

# Le bébé et la pulsion

## Le sourire de la Joconde quelques années plus tard

**Catherine Mathelin**  
psychanalyste



Photo : D.F.R.

• Catherine Mathelin est docteur en psychologie et psychanalyste, chercheur associé au « Centre de Recherches Psychanalyse et Médecine » de l'Université Paris VII, membre de l'école freudienne jusqu'à sa dissolution. Membre et ancienne présidente d'« Espace Analytique », elle travaille depuis 1972 en service de pédo-psychiatrie et en service de réanimation néonatale dans les hôpitaux de Saint Denis (93).

Inès, 29 semaines, 750 grammes, était née par césarienne. Sa mère se remettait très lentement des suites de son opération. Les médecins avaient été formels : « Votre bébé souffre d'un retard de croissance intra-utérin. Elle sera mieux en couveuse que dans votre ventre. » Elle ne voulait pas venir voir son enfant. « Je préfère penser qu'elle n'est pas née, que tout ça n'est pas arrivé. » Cette maman n'avait pas voulu entrer dans le service pour voir son bébé, mais elle était venue au rendez-vous que je lui avais fixé. Alors que sa blessure au ventre commençait à la faire un peu moins souffrir, elle me parla d'une autre blessure, celle de son enfance ; elle me parla de la violence de sa mère, de sa peur à elle de ne jamais pouvoir aimer son bébé. Face à cette maman en difficulté, l'équipe prit le relais sans exiger d'elle qu'elle entre dans le service pour s'occuper de la petite fille. « Ça me fait trop peur », disait-elle. « J'ai peur pour Inès et peur pour moi. Je pense que le cauchemar de sa naissance n'a jamais eu lieu. » Il fallut beaucoup de temps à cette maman pour venir à la rencontre de sa fille.

Un jour finalement, auprès de la couveuse dans le service, elle se tourna vers l'infirmière et lui dit : « Je crois qu'elle pleure parce qu'elle a faim. Maintenant je sais qu'elle est là et qu'elle m'appelle. » Cette maman pouvait enfin entendre le cri de sa fille comme un appel. Jusque-là, c'est l'équipe qui avait tenu pour Inès cette fonction.

Mais les soignants sont-ils toujours en mesure de le faire ? Au moment où arrive le bébé dans notre service, sa prise en charge se déroule chaque fois de la même façon : les médecins, penchés sur les couveuses, intubent, posent des cathéters, perfusent avec des gestes calmes et précis, selon des protocoles mille fois répétés. Aucune fausse manœuvre, aucune hé-

sitation n'est possible. La concentration sur le geste doit être absolue. Mieux vaut ne pas trop penser dans ces moments-là.

Une heure plus tard, les puéricultrices prennent le relais, les constants du bébé sont stabilisés. Alors, les réanimateurs laissent tomber les masques et se mettent à parler. Ils échangent bien sûr des avis diagnostiques, prennent des décisions de soins pour les heures à venir, prescrivent des investigations supplémentaires, mais pas seulement. Une fois l'urgence terminée, ils commencent à se questionner autrement : « Qu'allons-nous dire aux parents ? » Si cette question n'a plus la même portée qu'il y a quinze ans lorsque j'ai commencé à travailler avec eux, c'est que les bébés ont beaucoup changé. D'après les normes de l'OMS, on peut réanimer aujourd'hui des bébés de 22 semaines d'âge gestationnel et de 500 grammes. Dans les jours qui suivent la naissance, ils pèseront 490



Photo : Christophe Meyer

ou 450 grammes. En secteur 3, le pronostic vital est engagé. Le taux de risque de séquelles est très élevé. Alors, les médecins, lorsqu'ils laissent tomber les masques, après la réanimation, sont beaucoup plus inquiets qu'avant. Ils savent qu'il est impossible de se prononcer pour l'instant, impossible de rassurer les parents. Ils savent que de graves complications sont probables. Le bébé, s'il est très petit, sera en danger de mort pendant des semaines, et de toute façon, des séquelles seront sans doute à craindre. ■■■

■■■ Ils viennent de décider de redonner la vie sans savoir vraiment à long terme quel en sera le prix. Ils savent aussi que cette réanimation, ils ne pourront peut-être pas la poursuivre. Et là, d'autres décisions très difficiles seront à prendre.

