s'étant excusées. Nous verrons encore peu le bébé. Mme dit son épuisement. Son mari est allé consulter son médecin qui lui a prescrit des anti-dépresseurs. Elle ne reprendra pas son travail car il lui faudrait partir à la semaine à cinq cent kilomètres. Elle parle des troubles digestifs du bébé, des dosages des biberons et revient sur son allaitement qui a pris fin parce qu'elle « n'arrivait pas à donner ». Elle ne sort pas beaucoup et son mari ne souhaite pas qu'elle prenne les transports en commun avec Mathieu à cause des microbes. À la fin de la séance Mme marque sa déception qu'il n'y ait pas d'autres séances de groupes. La psychologue lui dit alors qu'elle peut rencontrer quelqu'un de l'équipe du centre thérapeutique si elle le souhaite. Elle semble soulagée et dit qu'elle a encore besoin de conseil sur le développement des bébés.

La trajectoire de cette dyade suivie – dans le double cadre de la recherche et d'un processus thérapeutique – jusqu'au un an du bébé montrera un amendement de la composante anxieuse mais aussi la persistance de difficultés d'ajustement dans l'interaction.

Pour conclure, l'organisation de l'accueil des familles dans le post-partum immédiat est sans

doute à réinterroger et à aménager pour permettre l'accueil et la transformation de cette crise et des tensions émotionnelles qui l'accompagnent car en prévention les soignants ne sont souvent pas directement l'objet de demandes de soins psychiques [18, 21]. Repenser l'accueil périnatal, les lieux de Protection Maternelle et Infantile, travailler la symbolique et la demande latente des jeunes parents qui multiplient les visites pédiatriques pourrait être une façon de revoir le travail de la culture et l'offre de contenance dans le post-partum immédiat. De plus, la résistance fréquente des familles à l'orientation vers un soin spécialisé impose une collaboration étroite entre la psychiatrie périnatale et la PMI pour que les dispositifs de prévention soient déjà « soignants » in situ. Le paradigme de la dépression maternelle [2] comme celui du retrait du bébé [12] s'avèrent précieux pour le dépistage à condition toutefois de pratiquer ces échelles dans les temps fort du *post-partum*, ceci dans une visée diachronique, et d'y adjoindre les apports qualitatifs de l'observation selon la méthode d'Esther Bick, outil de choix pour approcher l'archaïque. Les papillons – ou pour prolonger la métaphore du martien – les Objets Volants Non Identifiés – ne se cantonnent pas dans la chambre d'enfant et risquent alors d'obérer la capacité de pensée des équipes. Loin d'être désuète, l'observation attentive est une médiation, elle reste un bon « filet » pour « la chasse aux papillons », autrement dit pour attraper et transformer les éléments encore bruts de sens. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Athanassiou C. La crise d'identité précoce. *Dialogue* 1999 ; 118 : 14-26.
2. Bastien V, Braconnier M, De Tyche C. Dépression postnatale, facteurs de risque et modalités de prévention. *L'Évolution Psychiatrique* 1999 ; 64 : 289-307.
3. Bick E. Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique, 1963. In : Harris Williams, ed. *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Lamore-Plage : Éditions du Hublot, 1998 : 279-294.
4. Bion WR. *Aux sources de l'expérience*. 1962. Paris : PUF, 1979 : 135.
5. Bydlowski M. La transparence psychique. *Étude Freudienne* 1999 ; 32 : 2-9.
6. Carel A. Transfert et périnatalité psychique. La fonction alpha à l'épreuve de la naissance. *Gruppo* 1989 ; 4 : 49-67.
7. Carel A. L'après-coup générationnel. In : Eiguer A, et al., eds. *Le générationnel*. Paris : Dunod, 1997 : 69-106.
8. Cramer B, Palacio-Espasa F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Paris : PUF, 1993 : 391.
9. Cox JL, Holden J. *Perinatal psychiatry use and mesure of the Edinburgh Post Natal Depression Scale*. London : Gaskell, 1994.
10. Delion P. *L'observation du bébé selon E. Bick. Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*. Toulouse : Érès, 2004 : 286.
11. Fiese B, Poehlmann J, et al. A pediatric screening instrument to detect problematic infant-parent interactions: initial reliability and validity in a sample of high and low risk infants. *Infant Mental Health J* 2001 ; 22 (4) : 463-478.
12. Guedeney A, Bungener C, Widlöcher D. Le *post-partum blues* : une revue critique de la littérature. *La Psychiatrie de l'Enfant* 1993 ; 36 (1) : 329-354.
13. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* sur une population parisienne. *Devenir* 1995 ; 7 : 69-92.