Quoi de plus angoissant que ce pouvoir-là ? Seule une croyance absolue en la science pourrait les soutenir, mais la technique confronte aux limites et les réactions de certains enfants aux soins échappent à toute logique médicale. Mais ils savent aussi que chaque corps, inscrit dans une parole différente, est différent ; que leur savoir, qui concerne le corps en général, se heurte à la vérité du corps particulier de chacun. La multiplicité des inconnus leur donne le vertige. Jusqu'où faut-il aller ? Le pari qu'ils viennent de prendre en réanimant cet enfant n'est pas simple à assumer. De leur côté, les puéricultrices, qui s'occupent à plein temps des bébés, sont en première ligne. Lors des visites des parents, confrontées au quotidien, à leurs questions et à leur angoisse, elles suivent les décisions des médecins et administrent leurs prescriptions non sans payer, elles aussi, le prix de la peur. Les soignants risquent alors de se retrouver, tout comme les parents, en panne avec un bébé qu'ils hésitent à investir, un bébé dont la réanimation leur procure plus d'angoisse que de plaisir.

Il y a quinze ans, lorsqu'on réanimait ces enfants de 1000 grammes et de 30 semaines, on savait qu'il faudrait faire un exploit technique, mais on y croyait parce qu'on savait aussi que les enfants, si tout se passait bien, avaient de grandes chances de s'en sortir sans séquelles, et l'équipe se risquait davantage, au-delà des soins, auprès des parents et des bébés. Aujourd'hui, tout est plus difficile. L'extrême fragilité des petits et le poids de la responsabilité effraient. Nous n'avons que cinq ou six ans de recul dans les statistiques concernant les très jeunes bébés, les « prématurissimes », comme on les appelle. Entre 22 et 25 semaines, la mortalité est terriblement élevée, tout comme les risques de très graves séquelles. Après 25 semaines, le changement est net puisqu'on note 50% de chances de survie, 50% de risques de handicap. Si les séquelles sont le plus souvent pulmonaires ou neurologiques, elles sont aussi d'un autre registre : autisme, psychose, retards psychomoteurs, troubles de l'apprentissage, hyperactivité. A chaque semaine de gestation supplémentaire, les risques baissent de façon significative du côté neurologique et pulmonaire ; par contre, des risques d'un autre ordre – autisme et psychose – demeurent.

De réunion en réunion, les médecins s'interrogent. Notre société, en même temps qu'elle normative au

maximum, avec la prévention, les avortements thérapeutiques, les dépistages en tout genre, fabriquerait-elle ses propres handicapés par l'intermédiaire des néonatalogistes ? Mais par ailleurs, comment accepter de ne pas réanimer un bébé puisqu'on sait le faire et qu'on ne peut jamais à l'avance évaluer vraiment les séquelles ? Dès lors, nous nous trouvons aujourd'hui confrontés à la contradiction suivante : réanimer en prenant du recul pour évaluer, au fil des semaines, ce qui va se passer pour le devenir de l'enfant ; réanimer, tout en ne réanimant pas ; réanimer en se protégeant de trop y croire.

Que devient le bébé pendant ce temps-là ? Si l'équipe se retire dans l'attente que se lèvent les incertitudes, si les mères sont invalidées, tout comme les soignants, mais pour d'autres raisons, le bébé est dans le vide ; funambule entre la vie et la mort, il risque de basculer dans un statut de non-être puisqu'il ne peut pas être ne fût-ce qu'objet de jouissance. Il est en-deçà du vivant, bien que déjà né. Quelles traces resteront de ce temps mort au début de la vie ? Les enfants plus grands et les jeunes adultes, lorsque nous les recevons aujourd'hui en analyse, nous renseignent sur la persistance de ces traces : désir et fantasme, élan vital, en sont marqués.

*A la naissance, le bébé n'existe que dans et par sa mère, ou tout autre personne qui se penche sur lui, qui s'adresse à lui.*

À la naissance, le bébé n'existe que dans et par sa mère, ou tout autre personne qui se penche sur lui, qui s'adresse à lui, qui le nomme, qui lui dit qui il est, garçon ou fille, ce qu'il ressent, ce qu'il pense. Nous savons qu'au commencement, le petit n'est pas un sujet ; le sujet est dans l'Autre. S'il y a de l'Autre préalable au sujet, puisque le bébé est parlé avant de parler, lorsqu'à la naissance, il n'y a pas de parole de la mère s'adressant à lui, l'enfant ne peut pas se faire son objet.

Pour Inès, ce sont les infirmières qui, dans un premier temps, ont tenu cette place. Tout se passait pour cette maman comme si elle n'avait pas accouché. Cet enfant ne pouvait pas la satisfaire ; Inès n'était pas un plus pour elle, mais une blessure. Au début de sa vie, Inès était fragile. L'équipe a beaucoup insisté pour entrer en contact avec elle. Pas d'être qui ne tienne sans être objet de la jouissance de l'Autre. Sans le discours de l'Autre, le circuit pulsionnel ne peut se mettre en place. Mais la mère d'Inès avait besoin d'être protégée de son bébé et que l'on protège son bébé d'elle. Alors l'équipe s'est mise au travail au-delà du geste technique pour maintenir cet enfant vivant, en attendant sa mère. Et il faut quelquefois beaucoup attendre.

Accoucher d'un enfant prématuré, c'est être prématurément mère. Les femmes qui accouchent sont immédiatement submergées de culpabilité et d'ambivalence et leurs repères sont bouleversés. « Je ne ■■■■

■■■ suis pas bonne pour lui », me disait une autre maman. « Je lui ai donné la mort, c'est les médecins qui lui ont donné la vie. Moi, je n'ai même pas été capable de le garder suffisamment longtemps dans mon ventre pour qu'il soit hors de danger. » Les pères qui ne peuvent plus s'appuyer sur les médecins, puisqu'ils ne se prononcent pas, échouent à rassurer les mères, et la culpabilité est encore accentuée en voyant souffrir l'enfant. Mais ce qui est là en souffrance, c'est la possibilité d'investissement libidinal du bébé. Comment cet enfant si maigre, si douloureux, peut-il être créateur de mère ? Elle ne peut se reconnaître dans ce bébé qui ne se reconnaît pas en elle. Miroir brisé, rêve impossible, l'illusion se heurte à la violence du réel et l'enfant risque bien de n'être réduit qu'à ce pur réel si rien de symbolique ne vient permettre sa phallicisation. La séparation ainsi redoublée s'annule, et tout se passe comme si la naissance n'avait, en effet, pas eu lieu. La mère est alors invalidée, non pas parce qu'elle est séparée du bébé, mais justement parce qu'elle n'est pas séparée de lui. Le zèle dont font preuve la plupart des services de réanimation à mettre les bébés dans les bras de la mère ne suffira pas. Il restera inutile si n'est pas travaillé parallèlement cette forme de déni,

la demande qui ramènera le bébé à la vie. Le bébé ne peut se passer de cette demande et de l'idée qu'il doit satisfaire l'Autre. La mère est invalidée du fait qu'elle ne peut pas donner par amour ce qu'elle n'a pas à cet enfant. Sa possibilité d'être mère pour cet enfant-là est gelée. C'est pour elle aussi un « temps mort ». Si rien ne bouge, si personne ne peut prendre le relais, les risques de mélancolie, d'autisme et de psychose, retrouvés dans les statistiques, sont en effet présents. Mais le service peut permettre pour la mère que du manque et de la séparation existent, peut permettre pour le bébé qu'il ait la possibilité de répondre à une demande en l'inscrivant dans un discours, fût-il médical, qui fasse de lui autre chose qu'une machine à vivre, autre chose que de la chair à réanimer. Si les médecins se retirent eux aussi, il ne restera plus au bébé que les machines.

L'enfant se confond toujours avec le monde qui est autour de lui ; le monde est un réel absolu puisque lui, le bébé, est sans repères et qu'il ne peut donner encore aucun sens. Il est l'objet de cet Autre absolu-machine avec lequel il se confond si personne ne vient prendre le relais auprès du bébé.

Anne était une petite fille née à 26 semaines et qui pesait 850 grammes. Au début de la prise en charge, l'équipe ne rencontra pas de difficultés particulières du point de vue médical, mais se plaignait beaucoup de la mère, très présente auprès de l'enfant, et très agressive avec eux. Les soignants finalement furent amenés à prendre soin de la mère autant que du bébé. « Cette mère est accrochée à nous, me dit un jour une soignante, comme son bébé à nos perfusions. » Anne, de son côté, allait de mieux en mieux lorsqu'un peu avant son 150e jour de vie, les médecins décidèrent d'arrêter la ventilation, les difficultés commencèrent et les ralentissements cardiaques apparurent. Dès qu'Anne tombait dans un sommeil trop profond, le scoop se mettait à hurler jusqu'à ne dessiner qu'une ligne droite sur l'écran.