14. Guedeney A, Charron J, Delour M. La construction d'une échelle de retrait relationnel du jeune enfant. *Perspectives Psy* 2000 ; 39 (3) : 179-184.
15. Kaës R. *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris : PUF, 1999 : 128.
16. Mellier D. Médiation, temporalité et méthodes d'observation du bébé en psychanalyse et en clinique. In : Chouvier B, ed. *Processus psychiques de la médiation*. Paris : Dunod, 2002 : 151-175.
17. Mellier D. Le travail intersubjectif de contenance des anxiétés primitives dans le soin. In : Mellier D, ed. *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*. Paris : Dunod, 2002 : 93-146.
18. Molénat F. *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Toulouse : Érès, 2002 : 134.
19. Rochette J. *Rituels et mise au monde psychique, les nouvelles Présentations au Temple*. Toulouse : Érès, 2002 : 112.
20. Rochette J. Le rituel, la mère et le bébé, un dispositif de soin en périnatalité : les groupes de présentation de bébés. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* 2003 ; 40 : 93-126.
21. Roman P, Mellier D. Prévention et conflictualité psychique, une clinique du lien. In : De Tyche C, ed. *Peut-on prévenir la psychopathologie ?* Paris : Éditions L'Harmattan, 2001 : 65-73.
22. Ruffiot A. *Le groupe famille en analyse. L'appareil psychique familial*. In : Ruffiot A, Eguer A, et al., eds. *La thérapie familiale psychanalytique*. Paris : Dunod, 1981 : 223.
23. Tronick EZ, Weinberg MK. À propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé. In : Mazet P, Lebovici S, eds. *Psychiatrie périnatale*. Paris : PUF, 1998 : 299-333.

Communiqué

Séminaire Babylone 2006 Psychanalyse, littérature et art Année 2006

Direction et coordination
Docteur Maurice Corcos, Corinne Dugré-Lebigre

**Institut Mutualiste Montsouris, 42, boulevard Jourdan,
75014 Paris, France
20h30**

Amphithéâtre de l'Institut Mutualiste Montsouris, Hall
d'accueil, Inscriptions le soir même à 20h15
Entrée : 10 € – Étudiants : 5 €

Lundi 6 mars 2006 Littérature Yves Thoret

Les paliers de la dépression de la Princesse Constance
dans la pièce de Shakespeare *Le roi Jean*
Discutant Emmanuelle Sabouret

Lundi 3 avril 2006 Littérature Isabelle Blondiaux

Céline – Aspects du dialogue dans *Entretiens avec le professeur Y*
Discutant Maurice Corcos

Lundi 15 mai 2006 Littérature Catherine Chabert

Une vieille maîtresse de Barbey d'Aurevilly
Discutants : Marthe Coppel-Batsch – Isabezlle Nicolas

Mardi 6 juin 2006 Cinéma Patrick Miller

Auto-portraits au masculin : sexualité et mélancolie dans
Blow-up et *Profession Reporter* d'Antonioni
Discutant Daniel Hurvy

Renseignements

Corinne Dugré-Lebigre Département de Psychiatrie
de l'Adolescent et du jeune Adulte, Institut Mutualiste
Montsouris, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France
Tél : 01 56 61 69 19 – Fax : 01 56 61 69 18
Email : corinne.dugre-lebigre@imm.fr