Très vite, elle comprit qu'elle risquait sa vie en dormant. Accrochée à nos doigts, des heures entières, elle luttait contre le sommeil. Le simple fait d'être près d'elle et de lui parler, sans aucune manœuvre de réanimation, faisait remonter sa fréquence cardiaque. Anne mobilisait en permanence quelqu'un à côté d'elle. « C'est curieux, me dit un jour un interne, on dirait qu'elle a remplacé l'oxygène par les mots qu'on nous demande de lui dire. » C'est en lui parlant qu'Anne supportait, semble-t-il, de perdre une partie essentielle d'elle-même. Cette machine, qui soulevait à rythme régulier son thorax, bloquait sa tête et la maintenait en vie faisait jusqu'ici partie de son corps. En la lui arrachant, on l'a privé de sensations qui lui permettaient de se construire. La machine éloignée, sans doute ressentait-elle de la panique. Alors, nous lui expliquions qu'elle souffrait peut-être de ce trou au niveau de sa bouche et qu'elle avait certainement peur. Nous pouvions penser que se constituait pour elle ■■■

en permettant à la mère de se protéger, en lui laissant le temps de parler de la violence du traumatisme et de son ambivalence, reprenant souvent une histoire familiale où la répétition meurtrière est à l'œuvre.

La recherche du bien-être psychologique de la mère et de l'enfant est un projet louable mais insuffisant. Il s'agira plutôt de permettre à la mère de passer par un moment dépressif qui amènera la création d'un lieu dans l'Autre, qui appelle le sujet. Le bébé, s'il n'a pas l'idée de ce qui peut satisfaire sa mère, ne se proposera pas comme objet puisqu'elle est sans manque. Il n'aura rien à lui donner. Il ne viendra pas occuper la place du phallus imaginaire ce qui permettrait justement la séparation.

Le souffle de vie, dont il est question dans l'étymologie du mot réanimation, n'est pas seulement l'oxygène que les machines apportent, mais aussi l'appel d'air de



Photo : Christophe Meyer

■■■ un premier élément de perte ; le trou pouvait alors exister autrement ; nos paroles, sans le reboucher, le constituaient.

Le rythme du bruit de nos voix n'avait pas la régularité du rythme de la machine, mais était pour Anne porteurs de désir de vie. Pendant cette période, la mère à nouveau perdit pied.

Elle n'en peut plus : « Laissez-la mourir, elle ne veut pas vivre ! C'est mieux si elle meurt. » Mais au moment de partir, elle glissait à l'oreille d'Anne : « Tiens bon cette nuit. Je serai là demain. » De nouveaux entretiens avec la mère et la diminution des bradycardies



Photo : Christophe Meyer

ramenèrent le calme dans l'équipe et chez la maman, qui dit un jour à une surveillante : « Ma fille et moi, on vous doit la vie. » La présence continue de sa mère auprès d'elle et celle de l'équipe, dans les moments où sa mère n'en pouvait plus, ont rapidement amené Anne à un véritable échange. La machine n'était plus essentielle, elle devenait un outil de ceux autour d'elle qui prenaient plaisir à la savoir vivante.

Une autre petite fille, Anna, était entrée en même temps qu'Anne dans le service. Leur histoire médicale était presque identique, tout comme leur prénom. 820 grammes pour un terme de 27 semaines, la réanimation s'était déroulée dans les mêmes conditions, et Anna n'avait pas plus de difficultés qu'Anne, à ceci près que sa mère, contrairement à la mère d'Anne, ne venait pas ou très peu, malgré tous les efforts de l'équipe. Elle restait très distante. L'équipe aussi, qui profitait du répit que leur laissait Anna qui ne demandait rien. C'était un bébé absent et lointain, un bébé qui ne les dérangeait pas. Vers le cinquantième jour de vie, les médecins pensèrent qu'Anna, tout comme Anne, était capable de respirer toute seule. A cette époque, la mère ne venait plus qu'une fois par semaine. C'est donc en-dehors de sa présence que nous arrêta la machine. Mais Anna était incapable de respirer seule et à chaque fois, il fallait tout rebrancher. Lorsqu'un matin j'arrive dans le service, on m'annonce qu'enfin Anna est sevrée. « On a trouvé une solution, me dit-on, elle tient sans oxygène à condition de laisser en route à côté d'elle le bruit de la machine. » Anna est accrochée cette fois au bruit de la machine, tout comme Anne est dans le même temps accrochée à notre présence, à nos paroles et aux mots prononcés par sa mère. Mais cette fois, il s'agit d'une bien autre musique, une musique de machine qui ne pouvait pas supposer du sujet chez Anna. Si la machine devenait la seule possibilité d'identification

*« On a trouvé une solution, me dit-on, elle tient sans oxygène à condition de laisser en route à côté d'elle le bruit de la machine. »*

pour elle, comme nous le voyons souvent chez les autistes, rien ne pouvait véhiculer du désir. Si le bébé n'est pas pris dans le discours de l'Autre, il est dans un lien d'horreur à ce qui l'entoure et c'est certainement cette horreur qu'on retrouve certaines fois dans la violence de l'archaïque lorsqu'on travaille avec des enfants.

Anna était sortie du service en même temps qu'Anne ; le dernier rapport médical avant la sortie stipulait, comme pour Anne, que l'enfant était en parfaite santé, aucune séquelle visible de la réanimation. Huit jours plus tard, le SAMU est revenu à l'hôpital rapporter le corps d'Anna, décédée de mort subite dans la nuit. L'autopsie confirmera qu'il s'agissait bien d'une mort inexpliquée. Sans la machine, Anna avait oublié de respirer.

L'histoire d'Anna que certains d'entre vous connaissent remonte à une dizaine d'années. Anne et Anna étaient les premières 28-semaines réanimées dans le service. Nous avons beaucoup appris avec elles et ces dernières années, la prise en charge de prématurissimes encore plus jeunes, nous a amenés à remanier nos questions et à nous remettre au travail. Les enfants nécessitant plus longtemps d'être sous machine, nous avons tenté de nous servir des machines et des médecins différemment. D'emblée, se pose pour ces bébés le problème du rapport à l'Autre. Qui va pouvoir, si la mère en est empêchée, supposer du sujet chez ce bébé ? L'enfant qui n'accroche pas de regard, qui ne répond pas à la voix, même à 25 semaines et au poids de 450 grammes, est un bébé qui ne va pas bien. Tous communiquent, si on s'adresse à eux, si on se met entre eux et la machine, quels que soient leur âge ou leur poids. La fonction de la voix mêlée au bruit de la machine change la donne, si celui qui s'adresse à lui n'est pas lui-même identifié à la machine, c'est-à-dire imperturbable et infallible.

Quoi qu'il arrive, la machine donne l'oxygène, donne la nourriture, donne les médicaments nécessaires à la survie ; quoi qu'il arrive et sans interruption, sans coupure, sans délai, sans attente, il n'y a pas de rythme dans la vie de ces bébés, pas de discontinuité ; il n'y a pas de jour, pas de nuit ; l'enfant n'a jamais faim ; le temps est hors-temps. Avec les machines, il n'existe pas de décalage temporel. Difficile de mettre en place une historisation. La machine nourrit et oxygène sans rien dire et sans faire attendre. De son côté, la machine n'attend rien.

Ce qui se transmet d'essentiel habituellement ■■■

Photo : Christophe Meyer



■ ■ ■ à un certain moment pour le bébé, c'est justement le point où la mère se dérobe. Mais une machine ne se dérobe jamais. Alors, si la pulsion vient en écho d'un dire dans le corps, comment se met en route le circuit pulsionnel pour les bébés ? Dans cet environnement, la découpe pulsionnelle devient en effet problématique. Qu'en est-il du corps de jouissance de l'enfant ? Dans un premier temps, la présence des mères auprès des bébés est souvent fantomatique : elles viennent très peu ; ça ne suffit sans doute pas à instaurer une présence-absence ; elles ne savent pas à qui il ressemble, ont du mal à lui donner un nom, ne l'imaginent pas. Le seul rythme sur lequel on peut compter, c'est le rythme des soins, des soins souvent douloureux. On évoque la douleur comme élément pulsionnel supplémentaire ; qu'en est-il pour ces bébés ? Les rythmes réguliers des soins des infirmières, la visite des médecins à heures fixes, les aspirations, les prélèvements, tous programmés à intervalles précis, vont sans doute jouer un rôle important dans cette possibilité de mettre en place un rythme.

Nous pensons aujourd'hui que la coupure sera à trouver dans ce rythme-là, présence-absence, du soignant. Ce qui va se jouer à ce moment-là sera essentiel pour l'enfant. Mais il faudra que les soignants mettent un peu de côté leur infaillibilité, qu'ils acceptent de se comporter autrement que ces machines et qu'ils se laissent suffisamment prendre au jeu pour supposer du sujet chez le bébé, qu'ils acceptent qu'ils peuvent venir, comme la mère, dans une situation normale à se dérober. Ce n'est pas facile et parfois même douloureux pour eux, tant ils sont entraînés à ce que la médecine ne se dérobe jamais. Et pourtant, c'est à ce prix-là que le pulsionnel pourra entrer en jeu pour l'enfant, car malgré toutes les dénégations de ceux qui l'entourent, il est déjà né, ce bébé, déjà vivant. Où puisera-t-il la force de survivre encore ? Certainement pas dans la machine, même si elle est indispensable. Il faudra la présence de l'Autre. Pas de registre pulsionnel sans sa demande ; pas de satisfaction sans que vienne se poser la question de sa jouissance. Encore faut-il que

*Où puisera-t-il la force de survivre encore ? Certainement pas dans la machine, même si elle est indispensable. Il faudra la présence de l'Autre.*

cet Autre, baissant les armes de son immunité scientifique, puisse témoigner de quelque chose de sa jouissance à la présence du bébé, au fait qu'il mange ou qu'il respire ; qu'il puisse témoigner de ses limites, de son inquiétude pour lui.

Dans le mot réanimer, l'étymologie nous rappelle qu'il s'agit d'insuffler la vie mais aussi d'entraîner à l'action, d'enflammer ; « entraîner à l'action » évoque bien l'élan, la dynamique, la poussée sans laquelle le désir ne s'enflammera pas.

Mais ces dernières années, l'augmentation des facteurs de risque nous a amenés à nous confronter plus souvent à la mort des bébés. Nous avons beaucoup appris en accompagnant des enfants dans la mort. Accepter de courir le risque d'accompagner un enfant dans la mort permet d'être à même de l'accompagner dans la vie. Alors que rien ne pouvait se dire, que tout était dissimulé derrière des protocoles et des machines, la peur est venue au premier plan et nous en avons parlé. C'est un choix courageux, ce fut celui des médecins de notre service. Ils ont pu renoncer à se protéger de supposer l'enfant viable, ils ont accepté de jouer le jeu, et le bruit de la parole s'est peu à peu articulé au bruit des machines. C'est dans cette aventure que les soignants ont accepté de me

suivre et qu'ils se sont risqués, non sans en payer le prix. Nous commençons maintenant à en voir les effets sur les bébés.

Un des médecins du service me disait, il y a quelques jours, alors que tout était calme et que chacun d'entre nous travaillait près d'une couveuse ou plongé dans un dossier : « C'est curieux, ici, depuis qu'on parle, même le silence fait un autre bruit. » ■

Catherine Mathelin est notamment l'auteur et co-auteur de plusieurs ouvrages :

*Comment survivre en famille quand on a 10 ans* (avec Bernadette Costa-Prades), 2002, Albin Michel

*Comprendre votre enfant à l'adolescence*, (avec Jonathan Bradley, Hélène Dubinsky, Florence Winter-Lhermitte et Marie-Sylvie Rivière), 2001, Albin Michel

*Comprendre votre enfant de 9 à 12 ans* (avec Dora Lush, Jonathan Bradley, Eileen Orford, Marie-Sylvie Rivière et Isabelle Py-Balibar), 2002, Albin Michel

*Comprendre votre enfant de 3 ans à 6 ans*, (avec Judith Trowell, Lisa Miller et Lesley Holditch), 2001, Albin Michel

*Comprendre votre enfant de la naissance à 3 ans*, (avec Lisa Miller, Deborah Steiner et Susan Reid), 2001, Albin Michel

*Qu'est-ce qu'on a fait à Freud pour avoir des enfants pareils ?*, 2000, Denoël (épuisé)

*Le sourire de la Joconde*, 1998, Denoël (épuisé)

*Raisins verts et dents agacées - clinique psychanalytique avec les enfants*, 1994, Denoël (épuisé)